



**Associations Régionales des Organismes
de Mutualité Sociale Agricole**

Basse-Normandie - Bretagne - Pays de la Loire

**État bucco-dentaire et besoins
en soins d'une population de
65 ans et plus relevant de la
Mutualité Sociale Agricole**

**État bucco-dentaire et besoins en soins d'une population
âgée de 65 ans et plus du Grand Ouest relevant
de la Mutualité Sociale Agricole**

Chef de projet :

Docteur Michel CAILLO (MSA de Loire-Atlantique)

Groupe projet :

Les chirurgiens-dentistes conseils : Docteurs Louise-Anne BLANGONET, Geneviève CORNU, Rémy DURAND, Gilles GROS, Laurent JOURDREN, Jean-Claude KATZ, Philippe MAHOT, Caroline STRUZINSKI et Fabien WASSON

Les médecins coordonnateurs régionaux : Docteurs André CARRE, Jacques DUCLOS et Hervé SEIGNARD

Le médecin conseil chef : Docteur Alain ANDRIEUX

En collaboration avec la Faculté de chirurgie dentaire et d'odontologie et le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes :

Les Professeurs Alain DANIEL, Bernard GIUMELLI, Olivier LABOUX et Pierre LOMBRAIL,

Les Docteurs Gilles AMADOR et Jean-Michel NGUYEN.

Ont également apporté leur concours à la réalisation de cette enquête :

Jack BONNET, Laurence DUBOIS, Jean-Yves GAGNER, Patrice HAURAY, Xavier RICHARD et Marie-Odile SEROT (MSA de Loire-Atlantique), Nicolas BENEDETTI (ELSM Rennes), Marylène BOURIEN, Anne-Cécile CHEREL et Pascale GERAULT (AROMSA Bretagne), Henry BRULIN (chirurgien dentiste libéral), Olivier BUSSON (URCAM des Pays de la Loire), Gaëlle LIZAUD et Yann de KERGUENEC (AROMSA Pays de la Loire), Gilles DELMAS (Epiconcept), Stéphane DIAZ (UJCD), Brigitte DUBOC, Frédérique LAROUSSE et Julienne LARREY (CCMSA), Robert-Jean FREUND (ENSP Rennes), François HUET (CNSD), Dominique MARION (Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique et faculté de chirurgie dentaire et d'odontologie) et Jean-Patrick ROBERT (MSA 79-86).

RESUME

Etat bucco dentaire et besoins en soins d'une population senior du Grand Ouest, relevant de la MSA

Associations des MSA de Basse Normandie, Bretagne et Pays de la Loire.
Chef de projet : Michel CAILLO (MSA 44)

Introduction

Le vieillissement de la population, plus marqué au régime agricole, et l'absence d'études permettant d'évaluer les risques liés à l'état bucco dentaire des assurés âgés, a conduit les Associations des MSA de trois régions du grand ouest (Basse Normandie, Bretagne et Pays de la Loire) à mener une enquête épidémiologique sur les assurés agricoles âgés de 65 à 85 ans, résidant à domicile, en partenariat avec la faculté d'odontologie et le CHU de Nantes.

Les objectifs étaient de

- ⇒ Connaître l'état bucco dentaire des personnes, et en déduire le besoin de soins
- ⇒ Evaluer les décalages entre situation, besoins réels et ressentis
- ⇒ Rechercher les causes du renoncement aux soins
- ⇒ Proposer des actions de prévention ou de soins

Méthode

La sélection des patients s'est faite par tri aléatoire des personnes âgées de 65 à 85 ans, relevant de la MSA, vivant à domicile, selon un pas permettant la constitution d'un échantillon de 400 personnes par région. En cas de non réponse, la personne suivante sur la liste était invitée.

Les données ont été recueillies lors d'un examen clinique effectué par les dentistes conseils des 11 caisses concernées, préalablement formés spécifiquement (faculté d'odontologie de Nantes).

L'analyse de la base de données a été faite dans un premier temps par traitements simples (univariés, bivariés avec tests). Dans un deuxième temps, une analyse des besoins a été menée à partir d'un outil automatisé créé pour la circonstance à partir des recommandations de bonne pratique.

Résultats

L'étude a concerné 1225 personnes, dont la répartition est égale par sexe, avec un salarié pour quatre exploitants, un urbain pour deux ruraux (les trois régions ne sont pas superposables).

Les sujets sont suivis régulièrement par un médecin mais seul un sur cinq voit un dentiste au moins une fois par an.

Chez les sujets suivis, un sur quatre souffre de gênes ou de difficultés, trois sur quatre présentent des lésions parodontales, deux sur cinq nécessiteraient un avis spécialisé et autant des soins conservateurs : une fois sur dix ces soins sont urgents.

L'examen clinique révèle un CAO moyen à 17,5, avec une ou plusieurs caries dans un cas sur trois.

Un sujet sur sept se plaint de douleurs cervico faciales, autant de douleurs dentaires, et 2,5% présentent des adénopathies.

Un tiers des personnes a des troubles des ATM ; parmi elles, 40% ont des besoins en prothèse.

Sept sujets sur dix présentent des lésions des muqueuses buccales : deux tiers sont situées sur les gencives, deux tiers sont de type érythémateux et 5% présentent un risque de cancérisation.

L'analyse des besoins en soins précise qu'un sujet sur quatre a des besoins urgents. La répartition des besoins se fait de la manière suivante :

- ⇒ Prothèse : neuf cas sur dix, plus fréquents chez les exploitants et les personnes vivant en milieu rural.
- ⇒ Soins du parodonte : trois sujets sur quatre, essentiellement en détartrage et surfaçage.
- ⇒ Consultations spécifiques ou spécialisées : une personne sur deux, notamment pour mycoses, stomatites, adénopathies ou tuméfactions.
- ⇒ Soins conservateurs : un sujet sur trois.
- ⇒ Soins des ATM : un quart des cas, surtout des femmes et/ou des exploitants.
- ⇒ Soins de chirurgie : un sujet sur cinq, surtout des hommes, et/ou des exploitants, à type d'extractions.

Les sujets les plus à risque (diabétiques et "risque B") ont des besoins en soins comparables à ceux de la population générale.

Le ressenti des personnes examinées révèle que 80% d'entre elles ont conscience de leurs besoins de soins, mais que deux tiers n'envisagent pas de les réaliser.

Le renoncement tient souvent à des raisons subjectives (résignation, relativisation par rapport aux autres problèmes de santé) ou plus rarement objectives (échecs antérieurs, douleur).

Le renoncement pour raisons financières apparaît quatre fois sur dix et n'est pas toujours justifié (soins dont la tarification est opposable).

Limites

L'échantillon de personnes examinées n'est pas représentatif de la population agricole car la sélection a porté sur les seules personnes vivant à domicile. Par ailleurs, le faible taux de réponse (20%) n'autorise pas l'extrapolation sans précaution à toute la population non institutionnalisée. Cependant, compte tenu des motifs de refus invoqués, lorsqu'ils étaient disponibles, on peut penser que le volontariat a sélectionné des personnes dont l'état bucco dentaire est au pire identique à celui de la population générale, au mieux meilleur.

Conclusions

Cette étude révèle l'existence d'un déficit de suivi bucco dentaire chez 80% des personnes, et l'existence de pathologies des dents, du parodonte, des muqueuses ou des articulations temporo mandibulaires dans des proportions allant de 15 à 90% selon les cas. Des personnes particulièrement "à risque" comme les diabétiques ou les cardiaques ne démontrent pas de meilleure prise en compte.

Dès lors, il est indispensable de proposer des actions tendant à sensibiliser les assurés âgés à un meilleur suivi dentaire : mise en place d'un dispositif incitatif, information sur les tarifs de prise en charge voire relèvement de certains d'entre eux, et des actions d'information auprès des professionnels, chirurgiens-dentistes ou médecins traitants ...

Dès 2004, les trois Associations Régionales de MSA ayant réalisé cette étude ont développé des actions expérimentales dans ces directions.

Des questions restent cependant posées, et des études complémentaires seraient à engager notamment chez les patients diabétiques ou à "risque B", ou sur les besoins en consultations spécifiques ou spécialisées, ou sur les motifs du renoncement aux soins. Il conviendrait également d'approfondir les études sur les relations entre pathologies générales et pathologies bucco-dentaires, et sur les besoins en soins des articulations temporo-mandibulaires, par des enquêtes comportant des effectifs qui soient statistiquement significatifs.

SOMMAIRE

1 - INTRODUCTION	Page 5
2 - MATERIEL ET METHODE	Page 6
2-1 OBJECTIFS	Page 6
2-1-1 Objectif général	page 6
2-1-2 Objectifs secondaires	page 6
2-1-3 Perspectives	page 6
2-2 POPULATION	Page 6
2-3 METHODE	Page 6
2-4 RECUEIL DES DONNEES	Page 7
3 - RESULTATS	Page 8
3-1 ETAT DES LIEUX	Page 8
3-1-1 Caractéristiques générales de la population examinée.....	Page 8
3-1-2 Suivi médical.....	Page 9
3-1-3 Suivi dentaire	Page 12
3-1-4 Caractéristiques médicales de la population examinée	Page 13
3-1-5 Examen exobuccal	Page 16
3-1-6 Examen endobuccal	Page 16
3-2 ANALYSE DES BESOINS	Page 24
3-2-1 Données générales.....	Page 24
3-2-2 Besoins en prothèse	Page 25
3-2-3 Besoins en soins parodontaux.....	Page 27
3-2-4 Besoins en consultation spécifique ou spécialisée.....	Page 30
3-2-5 Besoins en odontologie conservatrice.....	Page 32
3-2-6 Besoins en soins des articulations temporo-mandibulaires (ATM)	Page 34
3-2-7 Besoins en chirurgie	Page 35
3-3 ETUDES PARTICULIERES	Page 36
3-3-1 Analyse du suivi et des besoins chez les diabétiques.....	Page 36
3-3-2 Analyse du suivi et des besoins chez les patients à risque B	Page 38
3-3-3 Etude sur les obturations	Page 40
3-3-4 Renoncement aux soins	Page 41

4 - DISCUSSION ET CONCLUSIONS	Page 43
4-1 REPRESENTATIVITE DE LA POPULATION EXAMINEE	Page 43
4-1-1 Par tranche d'âge	Page 43
4-1-2 Par ALD	Page 4 .
4-1-3 Selon les caractéristiques de la population	Page 45
4-1-4 Selon les valeurs de consommation	Page 46
4-1-5 Taux de réponses	Page 46
4-1-6 Conclusions de l'étude portant sur la population	Page 46
4-2 DISCUSSION	Page 47
4-2-1 Généralités.....	Page 47
4-2-2 Besoins par types	Page 47
4-2-3 Besoins par familles de patients	Page 47
4-2-4 Renoncement	Page 47
4-2-3 Limites de l'étude	Page 48
4-3 CONCLUSION	Page 48
4-4 PERSPECTIVES.....	Page 49
4-4-1 Actions de suite	Page 49
4-4-2 Etudes complémentaires	Page 49
4-5 BIBLIOGRAPHIE.....	Page 51

1 - INTRODUCTION

La Mutualité Sociale Agricole a manifesté sa volonté de promouvoir la continuité des soins et de développer la prévention.

La population générale vieillit et ce vieillissement est plus marqué dans la population agricole. Il n'existe aucun dispositif de prévention bucco-dentaire en faveur des personnes âgées.

Les études les plus récentes mettent en évidence la responsabilité de l'état bucco-dentaire dans certaines maladies générales, par le biais de mécanismes infectieux, inflammatoires ou immunologiques, ceci en complément de notions plus anciennes bien connues : lésions mécaniques chroniques responsables de développement tumoral intra buccal, infection focale à distance (risque oslérien, rhumatismal, pulmonaire...), troubles digestifs et carenciels liés à des défauts de l'absorption consécutifs à une atteinte de la fonction masticatoire. [43, 44, 48, 50, 51, 43]

L'Assurance Maladie, et plus particulièrement la MSA, risque donc de se trouver devant une situation nouvelle, des pathologies imprévues, et il a paru utile d'anticiper pour en limiter les effets. [17]

Les études du CREDES montrent que les populations rurales sont celles qui ont le moins recours aux soins dentaires, et que lorsque qu'elles consultent, il est souvent trop tard pour éviter des soins longs, complexes, difficiles, mutilants, et coûteux. [14]

Il est donc important de mettre en place diverses procédures d'incitation aux actes préventifs. La quasi-totalité des affections bucco-dentaires et leurs conséquences peuvent ainsi être évitées par des mesures simples et peu coûteuses.

Les recherches bibliographiques n'ont pas permis de trouver des données exploitables quant à l'état bucco-dentaire des personnes âgées, le réflexe habituel étant plutôt d'agir auprès des jeunes dans ce domaine. On ne dispose que de quelques données, fragmentaires, concernant des personnes hospitalisées.

Il n'existe actuellement aucune étude ni données qui permettent d'évaluer pour les personnes âgées relevant de notre régime les besoins et les risques liés à leur état bucco-dentaire. Nous avons décidé de faire une enquête épidémiologique portant sur les personnes âgées de 65 à 85 ans, « ambulatoires »* relevant des Régimes de protection sociale agricoles (hors GAMEX), des trois Régions **Basse Normandie** (BN), **Bretagne** (B) et **Pays de la Loire** (PL). Le Grand Ouest (GO) constituait le quart de la population agricole française en 2002.

* On entendra par "personnes ambulatoires" les personnes résidant à domicile ou en établissement dont les moyens psychiques et physiques leur permettent de se déplacer.

2 - Matériel et méthode

L'enquête s'est effectuée en partenariat avec les facultés de Médecine et d'Odontologie de Nantes d'une part, le CHU de Nantes d'autre part. (Pôle Gériatrie : Pr RODAT ; Pôle Odontologie : Pr GIUMELLI, Pr DANIEL ; Pôle Santé Publique : Pr LOMBRIL)

Elle consiste en l'examen direct d'un échantillon de personnes, donnant lieu au remplissage d'une fiche d'examen. (*voir annexe*)

Chaque fiche d'examen relève approximativement 270 variables par individu destinées d'une part à connaître l'état bucco-dentaire, d'autre part à déterminer les besoins.

L'examen clinique et le recueil ont été réalisés par les dix chirurgiens-dentistes conseils des caisses de MSA du Grand Ouest. Cette démarche a un caractère généraliste compte tenu de l'absence de références antérieures.

2-1 OBJECTIFS

2-1-1 Objectif général

Connaître l'état bucco-dentaire des personnes examinées, les risques généraux qui peuvent en découler et évaluer les besoins en soins.

2-1-2 Objectifs secondaires

- Evaluer le décalage entre situation, besoins réels, et ressentis
- Rechercher les causes du renoncement aux soins
- Constituer une base de référence pour un suivi épidémiologique

2-1-3 Perspectives

- Mettre en place des actions ciblées de prévention et/ou de soins à l'échelle des départements ou des régions
- Lancer des études complémentaires pour affiner les connaissances dans des domaines plus précis
- Publier les résultats dans différentes revues spécialisées

2-2 POPULATION

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive.

- La population cible est celle relevant de la MSA, salariés et non salariés des deux sexes, de 65 ans à 85 ans résidant à domicile
- La population source est celle composée des individus ayant répondu à l'invitation
- L'individu statistique est l'assuré ayant bénéficié d'un examen

2-3 METHODE

L'étude s'est effectuée par examen clinique.

Un protocole et une fiche d'examen ont été élaborés et validés par le groupe projet puis utilisés uniformément dans les trois régions (voir annexe) après avoir été testés à trois reprises sur plus de 400 personnes.

L'échantillon a été sélectionné par tri aléatoire dans la population vivant à domicile, extraite de la population générale.

Le nombre d'examens par région a été fixé à 400 et réparti dans chaque département en proportion des populations respectives.

L'enquête étant basée sur le volontariat, les invitations ont été envoyées en plusieurs vagues jusqu'à l'obtention du nombre d'examens souhaité, une "non réponse" entraînant une invitation d'une personne supplémentaire.

Les indices figurant dans la fiche d'examen sont ceux utilisés actuellement dans les publications scientifiques et à l'OMS. (*voir annexe*)

Les données ont été traitées à l'aide des logiciels :

- EPIDATA
- EPIINFO
- SPSS®
- EXCEL®

Pour réduire les risques de biais liés à des interprétations personnelles, le nombre d'examineurs a été limité à dix praticiens qui ont reçu une formation spécifique à la Faculté d'Odontologie de Nantes.

Un guide de remplissage de la fiche a été établi à la suite de cette formation. (*voir annexe*)

Un outil automatisé créé pour la circonstance à partir des recommandations de bonne pratique et validé par les partenaires hospitalo-universitaires a permis de déterminer en grande partie les besoins en soins. Il convient de préciser que la rubrique "besoins" qui se remplissait automatiquement au fur et à mesure de l'enregistrement des données cliniques pouvait être reprise manuellement.

2-4 RECUEIL DES DONNEES

La saisie des données (1225 fiches comportant chacune 270 variables) s'est effectué sur EPIDATA.

Pour limiter les biais possibles à cette étape, les saisies n'ont été effectuées que par deux chirurgiens dentistes conseils, et un programme de contrôle automatique à la saisie a été mis au point.

Un contrôle de qualité de saisie a été effectué sur 10 % des dossiers choisis par tri aléatoire. Le taux d'erreur relevé était de 0,4 %.

3 - Résultats

*Seuls sont présentés ici les résultats ayant un caractère statistique significatif ou très significatif (en cas contraire la valeur de "p" est précisé).
Les résultats régionaux et par départements figurent en annexe.*

3-1 ETAT DES LIEUX [23]

3-1-1 Caractéristiques générales de la population examinée (1225 personnes)

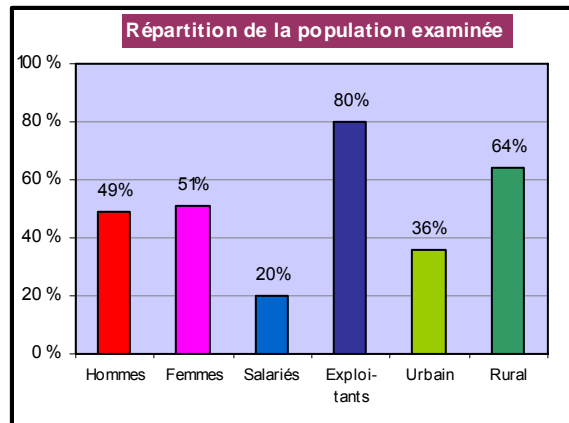
Caractéristiques démographiques et géographiques

La répartition Hommes / Femmes est homogène.

Les personnes relevant du régime des exploitants sont majoritaires.

2/3 des personnes vivent en milieu rural et 1/3 en milieu urbain.

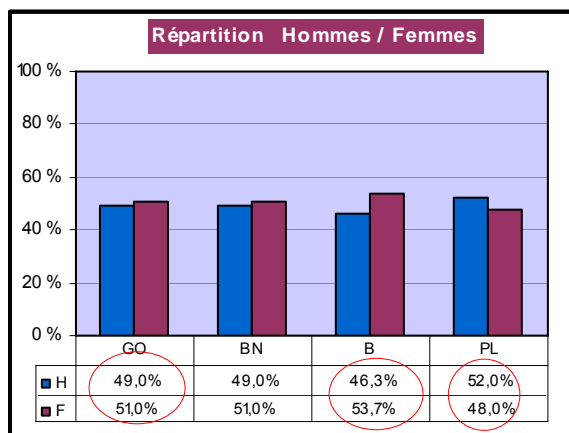
Cette répartition varie selon les régions.



Caractéristiques selon les régions

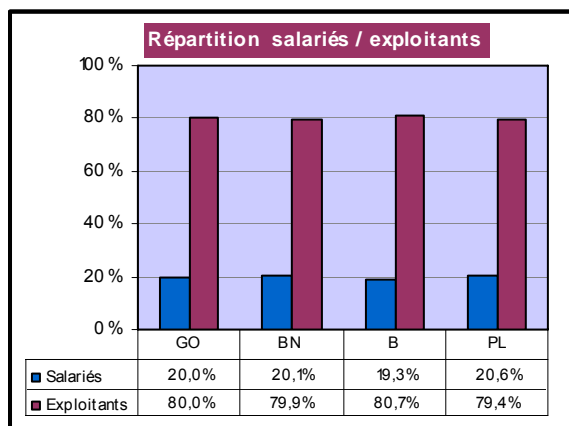
Sexe

La répartition selon le sexe ne présente pas de différence significative entre les trois régions du Grand Ouest.



Régime

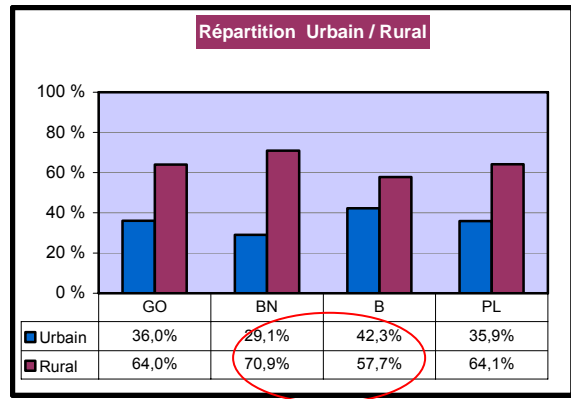
La répartition par régime est la même quelle que soit la région : un retraité salarié pour quatre exploitants.



Milieus urbain et rural

La région des Pays de la Loire se situe près de la moyenne interrégionale.

La différence entre les moyennes du Grand Ouest et de la Basse Normandie n'est pas significative ($p=0,127$). En revanche la Bretagne est significativement moins rurale que les autres régions.



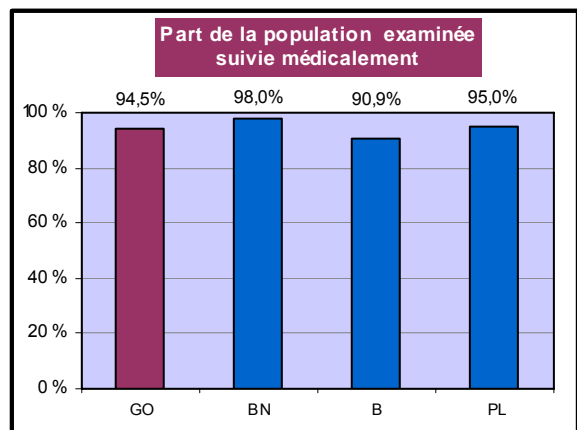
La répartition de ces différents paramètres par département montre une très grande diversité. (document annexe "par département")

3-1-2 Suivi médical

Plus de 90 % des personnes examinées ont consulté un médecin au moins une fois dans l'année.

La quasi-totalité des personnes examinées est suivie régulièrement par un médecin.

Ce qui se vérifie dans chacune des régions.

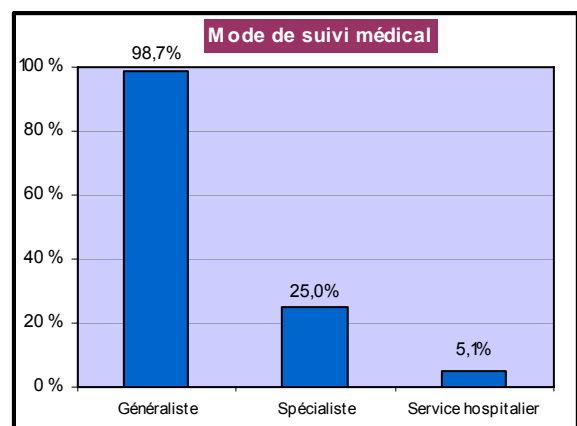


Nature du suivi

Par qui ?

