HAL
open science

Facteurs influençant la santé orale auto perçue des personnes âgées

Anne-Laure Sosthe

To cite this version:

Anne-Laure Sosthe. Facteurs influençant la santé orale auto perçue des personnes âgées. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01307575

HAL Id: dumas-01307575

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01307575v1

Submitted on 24 Jun 2016

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

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

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE
24 Avenue des Diables Bleus, 06357 Nice Cedex 04

FACTEURS INFLUENCANT LA SANTE ORALE AUTO PERCUE DES PERSONNES AGEES

Année 2015 Thèse n°42-57-12-22

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant
la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice
Le 29 juin 2015 Par

Madame Anne-Laure SOSTHE

Née le **27 Mars 1990 à Nice**

Pour obtenir le grade de :

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE (Diplôme d'État)

Examinateurs :

Madame le Professeur L. LUPI PEGURIER	Président du jury
Madame le Professeur MF. BERTRAND	Assesseur
Madame le Docteur V. POUYSSEGUR-ROUGIER	Assesseur
Madame le Docteur C. CUCCHI	Directeur de thèse
Monsieur R.CEINOS	Membre invité

CORPS ENSEIGNANT

56ème section : DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION

Sous-section 01 : ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE
Professeur des Universités : Mme MULLER-BOLLA Michèle
Maître de Conférences des Universités : Mme JOSEPH Clara
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme CALLEJAS Gabrièle
Sous-section 02 : ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE
Professeur des Universités : Mme MANIERE-EZVAN Armelle
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme AUBRON Ngoc-Maï
Assistant Hospitalier Universitaire : M. BUSSON Floriant
Sous-section 03 : PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE
Professeur des Universités : Mme LUPI-PEGURIER Laurence
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme CUCCHI Céline
Assistant Hospitalier Universitaire : M. PAUL Adrien

57ème section : SCIENCES BIOLOGIQUES, MEDECINE ET CHIRURGIE BUCCALE

Sous-section 01 : PARODONTOLOGIE
Maître de Conférences des Universités : M. CHARBIT Yves
Maître de Conférences des Universités : Mme VINCENT-BUGNAS Séverine
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme LAMURE Julie
Assistant Hospitalier Universitaire : M. SURMENIAN Jérôme
Sous-section 02 : CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE, ANESTHESIE ET REANIMATION
Maître de Conférences des Universités : M. COCHAIS Patrice
Assistant Hospitalier Universitaire : M. BENHAMOU Yordan
Assistant Hospitalier Universitaire : M. SAVOLDELLI Charles
Sous-section 03 : SCIENCES BIOLOGIQUES
Professeur des Universités : Mme PRECHEUR Isabelle Maître
de Conférences des Universités : Mme RAYBAUD Hélène
Maître de Conférences des Universités : Mme VOHA
Christine

58ème section : SCIENCES PHYSIQUES ET PHYSIOLOGIQUES ENDODONTIQUES ET PROTHETIQUES

Sous-section 01 : ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE
Professeur des Universités : Mme BERTRAND Marie-France
Professeur des Universités : M. MEDIONI Etienne
Professeur des Universités : M. ROCCA Jean-Paul
Maître de Conférences des Universités : Mme BRULAT-BOUCHARD Nathalie
Assistant Hospitalier Universitaire : M. CEINOS Romain
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme DESCHODT-TOQUE Delphine
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme DUVERNEUIL Laura
Assistant Hospitalier Universitaire : M. GANDJIZADEH GHOUCHANI Mir-Payam
Sous-section 02 : PROTHESES
Professeur des Universités : Mme LASSAUZAY Claire Maître de
Conférences des Universités : M. ALLARD Yves Maître de
Conférences des Universités : M. LAPLANCHE Olivier
Maître de Conférences des Universités : Mme POUYSSEGUR-ROUGIER Valérie
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme CERETTI Léonor
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme LONGIN FERRO Laurence
Assistant Hospitalier Universitaire : M. OUDIN Antoine
Assistant Hospitalier Universitaire : M. SABOT Jean-Guy
Sous-section 03 : SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES
Professeur des Universités : M. BOLLA Marc
Professeur des Universités : M. MAHLER Patrick
Maître de Conférences des Universités : Mme EHRMANN Elodie
Maître de Conférences des Universités : M. LEFORESTIER Eric
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme CANCEL Bénédicte

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Laurence LUPI-PEGURIER

Docteur en Chirurgie Dentaire Professeur des Universités –

Praticien hospitalier Responsable de la sous-section

Prévention, Epidémiologie, Economie de la santé,

Odontologie légale

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de ma thèse.
Votre bonne humeur et votre enthousiasme ont ensoleillé mes jeudi après-midi en sédation et m'ont donné goût à l'odontologie pédiatrique.
Vous avez été d'une grande écoute et d'une extrême gentillesse avec moi tout au long de mes études et je vous en remercie.
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de tout mon respect et de ma profonde estime.

A Madame le Professeur Marie-France BERTRAND

Docteur en chirurgie Dentaire

Professeur des Universités – Praticien hospitalier

Responsable de la sous-section Odontologie conservatrice, Endodontie

C'est avec un grand plaisir que je vous compte parmi les membres de ce jury.
Merci pour tous ces après-midi aux urgences ainsi pour tous ces instants passés à nous écouter et à nous conseiller, vous avait été un peu le « psychologue » et le « médiateur » de notre promotion.
Ce fut un réel plaisir d'apprendre à vos côtés durant ces 5 années.
Je vous prie de trouver dans ce travail toute ma reconnaissance et ma sincère considération.

A Madame le Professeur Valérie POUYSSEGUR-ROUGIER

Docteur en chirurgie Dentaire

Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier

Sous-section Prothèse

C'est avec une réelle joie que je vous compte parmi les membres de ce jury.
Votre rigueur en TP n'a d'égale que votre gentillesse et votre disponibilité durant ces années de clinique. Vous m'avez épaulée au travers de tous mes cas compliqués. Votre psychologie et votre pédagogie nous a tous fais grandir et progresser.
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame Céline CUCCHI

Docteur en chirurgie Dentaire

Assistante hospitalo-universitaire

Sous-section Prévention, Epidémiologie,

Economie de la santé, Odontologie légale

Je vous remercie de m'avoir proposé ce travail et de votre disponibilité durant toute sa réalisation.
La confiance que vous m'avez toujours accordée me touche énormément.
Votre gentillesse, votre joie de vivre et votre enthousiasme ont été communicatives et ont égaillés mes vacations hospitalières.
Je vous suis reconnaissante pour votre soutien et dévouement à mon égard
Je vous prie de trouver dans ce travail l'expression de toute ma gratitude et de toute mon estime.

A Mr Romain CEINOS Docteur

en chirurgie Dentaire Assistant

hospitalo-universitaire

Sous-section Odontologie conservatrice, Endodontie

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury.
Je vous suis reconnaissante votre bonne humeur et votre humour qui ont marqué mes années d'études mais également pour votre soutien.
Votre professionnalisme, votre rigueur et votre perfectionnisme dans le travail m'ont fait évoluer et grandir.
Travailler et apprendre à vos coté fut un réel plaisir.
Veuillez trouver dans ce travail mes sincères remerciements et toute ma sympathie

A MA FAMILLE

A mes parents qui ont fait preuve d'un soutien inébranlable en chaque circonstance, **à mon frère et ma sœur** : ces 2 petits démons qui savent me faire sourire quand tout va mal, et m'énerver en une seconde. Vous êtes les seuls à avoir ce talent.

A Papoune, Mamina qui ont été présent à chaque instant, merci pour tous ces repas en famille au bord de la piscine, ces barbecues, ces vacances à Auron, et pour nos petits repas du jeudi midi

A Tatie et Tonton, MP et Sophie, Véro, Rominou et Cora, Alex et Nico, Tatie MC et Guy, Pauline et Etienne : on est une famille un peu décalée certes, mais tellement géniale ! Chez nous on ne s'ennuie jamais ! C'est le moins qu'on puisse dire !! Merci pour votre soutient sans failles et pour tout le reste.

A **Stéphane et Sophie, Mélanie et Raph et les garcons**: en souvenir de toutes ces vacances en Bretagne, ces visites guidées interminables et tous les fous rires qui les ont accompagnés. Merci !

A MES AMIS

A ma binôme, ma Soulenne, la Gueridonnerie, ma Soso quoi. … que te dire … tu as été ma moitié, mon pilier durant ces 5 années. Je te remercie pour tout, pour ton soutien, ta bonne humeur, ton enthousiasme, tes folies de soirées, tes chutes mémorables et pour tout le reste !! Tu as été ma belle rencontre et je sais que tu n'es pas prête de te débarrasser de moi et de mes bêtises !

A nous 7 : Floflo, Maévou, Roro, Lio, Elo, Soso…. ces années dentaires n'auraient pas été les mêmes sans vous, n'auraient pas eu la même saveur. Merci pour tout : les fous-rires, les soirées, les vacances, les petits repas du mercredi, les capuccinos au patio… et surtout votre bonne humeur au quotidien. On a tout partagé pendant 5 ans et cela n'est pas prêt de s'arrêter je crois. Je ne sais pas si vous réalisez mais vous avez quand même été les seules personnes qui m'ont fait dormir à la belle étoile à la Bédoule, dans une bergerie abandonnée au milieu de rien, sous une tente avec ces c*** de chamois après 4h de marche en portant un sac à dos d'une tonne et je passe le reste …on s'est comprises ;) Vous avez su me redonner le sourire en toutes circonstances. En espérant ne jamais se perdre de vue, mais je ne m'inquiète pas vraiment pour ça !

A Andrea : ma compagne de potins, celle qui sait entendre deux conversations en même temps^^ merci pour ta présence pendant toutes ces années !! On ne se fait peut être plus nos petits repas en amoureuses le samedi mais tu sais que je pense toujours à toi ! Tu as été une rencontre merveilleuse et je sais qu'on ne se perdra pas ! Promis !! Je t'adore

A mes pretty women préférées : Valou, Estelle (alias ma copine de soirées) Lala et Tek ! A nos soirées de folies où tout peut arriver, à vos plans couscous, à nos apéros du mardi, à nos soirées filles, à tous ces bons moments, ces fous rires. Votre univers complètement décalé m'a fait mourir de rire avec vos listes secrètes, vos post-it, vos BRAVO Estelle, vos vdms…des situations dont seules vous avez le secret ! Vous avez été présentes à mes côtés à chaque instant depuis que vous êtes entrées dans ma vie et avez été d'un soutien inébranlable. Merci pour tout, en espérant que ça ne s'arrête pas ! Pour conclure je crois qu'un seul mot s'impose… APEROOOO

A Laure, ma Lala. Tout a commencé au brevet, au collège Valeri et depuis… ça ne s'est jamais arrêté. Que dire tellement y'en a eu… entre nos fous-rire en cours de maths et d'histoire, nos assiettes de frites au Surf, nos aprèm déprimes à Chambrun avec Haribo et Liptonic, nos aprèm à Chambrun (heureux cette fois) avec les garçons, nos apéros du mardi et tout le reste. Je crois que tu es l'une des seules qui ait tout partagé avec moi. Tu connais chacun des petits détails insignifiants de ma vie et j'adore ça. Ta spontanéité et ton naturel me font rire au quotidien et je sais qu'on ne se perdra pas.

A ma Lolotte : ma meilleure amie… Tu me manques. Je partage tout avec toi en permanence depuis tellement longtemps maintenant. Tu sais tout ce que je pense de toi je ne vais pas en dire plus <3

A Carowwwww et à Titi : 10 ans déjà !!!! Tu te rends compte !!!! J'ai tellement rigolé avec toi, en particulier quand tu me racontes tes histoires de famille !! Je sais qu'on ne se perdra pas de vue ! Bientôt rdv dans la nouvelle maison hein ?!!

A Fanny et Quentin : surtout à toi ma Fanny, ma copine de sushis (te vexe pas Quentin hein ?:p) je suis très heureuse de faire partie de ta vie, tu as été un soutien sans limites et tu sais que tu peux compter sur moi. En tout cas tu peux être sûre qu'on ne se perdra pas malgré la distance potentielle bisous

A Cedric, Jm, Kevin et Rachel : que de bons souvenirs à vos côtés, des soirées à l'Oxford (n'est-ce pas Jm^^), aux times-up, aux petits secrets qu'on partage en permanence. Bisous je vous adore.

Aux 3 A : Mazel, Toine et Mir : à vous trois vous avez réussi à changer ma vision de la normalité^^ je pense que toutes les personnes qui vous ont côtoyés comprendrons ce que je veux dire ;) vous avez été la folie de ces années dentaires, à nous faire mourir de rire en permanence que ce soit en cours, en TP, à l'hôpital, en soirées ou en vacances. Avec vous rien n'est jamais comme on s'y attend. Vous arrivez toujours à nous surprendre et à vous surpasser^^ On a passé beaucoup de bons moments ensemble et je suis contente d'avoir pu faire un petit bout de chemin à vos côtés ! Et je voulais vous demander une dernière fois quand même…. Est-ce que vous avez un fond d'envie ???

A Coulette, Briçouuu et Rodo: merci pour tout. Avoir partagé ces années avec vous a été un grand bonheur ! Je sais qu'on continuera à se voir ! Vous avez su me faire rire en toutes circonstances merci !

Aux filles : Cindy, Melissa, Caro et Marianne : heureuse de vous avoir connues, merci pour tous nos aprèm piscine, nos soirées tabou (n'est-ce pas Andrea ?? ;p) et plus récemment nos aprèm anthropologie^^ en espérant qu'on ne perde pas contact !!!!!

A Sab : ma belle rencontre des urgences, le petit rayon de soleil de st Roch ! Merci pour toutes nos soirées potins et pour toutes celles à venir ;)

Et à tous ceux qui ont partagé ces instants avec moi !!!!!! Tom, Joss, Gwen, Fouz, Jollivet, Santa, Marion, Chloé, Apo, Xavier, Mathieu et tous les autres !!

SOMMAIRE

Introduction 8

Partie 1 : Analyse de la littérature 10

1. Stratégie de recherche 10
   1) Sélection des articles et recueil des données 10
   2) Tableau récapitulatif des 26 études retenues 14
2. Synthèse des informations des différentes études 37
   1) Localisation et Langues 37
   2) Population 37
   3) Indicateurs utilisés 38
   4) Résultats et discussion 44

Partie II : Etude clinique 57

1. Matériel et méthode 57
   1) Population étudiée 57
   2) Mode de recueil des données 58
   3) Méthode statistique 62
2. Résultats 63
3. Discussion 68

Conclusion 74

Bibliographie 75

Annexes 80

Introduction

Le vieillissement de la population est un phénomène d'amplitude mondiale, grâce aux progrès de la médecine qui ont largement participé à l'allongement de l'espérance de vie de l'espèce humaine (1).
Dans le monde, l'INSEE compte presque 604 millions de personnes de plus de 65 ans et l'espérance de vie moyenne est de 70.5 ans (2).
Ainsi, à l'horizon 2050, on prévoit 2 milliards de personnes de plus de 60 ans sur la planète (3)
En France la population ne cesse de vieillir sous l'action de deux paramètres: les générations du baby-boom ont aujourd'hui un âge avancé, et l'espérance de vie est en continuelle augmentation. D'après les estimations de l'INSEE, la population âgée de plus de 60 ans représenterait plus de 32% de la population française en 2060, soit 8% de plus qu'au 1er janvier 2014 (4).
Cette tranche d'âge représente donc un intérêt grandissant aux yeux de notre société et particulièrement en termes de santé publique. Souvent laissés pour compte, les personnes âgées deviennent un sujet de préoccupation de plus en plus important pour les pouvoirs publics en France et dans le monde entier. C'est ainsi qu'en France des études de santé publiques de grande envergure ont été entrepris comme le Plan national Bien vieillir 2007-2009 (PNBV) qui s'inscrit dans une étude multinationale lancée par le programme de santé publique de l'Union Européenne. Ce programme nommé « *Healthy Ageing* » s'est étalé sur 3 années (5).
Notre région Provence-Alpes-Côte d'Azur est sans doute celle pour laquelle le défi de l'accompagnement du vieillissement sera le plus difficile à relever (6).

Ce travail s'est intéressé aux personnes âgées, et à la particularité de leur physiologie due au vieillissement, car ils n'ont pas les mêmes besoins de santé que les autres classes d'âges. En effet bien que cette population soit plus dynamique à notre époque et qu'elle ait troqué le terme péjoratif de "personne âgée" pour celui de "séniors" elle n'en reste pas moins très touchée par les polypathologies générales. Les conséquences sont immédiates au niveau de la qualité de vie, ce qui rend l'état de santé des seniors plus préoccupant que celui des autres tranches d'âges (7, 8, 9).
Il est important pour le professionnel de santé de savoir s'adapter aux besoins de prise en charge spécifique de cette population ainsi que de comprendre leurs attentes et leurs particularités en terme de santé. Pour cela connaître leurs points de vue est indispensable.

Les besoins dentaires font ainsi partie intégrante des préoccupations de santé. En effet la santé bucco-dentaire est fortement liée la santé générale (10, 11) et à la qualité de vie. Caries, racines résiduelles, édentation non compensée sont étroitement liées à la santé générale, et représentent souvent une porte d'entrée pour les foyers infectieux (12).
Les maladies parodontales sont par exemple fortement associées au diabète (13), les problèmes dentaires et masticatoires peuvent conduire à une modification de l'alimentation et engendrer des problèmes nutritionnels (14, 15).
De plus les personnes âgées ont généralement un accès aux soins restreint, en raison de leur état physique, de leur localisation géographique (zone rurale (16)) de l'absence d'entourage, de leurs ressources financières. L'approche psychosociale est donc primordiale dans notre prise en charge de seniors. Les services doivent être accessibles, adaptés, permettant une offre de soins spécifique(17). Le rôle du chirurgien-dentiste est d'améliorer la prise en charge et l'état bucco-dentaire de ces personnes âgées et d'informer les patients et les familles de l'importance des consultations de routines. En effet il est très courant que les seniors ne prennent pas conscience de l'état alarmant de leur santé bucco-dentaire, et négligent ainsi leurs dents**.**

Si les personnes du 3ème âge ont une perception négative de leur santé orale nous pourrions travailler à améliorer la communication et les campagnes de prévention afin que cette population soit plus sensible aux messages qui lui sont délivrés.

De plus, dans un but épidémiologique, s'il s'avérait que les personnes âgées ont une perception de santé comparable à leur santé objective, nous pourrions nous permettre dans les futures études de nous baser principalement sur la santé déclarée des patients et éviter le plus souvent un examen clinique, ce qui sera source à la fois de gain de temps et de gain financier.

Nous nous sommes donc penchés sur la vision que pouvaient avoir les personnes âgées de leur santé bucco-dentaire et les déterminants de la perception de cette santé : **quels facteurs cliniques et subjectifs influent sur la perception de santé orale des personnes âgées ? Est-elle en corrélation avec leur santé orale réelle ?**

Nous avons tenté dans un premier temps de répondre à ces problématiques en réalisant une **étude bibliographique** pertinente de 26 articles analysés après lecture du texte intégral.
Dans un second temps nous avons réalisé une **étude clinique** au centre de soin de l'hôpital Saint Roch de Nice auprès de 108 patients dont la limite d'âge était de 65 ans inclus, comme le préconise le WHO (World Health Organization (18)).
Notre questionnaire a recueilli des données sociodémographiques (19), de santé orale ressentie, de qualité de vie orale(GOHAI) (20) et générale (SF36)(21).
Puis un examen clinique a évalué le CAOD (22), le nombre de dents mastiquantes (23), des informations parodontales et concernant les prothèses.

Partie 1 : Brève revue de littérature

1. Stratégie de recherche

Nous avons réalisé notre recherche à partir de la base de données MEDLINE via PubMed (www.pubmed.gov)
Les recherches ont été réalisées principalement en mai et juin 2014.
Nous n'avons établi aucune restriction quant au langage d'origine du texte intégral, ni aucune limite de date de parution de l'article.
Les mots clefs sélectionnés ont été catégorisés en trois parties :

- la population considérée,
- les différentes terminologies de la santé orale,
- les différents termes sur l'auto-perception de santé.

Les mots clefs ont été utilisés seuls, associés à l'une des catégories, ou bien aux deux.
Cela a donné: (1)
older adults OU elders OU older people OU aged OU old people ET(2) oral health rating OU oral health OU dental health
ET (3) self perceived OU self declared OU self perception
La recherche a été réalisée par deux opérateurs en simultané (CUCCHI Céline et SOSTHE Anne-Laure)

1) Sélection des articles et recueil des données

Les différents articles trouvés sur MEDLINE furent transférés à un logiciel d'organisation bibliographique myENDNOTEweb (www.**myendnote**web.com), qui permet de traiter de façon organisée les différentes références.
Initialement 7006 références d'articles furent importées dans la bibliothèque de myENDNOTEweb.
Grace à un système de gestion des doublons nous avons obtenu 2054 articles.
La sélection des études pertinentes à notre problématique a été réalisée en 4 phases :

1) Sélection par le titre de l'article → seuls 206 articles furent retenus

Ont été éliminé tous ceux ne portant pas sur la santé dentaire (asthme, hormones, dépression, VIH etc...), les études portant spécifiquement sur les enfants-adolescents, celles considérant

les personnes institutionnalisées, celles portant sur l'orthodontie et sur les chirurgies maxillo-faciales.