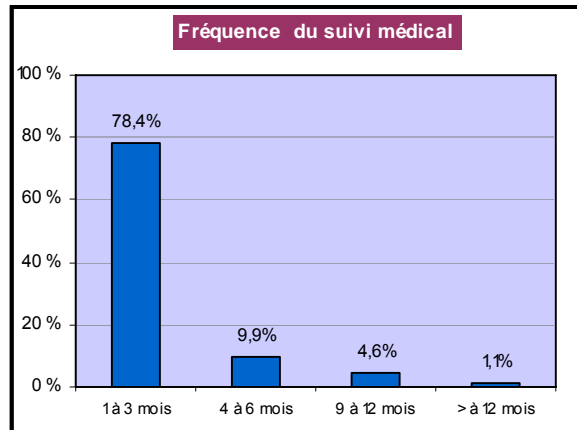
La grande majorité des personnes suivies le sont par un généraliste, un quart par un spécialiste, et 5 % par un service hospitalier.

Le total dépasse 100 % car un mode de suivi n'en exclut pas un autre.



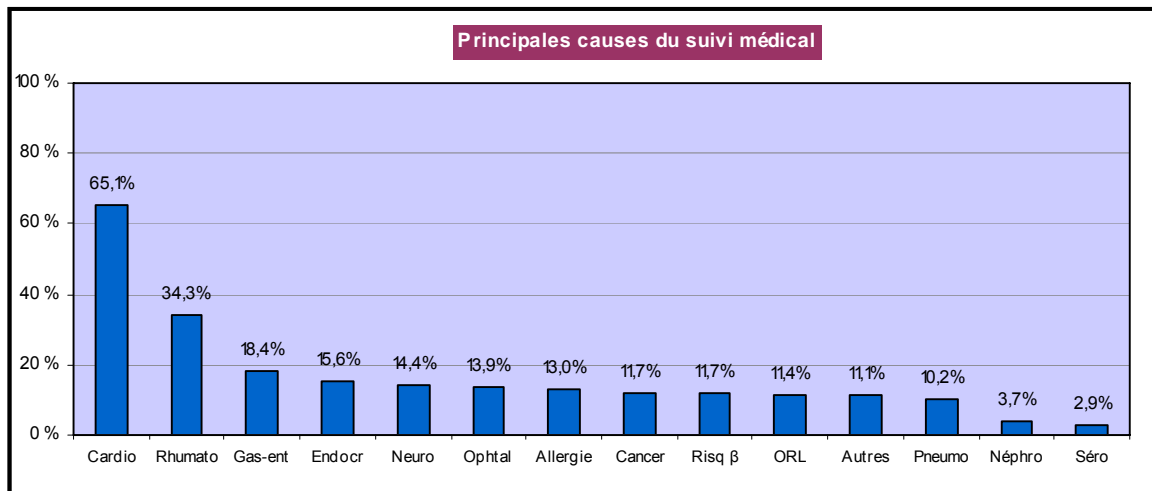
Fréquence du suivi

78 % de la population examinée bénéficient d'un suivi médical régulier (défini par un acte en consultation ou visite au moins tous les trois mois).



Pour quoi ?

Les affections cardio-vasculaires et rhumatismales constituent les principales causes de suivi médical régulier (respectivement deux tiers et un tiers des personnes examinées).



L'item "Ophtalmo" ne tient pas compte du port de lunettes.

L'item "cancer", comptabilise les traitements en cours ou passés.

Pathologies pouvant avoir des liens de causalité avec des affections bucco-dentaires [2, 4, 13, 19, 31, 33, 34, 36, 38, 41, 53]

Affections cardio-vasculaires

Deux tiers des personnes examinées sont suivies pour une affection cardio-vasculaire sans qu'il ait été possible d'identifier plus précisément les pathologies cardiaques et donc leur relation avec l'état bucco-dentaire.

Seuls les traitements pour HTA et cholestérol ont été repérés ne permettant pas d'apporter plus de précisions.

NB : il n'a pas été possible de recueillir de données sur les endocardites oslériennes.

Affections rhumatologiques [30, 52]

Plus d'un tiers des personnes examinées souffre d'une maladie ostéo-articulaire. Dans 12 % de ces cas (soit 4,3 % de la population totale) il s'agit d'une polyarthrite rhumatoïde dont on connaît la relation de causalité avec la présence de poches parodontales. Toutefois la faiblesse de l'effectif ne permet pas d'illustrer cette relation de façon statistiquement fiable.

Troubles digestifs

18,4 % de la population examinée présentent des troubles digestifs. Dans 16 % de ces cas (soit 2,9 % de la population totale) on trouve la notion d'ulcère gastro-duodéal et dans 1 % de ces cas (soit 0,2 % de la population totale) l'existence de la maladie de CROHN.

Un mauvais pouvoir de mastication est un des facteurs d'ulcération de l'estomac.

Une relation entre la maladie de CROHN et certaines affections parodontales est parfois évoquée cependant les effectifs de notre échantillon sont trop faibles pour permettre une étude plus affinée.

Affections Endocrinologiques [27, 32, 47]

15,6 % des patients examinés ont une affection endocrinologique. Dans 44 % de ces cas (soit 6,8 % de la population totale) il s'agit d'un diabète.

Certaines formes de parodontites peuvent participer au déséquilibre d'un diabète, lequel a des répercussions sur le parodonte.

Ces parodontites peuvent également constituer un facteur d'accélération de la vitesse de dégradation de l'os en cas d'ostéoporose (31 % des cas soit 4,9 % de la population totale).

Troubles neuropsychiatriques

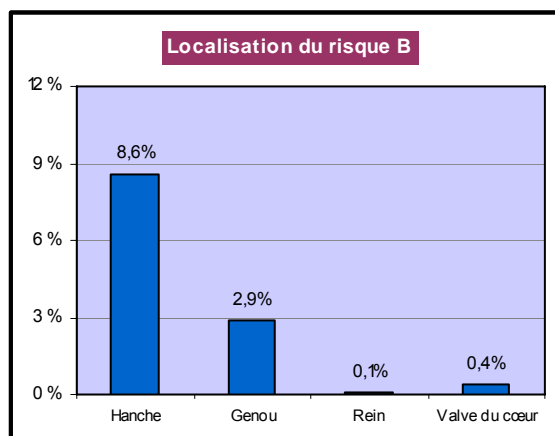
Près de 15 % des personnes examinées sont suivies pour troubles neuropsychiatriques et bénéficient en grande majorité d'un traitement par anxiolytiques.

La prise régulière d'anxiolytiques peut avoir une influence sur le flux salivaire, la sécheresse buccale entraînant à son tour diverses lésions.

29 % des personnes prenant régulièrement des anxiolytiques présentent une sécheresse buccale qui est permanente dans 9 % des cas et occasionnelle dans 20 %.

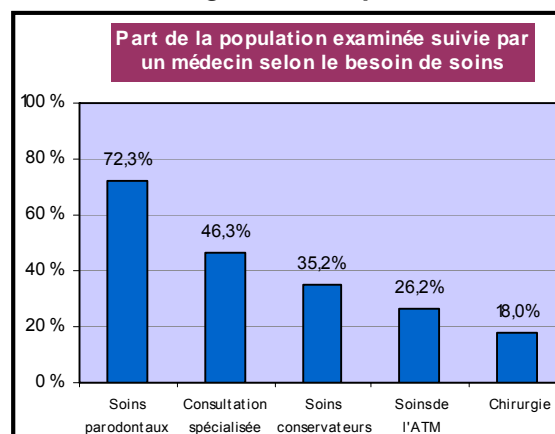
Patients à risque B (définition en annexe)

11,7 % des patients examinés présentent un risque B (prothèses et greffes) nécessitant d'être régulièrement suivis par un médecin mais également par un chirurgien dentiste.

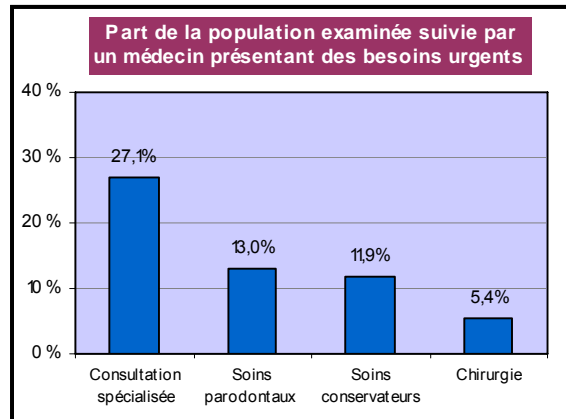


Etat bucco-dentaire des personnes qui ont déclaré être suivies régulièrement par un médecin

Un suivi médical régulier ne signifie pas pour autant un état bucco dentaire satisfaisant comme le montre l'histogramme ci contre.



Certains besoins de soins ont même un caractère urgent, ainsi 27 % des personnes suivies par un médecin présentent des lésions nécessitant une consultation spécifique ou spécialisée, 13 % des soins du parodonte et 12 % des soins conservateurs.

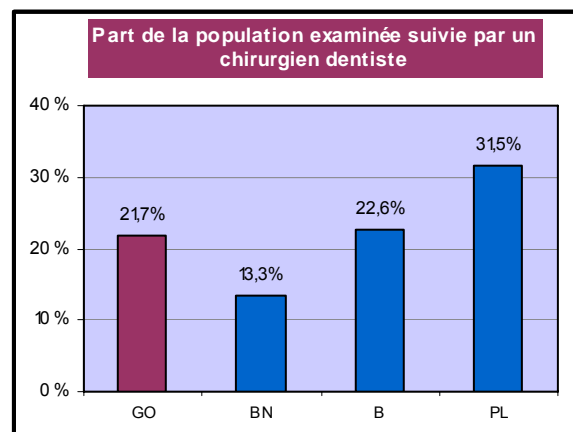


3-1-3 Suivi dentaire

Le critère de régularité de suivi dentaire retenu est au moins une visite par an, c'est le cas pour plus de 20 % des personnes examinées.

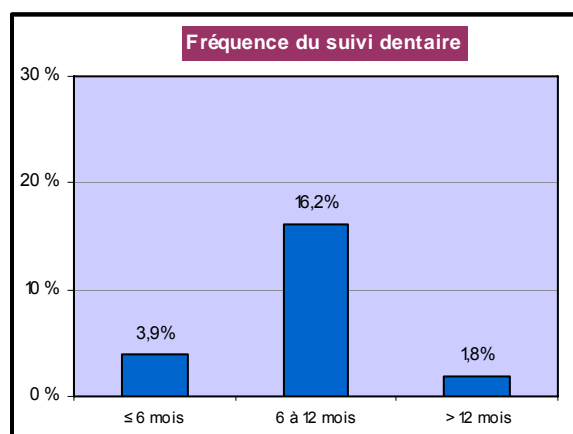
Le suivi dentaire (22 % pour la population examinée du Grand Ouest) est très inférieur au suivi médical (94,5 %). Ce chiffre global cache des différences significatives entre les régions.

A l'échelle départementale, ces différences sont encore plus nettes.



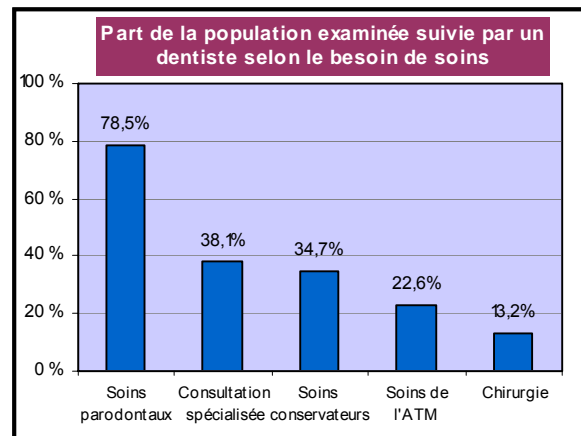
Seules 21,7 % des personnes examinées disent consulter régulièrement leur chirurgien-dentiste dont un cinquième au moins une fois tous les 6 mois.

80 % ne consultent qu'en cas d'urgence.

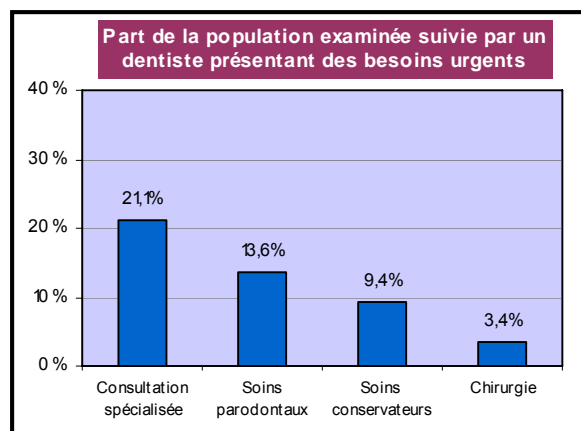


Etat bucco-dentaire des personnes qui ont déclaré être suivies régulièrement par un chirurgien-dentiste

Un suivi dentaire régulier ne signifie pas pour autant un état bucco dentaire satisfaisant comme le montre l'histogramme ci contre.



Certains besoins ont même un caractère urgent, ainsi plus de 21 % ont besoin d'une consultation spécifique ou spécialisée ; 13,6 % des personnes suivies présentent un état parodontal nécessitant des soins, 9,4 % de soins conservateurs.



Près de 5 % de la population examinée se plaint de gênes ou de difficultés dans la sphère oro-faciale. Il s'agit essentiellement de gênes à la mastication.

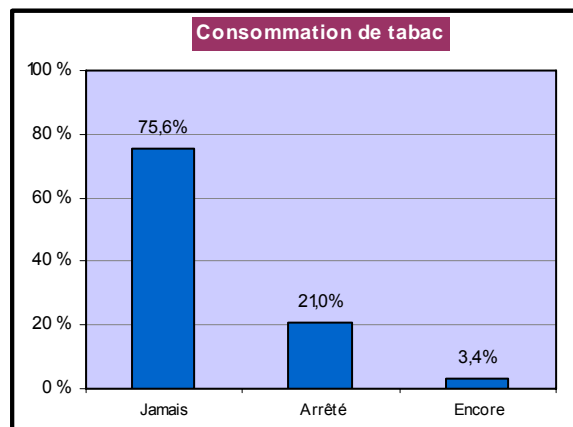
Par ailleurs, 14 % des personnes examinées ignorent leurs besoins en soins bucco dentaires.

3-1-4 Caractéristiques médicales de la population examinée

Tabac [5, 9]

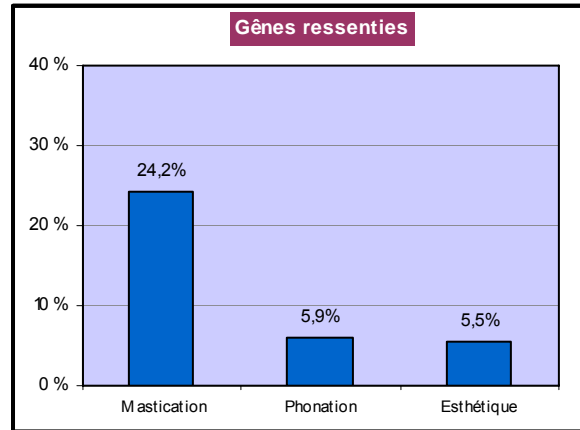
3,4 % des personnes examinées fument.
21 % déclarent avoir arrêté.
75,6 % n'ont jamais fumé.

Pour les fumeurs actuels, l'indice paquets/an est en moyenne de 91 avec toutefois une forte dispersion.



Gênes ou difficultés

28 % des personnes examinées se plaignent de gênes ou de difficultés au niveau de la sphère oro-faciale. Il s'agit essentiellement de gênes à la mastication plus rarement d'une gêne à la phonation ou d'une préoccupation esthétique.

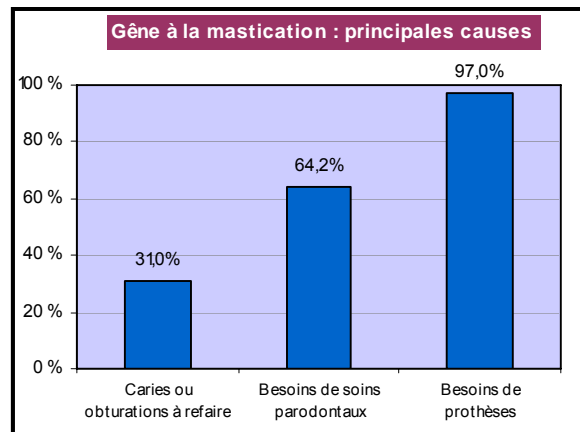


Dans cette population qui déclare une gêne dans la sphère oro-faciale, 28 % présentent une édentation non compensée mandibulaire et 46 % une édentation non compensée maxillaire.

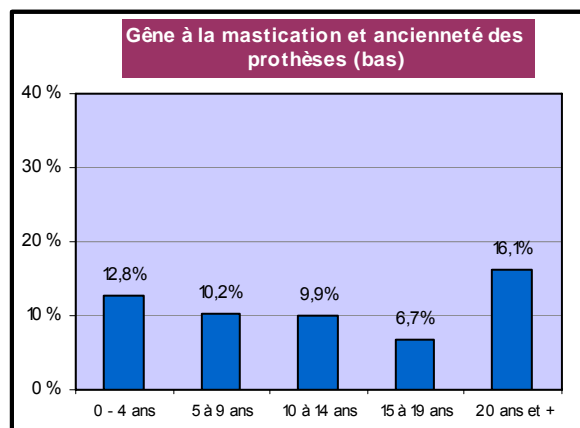
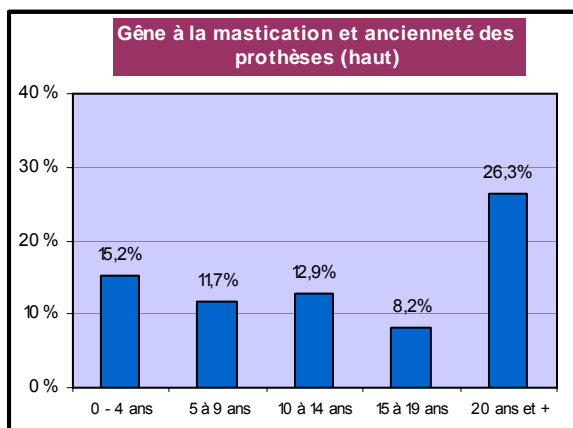
Gênes à la mastication

Lorsque les patients se plaignent de gênes ou de difficultés :

- 31 % présentent des caries ou des obturations à refaire.
- 64 % présentent des besoins de soins en parodontie mesuré par un indice CPITN > 0
- 97 % présentent des besoins en prothèse, toutes confondues.



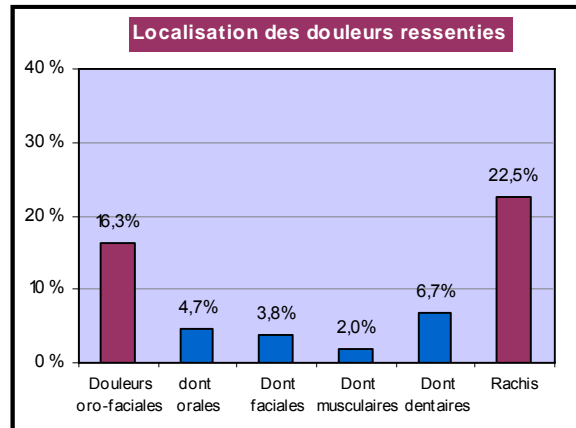
La fréquence des plaintes est corrélée à l'âge de la prothèse. Les prothèses récentes (moins de 4 ans) ou très anciennes (plus de 20 ans) sont fréquemment à l'origine de la gêne.



Douleurs

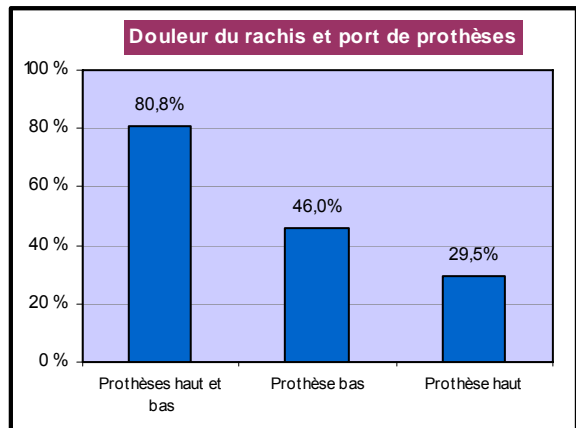
Les douleurs dont la prévalence est ici considérée ne comprennent pas celles du rachis. Ces dernières peuvent présenter une relation avec les dysfonctions occluso-articulaires.

Une personne sur sept se plaint de douleurs dans la sphère oro-faciale et une sur cinq de douleurs rachidiennes.

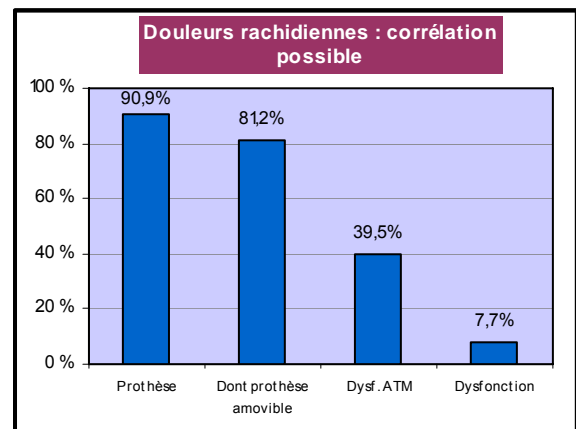


Douleurs du rachis

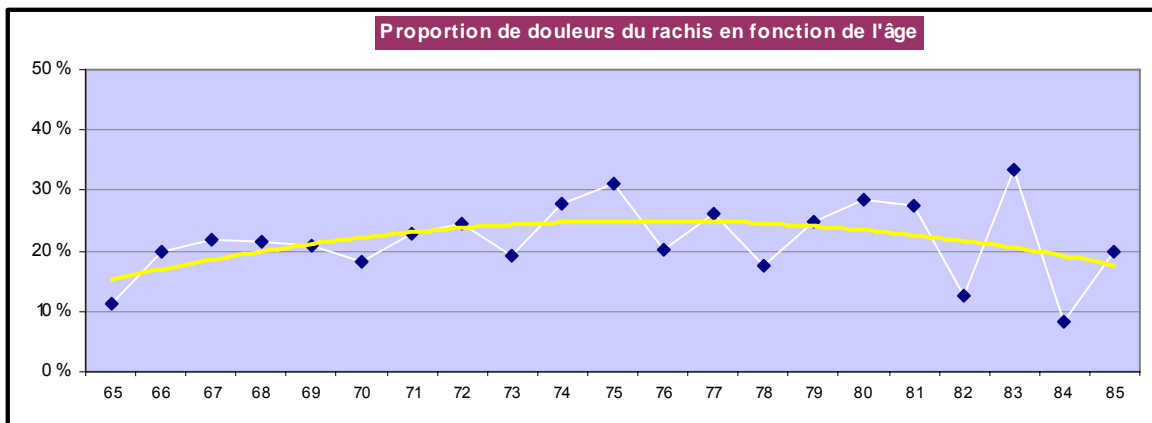
Sans qu'il soit possible d'en tirer des conclusions quant à un lien éventuel, on constate que les douleurs rachidiennes sont fortement associées au port de prothèse.



Elles sont associées à un degré moindre aux "arcades incomplètes" (traduisant des besoins en prothèses dont 80 % en amovible). Elles sont également associées à des dysfonctions des articulations temporo-mandibulaires ou occluso-articulaires.



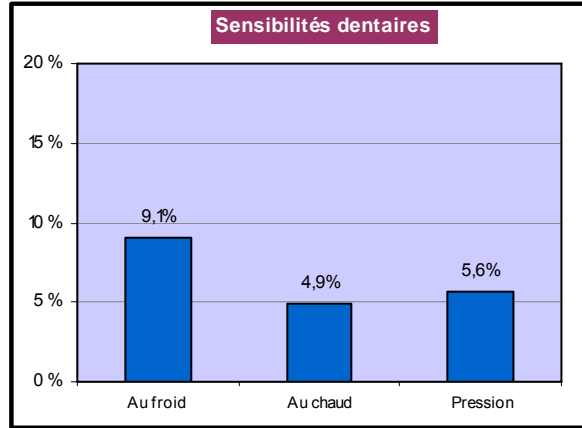
Par ailleurs il n'y a pas de corrélation entre douleur rachidienne et l'âge des personnes ($p = 0,72$)



Sensibilités

Une personne sur sept (14 %) se plaint de sensibilités dentaires, une sur dix au froid, une sur vingt au chaud ou à la pression.

Cette symptomatologie évoque soit la présence de caries (constatée dans près de 50 % des cas), soit un problème parodontal (constatée dans 86 % des cas).



3-1-5 Examen exobuccal [35, 37]

Tuméfactions et adénopathies

Un très faible pourcentage de personnes présentent des tuméfactions ou des adénopathies (2,4 %). Lorsqu'elles existent, les adénopathies se situent sur les chaînes lymphatiques drainant la sphère buccale.

Les effectifs sont trop réduits pour permettre d'effectuer des croisements avec d'autres données et de tirer des conclusions significatives.

Articulations temporo-mandibulaires

Parmi les personnes examinées :

- Très peu déclarent avoir connu un épisode de luxation ou subluxation des articulations temporo-mandibulaires
- Plus d'un tiers allègue des troubles divers (craquements, crépitements, déviation d'ouverture, antécédent de blocage)
- Parmi les personnes présentant des troubles des articulations temporo-mandibulaires, 40 % ont des besoins en prothèses

3-1-6 Examen endobuccal [35, 37]

C.A.O. [40, 42]

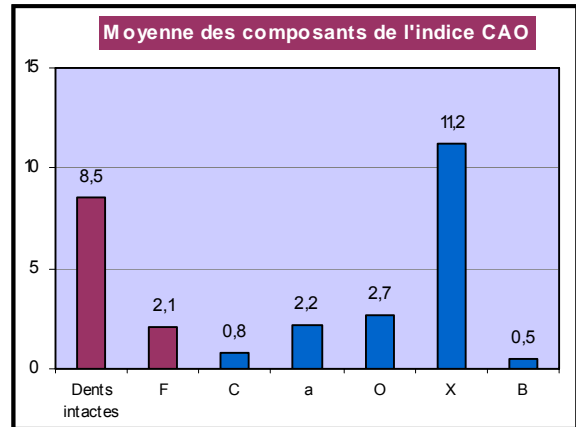
L'indice CAO est la somme des dents **C**ariées, **A**bsentes, **O**bturées sur les deux arcades dentaires d'un individu.

Bien adapté pour mesurer l'état dentaire d'une bouche d'enfant, il est apparu insuffisant pour des personnes âgées.

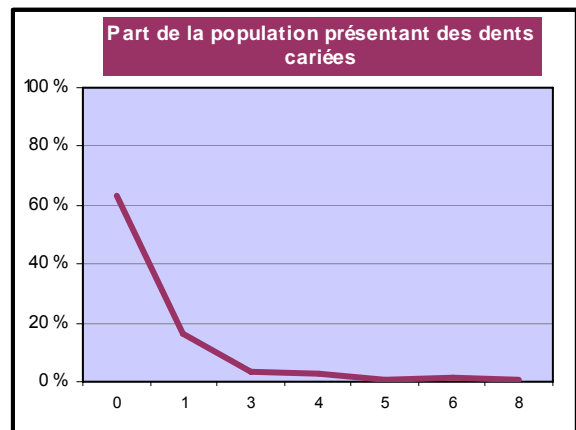
Nous avons ajouté trois valeurs :

- "X" pour "dent absente remplacée par une prothèse amovible",
- "B" pour "dent absente remplacée par prothèse fixe",
- "F" pour "dent portant une prothèse fixée".
- "a" pour "dent absente non remplacée".

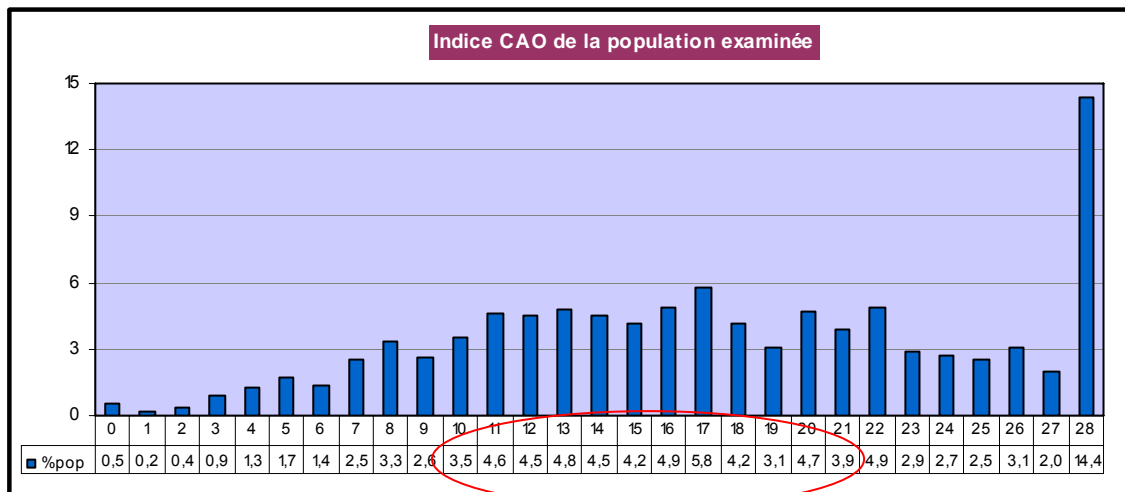
En moyenne, plus de la moitié des dents sont absentes (a+X+B = 14,48 pour 28 dents).
 Le CAO total est proche des deux tiers. (CAO 17,48 pour 28 dents)
 Seules 6 personnes (0,5%) ont un CAO à 0.
 Seules 14 personnes (1,14%) ont un CAO < 3.
 Seules 22 personnes (1,8 %) n'ont aucune dent absente.
 Le nombre moyen de dents intactes est de 8,5.
 La plus grande part du CAO revient aux dents absentes (14,5), les "O" n'intervenant que pour 2,2 et les "C" pour 0,8.



Près des deux tiers de la population examinée (dentée) est indemne de caries : 63 % ont un C à zéro.



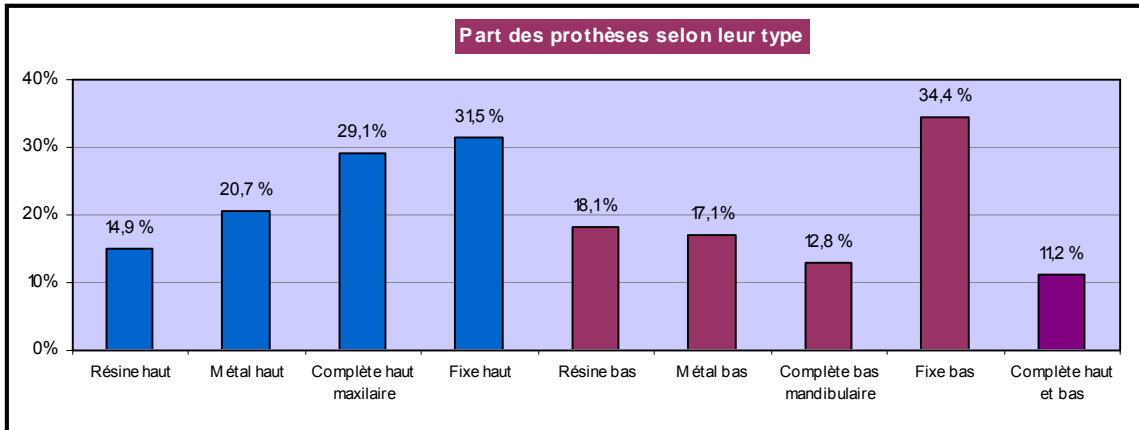
Près de 15 % des personnes examinées n'ont aucune dent intacte, (11 % portent des prothèses complètes haut et bas).
 Près de la moitié (48,8 %) a un CAO total entre 10 et 20.



Prothèses

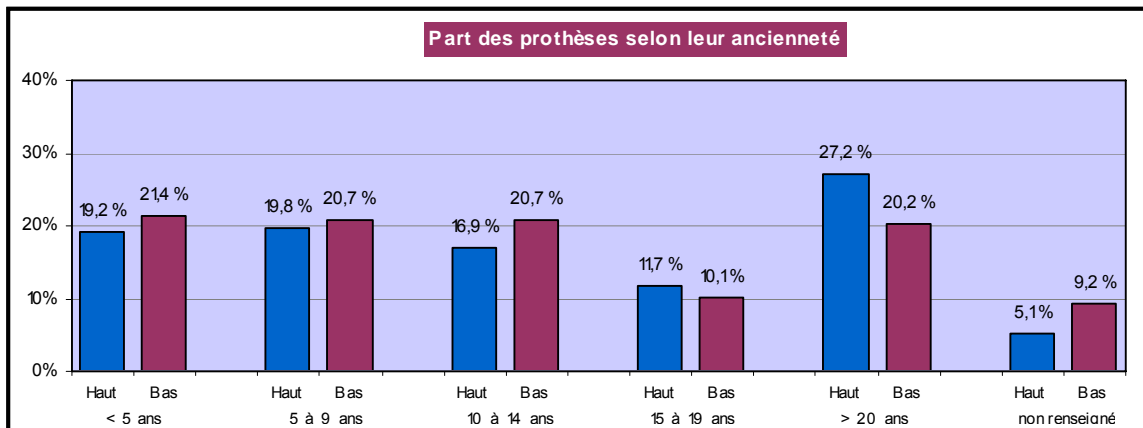
Types

Près de 80 % des personnes examinées portent au moins une prothèse, quel qu'en soit le type.
 L'inclusion des prothèses unitaires dans les prothèses fixées explique leur forte prévalence.
 Les prothèses complètes maxillaires sont près de deux fois et demie plus nombreuses que les prothèses complètes mandibulaires.

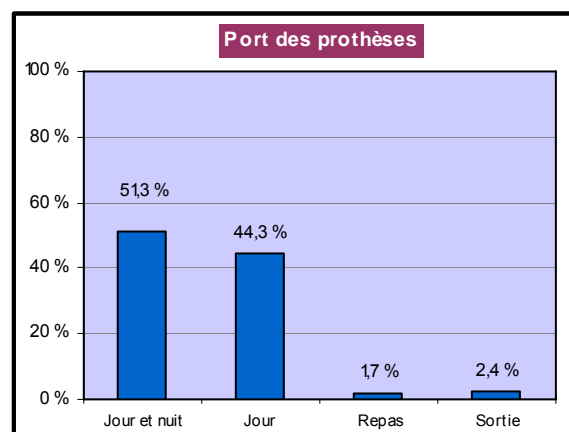


Age des appareils

Environ 80% des prothèses portées ont plus de 5 ans, 60% plus de 10 ans.
Une prothèse sur 5 a plus de 20 ans.



Plus de 50% des personnes examinées portent leurs appareils jour et nuit, 44% le jour seulement.



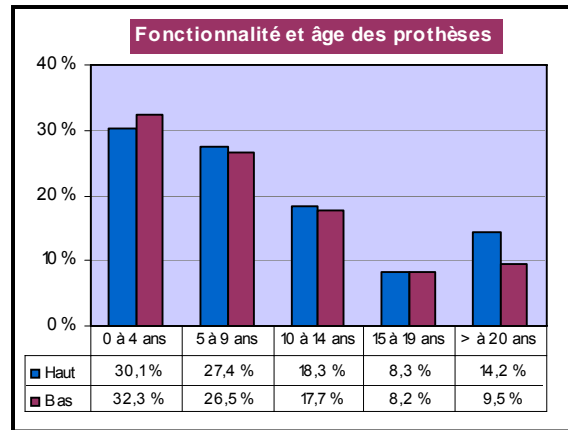
Prothèses fonctionnelles et fonction satisfaisante

Selon les déclarations des personnes examinées, 65 % des prothèses donnent satisfaction au patient alors que seules 40 % sont considérées comme fonctionnelles par l'examineur.

La fonctionnalité des prothèses diminue au fil du temps.

Certaines prothèses adjointes sont portées plus de 20 ans sans gêne fonctionnelle perçue. Totalement intégrées, elles ne sont plus considérées comme renouvelables par leurs porteurs mais ne sont pas pour autant exemptes de défauts.

(Ces données sont calculées par rapport au total des prothèses amovibles.)

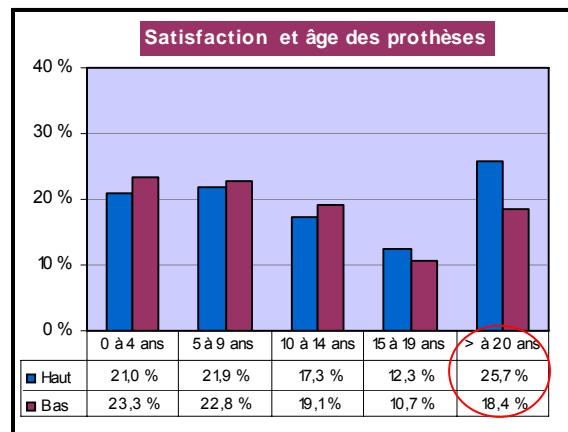


On constate que la satisfaction apportée par les appareils diminue avec leur ancienneté.

Là encore les appareils de plus de 20 ans font exception.

Ce sont même les prothèses maxillaires de plus de vingt ans qui donnent le plus fort taux de satisfaction.

(Ces données sont calculées par rapport au total des prothèses amovibles.)



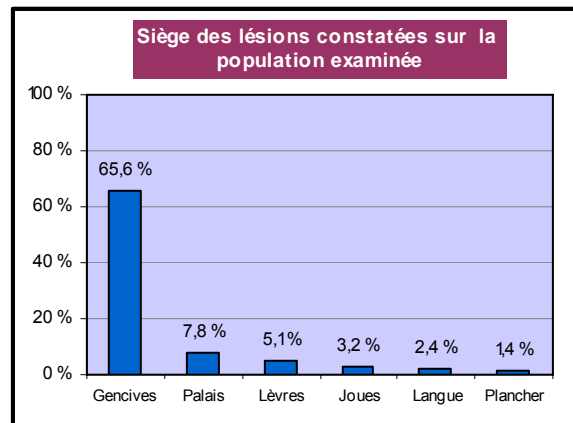
Etat des muqueuses et lésions [12, 21, 29]

Le vieillissement entraîne une hyposyalie qui peut être majorée par la prise de médicaments, en particulier la prise d'anxiolytiques qui n'intervient que dans un ¼ des cas. [7, 39, 46]

4,2 % des personnes examinées allèguent une sécheresse de bouche permanente et 14 % une sécheresse occasionnelle.

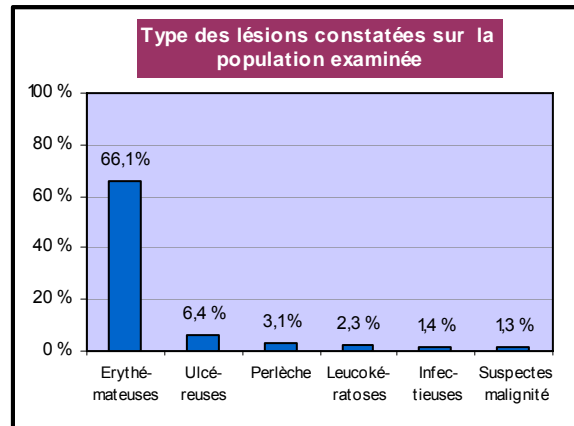
Par ailleurs 7,9 % des patients déclarent avoir eu des aphtes.

71 % des personnes examinées présentent au moins une lésion des muqueuses buccales. La quasi totalité se situe sur les gencives. [21]



Les deux tiers des personnes examinées portent des lésions de type érythémateux.

Par ailleurs on note près de 4 % de lésions susceptibles de signer un cancer présent ou à venir : leucokératoses (2,3 %) et lésions suspectes de malignité (1,3 % des cas).



Plus de 70 % des personnes examinées présentent des lésions des muqueuses buccales. Les deux tiers d'entre elles se situent sur les gencives. Les deux tiers d'entre elles sont de type érythémateux.

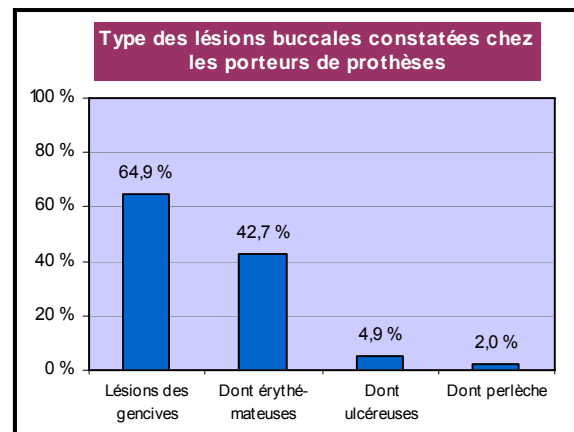
Près de 4 % présentent un risque de cancérisation.

Relations avec le port de prothèses

Près des deux tiers des lésions des muqueuses gingivales s'observent chez les porteurs d'appareils.

Les deux tiers d'entre elles sont de type érythémateux.

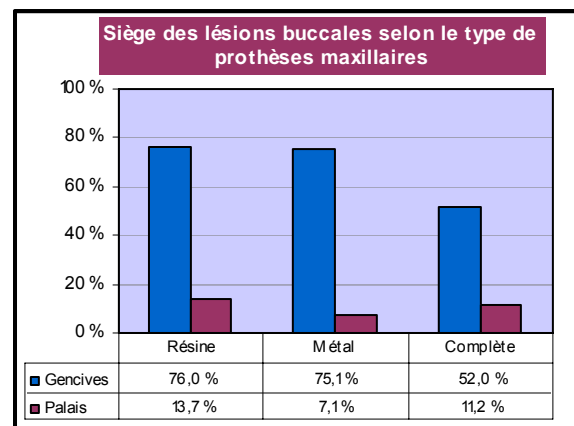
Les lésions érythémateuses des gencives sont très significativement corrélées avec le port de prothèses.



Les lésions des gencives sous les prothèses maxillaires sont nettement plus nombreuses que les lésions du palais.

On constate que la prévalence des lésions de la gencive est nettement inférieure sous les prothèses complètes maxillaires que sous les prothèses partielles résine.

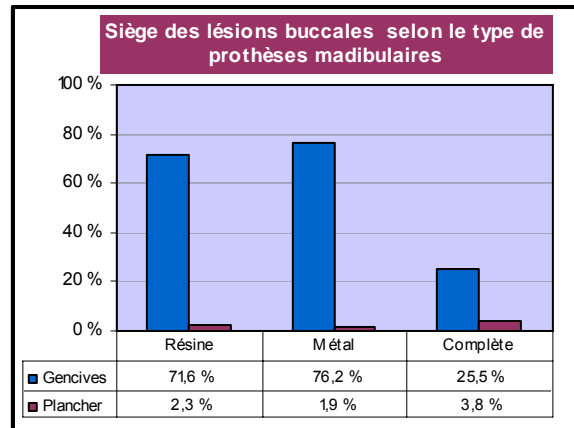
La prévalence des lésions des gencives est similaire quel que soit le matériau utilisé (métal ou résine). La prévalence des lésions du palais varie en revanche du simple au double.



Pour la population examinée, les lésions des gencives sous les prothèses mandibulaires sont nettement plus nombreuses que les lésions du plancher qui sont quasiment négligeables.

On constate que la prévalence des lésions de la gencive est nettement inférieure sous les prothèses complètes mandibulaires que sous les prothèses partielles résine.

La prévalence des lésions des gencives est comparable entre les appareils métal et résine.



Parodontie

L'examen du parodontie repose sur des indices, reconnus actuellement par la communauté scientifique, et l'OMS.

Indice de Broca

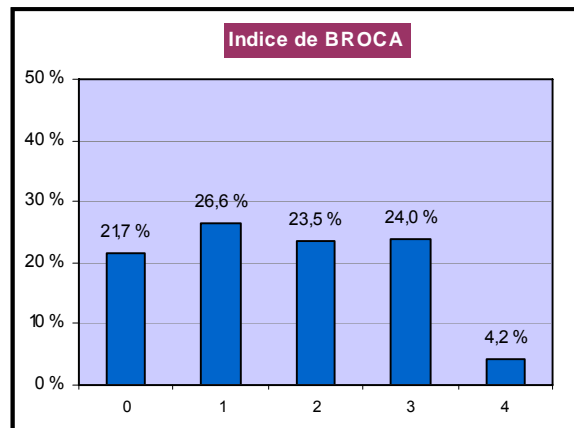
Cet indice n'est pas, à proprement parler, un indice de parodontologie. Il a été retenu pour effectuer divers croisements, en particulier avec la mobilité dentaire.

Il se mesure de la façon suivante :

- 0 = aucune usure
- 1 = usure de l'émail seul
- 2 = îlots de dentine visibles
- 3 = dentine visible sur toute la surface occlusale
- 4 = abrasion cervicale

On retient la valeur maximum

Plus du quart des personnes examinées présente une usure très importante des surfaces dentaires (indices 3 et 4).



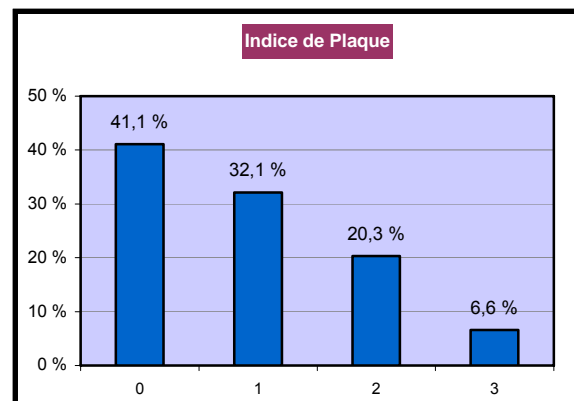
Indice de plaque

L'indice de plaque est un indicateur de l'hygiène dentaire biaisé car il est fréquent que les patients se brossent les dents juste avant la visite.

Il se mesure de la façon suivante :

- 0 = absence de plaque
- 1 = plaque visible sur sonde
- 2 = plaque visible à l'œil nu
- 3 = plaque importante

Plus du quart des personnes présente une plaque dentaire importante voire très importante (Indices 2 et 3).