2) Sélection par la lecture simultanée des deux opérateurs des résumés des 206 articles → 52 articles retenus.

Les critères d'exclusion ont été les mêmes que pour la lecture des titres c'est-à-dire : ne portant pas sur les personnes âgées, ni sur l'auto-perception de santé orale, ou portant sur une population en maison de retraite ou hospitalisée.

Ont été gardées celles sur les personnes âgées ou incluant un groupe de personne âgées, indépendante, traitant de leur ressenti de santé orale.

3) Recherche des articles intégraux → 31 articles trouvés.

L'une des difficultés de notre démarche a été de trouver les textes entiers afin de faire la sélection finale. Nous avons cherché sur la bibliothèque en ligne des universités de Nice et de Montpellier.

Les articles qui n'ont été trouvés sur aucun des 2 sites de recherche ont été exclus.

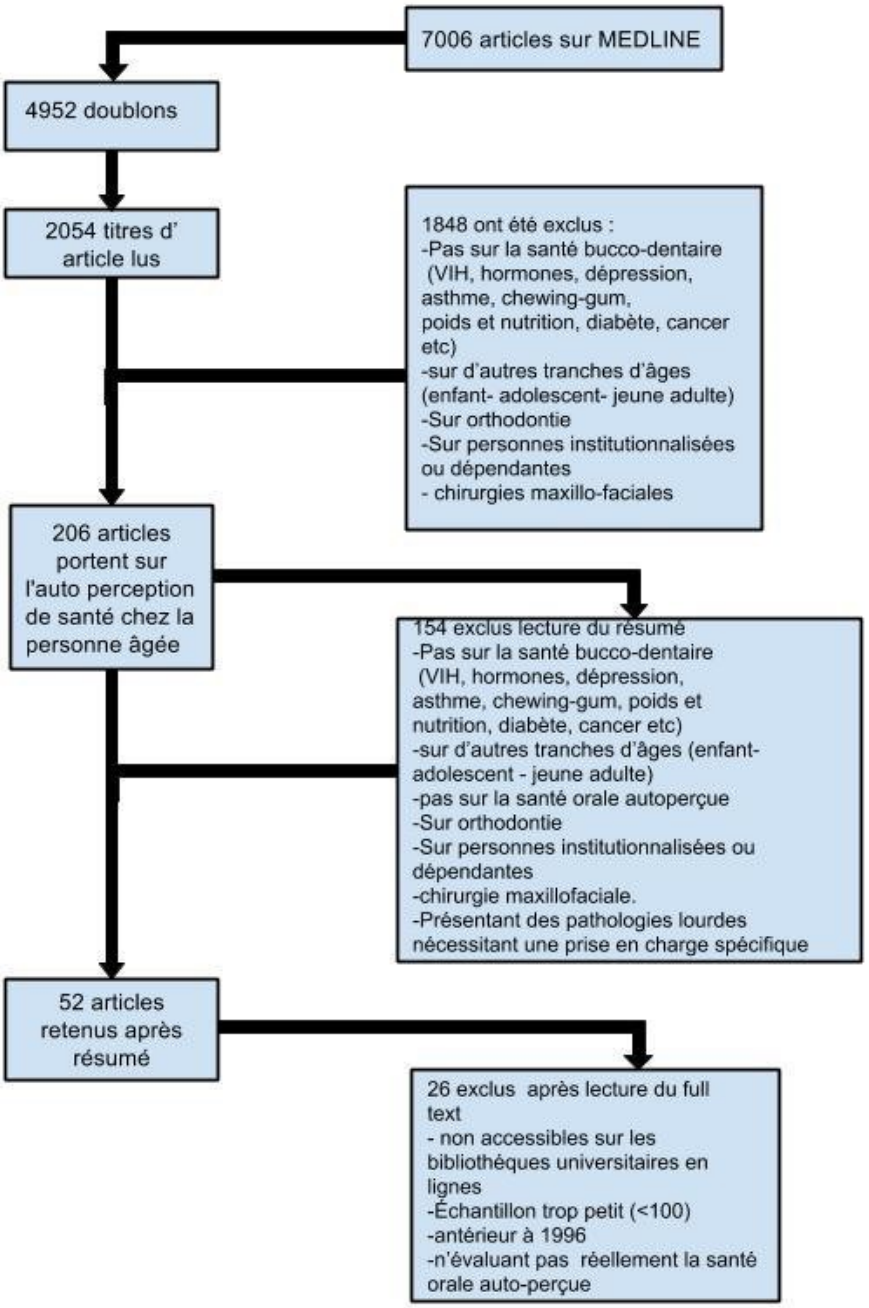
4) Sélection par lecture du texte intégral des articles sélectionnés → 26 articles retenus.

Les études avec de trop petits échantillons (<100 personnes) n'ont pas été retenus, de même que celles antérieures à 1996.

Les articles parus dans une autre langue que l'anglais et le français ont été traduits et inclus dans notre bibliographie finale (articles en portugais).

Les deux opérateurs ont lu l'intégralité des 26 articles et le choix de la sélection a été réalisé d'un commun accord.

A l'issue de ces quatre phases nous avons étés à même de déterminer notre bibliographie d'intérêt, comme représenté sur le schéma suivant: (voir page suivante)



Stratégie de recherche bibliographique en mai et juin 2014

Les 26 articles ont été lus et rangés dans un tableau nous permettant de connaitre:

- l'année et le premier auteur de l'étude
- le pays où se déroule l'étude et le lieu de recrutement de la population étudiée
- le type d'étude réalisée, le nombre de sujets inclus et l'âge de l'échantillon
- Les indicateurs de santé orale utilisés par les enquêteurs pour recueillir l'autoévaluation des personnes interrogées
- Les indicateurs de santé orale utilisés par les enquêteurs pour recueillir des informations cliniques sur les personnes examinées
- Le résultat de la comparaison entre l'autoévaluation et l'hétéro-évaluation des sujets, ainsi que les facteurs influençant favorablement ou négativement la perception de la santé ressentie. Nous avons précisé **en gras les éléments statistiquement significatifs** signalés par les auteurs.

2) Tableau récapitulatif des 26 études retenues

Auteurs Année	**Pays Lieu de recrutement**	**Type d'études + Nombre de sujets**	**Age de recru-tement**	**Indicateurs de santé orale utilisés pour l'AUTOEVALUATION**	**Indicateurs de santé orale utilisés pour l'HETEROEVALUATION**	**Comparaison Auto et Hétéro- Evaluation Facteurs influençant la perception de la santé ressentie**
Andrade 2012 (24)	Brésil Quartier de Sao Paulo, interview à domicile	871	≥60	**Questionnaire + Gohai (=** Geriatric Oral Health Assessment Index**):** *How would you rate your oral health?"*(5 choix possibles) Consommation de tabac (oui / non) Dernier contrôle chez le dentiste (date de consultation et motif)	CAOD Caries Nombre de dents présentes Prothèse Présence de prothèses en bouche (oui / non) Besoin prothèse (oui / non) Parodontie Perte attache paro >4mm (oui / non), poche >4mm (oui / non),	La plupart des sujets estiment leur SBD comme bonne. Pas de rapport entre situation clinique et auto-perception Facteurs influençant négativement la santé ressentie : SANTE GENERALE (auto) -mauvaise santé générale OCCLUSION (hétéro) -édentés plus susceptibles de déclarer une perception négative DOULEUR (auto) - **présence de douleur** -motif de la précédente consultation = douleur GOHAI (auto)

						- mauvais score de la section psychologique du GOHAI <u>Facteurs influençant positivement la santé ressentie :</u> GOHAI (auto) : bon score dans l'une des sections du GOHAI: douleur-gène, psychologique ou physique RECOURS AU CHIRURGIEN DENTISTE (auto) -contrôle réalisé chez le dentiste
Martins 2009 (25)	<u>Brésil</u> 250 communes Etude épidémiologique lancée par le gouvernement	2349 Dentistes calibrés	65 à 74 A la base 4 groupes d'âge	**Questionnaire :** *Comment évaluez-vous votre santé dentaire*? (5 possibilités, dichotomisées en bon VS moyen-mauvais) *Quel système de soins utilisez-vous?* (Privé, publique, caritatif ou aucun) *Avez consulté un dentiste au cours de votre vie?* (oui / non) <u>Auto évaluation réalisée sur :</u> (5 possibilités, dichotomisées en bon VS moyen-mauvais) Mastication / Parole / Apparence/ Santé bucco-	<u>CAOD</u> Nombre de dents présentes Nombre de caries <u>Prothèse</u> Besoin de prothèse (oui / non) <u>Parodontie</u> Pas d'étude parodontale <u>Tissus mous</u> Altération des tissus mous (oui / non)	Perception positive par rapport situation clinique 17% évalue négativement leur santé orale→ pas de lien avec la santé objective <u>Facteurs influençant négativement la santé ressentie</u> : SOCIODEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE Ethnie: black-indigène OCCLUSION et FONCTION (auto) Mastication inconfortable DOULEUR (auto) **Présence de douleur** CARIES ET TRAITEMENTS (auto) Besoin de traitement MUQUEUSES (hétéro) Altération muqueuse

				dentaire / Relations aux autres besoin de traitement (oui : non) douleur au cours des 6 derniers mois (absente, faible, moyenne ou importante)		ESTHETIQUE RELATIONNEL EMOTIONNEL (auto) Problème lié à apparence, Problème lié aux interactions aux autres RECOURS AU CHIRURGIEN DENTISTE (auto) Jamais vu de dentistes <u>Facteurs influençant positivement la santé ressentie</u> : NOMBRES DE DENTS (hétéro) Edenté 1 à 9 dents présentes en bouche CARIES ET TRAITEMENTS (hétéro) Absence de carie (même si édenté)
Vileva 2013 (26)	<u>Brésil</u> Etude épidémiologique lancée par le gouvernement Informations et examens cliniques recueillis à domicile	4839	65-74	**Questionnaire :** *Comment évaluez-vous l'aspect de vos dents et gencives ?* (5 possibilités, dichotomisées en bon-moyen VS mauvais) (SROA : "Self Rated Oral Apperances") *Quel système de soins utilisez-vous?* (Privé, publique, caritatif ou aucun) Accès aux informations de prévention (oui / non)	<u>CAOD</u> Nombre de dents présentes Caries (oui / non) Besoin de soins (oui / non) <u>Prothèse</u> Besoin de prothèse (0 à 4 points)	20.6%, estiment leur santé orale mauvaise → pas en relation avec la réalité clinique car 26,03 dents absentes (médiane) Expliqué en partie par le fait que 81% des édentés porte PAC max. SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE âge, (+ bas chez 70-) OCCLUSION et FONCTION (auto) Mastication inconfortable DOULEUR (auto) **Présence de douleur** CARIES ET TRAITEMENTS Caries, (hétéro)