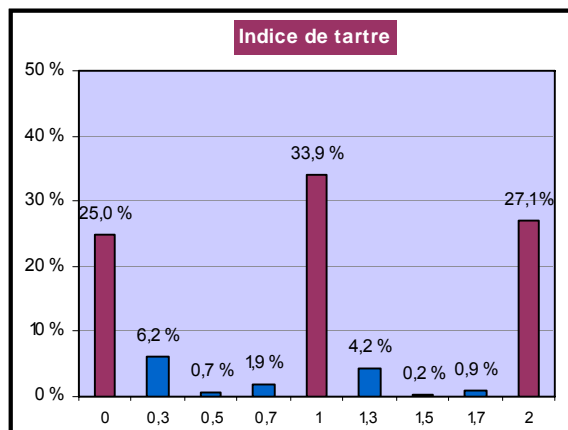


Indice de tartre

Il existe plusieurs indices de tartre différents. L'indice de Volpe & Manhold a été choisi car reconnu par la communauté scientifique. Il se mesure sur les incisives inférieures.

- 0 = absence de tartre
- 1 = épaisseur < 1mm
- 2 = épaisseur > 1mm

On retient la valeur moyenne.



Les trois quarts des personnes examinées présentent du tartre. Cette donnée est minimum car elle ne tient pas compte de la présence de tartre sur les édentés antérieurs mandibulaires.

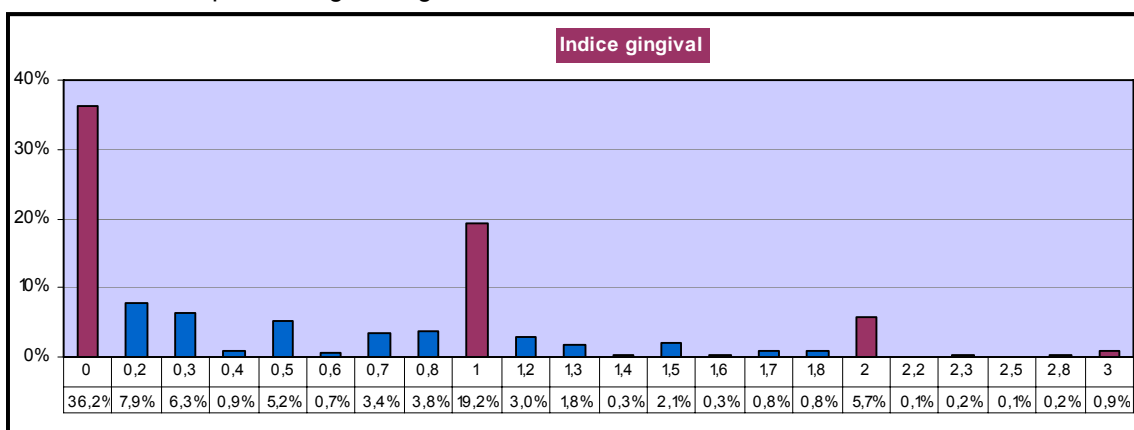
Indice gingival

Il est un indicateur de l'hygiène buccale établi par Loe & Silness. Il permet d'évaluer l'hygiène de façon fiable en mesurant l'inflammation des gencives consécutive à la présence de la plaque dentaire.

Il se mesure par sextant et la valeur retenue est la moyenne.

- 0 = aucune inflammation décelable.
- 1 = inflammation sans saignement au sondage
- 2 = inflammation avec saignement au sondage
- 3 = inflammation avec saignement spontané

L'inflammation se repère au signe du godet.



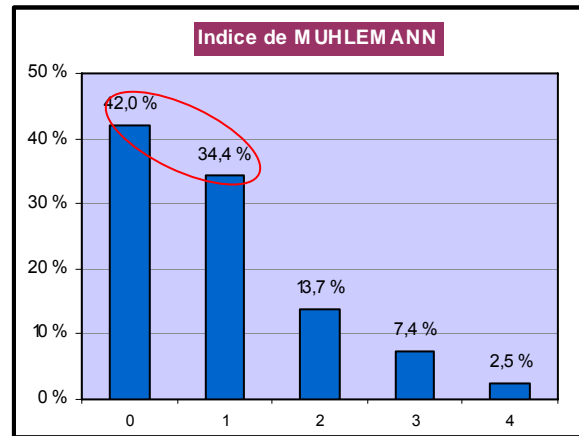
Près des deux tiers des personnes examinées présentent une inflammation des gencives, et ont donc une hygiène insuffisante.

Indice de Muhlemann

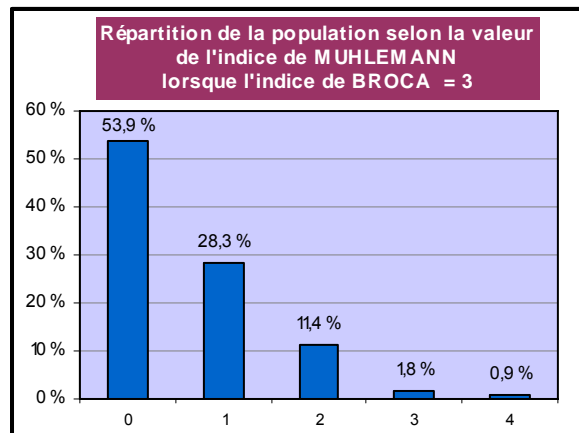
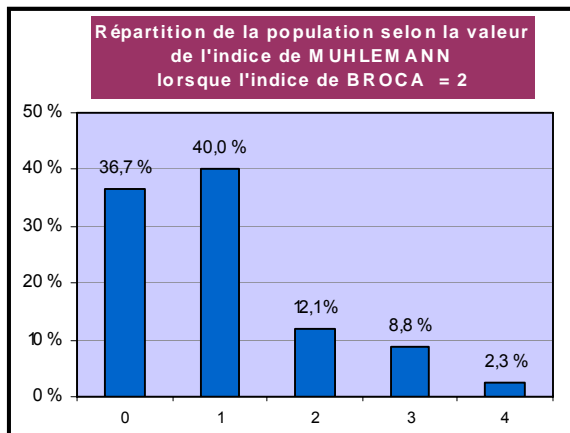
Il mesure la mobilité dentaire par sextant et on retient la valeur maximum.

- 0 = absence totale de mobilité
- 1 = mobilité sensible au doigt, imperceptible à l'œil
- 2 = mobilité transversale < 1mm et visible à l'œil nu
- 3 = mobilité transversale > 1mm
- 4 = mobilité axiale

Plus des trois quarts des personnes examinées présentent une mobilité nulle ou très modérée.



Lorsque les indices de Broca sont élevés, on constate que les indices de Muhlemann sont faibles, autrement dit moins les dents sont mobiles plus elles sont usées.



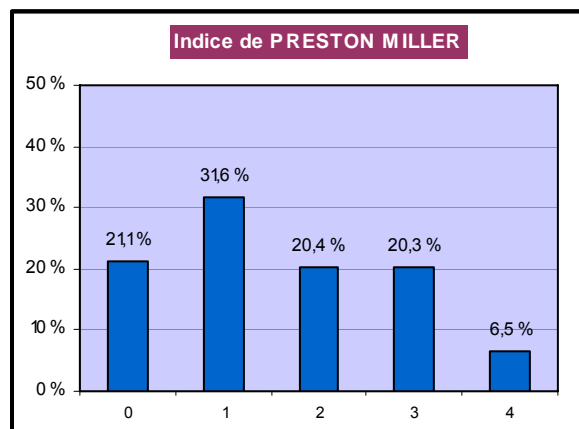
Indice de Preston-Miller

Il mesure par sextant la rétraction gingivale sur les racines. La valeur retenue est la valeur maximum.

- 0 = aucune récession
- 1 = récession localisée ne dépassant pas la ligne muco-gingivale
- 2 = récession localisée dépassant la ligne muco-gingivale
- 3 = récession généralisée avec perte des papilles et d'os (vestibulaires et/ou linguaux)
- 4 = récession généralisée avec perte complète des papilles et de l'os

Plus de la moitié des personnes examinées présente une récession localisée. (1 & 2)

Plus d'une personne examinée sur quatre présente une récession généralisée. (3 & 4)



3-2 ANALYSE DES BESOINS [6]

3-2-1 Données générales

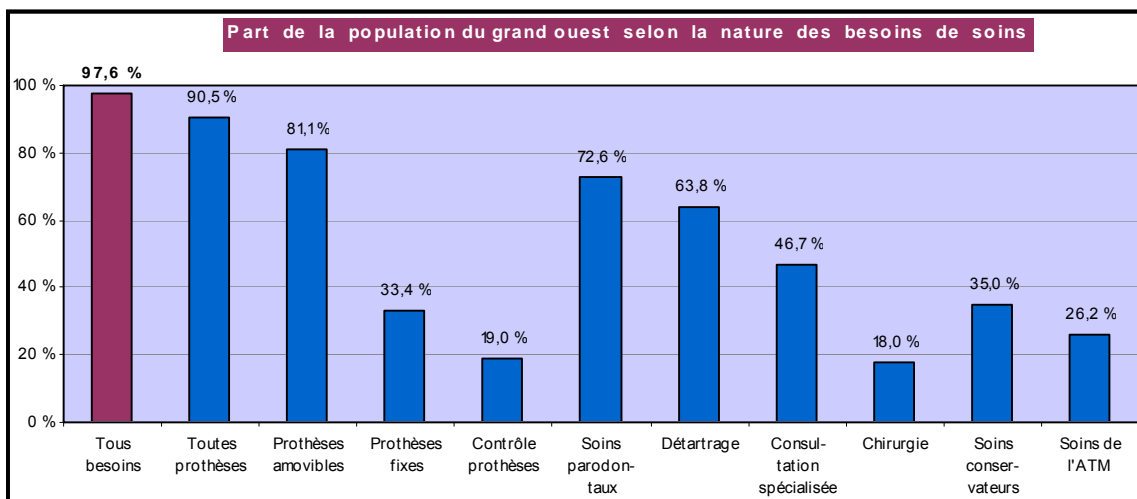
Tous besoins

Nous avons constaté les besoins suivants :

- 90 % de prothèses, essentiellement amovible dont les besoins (81 %) sont deux fois et demi plus élevés que pour la fixe (33 %)
- 72 % de soins parodontiques
- 64 % de détartrage
- près de 50 % de consultation spécifique ou spécialisée
- plus de 33 % de soins de caries
- 20 % de soins chirurgicaux

Deux tiers des personnes examinées présentent un état bucco-dentaire susceptible d'interférer sur leur état général.

Les besoins en consultations spécifiques ou spécialisées concernent les assurés qui présentent des lésions endobuccales inflammatoires, infectieuses, traumatiques, bénignes ou malignes, associées ou non à des adénopathies, ou des tuméfactions quelle que soit leur origine.



Il n'y a pas de différences significatives des besoins en fonction des différentes caractéristiques démographiques et géographiques de la population (régime, habitat, sexe).

(Il s'agit ici de l'ensemble des besoins. Le détail amènera à des conclusions différentes).

Besoins urgents

Si l'on considère l'urgence des besoins, en ne retenant que ceux qui peuvent présenter un risque pour l'état général :

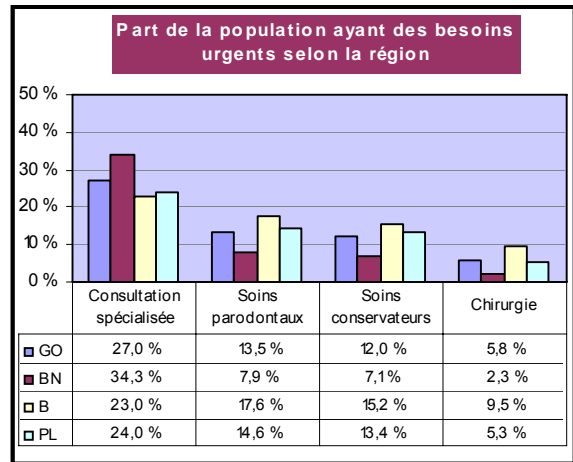
- Plus du quart des personnes examinées présente des besoins urgents en consultation spécifique ou spécialisée. (Ce type de besoin se situe au troisième rang des besoins généraux).
- Une personne sur sept présente des besoins urgents en soins parodontaux.

L'étude des intervalles de confiance atteste de la crédibilité des besoins urgents.

Il est à noter que la Bretagne présente les besoins généraux les moins importants, en revanche elle présente le taux le plus élevé de besoins urgents, notamment en soins parodontaux, chirurgicaux et conservateurs

Par ailleurs c'est en Basse Normandie que les besoins urgents en consultations spécifiques ou spécialisées sont les plus importants.

Les besoins sont significativement plus élevés en Basse Normandie qu'en Bretagne, exception faite des consultations spécifiques ou spécialisées.



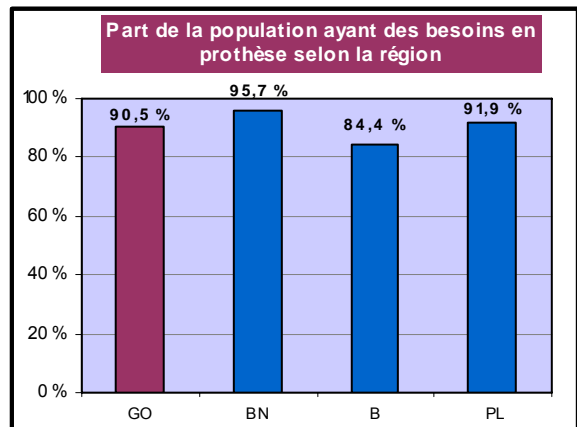
97,6 % des personnes examinées présentent des besoins en soins bucco-dentaires.
Plus du quart présente des besoins jugés urgents selon le protocole.

3-2-2 Besoins en prothèse [25, 26]

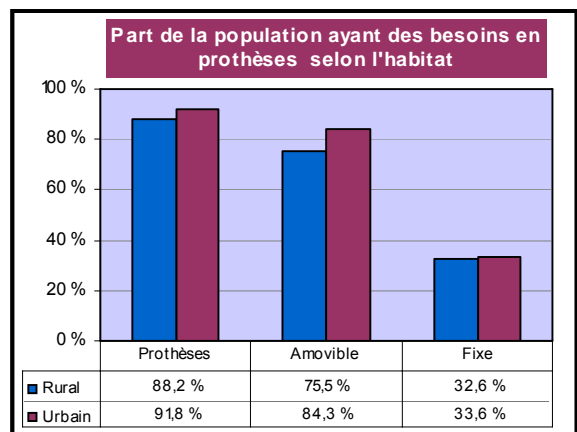
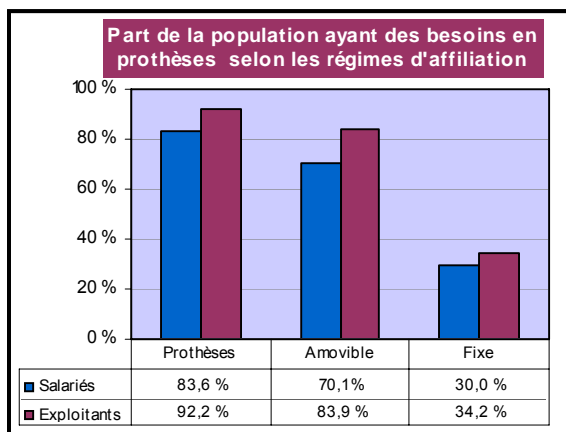
90 % de la population examinée présente des besoins en prothèse (prothèse absente, à faire ou à refaire).

Les besoins sont très significativement plus élevés en Basse Normandie qu'en Bretagne.

(Résultat par département en annexe).

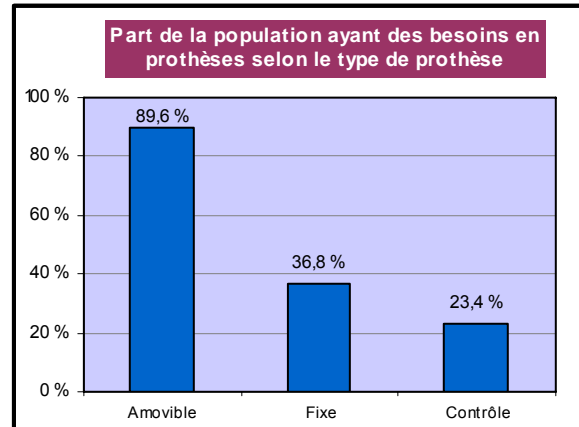


Si les besoins en prothèse sont les mêmes chez les hommes et chez les femmes ($p=0,97$), en revanche ils sont très significativement corrélés au caractère rural de l'habitat mais également au régime des exploitants.



L'étude de la répartition des besoins par type de prothèse montre une très nette prévalence des prothèses amovibles.

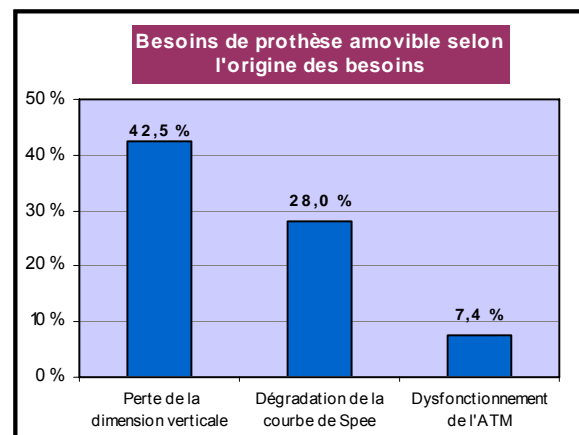
Près d'un quart des prothèses nécessite au moins un contrôle.



Une analyse plus précise des personnes ayant des besoins en prothèse amovible montre que :

- 42,5 % présentent une perte de dimension verticale,
- 28 % une dégradation de la courbe de Spee.
- 7 % des dysfonctions des articulations temporo-mandibulaires.

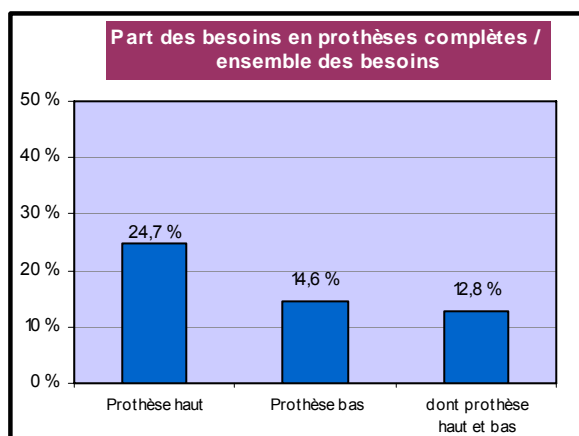
Un cumul de facteurs est possible.



Le nombre d'appareils de 1 à 9 dents à faire ou à refaire est plus important pour les prothèses mandibulaires que maxillaires.

La tendance s'inverse de façon significative à partir de 10 dents à remplacer. Ce constat est nettement plus marqué pour les prothèse complètes maxillaires que pour les prothèses mandibulaires.

Près du quart des prothèses à faire ou refaire sont des prothèses complètes dont la moitié sont des prothèses complètes haut et bas.



90 % de la population examinée présente des besoins en prothèse

La quasi-totalité de ces personnes (87,2 %) en sont conscientes, mais seules 31 % envisagent de se faire soigner.

3-2-3 Besoins en soins parodontaux [24, 29, 33, 53]

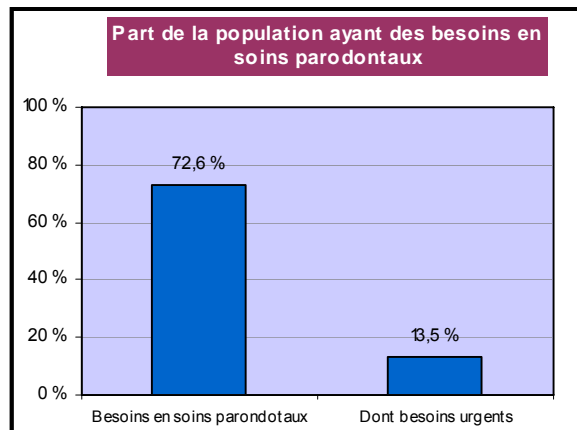
Les besoins sont évalués principalement en utilisant l'indice CPITN.

Celui-ci donne essentiellement une indication sur les traitements consécutifs :

- Aucun signe = **0**
- Saignement au sondage = **1** ⇨ nécessité de détartrage et/ou motivation à l'hygiène
- Poches inférieures à 4 mm tartre et/ou débordement iatrogène = **2** ⇨ détartrage-polissage
- Poches entre 4 et 5 mm = **3** ⇨ détartrage- surfaçage, éventuellement chirurgie
- Poches supérieures à 5 / 6 mm = **4** ⇨ chirurgie

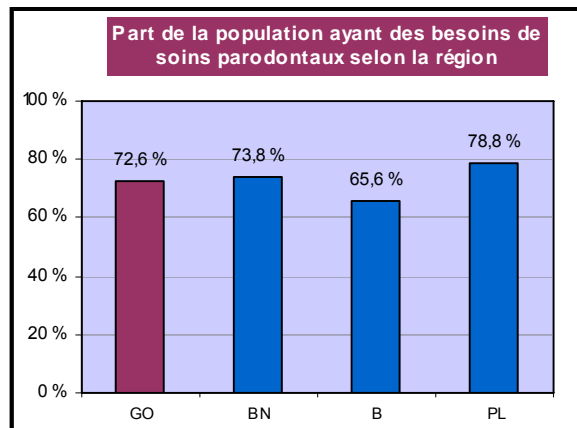
Dans les cas où plusieurs réponses sont possibles, on note l'indice le plus élevé. (Par exemple, si saignement au sondage (indice 2), et poches entre 4 et 5 mm (indice 3), on retient l'indice 3).

Les besoins en soins parodontaux se situent au deuxième rang et concernent 72,6 % des personnes examinées, dans 13,5 % des cas il s'agit de besoins urgents.

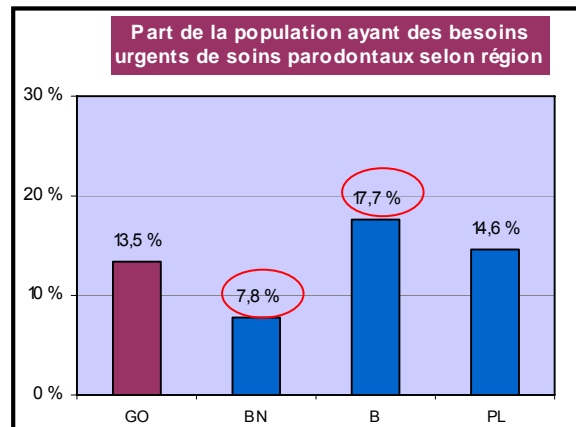


Les besoins en soins parodontaux sont très significativement plus élevés en Pays de la Loire qu'en Bretagne.

Résultat par département en annexe.



Dans ce domaine, les besoins urgents en soins parodontaux sont très significativement plus élevés en Bretagne qu'en Basse Normandie.

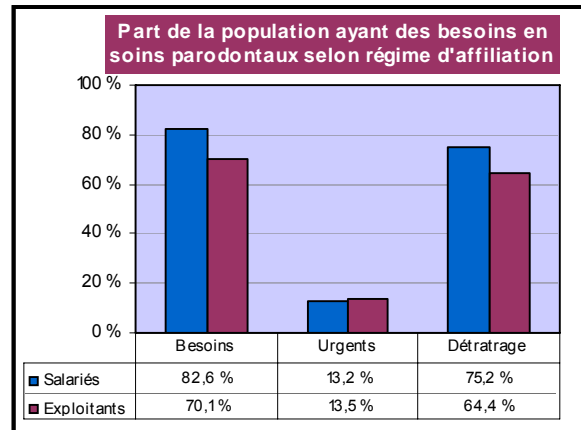


Les besoins en soins parodontaux sont corrélés au régime d'affiliation mais ni à l'habitat ($p=0,11$) ni au sexe ($p=0,20$).

Les besoins en détartrages sont élevés.

Les besoins urgents sont similaires quelles que soient les caractéristiques démographiques et géographiques.

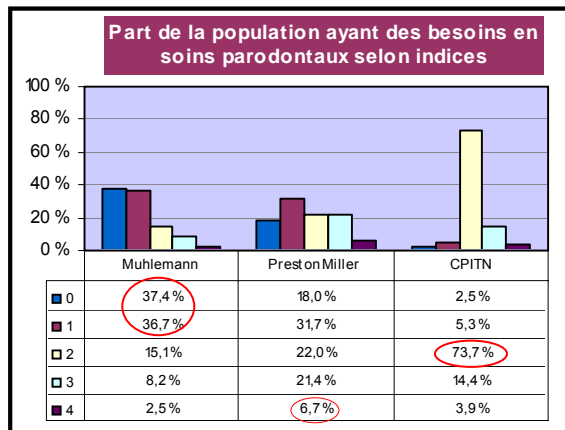
Il est à noter qu'un patient peut faire état de plusieurs besoins simultanés.



Près de 75 % des examens montrent une mobilité dentaire nulle ou presque (indice de Muhlemann à 0 ou 1).

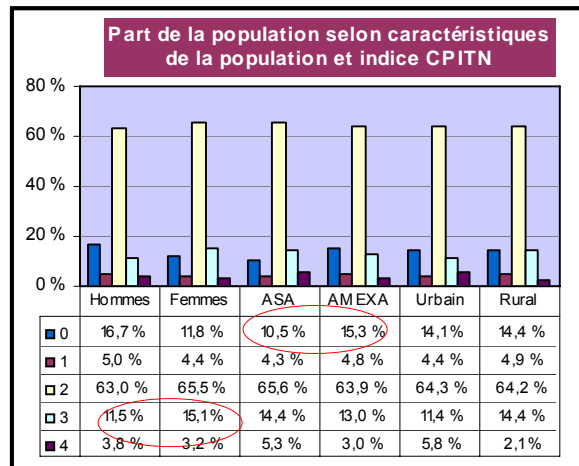
La moitié présente des récessions significatives à importantes (indice de Preston-Miller de 2 à 4).

L'indice CPITN montre un maximum à 2 pour près de 75 % des personnes examinées, ce qui donne une indication de traitements par détartrage ou détartrage-surfaçage. L'étude des valeurs de cet indice selon les différentes caractéristiques de la population ne montre pas de différence significative.

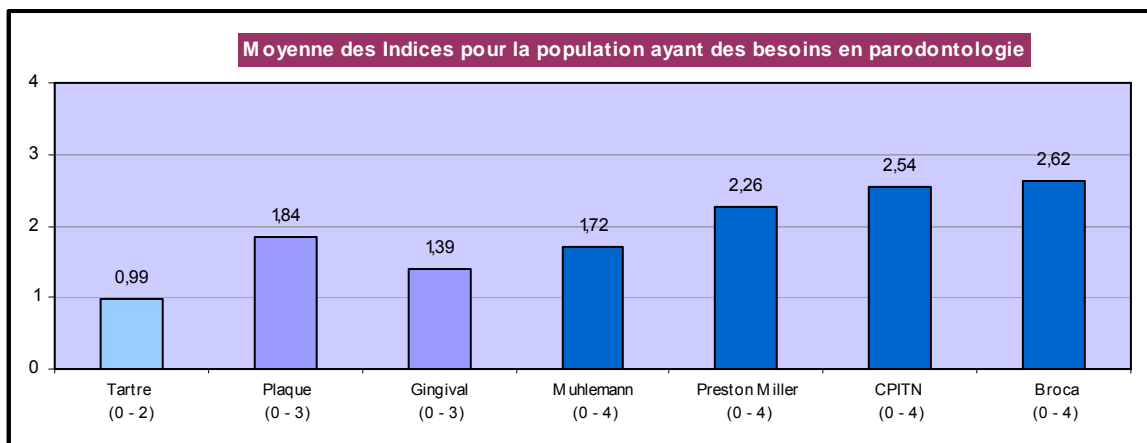


Les besoins en soins chirurgicaux du parodonte ($CPITN \geq 3$) sont nettement plus élevés chez les femmes que chez les hommes même si cette donnée n'est pas significative ($p=0,23$).

L'absence de besoins en soins parodontaux ($CPITN=0$) est très significativement corrélée au régime d'affiliation ($AMEXA > ASA$).



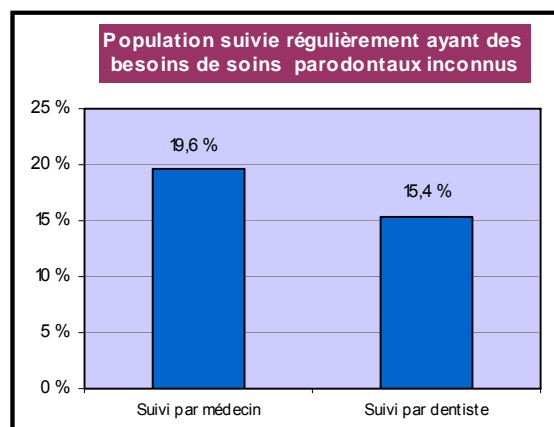
Les indices de parodontologie sont dans l'ensemble supérieurs à la moyenne, à l'exception des indices de tartre et de Muhlemann traduisant l'état parodontal dégradé de la population examinée. (cf. page suivante)



Besoins en soins parodontaux et surveillance médicale et dentaire

Il n'y a pas de différence significative, entre les besoins de la population examinée dans son ensemble et ceux des populations suivies régulièrement, que ce soit par un médecin ou un chirurgien-dentiste.

Parmi les personnes nécessitant des soins parodontaux, 20 % de celles qui sont suivies par un médecin et 15 % de celles qui sont suivies par un chirurgien dentiste déclarent ignorer avoir des besoins en soins de ce type.



Populations à risques spécifiques :

Chez les **patients diabétiques** suivis par un médecin, les besoins en soins parodontaux sont significativement supérieurs à ceux des non diabétiques.

Les besoins en soins parodontaux des **patients à risque B** suivis régulièrement par un médecin, ne sont pas significativement différents des patients exempts de ce type de risque ($p=0,77$).

En revanche lorsque ces mêmes catégories de patients sont suivies par un chirurgien dentiste, il n'y a pas de différence significative en terme de besoins en soins parodontaux ($p=0,78$ pour les patients diabétiques, $p=0,97$ pour les patients à risque B).

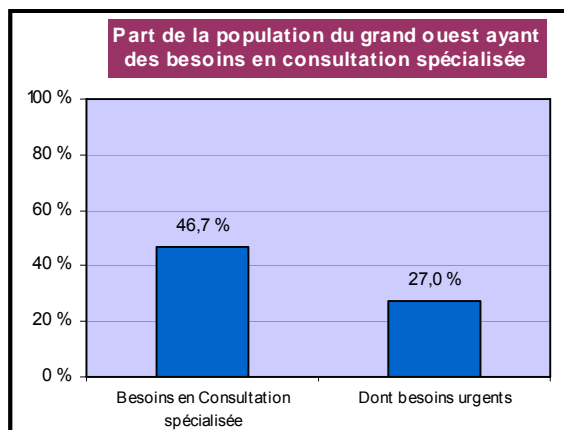
72,6 % des personnes examinées présentent des besoins en soins parodontaux.

13,5 % présentent des besoins urgents

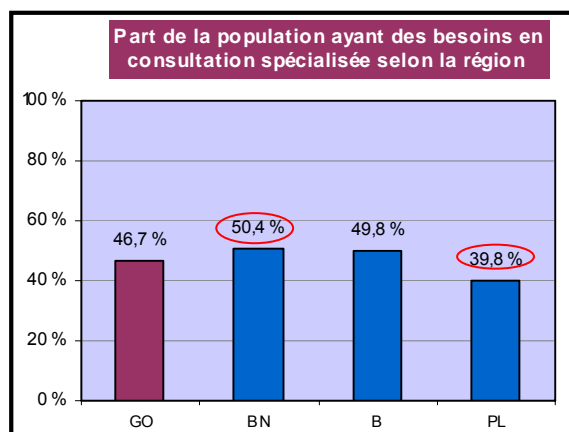
Parmi les personnes qui connaissent leurs besoins en soins parodontaux, seules 36 % prévoient de se faire soigner.

3-2-4 Besoins en consultation spécifique ou spécialisée

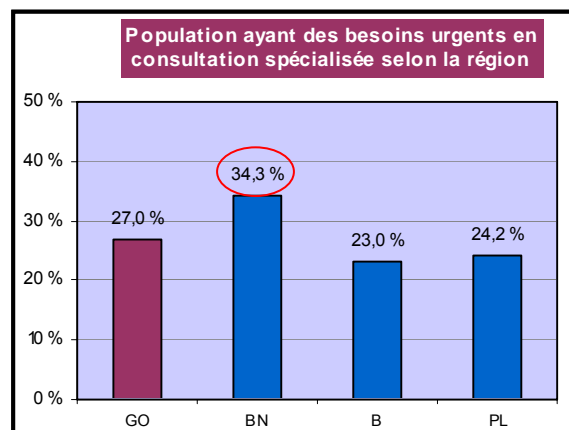
Près de la moitié des personnes examinées présentent des besoins en consultation spécifique ou spécialisée. 27 % ont un caractère urgent



Les besoins en consultation spécifique ou spécialisée sont significativement plus élevés en Basse Normandie qu'en Pays de la Loire.

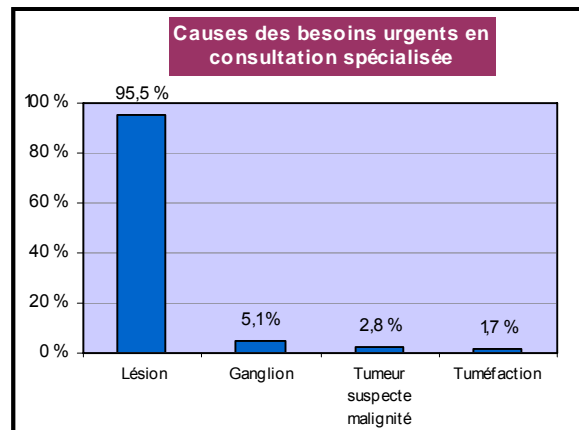


En ce qui concerne les besoins urgents, ceux-ci sont très significativement plus élevés en Basse Normandie qu'en Bretagne et Pays de la Loire.



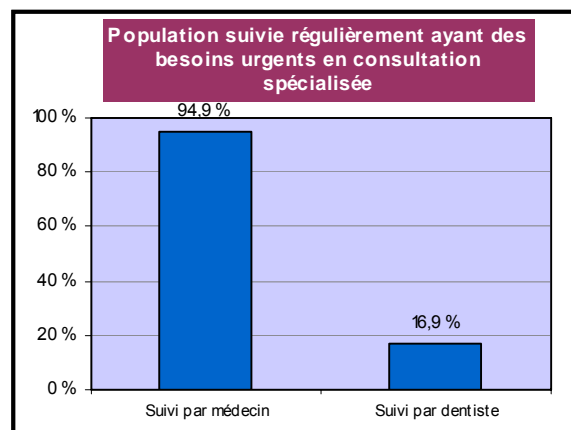
Plus de 95 % des besoins urgents sont justifiés par des lésions endobuccales et/ou des tuméfactions et près de 20 % par des douleurs de la cavité buccale autres que dentaires.

Plus précisément, cette urgence est en grande partie liée à la présence d'adénopathies, de lésions suspectes ou de tuméfaction quelle que soit l'origine de cette dernière.



Il n'y a pas de différence significative de besoins urgents en consultation spécifique ou spécialisée entre les personnes suivies régulièrement par un médecin et celles qui ne le sont pas ($p=0,75$).

Les personnes suivies régulièrement par un chirurgien dentiste présentent significativement moins de besoins en consultation spécifique ou spécialisée que celles qui ne le sont pas.



Il n'y a pas de différence significative de besoins en consultation spécifique ou spécialisée selon le régime d'affiliation ($p=0,19$), selon l'habitat ($p=0,58$) ou selon le sexe ($p=0,17$).

(Cependant, les besoins sont significativement plus élevés chez les assurés du régime des exploitants en Pays de la Loire et Bretagne par rapport à la moyenne interrégionale).

54 % des **patients diabétiques** suivis régulièrement par un médecin présentent des besoins en consultation spécifique ou spécialisée dont 37 % ont un caractère urgent.

55 % des patients diabétiques suivis régulièrement par un chirurgien-dentiste présentent des besoins en consultation spécifique ou spécialisée dont 46 % à caractère urgent.

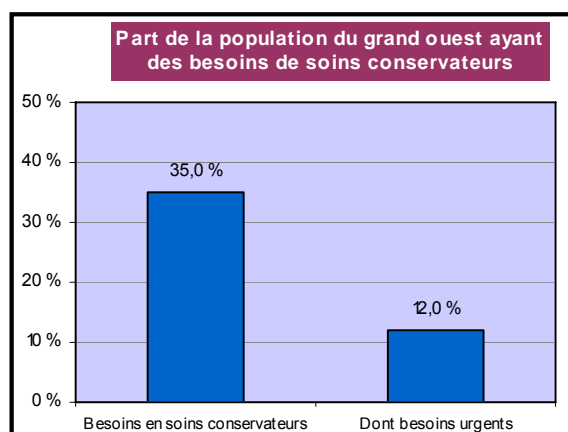
Les patients à risque B suivis régulièrement par un médecin présentent des besoins en consultation spécifique ou spécialisée proches de 47 % dont près de 25 % en besoins urgents.

Suivis régulièrement par un chirurgien-dentiste, ils présentent des besoins en consultation spécifique ou spécialisée proches de 41 % dont près de 3 % urgents.

(une étude portant sur les patients diabétiques et les patients à risque B fait l'objet d'un § ultérieur)

3-2-5 Besoins en odontologie conservatrice

Les besoins en soins conservateurs viennent au quatrième rang des besoins pour la population examinée. Ils concernent 35 % de la population. Dans un tiers des cas ces besoins sont urgents.

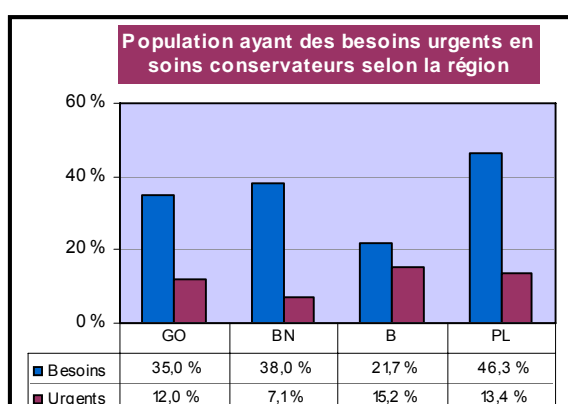


Les besoins en soins conservateurs sont significativement plus élevés en Pays de la Loire qu'en Bretagne.

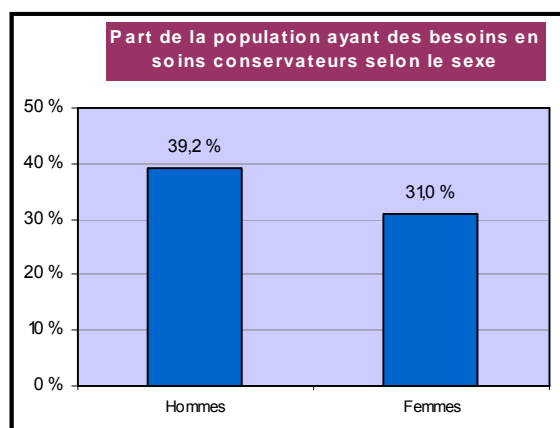
Les besoins urgents sont significativement plus élevés en Bretagne qu'en Basse Normandie.

La région Bretagne est celle où les besoins sont les plus bas, et les besoins urgents les plus élevés.

La région Basse Normandie présente des caractéristiques diamétralement opposées.



Les besoins en soins conservateurs y compris urgents sont significativement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Ils ne sont corrélés ni au régime d'affiliation ($p=0,72$) ni à l'habitat ($p=0,28$).



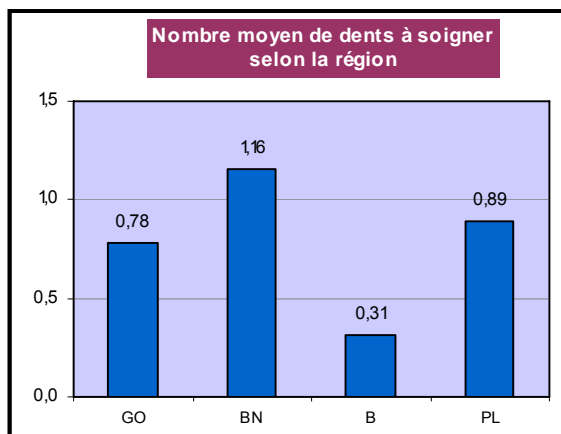
Nombre de dents à soigner :

Les deux tiers des personnes examinées ne présentent aucune dent à soigner. Selon les régions, on constate toutefois de grandes variations : de 55 % en Pays de la Loire à 80 % en Bretagne.

30 % des personnes présentent de 1 à 4 dents à traiter mais là aussi de grands écarts entre régions existent : de 19 % en Bretagne à 42 % en Pays de la Loire.

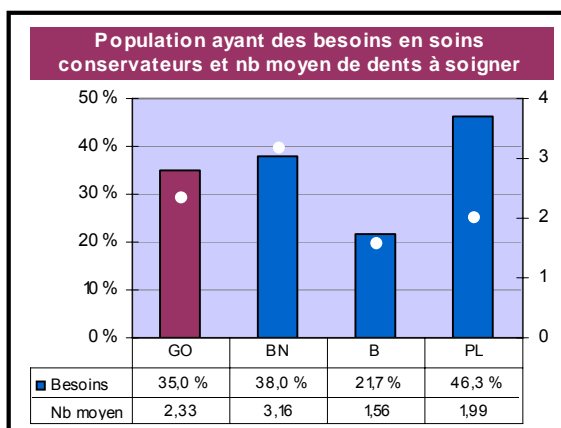
Les données correspondant à plus de 8 dents à soigner ont été éliminées compte tenu de la faiblesse des effectifs, les personnes ayant de 9 à 21 dents à soigner représentent 0,8 % de la population totale.

Le nombre moyen de dents à soigner, par rapport à la population générale, est assez modeste et soumis à de très grandes variations selon les régions, de 0,31 en Bretagne à 1,16 en Basse Normandie.

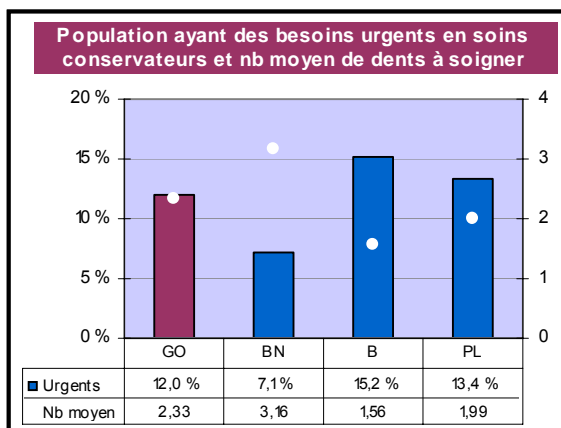


Prévalence des besoins en soins conservateurs et nombre de dents à soigner

En rapprochant la part de la population ayant besoin de soins conservateurs et le nombre moyen de dents à traiter,



... on constate qu'il n'y a pas de corrélation entre le nombre de dents à soigner et la prévalence des besoins urgents ou non.

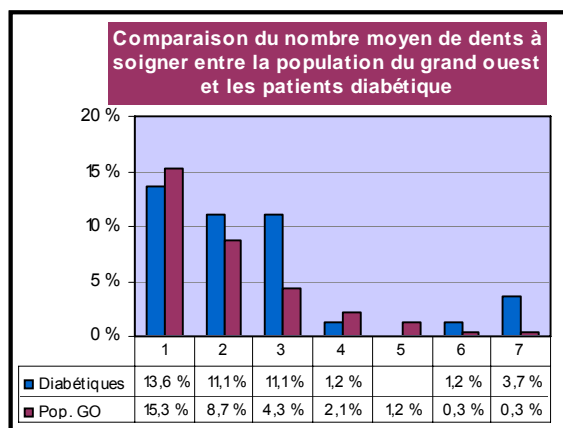


Besoins en soins conservateurs chez des populations à risque spécifique :

Les besoins des patients diabétiques en soins conservateurs sont nettement supérieurs à ceux de la population générale. Ainsi 45 % des patients diabétiques présentent de tels besoins alors que la moyenne interrégionale est de 35 %.

42 % des patients diabétiques ont de 1 à 7 dents à soigner (moyenne du Grand Ouest = 32 %).

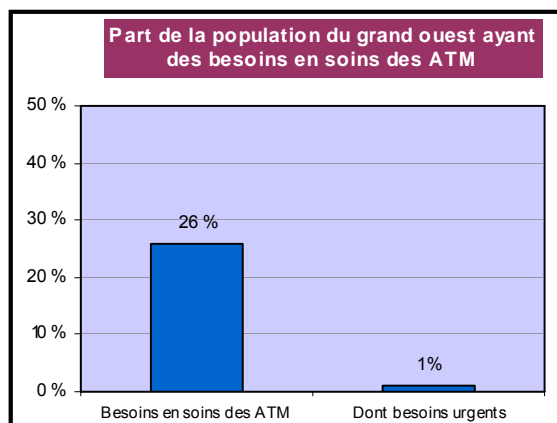
28 % ont de 2 à 7 dents à soigner (moyenne du Grand Ouest = 17 %)



3-2-6 Besoins en soins des Articulations Temporo-Mandibulaires (ATM) [20]

Les besoins liés à un dysfonctionnement des articulations temporo-mandibulaires concernent 26 % de la population examinée.

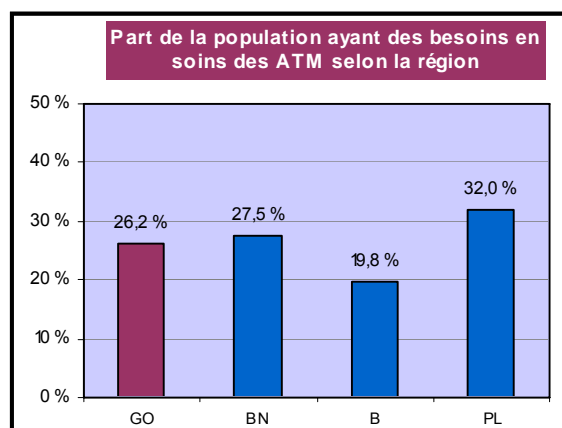
Les besoins urgents sont négligeables.