				Dernière visite chez dentiste (date) Douleur il y a plus de 6 mois ? (oui / non) Problèmes de mastication ? (oui / non)		Perception de besoin soins (auto) PROTHESE (hétéro) **Besoin prothèse** ESTHETIQUE, RELATIONNEL, EMOTIONNEL (auto) Apparence dentaire bonne ou altérée Relation aux autres bonne ou altérée RECOURS AU CHIRURGIEN DENTISTE (auto) Visite récente, ancienne ou jamais chez le dentiste Accès aux informations de prévention,
Nunes 2008 (27)	Sud du Brésil idem	618	65-74	**Questionnaire :** (5 possibilités, dichotomisées en bon VS moyen-mauvais) Mastication - Parole - Apparence - Santé bucco-dentaire Relation sociales perturbées par la Santé bucco-Dentaire (3 possibilités) Douleur ressentie il y a moins de 6 mois (oui / non)	CAOD: Nombre de dents présentes Prothèses Présence de prothèses totales (oui / non) Besoin de prothèse totales (oui / non)	DOULEUR (auto) **Présence de douleur** PROTHESE (hétéro) **Besoin de prothèse** → La moitié des patients édentés ont une perception positive de leur santé orale dont 88% sont porteurs de prothèses totales Une mastication inconfortable et la présence de douleur sont statistiquement très liées. L'absence de besoin de prothèse observé est statistiquement lié à la perception d'une mastication confortable ainsi qu'à des relations sociales satisfaisantes.
Pattussi 2010 (28)	Brésil Pas précisé (ménage)	4786	65-74	**Questionnaire :** (5 possibilités, dichotomisées en bon VS	Examen clinique suivant les critères du WHO	Perception de santé négative pour 46.6% de l'échantillon

				moyen-mauvais) Mastication - Parole - Apparence - Santé bucco-dentaire Dernière visite chez dentiste (date) Douleur ressentie il y a moins de 6 mois (oui / non)	<u>CAOD</u> Nombre de dents présentent Besoin de soins (oui / non) <u>Prothèse</u> Présence de prothèse (oui / non) Besoin de prothèse (oui / non) <u>Parodontie</u> CPI (Community Periodontal Index modified) <u>Lésions des tissus</u> (oui / non)	Lié avec certaines données cliniques (besoin de soin-prothèse-carie-douleur) <u>Facteurs influençant négativement la santé ressentie</u>: SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE (auto) Bas niveau socio-économique Hommes OCCLUSION et FONCTION (auto) **Mastication inconfortable** DOULEUR (auto) **Présence de douleur** CARIES ET TRAITEMENTS (hétéro) Caries PROTHESE (hétéro) Besoin de prothèse, ESTHETIQUE, RELATIONNEL, EMOTIONNEL (auto) **Apparence altérée des dents** RECOURS AU CHIRURGIEN DENTISTE (auto) Ne va jamais ou rarement chez le dentiste
Martins 2008 (29)	<u>Brésil</u> domicile	5326	65-74	**Questionnaire :** *« estimez-vous avoir besoin de soin actuellement? »* (oui / non) (5 possibilités, dichotomisées en bon VS moyen-mauvais) :	<u>CAOD</u> Nombre de dents présentes (édentés, totaux ou non). CAOD divisé en 3 catégories (0-19, 20-26, 27-32)	55% de l'échantillon perçoivent un besoin de soins (dû au grand nombre d'édentés et à l'absence de remplacement par des prothèses) Plus **de la moitié** des personnes âgées estiment leur santé orale comme bonne ainsi que leur

				Mastication - Parole - Apparence - Santé bucco-dentaire Relation sociales perturbées par la Santé bucco-dentaire (3 possibilités) Accès aux informations de prévention (oui / non) Motif dernière visite chez dentiste (routine ou douleur-saignement-carie), Douleur ressentie il y a moins de 6 mois (oui / non)	Besoin de soins (oui / non) <u>Prothèse</u> Besoin de prothèse (3 possibilités: non, oui à l'un des maxillaires, oui aux deux maxillaires) <u>Parodontie</u> CPI (Community Periodontal Index modified): poches >4mm Perte d'attache >4mm <u>Lésion des tissus mous</u> (oui / non)	mastication, l'aspect de leurs dents ainsi que leurs relations aux autres. <u>Le besoin de soins est moins bien perçu par les patients si</u>: SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE (auto) **≥ 70 ans** NOMBRE DE DENTS (hétéro) **Edenté** plus susceptible de déclarer une perception négative RECOURS AU CHIRURGIEN DENTISTE (auto) **Absence d'accès à information de prévention** <u>Le besoin de soins est perçu plus facilement par les patients si</u>: OCCLUSION et FONCTION (auto) Mastication normale ou mauvaise DOULEUR (auto) Pésence de douleurs PROTHESE (hétéro) Besoin de prothese ESTHETIQUE, RELATIONNEL, EMOTIONNEL (auto) L'esthétique est altérée
Martins 2010 (30)	<u>Brésil</u> Domiciles ou école	5326	65-74	**Questionnaire :** *Comment évaluez-vous votre santé dentaire*? (5 possibilités, dichotomisées en bon VS moyen-mauvais)	<u>CAOD</u> Nombre de dents présentes Nombre de caries Nombre de dents obturées	**Santé orale estimée positive** dans la majorité des cas alors qu'elle est cliniquement mauvaise <u>Facteurs influençant positivement la santé ressentie</u>:

				(5 possibilités, dichotomisées en bon VS moyen-mauvais) : Mastication - Parole - Apparence - Santé bucco-dentaire Relation sociales perturbées par la Santé Bucco-Dentaire (3 possibilités) *« estimez-vous avoir besoin de soin actuellement? »* (oui / non) Accès aux informations de prévention (oui / non) Motif dernière visite chez dentiste (routine ou douleur-saignement-carie), Douleur ressentie il y a moins de 6 mois (oui / non) Problèmes de mastication (oui / non)	Prothèse: Besoin de prothèse (oui / non) Parodontie Condition parodontales (sain / malade) Altération des tissus mous (oui / non)	OCCLUSION et FONCTION **(auto)** **Mastication confortable** **Pas d'altération de la phonation** CARIES ET TRAITEMENTS (auto) **Absence de besoin de soins perçu par le patient** ESTHETIQUE, RELATIONNEL, EMOTIONNEL (auto) **Aspect des dents satisfaisant**

Shutzhold 2014 (31)	Allemagne Non précisé Randomisé dans 90 villes	891 760	35-44 65-74	**Questionnaire :** *« que pensez-vous de l'état de vos dents ? »* (5 possibilités) Visite chez un dentiste durant l'année (oui / non) Consommation de tabac (oui / non) Etat de votre santé générale (5 possibilités) Report de plusieurs maladies pour calculer le taux de morbidité (score de 0 à 17)	CAOD: Caries (oui / non) Dents absente non remplacées Prothèse Type de prothèse: fixe ou amovibles ou absence de prothèses Parodontie Perte d'attache (3 sites par dents) Saignement de papilles (2 sites par dent)	**16.1% de mauvaise** santé orale auto-perçue chez les personnes âgées. SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE Facteurs sociodémographiques et comportementaux non significatifs Facteurs influençant négativement la santé ressentie : ETAT DE SANTE GENERAL (auto) Mauvais score de **morbidité** **Perception négative de la santé générale** CARIES ET TRAITEMENTS (hétéro) Dents absentes non remplacées Présence de caries Facteurs influençant positivement la santé ressentie : CARIES ET TRAITEMENTS (hétéro) Présence de dents obturées PROTHESE (hétéro) **Présence de prothèse amovible en bouche** RECOURS AU CHIRURGIEN DENTISTE **Contrôle chez le dentiste** dans l'année

De moura 2011 (32)	Brésil Pas de données	102	>60	**Questionnaire :** (5 possibilités, dichotomisées en bon VS moyen-mauvais) : Mastication - Parole - Apparence - Santé bucco-dentaire Relation sociales perturbées par la Santé bucco-dentaire (3 possibilités) Douleur ressentie il y a moins de 6 mois (oui / non)	CAOD Nombre de dents en bouche Edentation (oui / non)	57.8% des patients considèrent leur santé orale comme bonne ou excellente alors que 21.6% l'estime mauvaise Facteurs influençant positivement la santé ressentie : OCCLUSION et FONCTION **(auto)** **Pouvoir mâcher, parler** DOULEUR (auto) **Pas douleur dans les 6 mois** ESTHETIQUE, RELATIONNEL ET EMOTIONNEL (auto) **Satisfaction esthétique** **Pas de problèmes dans relations sociales**
Da Souza 2010 (33)	Brésil Enquête épidémiologique 1er groupe : institutionnalisées dans dix maisons de bienfaisance publique 2eme groupe : la plus âgée non institutionnalisée dans les soins dans les cliniques de la Faculté	154 Exclusion si problème neurologique-démence	60< X> 89	**Gohai (=** Geriatric Oral Health Assessment Index) (Faible<50 / Normal 51-56 / Haute de 57-60)	CAOD Prothèse Besoin de prothèse	**Dans 90% des cas, un CAOD élevé est statistiquement lié à un score GOHAI faible** Facteurs influençant négativement la santé ressentie : CARIES ET TRAITEMENTS (hétéro) Carie Problèmes dentaire non soignés → Santé orale mauvaise pour 90% des patients non institutionnalisés.