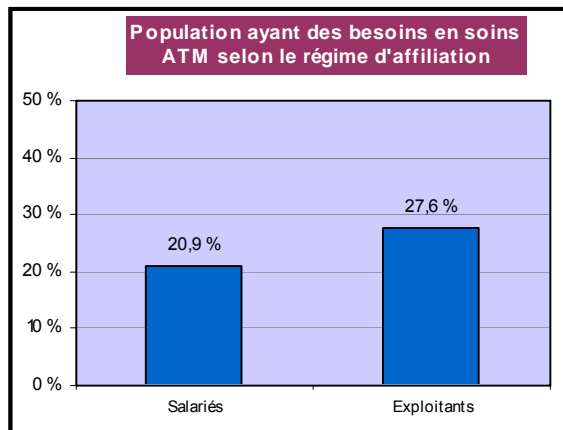
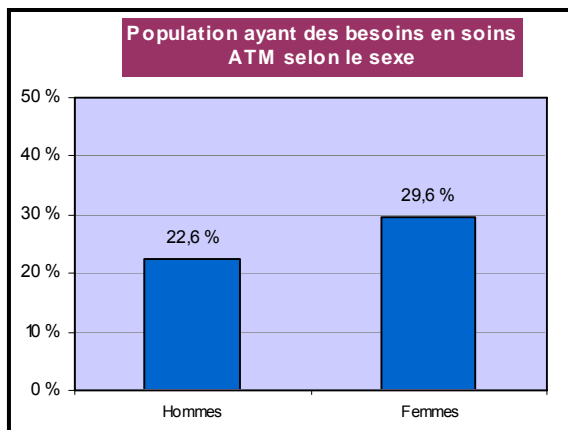
Des différences significatives apparaissent entre l'ensemble des régions et la Bretagne d'une part et les Pays de la Loire d'autre part.

Les besoins sont très significativement plus élevés en Pays de la Loire qu'en Bretagne.

Par département, les différences de besoins sont encore plus marquées. (Résultat par département en annexe)



Ce type de besoin n'est pas significativement corrélé à l'habitat ($p=0,20$) mais l'est en revanche avec le régime d'affiliation (AMEXA > ASA) et avec le sexe (femmes > hommes).



Dysfonctions

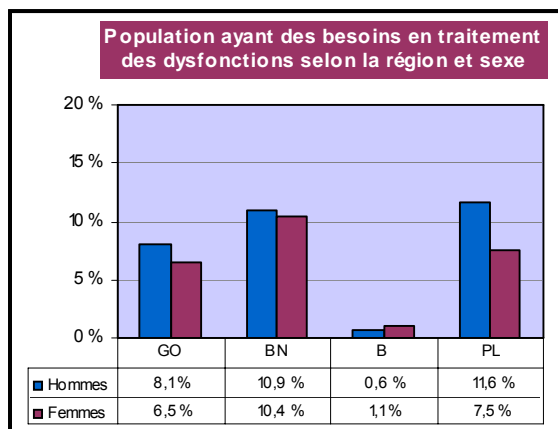
Les besoins en traitement des dysfonctions ont été inclus dans ce chapitre car il est exceptionnel que ce type de soin ne s'accompagne pas d'une réhabilitation articulaire.

Dans la population examinée, une personne sur douze souffre de dysfonctions occluso-articulaires.

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes de la population examinée ($p=0,30$).

Il existe des différences très significatives entre la Basse Normandie et la Bretagne, et entre la Bretagne et les Pays de la Loire.

L'étude des besoins par département montre des différences plus marquées : de 1 % à 17 %.



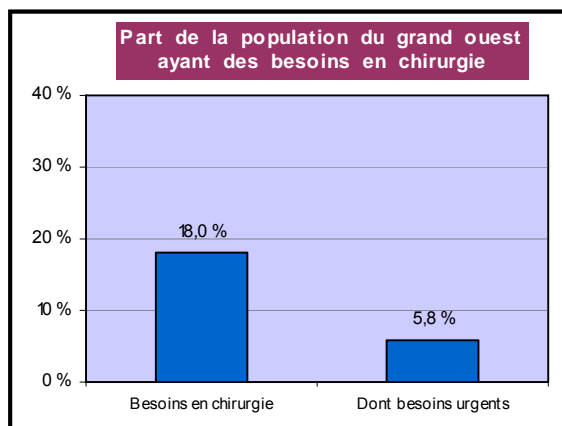
Mesures d'ouverture

Il y a corrélation significative entre les mesures d'ouverture et le sexe, la déviation du chemin d'ouverture, la classe d'Angle, l'indice de Broca, la perte de la dimension verticale (DV).

3-2-7 Besoins en chirurgie

Les besoins en chirurgie dentaire concernent 18 % de la population examinée.

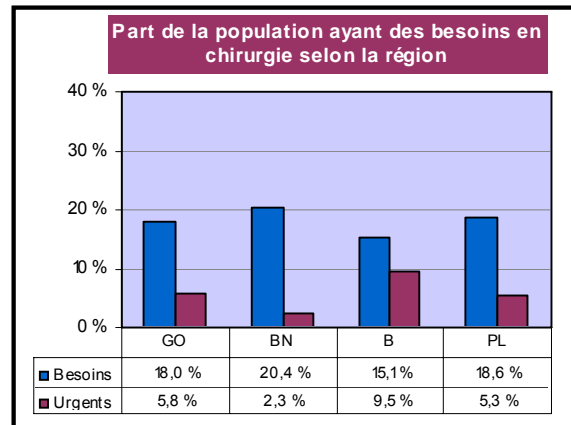
Dans un tiers des cas ces besoins sont urgents.



Il n'y a pas de différence significative entre les besoins du Grand Ouest et ceux de chacune des régions ($0,28 < p < 0,18$).

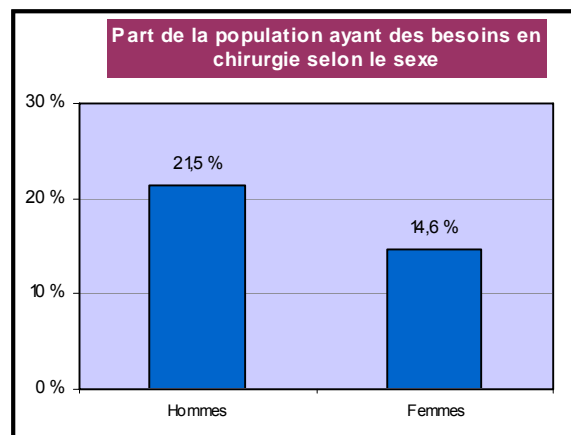
Les besoins urgents en chirurgie sont très significativement plus élevés en Bretagne qu'en Basse Normandie.

Le ratio "besoins urgents / ensemble des besoins" montre des différences très significatives entre le Grand Ouest et la Basse Normandie d'une part, le Grand Ouest et la Bretagne d'autre part.



Les besoins en chirurgie sont indépendants du régime d'affiliation ($p=0,59$) et de l'habitat ($p=0,21$), mais dépendent très significativement du sexe.

En revanche il n'y a aucune différence significative pour les besoins urgents.

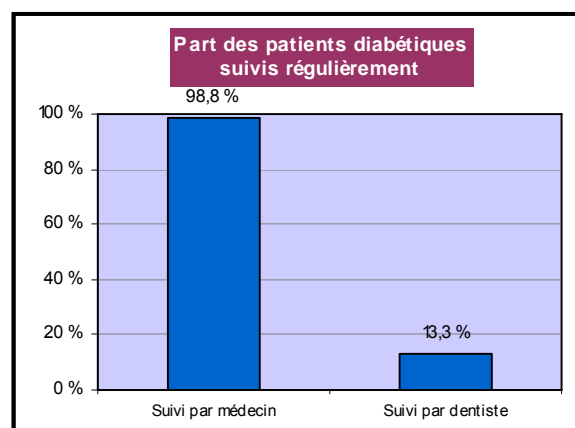


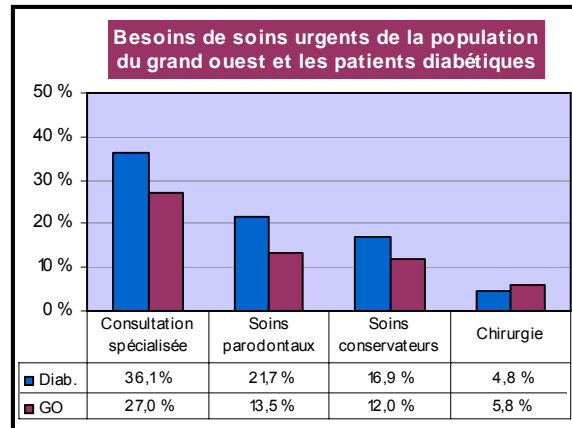
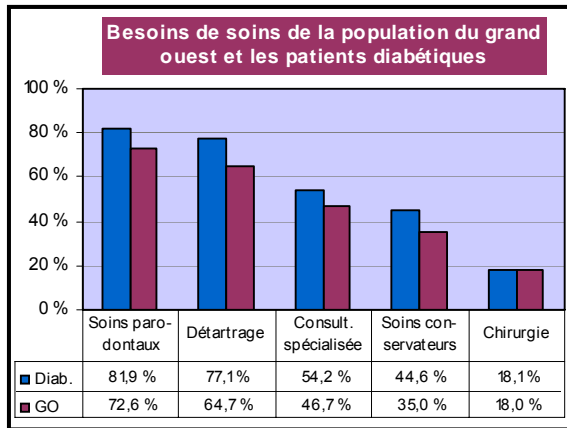
3-3 ETUDES PARTICULIERES [48]

3-3-1 Analyse du suivi et des besoins chez les patients diabétiques

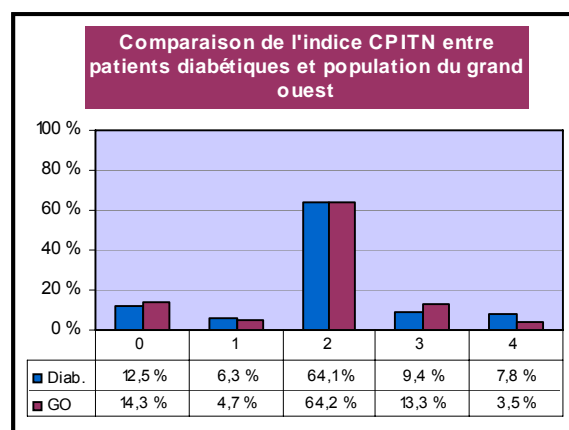
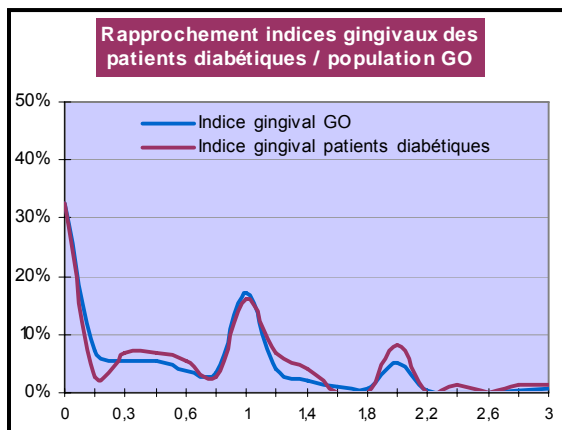
La quasi-totalité des patients diabétiques déclare être suivie régulièrement par un médecin. Seulement 13 % des patients diabétiques déclarent consulter régulièrement un chirurgien-dentiste.

Les besoins en soins bucco-dentaires de cette population qui devrait être suivie attentivement, sont très importants. Ainsi en parodontologie ces besoins sont de l'ordre de 70 à 80 % (environ 20 % sont urgents).

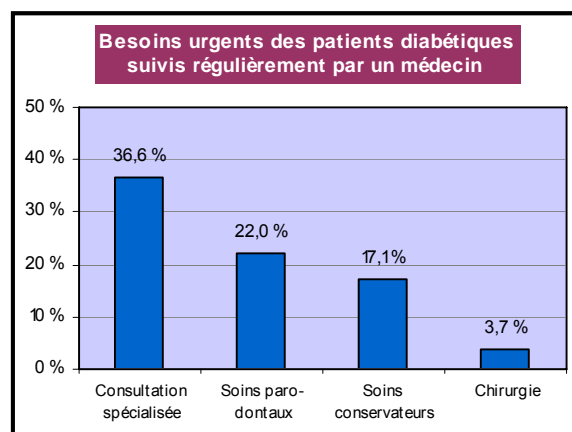
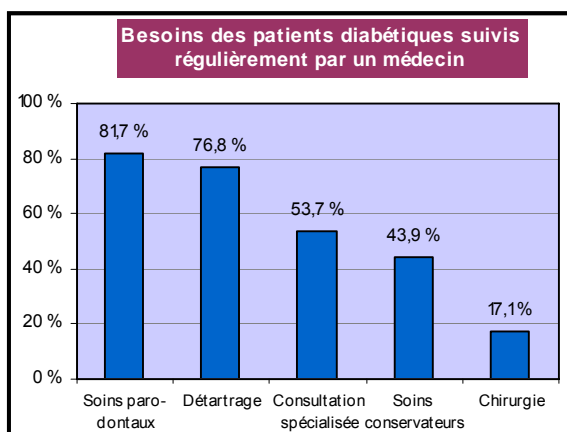




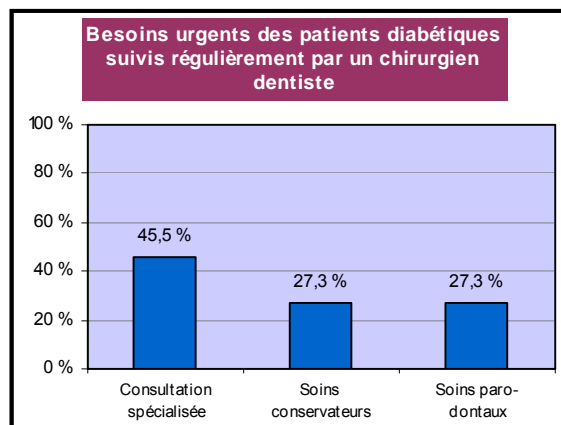
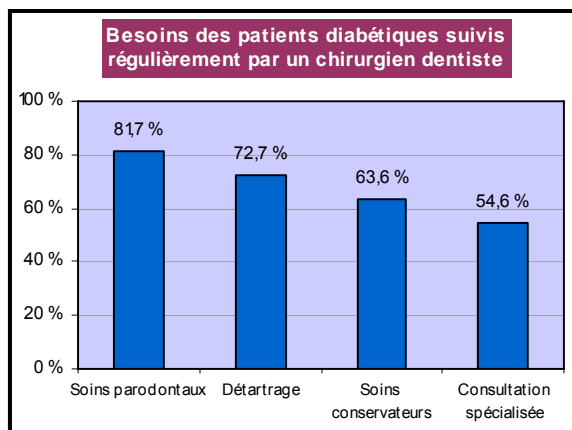
Plus de 96 % des patients diabétiques présentent des besoins de soins bucco-dentaires (contre 97,6 % de la population générale examinée).
 Il n'y a pas de différence significative pour l'ensemble des besoins entre la population générale et celle des diabétiques ($p=0,56$), y compris pour les besoins urgents ($p=0,22$).



Les valeurs de l'indice gingival des patients diabétiques et de l'ensemble de la population examinée sont très similaires. C'est également le cas pour l'indice CPITN = 2 ($p=0,74$).



Plus de 80 % des patients diabétiques déclarant être suivis régulièrement par un médecin présentent des besoins en soins parodontaux (dont plus de 20 % sont urgents).
 Plus de 50 % nécessitent une consultation spécifique ou spécialisée (urgentes dans plus d'un tiers des cas).
 Près de 77 % des patients auraient besoin d'un détartrage.



Plus de 80 % des diabétiques qui déclarent être suivis régulièrement par un chirurgien-dentiste présentent des besoins en soins parodontaux (et pour 45 % des besoins urgents), 63 % des besoins en soins conservateurs (27 % sont urgents). 54 % enfin ont besoin d'une consultation spécifique ou spécialisée (et 45 % d'urgence). Aucun besoin en chirurgie n'a été relevé.

Compte tenu des valeurs de "p", ces données sont toutefois peu fiables.

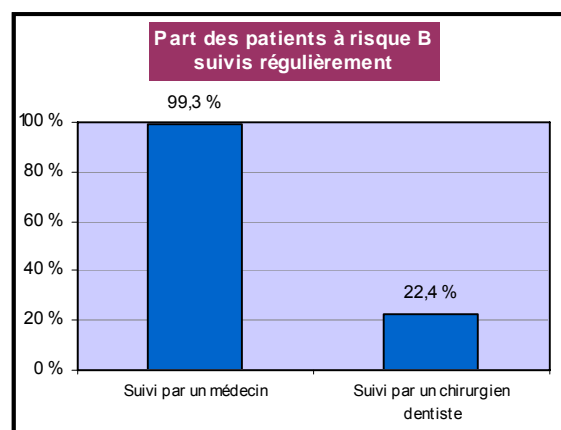
3-3-2 Analyse du suivi et des besoins chez les patients à risque B

Les patients à risque B qui devraient se faire suivre attentivement présentent des besoins très importants et assez proches de ceux du Grand Ouest dans son ensemble, même s'ils sont suivis régulièrement par un médecin ou un chirurgien-dentiste.

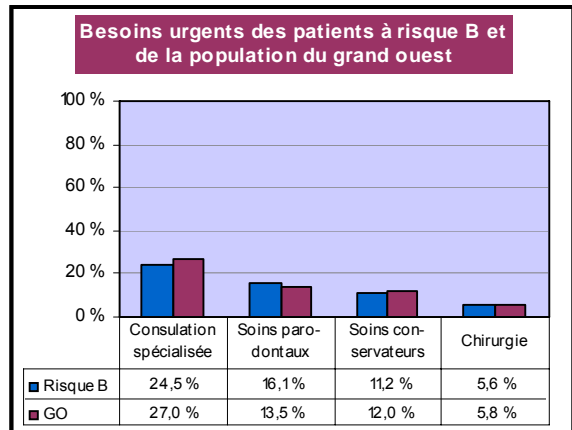
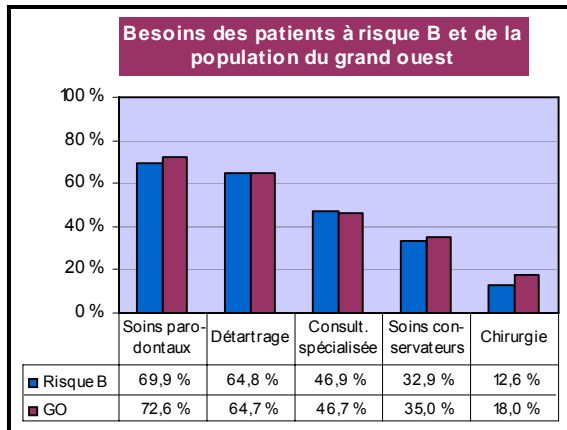
Si la quasi-totalité des patients à risque B déclare être suivis régulièrement par un médecin, seuls 22 % le sont par un chirurgien-dentiste.

Il n'y a pas de différence significative quant au suivi médical entre les patients à risque B et les non risque B ($p=0,077$).

Il n'y a pas de différence significative quant au suivi dentaire entre les patients à risque B et les non risque B ($p=0,83$).

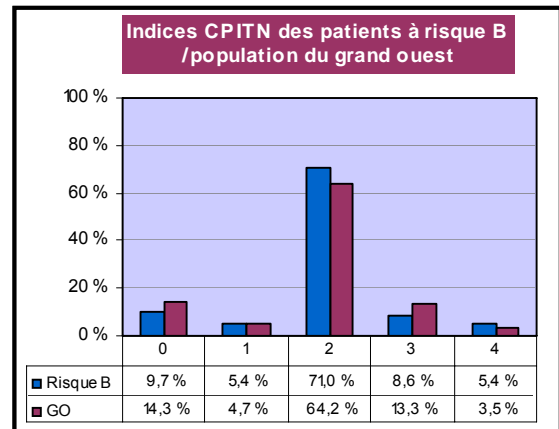
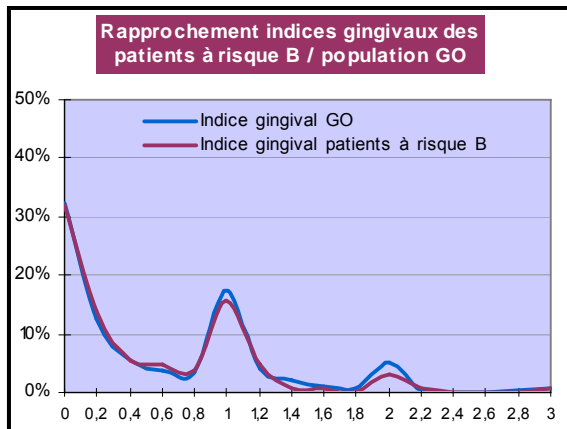


On note près de 70 % de besoins parodontaux dont 16 % sont urgents, et près de 50 % en consultation spécifique ou spécialisée dont 25 % urgents. Compte tenu de l'importance pour leur état général que revêtent ces deux secteurs, on peut là aussi s'interroger sur l'information qui leur est donnée, et sur leurs comportements individuels.



Plus de 98 % des patients à risque B présentent des besoins de soins bucco-dentaires (contre 97,6 % de la population générale examinée).

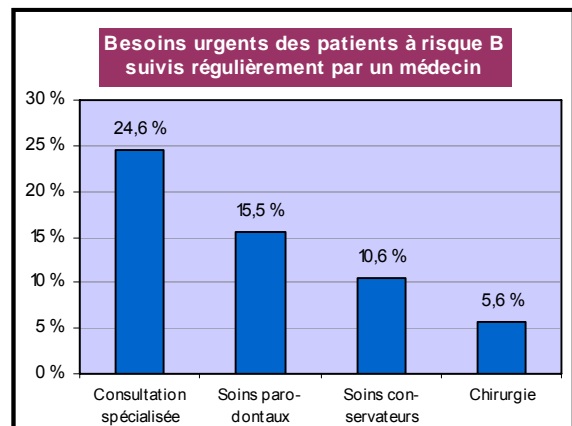
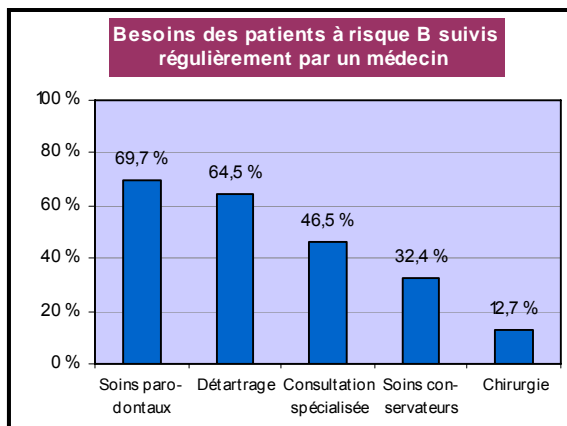
Les patients à risque B présentent toutefois des besoins urgents nettement plus faibles que la population générale (30,1 % contre 59,1 %).



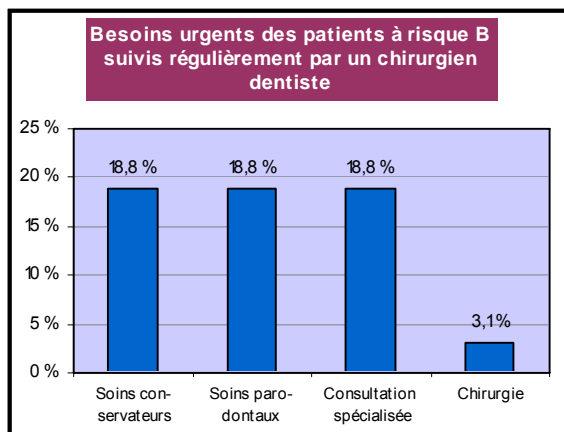
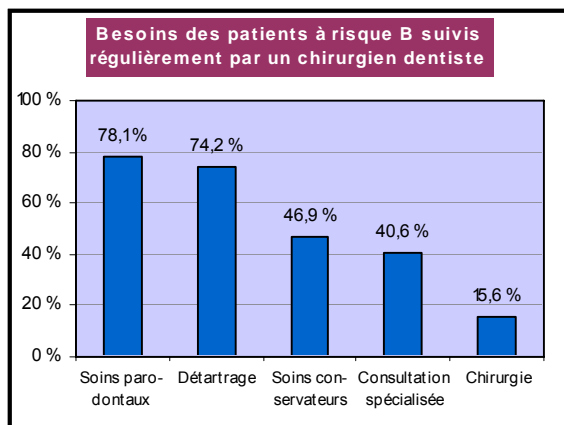
Les valeurs de l'indice gingival des patients à risque B et de l'ensemble de la population examinée sont très similaires.

C'est également le cas pour l'indice CPITN. Majoritairement, les besoins sont ceux définis par CPITN=2. (détartrage ou détartrage-surfage).

Les besoins des patients à risque B ne sont pas significativement différents de ceux de l'ensemble de la population examinée ($p=0,35$).



70 % des personnes examinées suivies régulièrement par un médecin présentent des besoins en soins parodontaux (15 % urgents) et 46 % des besoins en consultation spécifique ou spécialisée (25 % urgents).

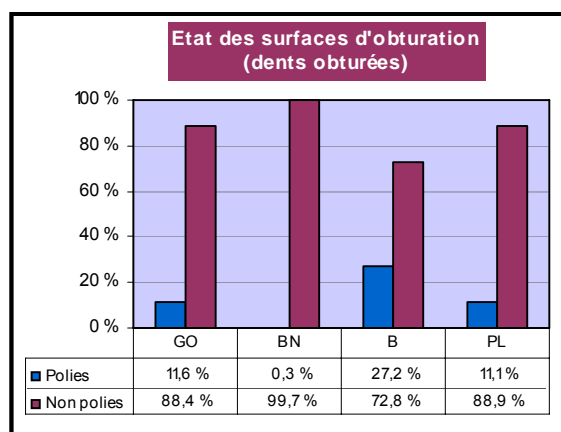


Les patients à risque B suivis régulièrement par un chirurgien-dentiste présentent pour 78 % d'entre eux des besoins en soins parodontaux (19 % urgents) et pour 47 % des besoins en soins conservateurs (19 % urgents). Compte tenu des valeurs de "p", ces données sont toutefois peu fiables.

3-3-3 Etude sur les obturations

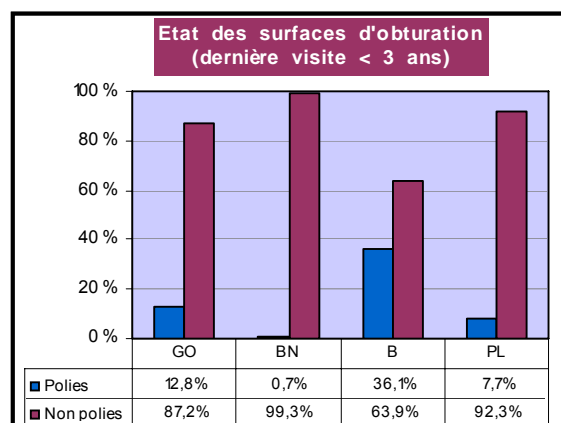
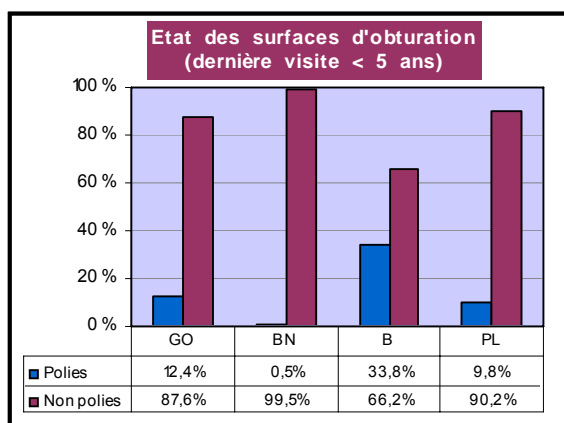
Seules 10 % des personnes examinées présentent des obturations polies.

Toutefois cette moyenne cache de fortes disparités entre les régions (de 27 % en Bretagne à 0,3 % en Basse Normandie).



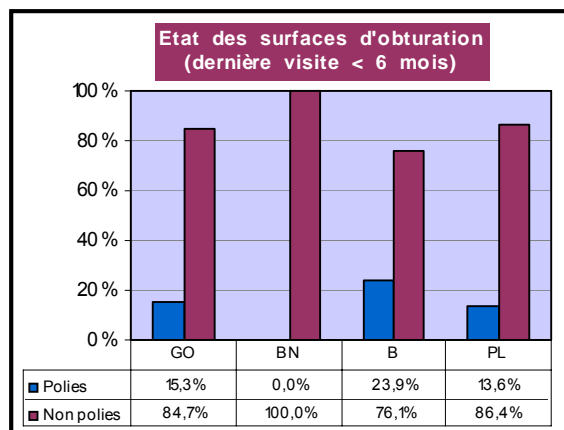
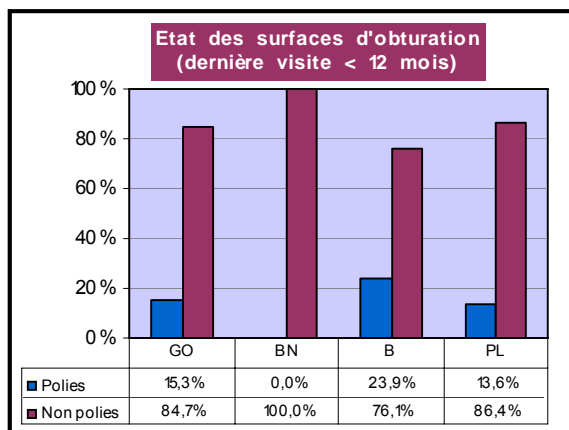
L'état de surface des obturations est susceptible de se dégrader dans le temps, ce qui peut expliquer la prévalence importante d'obturations décrites comme non polies. En effet, plus de 78 % des personnes examinées ne consultent pas régulièrement un chirurgien dentiste.

L'analyse ci-dessous examine cette éventuelle corrélation entre le polissage des surfaces des obturations et la fréquence des visites chez le chirurgien dentiste. Elle porte sur les patients ayant consulté il y a moins de 5 ans dans un premier temps et moins de 3 ans dans un second temps.



Pour la population examinée, le fait d'avoir consulté son chirurgien-dentiste il y a moins de 5 ans, ou moins de 3 ans, n'a pas d'effet sur l'état de surface des obturations. On constate que dans l'ensemble, les résultats sont voisins de ceux obtenus dans la population générale examinée.

Pour lever le doute, la sélection a porté sur les patients qui avaient eu une visite à moins de douze mois, puis à moins de six mois.



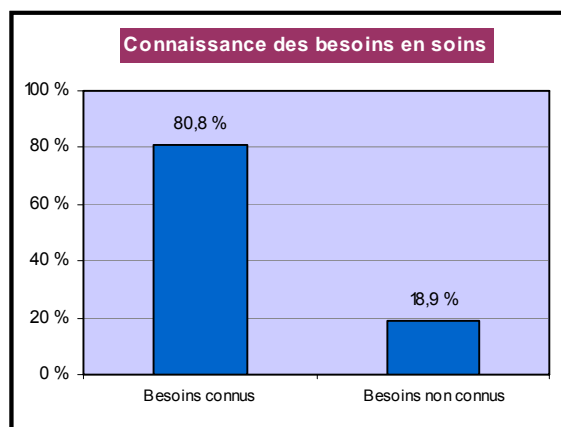
Pour l'ensemble du Grand Ouest et les Pays de la Loire, les résultats s'améliorent selon la proximité de la dernière visite mais on constate parfois une dégradation : c'est ainsi que la région Bretagne passe de 36 % (dernière visite moins de 3 ans) à 24 % (contrôles tous les 12 mois) puis 20 % (contrôle tous les 6 mois).

3-3-4 Renoncement aux soins

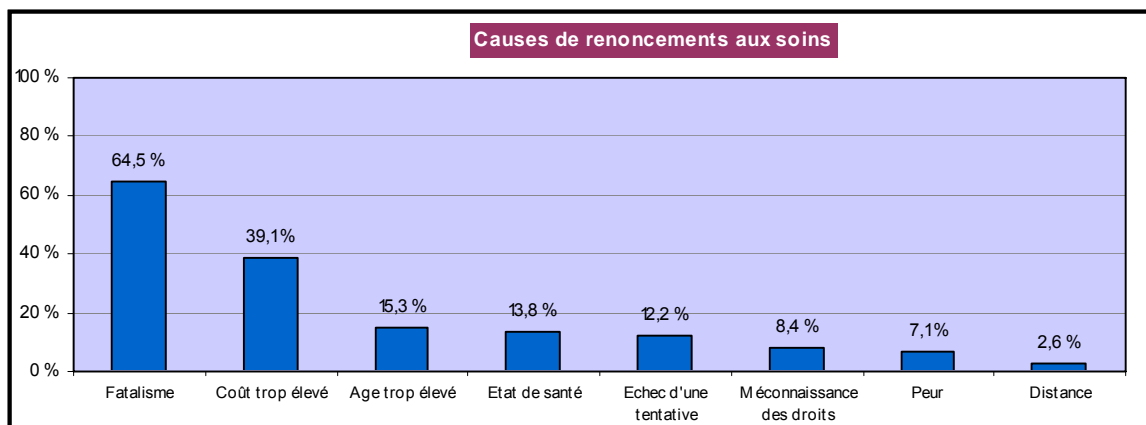
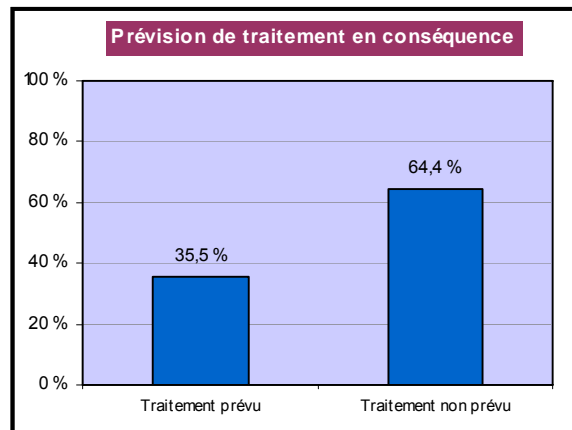
La quasi-totalité des personnes examinées présente des besoins en soins bucco-dentaires de tout type. Sur 1225 bilans, 1196 cas présentent des besoins soit 97,6%.

Face à ce chiffre considérable il est intéressant d'analyser les causes de renoncement.

Plus de 80 % des personnes présentant des besoins en ont connaissance (966 sur 1196).



Seules 35 % des personnes connaissant leurs besoins prévoient d'entreprendre des soins dans les trois mois (342 sur 966).



Au total, 622 personnes n'envisagent pas de se faire soigner.

Les causes de ce renoncement sont :

- Pour près des deux tiers l'expression d'un fatalisme : "Je sais, mais tant que je ne souffre pas, je suis habitué, ça ira comme ça."
- Pour 40 %, le coût des soins dentaires est évoqué.
- Pour 15 %, l'âge est jugé trop élevé pour engager des soins importants.
- Pour 14 %, il est évoqué des problèmes de santé plus urgents concernant soit le consultant soit son entourage proche.
- L'échec de tentatives précédentes est évoqué dans 12 % des cas.
- La peur de la douleur est citée dans 7 % des cas.
- D'autres explications (souvent très irrationnelles) ont été rapportées (13 %).

Il est à noter que 8 % des renoncements sont liés à une méconnaissance des droits (prise en charge, aides, etc..).

L'éloignement du praticien constitue moins de 3 % des causes de renoncement ce qui tend à montrer que la désertification des campagnes en terme d'offre de soins n'est pas encore fortement ressentie.

L'intérêt de ce type d'examen de prévention est entre autres de permettre d'informer la population qui ignore ses besoins de soins (20% en l'occurrence) ou qui témoigne d'une méconnaissance de ses droits en terme de prise en charge et aides diverses (8 %).

Ainsi les principales causes de renoncement sont le fatalisme ou la résignation (« ça ira comme ça », « à mon âge », « échecs précédents »...), puis le coût dissuasif (40 % des renoncements en prothèse), enfin la méconnaissance des droits (8 %).

4 - DISCUSSION ET CONCLUSION

4-1 REPRESENTATIVITE DE LA POPULATION EXAMINEE

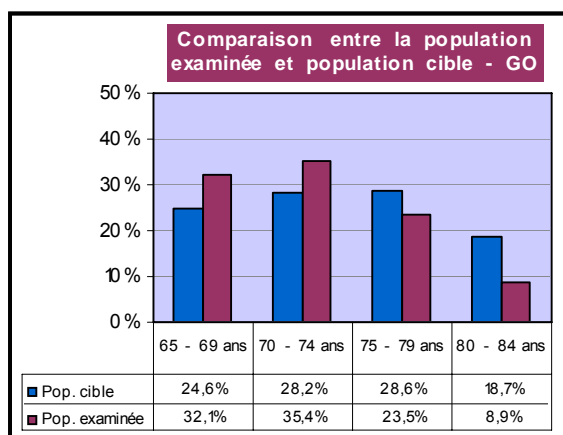
4-1-1 Par tranches d'âges

La population examinée n'est pas représentative de la population générale assurée au régime agricole si l'on considère le critère de répartition par tranches d'âge. Les personnes examinées sont globalement plus jeunes. La raison principale est que la population examinée n'est composée que de personnes ambulatoires. Ensuite, les personnes examinées étant des personnes volontaires, il est possible que les difficultés de déplacement de certains assurés les ont incitées à renoncer à se faire examiner. Enfin l'âge étant un facteur de renoncement aux soins ainsi que nous l'avons constaté précédemment il peut également être un facteur de non réponse à l'invitation.

Le graphique ci-contre met en parallèle les répartitions des classes d'âge de la population générale des assurés de plus de 65 ans des trois régions et de la population examinée dans le cadre de l'enquête.

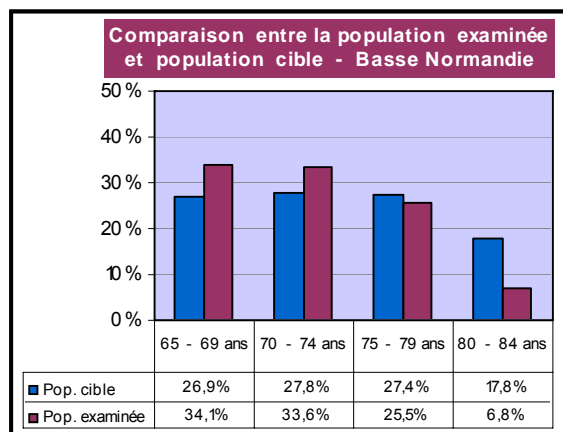
Les calculs de p de Khi^2 confirment que les populations sont réellement différentes :

65 - 69 ans - $p=3,5*10^{-6}$
 70 - 74 ans - $p=4,4*10^{-5}$
 75 - 79 ans - $p=0,003$
 80 - 84 ans - $p=4,2*10^{-14}$

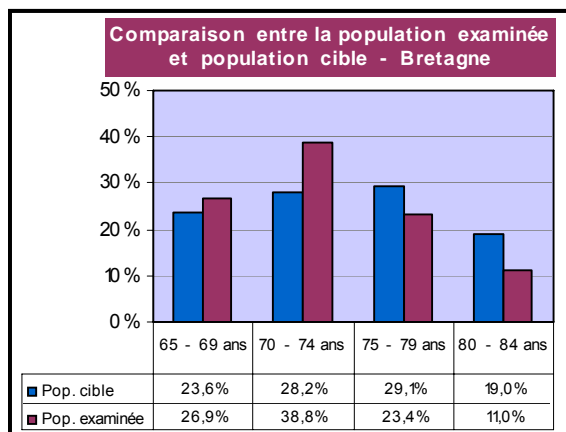


Le calcul de p de Khi^2 région par région donne des résultats équivalents, sauf pour les classes suivantes :

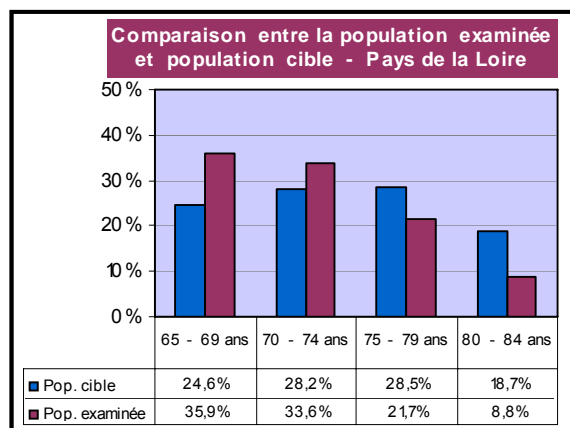
Basse Normandie 70-74 ans - $p=0,06$
 Basse Normandie 75-79 - $p=0,52$



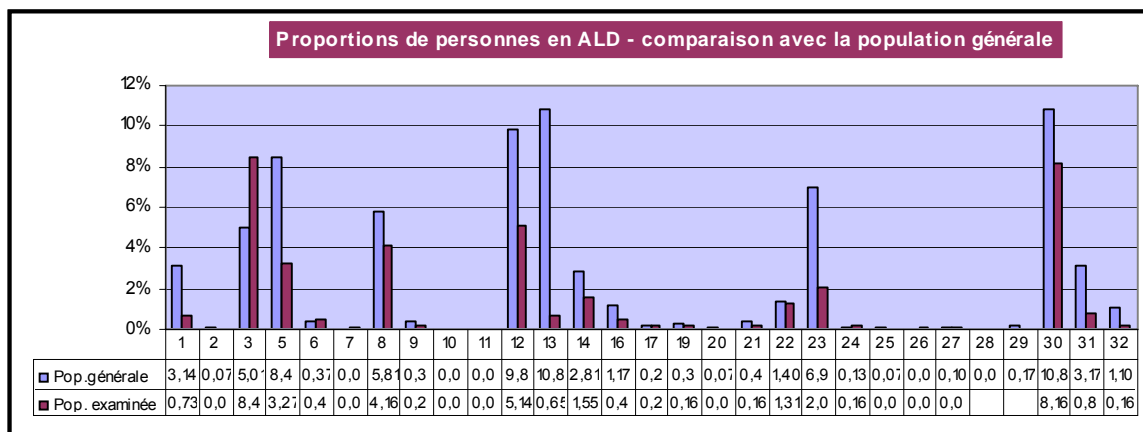
Bretagne 65-69 ans - $p=0,22$
 Bretagne 75-79 ans - $p=0,05$



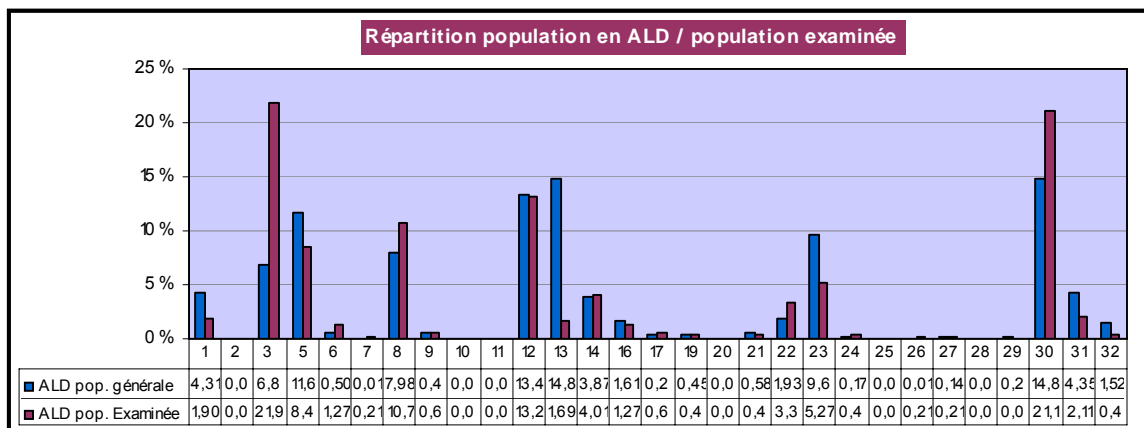
Pays de la Loire 70-74 - $p=0,08$



4-1-2 Par ALD



En rapprochant les proportions de personnes en ALD de la population générale et de la population examinée apparaît une différence très significative ($p=1,88 \times 10^{-32}$). La population des personnes admises au titre des ALD est moins représentée dans cette enquête.

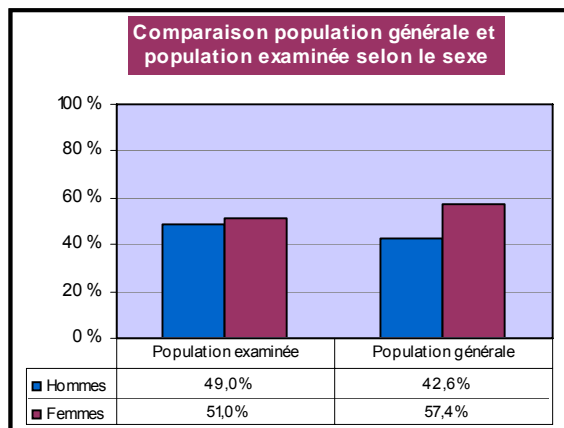


4-1-3 Selon les caractéristiques de la population

Selon le sexe :

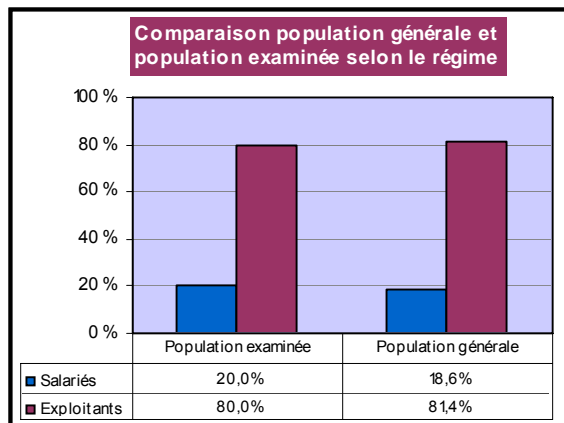
Il y a une différence très significative entre la population examinée et la population générale quant à la répartition par sexe ($p=6,38 \times 10^{-6}$).

Les répartitions par sexe région par région amènent aux mêmes conclusions. ($0,011 < p < 0,005$).



Selon le régime (salariés ou exploitants agricole) :

Il n'y a pas de différence significative entre la population générale et la population examinée, considérées sous l'angle du régime : $p=0,23$. Ce paramètre, examiné région par région, montre qu'il en est de même pour les Pays de la Loire ($p=0,47$), mais que pour la Bretagne et la Basse Normandie la différence est significative ($p=0,02$ et $p=0,005$).



Selon l'habitat

La comparaison n'a pu être effectuée compte tenu de la complexité du relevé des données concernant la population générale (250 000 personnes) car nous ne disposons pas de ces éléments. Il aurait en effet fallu reprendre les codes postaux individu par individu et les sérier en fonction du classement INSEE.