Ekanayake 2005 34	Sri Lanka	585	>60	**Questionnaire non précisé**	**Examen clinique non précisé**	Perception négative pour 49% des patients dentés et 42% des patients édentés Facteurs influençant négativement la santé ressentie : NOMBRE DE DENTS (hétéro) > 20 dents absentes CARIES ET TRAITEMENTS (hétéro) Mobilité Racines residuelles Besoin de soins SI LA PERSONNE EST EDENTEE les facteurs influençant négativement sa santé ressentie sont : Besoin de soins ressenti, Perte du gout, Difficulté a manger
Esmeriz 2012 (35)	Brésil Dans zone réservée des *health family unit*	371 Elimine démence	>60	**Gohai** (utilisant leur propre analyse du score obtenu: >30 et <30) **SF36 (=** The Short Form (36) Health Survey, « Questionnaire de qualité de vie générale, liée à la santé») **Geriatric depression scale** (= Questionnaire de 30 questions permettant d'identifier un état de dépression chez la personne âgée)	CAOD (<32 ou =32) (Dmft 28.5 en moyenne) Prothèse Examen clinique suivant les critères du WHO Présence de prothèse (oui / non) Besoin de prothèse (oui / non) Parodontie CPI (Community Periodontal Index modified)	**Pas de rapport entre les observations cliniques et la santé auto-perçue.** La difficulté des seniors à percevoir leur santé dentaire réelle expliquerait, selon les auteurs, l'usage restreint de prothèses. Gohai <30, si plus de 20 dents perdues Facteurs influençant négativement la santé ressentie : SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE (auto) **L'illettrisme est significativement lié à un Gohai < 30.** QUALITE DE VIE ORALE (auto) **Perception négative et mauvaise qualité de vie** sont statistiquement liées

						ESTHETIQUE RELATIONNEL EMOTIONNEL (auto) Facteur **émotionnel dégradé** (2 dimensions du SF36) **Dépression** (depression scale) <u>Facteurs influençant positivement la santé ressentie :</u> NOMBRE DE DENTS (hétéro) Présence de dents CARIES ET TRAITEMENTS (hétéro) Présence de soins déjà réalisés PROTHESE (hétéro) Présence de prothèse
Colussi 2009 (36)	<u>Brésil</u> Etude épidémiologique antérieure	270	>60	**Questionnaire:** Recueil des données suivant les critères du WHO: Comportement oral et général (consommation de tabac, habitudes de brossage) Besoin de prothèse subjectif (oui / non) Degrés d'autonomie des séniors (FDI = Fédération Dentaire Internationale)	Examen clinique suivant les critères du WHO <u>CAOD</u> <u>Prothèse</u> Présence de prothèse (oui / non) Besoin de prothèse (oui / non) (Edentement, besoin de couronnes unitaires, PAP, PAC problèmes fonctionnels ou esthétiques et problèmes dentaires avec répercussions fonctionnelles ou esthétiques.)	63% ont bien perçu le besoin prothèse les 37 % restant ont sous-estimé leurs besoins de prothèses. <u>Facteurs influençant négativement la santé ressentie :</u> SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE (auto) **Homme, Zone rural, >70 ans,** RECOURS AU CHIRURGIEN DENTISTE (auto) **Pas de visite chez le dentiste depuis moins de 4 ans.** ESTHETIQUE RELATIONNEL EMOTIONNEL (auto) **Pas de contact avec des groupes de 3éme âge.**

Silva 2005 (37)	Brésil Contact téléphonique et dans groupe 3eme âge	112	>60	**Gohai Gohai (=** Geriatric Oral Health Assessment Index): moyenne = 33.61 (utilisant leur propre analyse du score obtenu: 34-36 bon; 31-33 moyen; <30 mauvais)	CAOD moyenne = 29.13 Nombre de dents (moyenne = 7.63) Prothèse Présence de prothèse (oui / non) Besoin de prothèse (oui / non) Parodontie IPC : saignement poches et récessions	CAOD élevé et édentement important mais perception très positive des séniors de leur santé orale. Pas de rapport entre la clinique et la perception de santé orale. 45.5% de patients édentés Facteurs influençant négativement la santé ressentie : PROTHESE (hétéro) Port de prothèses amovibles Facteurs influençant positivement la santé ressentie : NOMBRE DE DENTS (hétéro) Dents naturelles en bouche PARODONTIE (hétéro) Bon état parodontal
Konoshi 2010 (38)	Japon (Tokyo) Dans les centres pour Personnes âgées Sur personnes volontaires. Les données sur leur état de santé ne sont pas vérifiées Petit échantillon d'après eux	190	62-99	**PGWB-S** = Evaluation de la vie quotidienne (11 questions tirées du The Psychological General Well-being Schedule réadapté en japonais) **Questionnaire:** - *Comment évaluez-vous l'état de vos dents et de vos gencives ?* (5 possibilités, dichotomisées en bon VS moyen-mauvais)	Examen clinique suivant les critères du WHO: CAOD Caries (oui / non) Prothèse Type de prothèse Parodontie CPI (Community Periodontal Index modified)	45.3% des seniors avaient un ressenti positif de leur santé orale **L'état oral clinique** (carie, nombre de dents naturelles et parodontie) **n'influençait pas la perception des patients (en bien ou en mal).** Les différences entre auto-perception positive ou négative **dépendaient des fonctions orales et des situations de la vie quotidienne.** SANTE GENERALE (auto) Relation significative entre maladie chronique et statut oral altéré NOMBRE DE DENTS (hétéro)

				(SROA : "Self Rated Oral Apperances") - Etat de santé générale et prise de médicaments	<u>Occlusion</u> FTU: (= Fonctional Tooth Units) nombre de couple de dents antagonistes (1point pour PM et 2 points pour molaires) 0 à 16 points <u>Fonction de la langue :</u> (mesure en 30 secondes le nombre de rotation dans sens horaire et antihoraire) <u>Fonction de la lèvre</u> : (nombre de bonne prononciation de I et U en 30 secondes)	Pas de différences entre denté et édenté VIE QUOTIDIENNE Les facteurs psychosociaux, lorsqu'ils montrent une vie sociale et affective riches, sont significativement liés à une auto perception positive des besoins de santé orale. FONCTION (auto) Les **fonctions orales efficaces ou altérées** influent significativement en bien et en mal sur l'auto perception de la santé orale.
Marino 2013 (39)	<u>Chili</u> Basé sur (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2010). Dans les ménages	4766	>60	**SF36 (=** The Short Form (36) Health Survey, « Questionnaire de qualité de vie générale, liée à la santé») **ADL** = Activities of Dailly Living **MMSE** = Santé mental (Mini-Mental State Examination, Pfeffer Functional Activities Questionnaire)	Pas d'examen Clinique	- 63.1% ne déclarent pas de problème de mastication 55.8% estiment leur qualité de vie générale bonne ou excellente Les **problèmes masticatoires** influent sur la perception de la qualité de vie générale car les seniors estimant avoir une mauvaise qualité de vie ont 4 fois plus de problèmes masticatoires que les autres. SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE (auto) On constate plus de problèmes de mastication chez patients vivant en zone rurale

				Questionnaire: -Questionnaire médical - Qualité de vie générale ressentie (4 item) - Auto-évaluation de la santé orale (nombre de dents restantes, utilisation de prothèses, difficulté à mastiquer et déglutir)		Plus l'âge augmente, plus les problèmes masticatoires augmentent. Quand les patients déclarent avoir une assurance privée on observe moins de problèmes masticatoires. Un niveau d'éducation élevé serait statistiquement lié à une mastication efficace. PROTHESE (hétéro) Les porteurs de PAP déclarent moins de problèmes masticatoires. NOMBRE DE DENTS (hétéro) Les patients édentés sans prothèse ont plus de problèmes de mastication. Le nombre de dents restantes est associé aux problèmes de mastication. Une mauvaise qualité de vie générale est plus fréquemment rapportée chez les édentés. Une mauvaise qualité de vie générale est statistiquement liée à une mauvaise santé orale auto-perçue
Mesas 2008 (40)	Brésil Population qui vit dans une zone couverte par Family Health Program team Visite à domicile par 2 dentistes calibrés	267 Exclusion dépendants	60-74	**Gohai** (utilisant leur propre analyse du score obtenu: >30 et <30) **GDS** = (Geriatric Depression Scale) indicateur de dépression **Questionnaire:** -Esthétique, relationnel, émotionnel (santé orale,	CAOD Nombre dents présentes Présence de soins (oui / non) Edentement (oui / non) Prothèse Occlusion	Pas de lien entre l'auto-perception de la santé orale et les variables cliniques L'auto-perception est négative dans 18.7% des cas. La santé orale est considérée comme mauvaise par les patients dans les cas d'édentement ET d'absence de calage. Les femmes ont une santé orale plus mauvaise que les hommes, elles ont moins de dents présentes en bouche, prennent plus de médicaments, et ont une perception de santé plus négative que les hommes.

				satisfaction de leur apparence, relations sociales liées aux problèmes dentaires et la conscience des séniors quant à leur santé orale) -Inquiétude (douleur, inconfort, médicaments utilisés pour les problèmes dentaires)	Absence de calage postérieur (entre dents naturelles ou prothétiques) <u>Fonctions</u> (flux salivaire considéré comme faible <0.4ml/mn avec mastication tube en latex)	NOMBRE DE DENTS (hétéro) Nombre de dents présentes non significatif. Malgré l'édentement, les patients ont une perception positive de leur santé (surement dû au grand nombre de patients appareillés) PROTHESE (hétéro) Souvent les problèmes oraux ressentis sont associés à un besoin de prothèse observé cliniquement. ESTHETIQUE RELATIONNEL EMOTIONNEL (auto) **La dépression** est le 2ème facteur le plus significatif associé à une perception péjorative de la santé orale.
Ugarte 2007 (41)	<u>Bolivie</u> Interview à domicile Ceux qui avaient problèmes dentaires sérieux étaient soignés gratuitement au centre dentaire 50 dentistes	293 Exclut démence	>60	**Questionnaire:** - *Comment évaluez-vous l'état de vos dent et de vos gencives? (*bonne, normale ou mauvaise) (SROA : "Self Rated Oral Apperances") - Habitudes orales - Douleur (oui / non) - Dernière visite chez le dentiste - Maladies déclarées - Perception de santé générale (29%) - Problèmes de mastication (59%) (oui / non) - Besoin perçu de soins (69%) (oui / non)	Pas d'examens cliniques	60% des patients se considèrent en mauvaise santé bucco-dentaire. <u>Facteurs influençant négativement la santé ressentie :</u> SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE (auto) **Pas allés à l'école** **Niveau socio-économique bas d'après les sujets** SANTE GENERALE (auto) **Mauvaise santé générale ressentie** OCCLUSION (auto) **Problème de mastication déclaré** CARIES ET TRAITEMENTS (auto) **Besoin ressenti de soin**

Matos 2006 (42)	Brésil Projet SB- Brésil *orale de l'état sanitaire de la pop brésilienne* Idem autre 2002-03 A domicile Dentistes calibrés	2245 995	34-44 65-74	**Questionnaire:** - *Comment évaluez-vous votre santé bucco-dentaire?* (5 possibilités, dichotomisées en bon VS moyen-mauvais) - Dernière visite chez dentiste (> ou < à 1 an)	CAOD Nombre de dents Besoin de soins (oui / non) Prothèses Présence de prothèse (oui / non)	54.4% des séniors déclarent une bonne santé bucco-dentaire, 28.2% d'entre eux estiment qu'elle est normal et seulement 4.8% la considerent comme mauvaise. Facteurs influençant négativement la santé ressentie : NOMBRE DE DENTS (hétéro) **Présence de 19 dents ou moins** Facteurs influençant positivement la santé ressentie : SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE auto) **Revenus faibles (>181,00 $, pas valable en France)** CARIES ET TRAITEMENTS (hétéro) **Absence de besoin de soins observé**
Martins 2011 (43)	Brésil Carlos Barbosa. Echantillon fait en 2004 pour une étude.	496	>64	**OHIP** = (Oral Health Impact Profile) indice de l'impact social des affections buccales	Examen clinique suivant les critères du WHO, réalisé par 2 dentistes calibrés:	Pas de comparaison entre la santé réelle et la santé auto-perçue. Facteurs influençant négativement la santé ressentie :

	Personnes rappelées en 2008 Examen réalisé par les soigneurs du département des soins, questions à domicile			**RS** = (Resilience Scale) 25 questions évaluant l'adaptation psychosociale positive vis à vis d'évènements stressants. **Questionnaire:** -Problèmes dentaires ressentis - Tabac (oui / non) - Fréquence de brossage (0, 1, 2, 3 fois par jours) - Douleurs ressenties (oui / non) - Visite chez dentiste (jamais, quand problèmes, régulièrement) - Auto-évaluation de la mastication avec la question : *"Avez-vous dû interrompre un repas en raison de problème avec vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?"* - *Comment évaluez-vous votre santé générale ?* (5 possibilités, dichotomisées en bon-moyen VS mauvais)	CAOD Nombre de dents naturelles (1 à 19 dents et >20) (Le nombre de dents restantes est choisi par les auteurs comme le moyen le plus pertinent de retracer l'historique dentaire des pathologies et traitements survenus jusqu'à ce jour)	SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE (auto) **Habiter en zone rurale** Facteurs influençant positivement la santé ressentie : HABITUDES ALIMENTAIRES (auto) **Pas d'adaptation de l'alimentation en raison d'un problème dentaire** RESILIENCE (auto) **Haut potentiel de resilience** (adaptation à la perte de dent)
Northridge 2012 (44)	Etats-Unis NY, manhattan		>50	**Questionnaire:** - Tabac (oui / non) - Visite chez dentiste (<1 an; 1-3 ans ;>3ans)	CAOD Nombre de dents présentes Nombre de caries	28.5% des patients déclarent leur santé orale mauvaise. L'état de santé orale ressenti est plutôt en concordance avec l'état dentaire et gingival observé.

				- *Comment évaluez-vous l'état de vos dents et de vos gencives ?* (bon, moyen, mauvais) (SROA : "Self Rated Oral Apperances")	Nombres de dents absentes Nombres de restaurations <u>Parodontie</u> - Hygiène dentaire (4 possibilités en fonction de la quantité de plaque et tartre) → comparé à la question: "*comment évalueriez-vous l'état de vos dents et gencives"* - Inflammation visible (sévère, modérée, légère)	Les patients avec une mauvaise hygiène cliniquement observée ont plus tendance à dramatiser leur santé orale. <u>Facteurs influençant négativement la santé ressentie :</u> SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE (auto) Niveau d'éducation universitaire, Sans assurance NOMBRE DE DENTS (hétéro) Denté CARIES ET TRAITEMENTS (hétéro) **Caries** PARODONTIE (hétéro) **Présence d'inflammation parodontale** contribue à une perception négative RECOURS AU CHIRURGIEN DENTISTE (auto) Pas de visite chez le dentiste depuis 3ans <u>Facteurs influençant positivement la santé ressentie :</u> NOMBRE DE DENTS (hétéro) **Edenté** CARIES ET TRAITEMENTS (hétéro) **Présence de soins dentaires** en bouche RECOURS AU CHIRURGIEN DENTISTE (auto) **Récente visite chez le dentiste** (1 fois par an)

Silva 2011 (45)	Brésil Habitants de la région urbaine de Campinas Les personnes dépendantes ou ne comprenant pas sont exclues Examen clinique réalisé dans des lieux de communauté avec accès facile (centre de soin de santé primaire ou association de résidents) 3 dentistes calibrés	876	>65	**Gohai (=** Geriatric Oral Health Assessment Index)	Examen clinique suivant les critères du WHO CAOD Evalue nombre de dents (0 à 20 ou >20) Prothèse Besoin de prothèses (oui /non) Présence de prothèse: PAC bimaxillaires, ou unimaxillaire ou pas de prothèse. Lésions muqueuse (oui /non) Faiblesse biologique évaluée par critère de Fried : perte de poids involontaire (3 possibilités: fragile, non fragile, ou un peu fragile)	Le **Gohai** indique que les personnes âgées ont une vision positive de leur santé orale malgré de mauvaises conditions cliniques observées (fragilité biologique, besoin de PAC, lésions muqueuses, perte de dents) Facteurs influençant positivement la santé ressentie : SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE **Niveau d'éducation élevé** NOMBRE DE DENTS (hétéro) **Plus de 20 Dents** en bouches CARIES ET TRAITEMENTS (hétéro) **Pas de besoin de traitement** PROTHESE (hétéro) **Porteurs de PAC bimaxillaire** **absence de besoin de prothèse totale** MUQUEUSE (hétéro) **Pas de lésions muqueuses ou mycoses** FRAGILITE BIOLOGIQUE (hétéro) **Pas de fragilité biologique**

Locker 1997 (46)	Canada Longitudinale sur 3ans Urbain et rural. Appelé au téléphone. Autonome. Vivant seul. Etude cohorte.	493	>50	**Questionnaire à J0 et à J+3ans:** - Evolution de la santé orale déclarée au bout de 3 ans : empirée, idem ou améliorée. - Santé orale (bonne ou mauvaise) mastication (6 items), douleurs orales (9 items), symptômes oraux (11 items), impact psychosocial des problèmes oraux (7 items), sécheresse buccale.	CAOD -perte d'une ou plusieurs dents au cours des 3 ans -traitement canalaire ou coronaire Parodontie Perte d'attache	L'auteur compare les données cliniques et déclaratives à J.0 et à J+3ans. Il évalue seulement l'amélioration ou la détérioration de la santé orale au cours des 3 ans mais ne valide pas si la santé orale déclarée est représentative de la santé orale réelle. NOMBRE DE DENTS (hétéro) La perte de dents au cours de ces 3 ans est considérée de façon positive ou négative en fonction des conditions de la perte de cette dent.
Locker 2000 (47)	Canada Etude cohorte à 3 et 7 ans Données de l'enquête sur 7 ans "*Ontario study of the oral health of older adults*"	334	≥50	**Questionnaire:** -Santé générale et qualité de vie générale: nombre de maladies chroniques, limitation des activités quotidiennes (5 possibilités), stress (oui / non) - Santé orale (bonne ou mauvaise) mastication (6 items), langage (3 item), douleurs orales (9 items), symptômes oraux (13 items), impact psychosocial des problèmes oraux (15 items).	Pas développé dans cette étude	Une mauvaise qualité de vie orale est associée à une mauvaise qualité de vie générale chez les personnes âgées. Facteurs influençant négativement la santé ressentie: SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE (auto) **Revenus faibles** SANTE GENERALE (auto) dégradée QUALITE DE VIE GENERALE (auto) altérée **ESTHETIQUE RELATIONNEL EMOTIONNEL** (auto) La santé orale est significativement liée aux indicateurs de moral, stress et de satisfaction de sa vie. Cela est observé à J+3ans et J+7ans .

				-Bien être psychologique (Moral Index, Perceived Life Stress Questionnaire, Life Satisfaction Scale, General Health Questionnaire)		
Locker 2005 (48)	Canada Etude longitudinale sur 3 ans étape 2 Par téléphone, randomisée + entretien personnel +examen clinique à T.0 et T+3ans	498	>53	**OHIP (6 des 7 sous sections sont utilisées ici)** Fréquence des problèmes dentaires, gingivaux ou liés aux appareils au cours de l'année (de "never" = 0 à "very often" = 4) ayant entrainé: -Limitations fonctionnelles -Douleur -Inconfort psychologique -Invalidité physique -Troubles psychosociaux **-Questionnaire:** -Santé orale déclarée : "Comment décririez votre santé orale? (5 possibilités) -Comportement de santé Fréquence du brossage, fil dentaire, bossettes (7 possibilités, de jamais à deux fois par jour.)	CAOD Nombre de dents absentes Nombre de caries Parodontie Perte d'attache mesurée en 2 points pour chaque dent. (>2mm)	Cette étude ne compare pas la santé réelle et la santé ressentie. 25% de l'échantillon déclare une santé orale normale ou pauvre. Facteurs influençant négativement la santé ressentie: SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE (auto) Age > 70 ans **Niveau d'éducation faible** **Revenus faibles** SANTE GENERALE (auto) **Mauvaise santé générale déclarée** PARODONTIE (hétéro) Perte d'attache observée OHIP (auto) faibles

				Grignotage (5 possibilités: de jamais à trois fois par jour) + Fluor -Aliments sucré - Tabac (oui / non) Motif et date de la dernière visite chez le dentiste, (possibilités de moins de 6 mois à plus de 3ans) -**Etat de santé générale** (6 possibilités) + nombre de maladies chroniques - limitation des activités quotidiennes - stress (oui / non)		
Locker 2009 (49)	Canada Toronto Basée sur The Canadian Community Health Survey 2003	2754	>20	**Questionnaire:** Perception de santé orale (5 possibilités) Symptômes: mal de dents sensibilité, mauvaise haleine, bouche sèche, saignement, douleur gingivale, autres douleurs (oui / non) Limitations fonctions : difficulté à mastiquer et parler (oui / non) Impact sur relations sociales: avoir une conversation, sourire, rire (oui / non)	Pas d'examen clinique	Pas de comparaison entre santé orale et santé réelle Facteurs influençant négativement la santé ressentie: SOCIODEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE (auto) **Revenu faibles** PROTHESE (auto) **Port de prothèse** ESTHETIQUE RELATIONNEL EMOTIONNEL (auto) : **Stress élevé** **Satisfaction de vie faible** **Estime de soi faible** **Peu de cohésion sociale** **Dépression.**

				<u>Statut oral</u> Port de prothèse (oui / non) Dent extraite dans l'année précédente (oui / non) <u>Facteurs psychosociaux</u> -Echelle d'estime de soi: **Rosenberg's Self-Esteem Scale** (10 items) **CIDI = Composite International Diagnostic Interview** -Echelle de dépression -Satisfaction de vie (4 item) -Stress (5 item) -Cohésion sociale		ECHELLE DE SANTE ORALE (auto) Ce sont les facteurs psychosociaux qui influencent majoritairement la perception de santé orale, et non pas les problèmes de santé orale déclarés.