4-1-4 Selon les valeurs de consommation

La population générale a bénéficié en 2002 de 1792 € en moyenne de remboursement de frais médicaux (hors frais d'hospitalisation) et de 25 € de frais dentaires. La population examinée a quant à elle bénéficié respectivement de 1787 € et 107 € de remboursements dentaires.

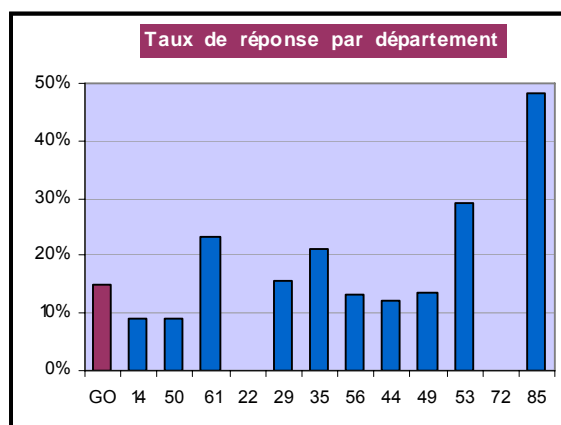
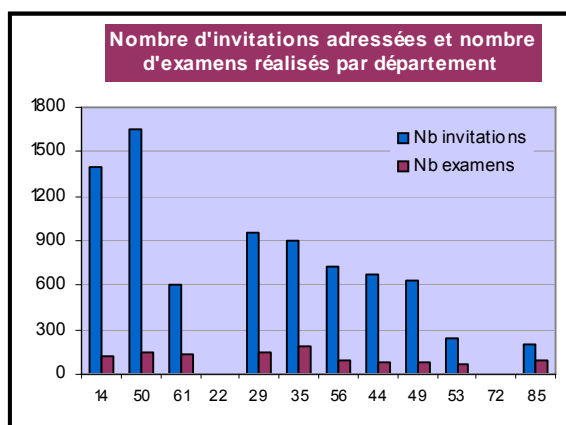
L'étude des consommations par tranche d'âge et par région le confirme, malgré quelques exceptions selon les tranches d'âges.

Pour la population examinée, les dépenses dentaires sont quatre fois plus élevées que pour la population générale.

4-1-5 Taux de réponses

Seules les personnes volontaires ont été examinées. Pour obtenir le nombre prévu d'examens dans chaque département, il a donc fallu inviter des cohortes successives de patients au fur et à mesure du déroulement de l'action.

(Départements 22 et 72 : non communiqué)



Le taux de réponse avoisine 15 % pour l'ensemble du Grand Ouest. Il varie de près de 10 % (départements du Calvados et de la Manche) à près de 50 % (en Vendée). L'envoi de 10 000 invitations a été nécessaire pour obtenir le nombre souhaité d'examens.

4-1-6 Conclusions de l'étude portant sur la population

Aucun des paramètres définis pour caractériser la population examinée ne concorde avec les paramètres de la population générale, hormis le rapport salariés/exploitants, significativement comparable.

Les intéressés ont motivés leur refus de participer au bilan bucco-dentaire par les explications suivantes :

- Le suivi régulier par un chirurgien-dentiste ou une fin de soins récente.
- Le port de prothèses complètes : ce qui amène à penser que le libellé des invitations n'insistait pas assez sur le caractère général de l'examen (buccal, parodontal et donc pas uniquement bucco-dentaire).
- Des difficultés de déplacement, pour quelle que cause que ce soit.
- Un état bucco-dentaire perçu comme excellent (ce qui permet de penser, là aussi, que la lettre d'invitation a été mal comprise).

4-2 DISCUSSION

4-2-1 Généralités

Un assez fort besoin de soins était prévisible. De fait, cette enquête montre que près de 98 % des personnes examinées présentent des besoins en soins bucco-dentaires. Près de 20 % de la population présentant des besoins l'ignore.

On constate certaines disparités entre régions, parfois importantes. Les besoins de la région Bretagne se situent, en général, au-dessous de la moyenne interrégionale. Les besoins en Basse Normandie sont au-dessus dans presque tous les domaines. La région Pays de la Loire présente des besoins proches des moyennes "Grand Ouest" hormis pour les soins conservateurs (+11 %).

4-2-2 Besoins par type

Les besoins en prothèse sont les plus fréquents et concernent 90 % des personnes examinées. Ils sont plus importants chez les assurés affiliés à l'AMEXA et lorsque l'habitat est rural. 40 % déclarent renoncer aux soins prothétiques pour des raisons financières.

Les besoins en soins parodontaux se situent au deuxième rang. Ils sont plus importants chez les assurés affiliés à l'ASA, l'habitat et le sexe n'ayant aucune influence significative. 75 % sont des besoins en détartrage ou détartrage-surfaçage.

Les consultations spécifiques ou spécialisées, urgentes pour plus du quart, occupent le troisième poste, même si les besoins sont très variables selon les régions. Cette rubrique comprend des besoins ne relevant pas des autres catégories : par exemple inflammations ou mycoses sous prothèse ou non, diverses stomatites, tumeurs bénignes ou non, ganglions, tuméfactions....

Les besoins en soins conservateurs concernent plus du tiers des personnes examinées. Cependant, le nombre total de dents à soigner est relativement peu important.

La prévalence des besoins en soins des articulations temporo-mandibulaires est importante, quelle que soit la région. Les femmes présentent plus de besoins que les hommes, et les assurés exploitants plus que les assurés affiliés au régime des salariés.

Près d'une personne examinée sur cinq présente des besoins en chirurgie, essentiellement des extractions. Ils sont plus importants chez les hommes que chez les femmes et chez les assurés exploitants plus que les assurés affiliés au régime des salariés.

4-2-3 Besoins par familles de patients

Dans l'ensemble, il y a très peu de différences de besoins entre les diverses composantes de la population examinée.

Deux populations ont cependant des besoins très spécifiques, les patients diabétiques et les patients à risque B. Pour ceux-ci, un suivi dentaire est capital.

4-2-4 Renoncement

Près de 80 % des personnes examinées connaissent leurs besoins cependant près des deux tiers n'envisagent pas de soins.

Les deux premières raisons de renoncement sont d'ordre subjectif. Il semble que le vieillissement s'accompagne d'une résignation et d'un abandon progressif de ce qui contribue à la santé. Les items objectifs ne dépassent pas 15 % des réponses. Le problème financier occupe une place importante qui n'est pas toujours justifiée (cas des soins dont la tarification est opposable).

4-2-5 Limites de l'étude

Les résultats obtenus ne peuvent donc être extrapolés sans précautions à l'ensemble de nos assurés âgés de 65 à 85 ans.

Une des explications est que les populations ne répondent pas aux mêmes critères : la population examinée a été invitée après une première sélection qui isolait les personnes vivant à domicile, alors que la population générale, par définition, ne comporte aucune sélection.

Une autre est que l'enquête n'a porté que sur des assurés volontaires, ce qui introduit un biais supplémentaire si l'objectif est d'étendre ces résultats à l'ensemble de la population.

La grande dispersion des taux de réponse ajoute au biais et n'autorise pas l'extrapolation des résultats à la population des ambulatoires. De multiples causes à ce faible taux de réponse sont possibles, mais l'enquête ne permet pas de les quantifier. Cependant, compte tenu des motifs de refus invoqués, lorsqu'ils étaient disponibles, on peut penser que le volontariat a sélectionné des personnes dont l'état bucco dentaire est au pire identique à celui de la population générale, au mieux meilleur.

Ces biais auraient pu être évités partiellement en se basant non sur le volontariat mais sur des contrôles obligatoires. Il y aurait eu évidemment des réfractaires, mais ce constat aurait eu une valeur interprétative.

4-3 CONCLUSION

Cette enquête a mis en évidence des risques et des besoins qui ne correspondent pas toujours à ce que l'intuition présupposait. La grande dispersion des besoins considérés département par département ne doit pas surprendre dans la mesure où le quart de la population agricole française était concerné, dans sa grande diversité socioculturelle.

Globalement, on peut penser que les besoins en prothèse ne constituent pas un risque du même ordre que ceux liés à un phénomène inflammatoire. En effet, ils sont liés pour la plupart à des problèmes de "mécanique" doublés de problèmes financiers. Les besoins liés à des problèmes inflammatoires entrent plus précisément dans la démarche préventive compte tenu du potentiel pathogène qu'elles induisent.

Il convient de rappeler l'origine de cette enquête. Elle est née de la volonté de mettre en place des actions de prévention orientées vers nos populations "seniors". En l'absence de données permettant d'orienter ces actions, il a été décidé de la lancer cette enquête (selon le protocole : "Cette étude se déroule dans une perspective d'actions préventives qui seront proposées dans un deuxième temps, en fonction des informations produites").

Les résultats nous ont amenés à lancer, à titre expérimental, trois actions de prévention :

- La première consiste à inciter nos assurés "seniors" à consulter leur chirurgien-dentiste pour effectuer un bilan bucco-dentaire ("BSBD65", a^{xe} "documents"). Cela leur permettra de connaître leurs besoins, et d'y satisfaire dans la mesure du possible. Le recueil de données objectives prévu par le protocole de cette action a permis d'affiner nos connaissances sur des points dont l'enquête n'a permis qu'un survol.
- Une seconde vise à inciter nos assurés à consulter leur chirurgien-dentiste lors de leur départ en retraite, pour effectuer un bilan bucco-dentaire et un bilan parodontal. Les soins consécutifs n'étant pas tous inscrits à la NGAP, un financement FNPEISA permet de les couvrir.
- Une troisième action est orientée vers nos assurés diabétiques. (Nos moyens actuels ne permettent pas de sélectionner les patients à risque B qui devaient bénéficier également de l'action). Elle est du même type que la précédente, orientée vers la parodontologie.

Les actions consécutives s'adressent à l'ensemble de la population sélectionnée, mais n'y répondront que les personnes vivant à domicile volontaires. En effet, une démarche obligatoire est très mal vécue

par nos concitoyens, au moins en ce qui concerne leur santé. Elle serait pourtant la seule garante d'un résultat positif, tant du point de vue santé que du point de vue économique. Les personnes répondant à une invitation auraient donc un profil très proche de celui des personnes examinées, puisque ne répondraient que des volontaires. Les biais de sélection de population n'ont donc probablement pas l'importance que les calculs leur accordent. (Cette hypothèse sera vérifiée par l'analyse des actions de suite dont la plus ancienne atteindra bientôt son premier anniversaire).

4-4 PERSPECTIVES

4-4-1 Actions de suite

La prévalence des besoins en soins demeure importante chez les patients qui déclarent se faire suivre régulièrement par un médecin ou un chirurgien-dentiste. On constate des besoins urgents très importants chez ces personnes.

Ce constat est similaire pour les patients diabétiques et ceux à risque B.

La mise en place d'un dispositif incitatif semble donc nécessaire pour promouvoir les soins parodontaux, ces actes simples et efficaces sont en partie pris en charge.

Une action envers nos assurés semble également s'imposer pour promouvoir la nécessité d'avoir recours aux consultations spécifiques ou spécialisées. Elle devrait s'accompagner d'une sensibilisation des professionnels de santé car on constate qu'une forte proportion des personnes présentant ce genre de besoin est suivie régulièrement. (95 % par un médecin, 17 % par un chirurgien-dentiste).

Les besoins en soins conservateurs concernent plus du tiers des personnes examinées. Ces soins étant pris en charge, il suffirait d'une motivation auprès de nos assurés pour en voir diminuer la prévalence.

La prévalence des besoins en soins des articulations temporo-mandibulaires est importante, quelle que soit la région. Il est probable que de bonnes réhabilitations prothétiques permettraient d'en résoudre une partie. Une incitation à des contrôles semble donc nécessaire.

Près d'une personne examinée sur cinq présente des besoins en chirurgie, essentiellement des extractions. Un contrôle régulier permettrait de voir baisser ce type de besoins.

Deux populations ont cependant des besoins très spécifiques, les patients diabétiques et les patients à risque B. Pour ceux-ci, un suivi dentaire est capital et on est surpris par le peu de patients qui suivent cette prescription. Une action les concernant semble donc nécessaire.

4-4-2 Etudes complémentaires

Un des objectifs secondaires de cette enquête était de "lancer des études complémentaires pour affiner les connaissances dans des domaines plus précis". Les résultats évoqués ci-dessus ne manquent pas de surprendre, voire d'inquiéter. On ne peut avec les données recueillies, expliquer cet état de fait. On peut par exemple imaginer un biais dû à l'examineur, un biais dû aux déclarations des patients. Il est possible également que l'habitude crée un manque de vigilance chez les praticiens, ou que les patients ne tiennent pas compte des conseils qui leur sont prodigués.

Il semblerait donc intéressant de confirmer ou d'infirmer par une enquête spécifique ces résultats en d'en tirer les conséquences éventuelles.

Une autre étude serait nécessaire, concernant les besoins en consultation spécifique ou spécialisée. Cet item, que l'on pensait marginal, atteint des niveaux de prévalence importants et l'interprétation en est malaisée. Il semblerait souhaitable de reprendre cette enquête, en choisissant des items plus

détaillés en dermatologie et en médecine buccale, (chapitre "lésions") avec une sélection qui permette une interprétation statistiquement fiable, sur les risques de cancérisation en particulier.

Les items "pathologies pouvant avoir un lien avec l'état bucco-dentaire" n'avaient d'autre objectif que d'estimer la prévalence desdites pathologies afin de déterminer l'ordre de grandeur des populations à examiner dans l'hypothèse d'enquêtes complémentaires ciblées sur cette question.

L'étude portant sur les ATM montre que toutes les mesures d'ouverture, quelque soit l'angle sous lequel on les étudie, se présentent sous la forme d'une sinusoïde, même si le lissage permet d'éliminer les erreurs admissibles. Une étude complémentaire permettrait d'expliquer ce phénomène, qui peut être dû à un arrondi systématique effectué inconsciemment par les examinateurs, à la façon dont l'outil informatique traite les informations, ou à une réalité. Le fait qu'il faille effectuer un lissage sur 5 périodes pour ne plus voir de périodicité reste troublant et sans réponse.

Enfin, cette étude étant basée sur le volontariat, une population de l'ordre de 8000 personnes n'a pas répondu favorablement à l'invitation. Certains départements ont essayé de connaître les raisons de ce renoncement, mais les données sont trop fragmentaires et dispersées pour permettre de conclure. Toutes les hypothèses évoquées au § 4-1-6 sont recevables et non exclusives. Cette dimension pourrait faire l'objet d'études anthropologiques et sociologiques universitaires.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ACHE D.
Prothèse conjointe et adjointe partielle chez le sujet âgé.
Le Chirurgien-Dentiste de France. 1991. 558.
- 2 - ANDREW M. & FARNHAM S.
Brain abcess secondary to dental infection.
Gen.Den. 1990 **38**. 224-225
- 3 - ANGEREAU D.
Prothèse conjointe et personne âgée.
Le Chirurgien-Dentiste de France. 1992. **617**. 56-66.
- 4 - BECK J.D. & al
Oral disease, cardio-vascular disease and systemic inflammation
Periodontology 2000. 2000 **23**. 110-120
- 5 - BENARACHADI L et coll.
Influence du tabac sur le parodonte.
Le chirurgien-dentiste de France. 1998. **909**. 39-43.
- 6 - BERENHOLC. C.
Evaluation des besoins bucco-dentaires.
La pratique dentaire 1986. 21-26.
- 7 - BERENHOLC. C.
Biologie du vieillissement et perspectives cliniques.
A. O. S. Spécial gérontologie. 2001. **215**. 265-272.
- 8 - BESSIS PR.
Problèmes relationnels liés aux soins.
Réalités cliniques. Gérontologie discipline d'avenir. 1991. **2**. 163-169.
- 9 - BROCHU P.
Tabagisme et parodonte.
L'information dentaire. 1998. **31**. 2199-2209.
- 10 - CHERRUAU. M. BUCH. D.
Problématiques liées aux modifications de l'appareil manducateur avec l'âge
A. O. S. Spécial gérontologie. 2001. **214**. 177-188.
- 11 - CLAVE D., FERRAND P.
Prothèse fixée en gérontologie.
Le Chirurgien-Dentiste de France. 1985. **299**. 38-40.
- 12 - CLERGEAU-GUERITHAULT. S.
Vieillissement physiologique et cavité buccale.
Réalités cliniques. Gérontologie discipline d'avenir. 1991. **2**. 171-177.
- 13 - COOPER L.E.
Systemic effectors of alveolar bone mass and implications in dental therapy
Periodontology 2000, 2000 **23**. 103-109
- 14 - CREDES.
Santé, soins et protection sociale en 1998.
Série résultats
Le recours au médecin. 73-78. 1999.
Renoncement aux soins et opinions sur la santé.101-105, 125-130

Renoncement 101-105.

15 - DARMON P., SCHLEICHER P. SCHLEICHER M.
Le SEP ou système d'évaluation de plaque : une méthode d'estimation quantitative de la plaque dentaire en pratique quotidienne.
L'information dentaire. 1998. **37**. 2773-2779

16 - DETRUIT JC., SORNIN G., BITTON D., KADOSCH M.
Besoins dentaires de la personne âgée en long et moyen séjour.
Le concours médical. 1998. **28**. 2865-2871.

17 - DETRUIT JC., SORNIN G., BITTON D., GUIVANTE-NABET. C.
Démographie des personnes âgées et incidences médico-sociales.
A. O. S. Spécial gérodonologie. 2001. **214**. 137-148

18 - FAUCHER. P. SORNIN. G.
Les constantes biologiques en gérontologie
A. O. S. Spécial gérodonologie. 2001. **215**. 273-282

19 - FOUQUE-DERUELLE. C., LIEBART MF.
Effets des parodontites sur l'état général.
L'information dentaire. 2002. **9**. 519-526.

20 - GAUDY. J. F. BRUNEL. G. CHARRIER. J. L.
Vieillesse- Modifications des structures musculaires, osseuses et articulaires maxillo-
mandibulaires
A. O. S. Spécial gérodonologie. 2001. **214**. 149-176.

21 - GAUZEREAU. D.
Pathologies des muqueuses orales de la personne âgée.
Information Dentaire. 1993. **35** 2643-2653.

22 - GOLDBERG. D.
Spécial gerodontologie
Information Dentaire. 1985. **67**. 665-666.

23 - HADIDA A., LASFARGUES JL., PERELMUTER RS, PIERRE. J., ROHR M., SAFAR JL.
Examen et plan de traitement du patient âgé.
Réalités cliniques. **2** 179-184. 1991.

24 - HITZIG G., CHABRIT Y., CHICHE JP.
Cavité buccale et sénescence-Parodontie.
EMC. Odontologie. 1991. 23261 **C10** 1-2.

25 - IACOPINO AM., WATHEN WF.,
La prothèse gériatrique
Clinic Odontologia. 1993. **14**. 301-309.

26 - IACOPINO AM., WATHEN WF.,
La prothèse gériatrique
Clinic Odontologia. 1993. **14**. 381-390.

27 - JEFFCOAT M.K. et al
Post menoposal bone loss and its relationship to oral bone loss
Periodontology 2000, 2000 **23**. 94-102

28 - JOLY JP., DEVILLE DE PIERRE D., DELESTAN C.
L'accès aux soins bucco-dentaires chez les personnes âgées dépendantes hospitalisées.
La revue de gériatrie. 2000. **25**. 547-552.

- 29 - JOURDE. M.
Modifications des tissus parodontaux avec l'âge.
A. O. S. Spécial gérodonologie. 2001. **214**. 209-224.
- 30 - KINANE D.F. & LOWE D.O.
How periodontal disease may contribute to cardio-vascular disease ?
Periodontology 2000. 2000 **23**. 121-126
- 31 - KRYGIER G.
Conséquences du vieillissement sur les maladies parodontales.
Réalités cliniques. 1991. **2**. 219-229.
- 32 - LALLA E. et al
Hyperglycemia, glycoxidation and receptor for advanced glycation and products : potential mechanisms under lying diabetic complications including diabetes-associated periodontitis.
Periodontology. 2000, 2000 **23**. 50-62
- 33 - LEMAITRE P., DANIEL A.
Le plan de traitement en parodontie chez la personne âgée.
Information dentaire. 1993. **38**. 2919-2930.
- 34 - LOCKHART P.B.
The risk for endocarditis in dental practice
Periodontology 2000. 2000 **23**. 127-135
- 35 - LOMBARDI T., BUTZ, JORGENSEN E.
L'examen clinique oral de la personne âgée.
Revue mensuelle suisse d'odontologie 1992. **JL 102**. 1352-1363.
- 36 - LORENZ K.A. & WEISS P.J.
Cpncycotophagal pneumonia in a healthy man
West j. Med. 1994 **160**. 79-80
- 37 - MARK P.
Gérontologie et cavité buccale.
Thèse. Strasbourg. 1993.
- 38 - MARKS et al
Multiple brain abscesses secondary to dental caries and severe periodontal disease
Br. J. Oral Maxillofac. Surg. 1998. **26**. 244-247
- 39 - MAURI J., MIQUEL JL.
Les hyposialies du troisième âge.
Revue d'odonto-stomatologie du midi de la France. 1984. **42**. 19-23.
- 40 - MEDIONI E.
Cavité buccale et sénescence- Odontologie conservatrice, endodontique et restauratrice chez le sujet âgé.
Editions techniques de l'EMC. 1992. **23. 621 A10**. 1-6.
- 41 - NABET-GUIRVANTE. C. BERDAL. A.
Pathologies infectieuses en gériatrie
A. O. S. Spécial gérodonologie. 2001. **215**. 315-330.
- 42 - NEBOT D.
L'odontologie conservatrice chez le patient du troisième âge.
Le Chirurgien-Dentiste de France. 1991. **555**. 43-47.

- 43 - N'GOM PI., BONNET L., WODA A.
Influence de la mastication sur la santé.
L'information dentaire. 2000. **19**. 1367-1378.
- 44 – La santé observée dans les pays de la Loire
Population
Projections de population, et vieillissement
ORS Pays de la Loire – Décembre 2003
- 45 - PAILLAT P.
Vieillesse des populations. Gérontologie : biologie et clinique.
Evolution démographique et sénescence.
- 46 - RAGOT. J.P. AURIOL. M. BERTRAND. J.C.
Vieillesse des glandes salivaires- bouches sèches des personnes âgées
A. O. S. Spécial gérontologie. 2001. **215**. 345-366.
- 47 - RESS T.D.
Periodontal management of the patient with diabetes mellitus.
Periodontology 2000. 2000 **23**. 63-67
- 48 - SANTORO. J.P.
Apports nutritionnels de la personne âgée et considérations sur le stade buccal.
A. O. S. Spécial gérontologie. 2001. **215**. 233-300.
- 49 - STRUILLLOU X., SCHWEITZ B., MATTOUT C., ETIENNE D.
Diagnostic d'un patient à risque en parodontologie.
Dialogue. 2000. **12**. 30-33.
- 50 - VALEE R.
L'approche gérontologique.
Journal dentaire du Québec. **28**. 313-315.
- 51 - SWINNE C.
Le vieillissement biologique.
Réalités cliniques. Gérontologie discipline d'avenir. 1991. **2**. 156-161.
- 52 - VENKATARAMINI A. et al.
Actinobacillus actinomycetemcomitens pneumonia with possible septic embolization.
Chest 1994. **105**. 645-646
- 53 - WILLIAMS R.C.
Periodontal disease : the emergence of a new paradigm.
Comp. Educ. Dent. 1998. **19**. 4-10
- 54 - WOELFEL. L.
Patient âgé et cavité buccale. Modifications physiopathologiques et aspects thérapeutiques en
dentisterie restauratrice et endodontique.
Thèse. Strasbourg 40 16 1995.