2. Synthèse des informations des différentes études:

1) Localisation et langues

La majorité des études ont été conduites au Brésil en Portugais, pour la plupart traduites par la suite en anglais. Seules 6 études n'ont pas été traduites en Anglais. Elles ont donc été analysées après passage dans un traducteur de textes en français. Seules 2 études n'ont pas pu être traduites du tout, et ont donc été abandonnées.
Les autres études ont été menées aux Etats-Unis (NY), en Bolivie, au Chili, au Sri-lanka, au Japon, en Allemagne et au Canada. Ces dernières ont toutes été trouvées en Anglais. Toutes les études ont été publiées entre 1986 et 2014.

2) Population

ÂGE:
La plupart des études sélectionnées concernent exclusivement des personnes âgées, c'est à dire des personnes de plus de 60 ans. Mais certains articles ont été conservés pour analyse car une partie de leur échantillon était constitué de personnes âgées

- 10 études ont sélectionné des personnes de plus de 60 ans.
- 3 études ont inclus toutes les personnes de plus de 50 ans
- 9 études ont inclus uniquement des personnes entre 65 et 74 ans
- 1 étude a eu comme critères de sélection une fourchette d'âge allant de 62 ans à 99
- 1 étude a choisi d'inclure des participants de plus de 64 ans et une de plus de 65 ans sans limite d'âge
- 2 études ont respectivement fait 2 groupes d'âge : une de 35-44 et 65-74, l'autre de 34-44 et 65-74.
- 1 étude a sélectionné des patients de plus de 20ans.

SEXE:
Toutes ces personnes sont prises de façon aléatoire, femme et homme sans distinction.

RECRUTEMENT:
Le mode de recrutement diffère selon les études :

- la plupart des personnes interrogées sont recrutées **à domicile** comme les grandes études épidémiologiques nationales (Brésil et France avec le HSM) avec des enquêteurs qui rendent visite aux patients (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 36, 39, 41, 42, 43, 45, 47) ou qui réalisent le questionnaire par téléphone (37, 46, 48, 49).
- ou encore dans des **groupes de 3ème âge** ou dans des « health family unit (35, 40) ».
- certains sont même recrutés dans des **centres de personnes âgées** (38).
- seule 1 étude inclut des personnes **institutionnalisées** (33), les autres études excluent les patients dépendants.

- 7 de ces études sont basées sur les résultats d'une grande **campagne épidémiologique** lancée au **Brésil** en 2002-2003 (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 42) *Health Ministry of Brazil. SB Brazil 2003 Projec* (50)

DESIGN des ÉTUDES:

- 11 études précisent que ce sont des **études transversales** (24, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 47, 48, 49), dont 5 de **cohortes** (24, 43, 47, 48, 49) qui ont donc un niveau de preuve plus élevé. Andrade se base sur les données de "The Health, Wellbeing and Aging Cohort Study" en 2000-01 au Brésil.
- 3 études précisent que la constitution de l'échantillon est **randomisée** (31, 35, 39).

TAILLE des ECHANTILLONS:

Concernant la taille des échantillons, elle varie de 102 à 5326 personnes

- 4 études ont un échantillon compris entre **100 et 200** personnes (32, 33, 37, 38)
- 5 études ont un échantillon compris entre **200 et 500** (35, 36, 40, 41, 43, 46, 47)
- 4 études ont un échantillon compris entre **500 et 1000** (24, 32, 34, 45)
- 8 études ont un échantillon **supérieur à 1000** personnes (25, 26, 28, 29, 30, 31, 39, 42)
- 1 étude ne renseigne pas la taille de l'échantillon. (44)

3) Indicateurs utilisés

- **INDICATEURS DES QUESTIONNAIRES**

Tous les questionnaires ont été administrés à domicile ou par téléphone.

Données socio-économiques:

Toutes les études, à l'exception de 3 d'entre elles (32, 34, 38) ne demandent pas d'information sur leur questionnaire. Les autres études renseignent toutes sur les données sociodémographiques et économiques classiques (**âge, sexe, revenu, domiciliation, statut marital, ethnie etc...**)

Addictions:

6 études demandent de façon binaire si le patient consomme du **tabac** (24, 31, 36, 43, 44, 48).

État de santé générale :

- 4 études spécifient prendre connaissance de l'état de santé générale des patients interrogés par des **questions ouvertes** (40, 41, 47, 48)
- Locker et al. 2005 utilisent le **General Health Questionnaire** en plus de l'autoévaluation de santé générale. Le GHQ informe également le nombre de maladies chroniques du patient.
- Andrade et al. 2012 évaluent les maladies chroniques en dichotomisant l'échantillon en " 0-1 maladie" et "plus de 2 maladies" parmi une **liste de pathologies répertoriées**.
- 2 études (31, 39) calculent également un score de maladies chroniques en fournissant au patient une liste de pathologies répertoriées et procèdent à un **questionnaire médical** (0 à 17)

État psychologique:

7 études prennent en compte l'état psychologique en recherchant un état dépressif (24, 35, 38, 39, 40, 47, 49)

- Esmeriz et al.2012 Et Mesas et al. 2008 utilisent la "**Geriatric Depression Scale**", considérant que le patient est dépressif s'il obtient plus de 6 points.
- Konoshi et al. 2010 utilisent 11 questions tirées du "**the Psychological General Well-being Schedule**", sont posées aux patients et évaluent leur enjouement, leurs inquiétudes et leurs activités.
- Marino et al. 2013 utilisent le "**Mini Mental State Examination Pfeffer Functional Activities Questionnaire**".
- Locker et al. 2000 évaluent le bien être psychosocial et la satisfaction de vie en utilisant le "**Moral Index"**, le **"Percieved Life Stress Questionnaire"**, le **"Life Satisfaction Scale**."
- Locker et al. 2009 évaluent la dépression grâce à certains items du CIDI **(Composite International Diagnostic Interview)**
- Andrade et al. 2012 utilisent **la sous-section psychologique du GOHAI (Gériatric Oral Health Assessment Index)**

Douleur:

De très nombreuses études questionnent les patients à propos de leurs douleurs dentaires. Elles sont au nombre de 16 (25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 37, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 48, 49).

- La plupart interroge sur des douleurs datant des **6 derniers mois**, les patients déclarant seulement si ils en ont ressenti ou pas (25, 26, 27, 29, 30, 32).
- Patussi et al. 2010 interrogent l'échantillon quant aux douleurs ressenties sur les **3 derniers mois**.
- Martins et al. 2009 demandent aux patients de **quantifier leurs douleurs** (absente, faible, moyenne, importante).
- 3 études 14, 17 et 22 s'intéressent aux douleurs orales ressenties par le patient grâce à la dimension **"douleur " évaluée par le GOHAI** (37, 40, 45).

Recours au chirurgien-dentiste:

- 11 études s'intéressent à la **fréquence de consultation** chez un Chirugien-dentiste rapportée par le patient (25, 26, 28, 29, 30, 31, 41, 42, 43, 44, 48) ainsi que sur le **motif de consultation** (24, 29, 30, 43, 48) c'est à dire: contrôle, douleur ou soins.
- La majorité des études s'enquière de la **date de la dernière consultation** (<1ans, entre 1 et 2 ans, >3ans ou jamais).

Santé orale auto-perçue:

L'objet de notre travail s'intéresse particulièrement à la santé orale auto-perçue des patients: comment les autres études ont-elles questionné les patients à ce sujet ?

- 12 auteurs ont simplement posé les questions qui leur semblaient les plus adéquates sans indicateur spécifique. Par exemple deux études demandent simplement "**Comment évaluez-vous votre santé dentaire?**" Le patient a le choix entre 5 réponses: "très mauvais, médiocre, passable, bon, excellent". Les réponses sont souvent regroupées en deux catégories en choisissant d'inclure la réponse "passable" dans l'un ou l'autre des 2 groupes (25, 48).

Cette façon de recueillir une auto-évaluation de l'état de santé orale par question ouverte, est assez répandue parmi nos études (24, 25, 28, 29, 30, 31, 38, 41, 44, 46, 47, 48).

- Certaines enquêtes modifient la tournure de phrase, utilisant par exemple "**Que pensez-vous de l'état de vos dents?**" (31) ou encore: "**Comment évaluez-vous l'état de vos dents et de vos gencives?** (38): avec les mêmes 5 possibilités.

Qualité de vie orale:

La qualité de vie orale est à distinguer de l'état de santé orale car elle comprend une notion de d'impact de la santé orale sur la vie quotidienne.

- 6 études ont utilisé le **GOHAI = Geriatric Oral Health Assessment Index** comme indicateur de qualité de vie orale, déclarée par les patients (24, 33, 35, 37, 40, 45) . L'utilisation classique du score Gohai obtenu n'a jamais été utilisée par les auteurs, qui ont préféré utiliser la médiane ou la moyenne du score de l'échantillon dans toutes leurs analyses statistiques.
- 2 études utilisent le **OHIP = Oral Health Impact Profile** (43, 48) qui est un indicateur de l'impact social des affections buccales.

Qualité de vie générale:

Très peu d'études s'intéressent à ce facteur.

2 études ont utilisé le **SF36** (35, 39) **= Short Form Survey,** composé de 36 item s'intéressant aux limitations physiques et à l'état psychologique du patient dans la vie quotidienne.

La plupart des autres études ont simplement demandé aux patients comment ils percevaient leur état de santé générale.

Auto-p ercep tion d e l'esth ét iq u e :

4 études ont utilisé le **SROA** (26, 38, 41, 44) "**Self Rated Oral Apperances**" et demandent: comment évalueriez-vous l'état de vos dents et de vos gencives?

Impact social:

9 études ont demandé aux personnes interrogées d'évaluer leurs relations sociales, et d'évaluer si l'état de leurs dents avaient un impact sur leur vie sociale (24, 27, 29, 30, 40, 46, 47, 48, 49).

Par exemple Locker et al. 2009 demandent si le patient arrive à **avoir une conversation, sourire, rire** etc. Et d'en **évaluer la fréquence**.

Martins et al. 2009 quant à elle demande: "**De quelle manière votre santé bucco-dentaire affecte votre relation avec les autres?**"

Nunes et al. 2008 et Martins et al. 2008 et 2010 demandent **si les problèmes dentaires interfèrent avec les relations sociales** (n'affecte pas, affecte un peu, affecte beaucoup).

Qualité des fonctions orales:

13 études ont recueilli des informations sur le confort des differentes fonctions orales des patients: **phonation**, **deglutition**, **succion**, **mastication** (25, 26, 27, 28, 29, 30, 37, 40, 41, 46, 47, 48, 49).

Des résultats fortement significatifs montraient un lien entre l'inconfort de mastication, la gêne à la parole et une évaluation négative de la santé orale ressentie.

- **I N DI CATEURS DE L'E XAMEN CLIN I QUE**

Pratiquement toutes les études à l'exception de 4 (32, 34, 39, 49) ont eu recours à un examen clinique plus ou moins approfondi.
La plupart des études ont précisé les conditions de cet examen clinique:

- 3 d'entre elles ont été réalisées dans des **centres de soins** ou des **centres spécialisés** (33, 15, 43) avec un **éclairage artificiel** approprié (scialytique).
- Le reste des examens a été réalisé **à domicile** avec un **éclairage naturel.**
- 7 études précisent l'équipement dont les praticiens ont disposé pour réaliser cet examen (25, 26, 29, 30, 35, 37) à savoir: une lumière naturelle, une **sonde parodontale** IPC, un **miroir de bouche** et une **spatule en bois**.
- Pratiquement toutes ces études mettent l'accent sur le fait que les **examinateurs étaient calibrés** (24, 25, 26, 27, 28, 29, 35, 36, 37, 40, 42, 43, 45).

Selon les études, différents critères ont été évalués afin d'obtenir une vision objective de l'état de santé dentaire des patients.

- 5 études spécifient s'être basées sur **les critères d'évaluation cliniques du WHO** (28, 36, 38, 43, 45) = "World Health Organisation" = "Organisation mondiale de la Santé" = OMS.

CAOD :

8 études ont spécifié avoir calculé le CAOD des patients (27, 28, 29, 33, 35, 36, 37, 44).

- Parmi elles l'étude 6 analyse les CAOD en 3 groupes: compris entre 0 à 19, entre 20 à 26 et entre 27 à 32.
- L'étude 12 sépare seulement les CAOD en 2 groupes en utilisant la valeur médiane du CAOD de l'échantillon

Caries et Soins:

- 7 études ont uniquement évalué la présence de caries de façon binaire (24, 25, 26, 30, 31, 34,48)
- 4 auteurs ont cherché à mettre en évidence le besoin en soins des patients de façon binaire (26, 28, 29, 42).

Présence/absence de dents:

- 15 études ont évalué le nombre de dents présentes ou absentes par un examen clinique (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 37, 40, 43, 44, 45, 48). Locker et al. 2009 se basent sur du déclaratif pour évaluer le nombre de dents.
- Martins et al. 2008 et 2011 différencient les patients édentés totaux, des patients dentés.
- Silva et al. 2011 dichotomisent le nombre de dents de 0 à 20 ou supérieur à 21, alors que Marins et al. 2011 mettent le seuil entre 19 et 20 dents présentes pour ses patients dentés.
- Locker et al. 1997 prennent en compte la perte d'une ou plusieurs dents au cours des 3 ans de l'étude de cohorte.
- Locker et al. 2009 rapportent seulement les déclarations des patients quant à l'extraction de dents depuis l'enquête précédente.

Prothèses

- Une grande majorité des études évalue la présence de prothèses ainsi que le besoin de prothèses fixe ou amovible (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 35, 36, 37, 40, 42, 45, 49).
- Certaines évaluent seulement s'il **y a une prothèse ou un besoin de prothèse**, sans différencier le type de prothèse, notamment dans l'étude de Silva et al.2011.
- D'autres utilisent le **WHO index pour définir le statut prothétique**: c'est le cas d'Esmeriz et al. 2012. L'OMS préconise en effet d'observer pour chaque maxillaire 4 critères :
- absence de prothèse amovible
- prothèse amovible partielle
- prothèse amovible complète
- non renseigné.
- Vileva et al.2013 évaluent le **besoin de prothèse** en le quantifiant de 0 à 4:
- 0= pas besoin de prothèse,
- 1= besoin de prothèse fixe ou amovible pour remplacer 1 dent,
- 2= besoin prothèses fixe ou amovible pour remplacer plus d'une dent,
- 3= besoin de prothèses fixes et amovibles,
- 4= besoin de prothèses totales.
- L'étude de Colussi et al. 2009 se basent sur les **critères de WHO pour évaluer le besoin de prothèse** et sépare donc les patients en plusieurs groupes:
- 1 = édentés totaux sans prothèse totale;
- 2 = absence d'une ou plusieurs dents avec répercussions fonctionnelles ou esthétiques;
- 3 = présence de prothèses avec problèmes fonctionnels ou esthétiques;
- 4 = besoin de couronnes unitaires.
- De Moura et al.2011 ne s'intéressent qu'à la présence ou au besoin de **prothèses totales**.
- Silva et al. 2011 évaluent également le besoin de **prothèses totales uni ou bi maxillaires**. Chacune de ces études omet de spécifier le mode d'évaluation.

Tissus mous:

Très peu d'études s'intéressent aux tissus mous en dehors de l'état gingival puisque 5 au total l'évaluent (25, 28, 30, 45, 46).

- Seuls Silva et al. 2011 précisent les altérations des tissus mous recherchées: **suspicion de néoplasie, leucoplasies, lichen plans, aphtes, herpès, ulcérations traumatiques, gingivites ulcéro-nécrotiques, candidoses ou abcès**. Cette évaluation est recommandée par l'OMS.
- Locker et al. 1997 évaluent seulement la sècheresse buccale ressentie.

Parodonte:

11 tudes évaluent également le parodonte (24, 28, 29, 30, 35, 37, 38, 44, 46, 48).

- Parmi ces études seules 5 précisent avoir utilisé le **CPI modifié** (Community Periodontal Index modified), ce qui est recommandé par l'OMS (29, 30, 35, 37, 38).
- Attache parodontale >4mm: (24, 29, 31, 46, 49)
- Poches parodontales >4 mm : (24, 29, 37)

- Shutzerhold et al. 2014 évaluent le saignement des papilles en complément de la perte d'attache.
- Seul Silva et al. 2005 spécifient avoir évalué les **récessions gingivales** des patients de l'échantillon.
- Northridge et al. 2012 ont évalué l'état parodontal uniquement visuellement, sans utiliser de sonde parodontale.

Capacité masticatoire:

- 2 études évaluent également le bon fonctionnement occlusal (38, 40), notamment en évaluant le **nombre de couple de dents mastiquantes**:
- Konoshi et al. 2010 évaluent le nombre d'unités fonctionnelles allant de 0 à 16, sachant qu'une Prémolaire vaut 1 point et qu'une Molaire en vaut 2. Cet indicateur évalue le nombre de dents postérieures ayant un antagoniste.
- Mesas et al. 2008 évaluent le nombre de couple de dents mastiquantes qu'elles soient naturelles ou prothétiques.

Autres fonctions orales:

Très peu d'études évaluent ces fonctions orales des patients (38, 40)

- Konoshi et al. 2010 étudient la fonction de la langue: elle mesure en 30 secondes le nombre de rotation dans le sens horaire et anti-horaire qu'effectue le patient. Ils évaluent également la fonction labiale en comptant le nombre de bonne prononciation des U et I en 30 secondes
- Mesas et al. 2008, eux, évaluent le flux salivaire en faisant mastiquer le patient sur un tube en latex (<0.4 ml/mn étant considéré comme faible).

4) Résultats et discussions:

Presque tous les articles comparent la santé déclarée et la santé cliniquement observée chez les personnes âgées, à l'exception de 7 auteurs. (27, 31, 32, 34, 39, 41, 43).
Pour cela, ils mettent en relation les données déclaratives et les données cliniques de santé orale et parfois de santé générale.
La grande majorité de ces études ne trouve pas de liens entre la clinique et la perception de santé.
En effet, les patients âgés se déclarent plutôt satisfaits de leur santé orale alors que les enquêteurs recensent des états cliniques dégradés.
En effet, la grande majorité des patients de cette tranche d'âge a un CAOD élevé avec de nombreuses dents absentes.
On ne peut donc pas se servir de la santé objective pour évaluer le ressenti de santé de nos patients et réciproquement.
Néanmoins de nombreux facteurs jouent un rôle plus ou moins important et peuvent influencer la perception de santé orale: le nombre de dents restantes, la présence ou non de soins en bouches, la présence de caries, le port ou non de prothèses amovibles.

Toutes les études ont ainsi évalué les différents facteurs pouvant influencer la perception de santé orale.

Au niveau des données sociodémographiques et économiques :

Plusieurs facteurs ont été évalués parmi les données sociodémographiques et économiques afin de trouver lesquels seraient significatifs.

- Concernant le **sexe des patients** étudiés:
  - La grande majorité des études recense un pourcentage élevé de femmes par rapport aux hommes. Cela est expliqué par une plus grande espérance de vie (33, 37) et une plus grande participation que les hommes aux activités communautaires, et par extension aux enquêtes nationales (38). Dans certaines études il a été mis en avant que le plus grand nombre de femmes participant aux études pouvait biaiser les travaux et sous-estimer la santé ressentie des hommes (41). Il faut que le pourcentage de femmes dans l'échantillon étudié corresponde au pourcentage de femmes dans la population globale étudiée pour que les résultats soient représentatifs.
  - En ce qui concerne l'impact sur la perception de santé orale, Patussi et al. 2010 et Colussi et al. 2009 ont trouvé que les hommes étaient plus sujets à une perception négative de santé orale. De la même façon Matos et al. 2006 ont trouvé un lien significatif entre être une femme et percevoir de façon positive sa santé bucco-dentaire. Cela est en contradiction avec l'étude de Mesas at al.2008 qui trouve un lien très fort entre la mauvaise perception de santé orale et le sexe féminin, car les femmes ressentiraient plus l'impact des problèmes oraux sur leur qualité de vie, en particulier si il y a des douleurs et de l'embarras associé. Dans la même idée, l'étude de Marino et al. 2013 qui étudient le lien entre perception de santé et mastication, met en avant le fait que les femmes ont beaucoup plus de problèmes masticatoires déclarés et donc une plus mauvaise perception de santé.

- **L' âge des patients** a également été évalué:
  - Quelques études trouvent un lien significatif entre l'âge et la perception de santé (26, 29, 36, 39, 48). En effet des études ont trouvé que les personnes âgées de plus de 70 ans étaient plus susceptibles d'avoir une auto-perception de santé négative, cependant aucune explication n'est donnée (26, 36, 48). L'étude de Martins et al. 2008 quant à elle met en avant le fait que les besoins de soins sont moins bien perçus chez les patients âgés plus de 70 ans.
  - Dans l'étude de Marino et al. 2013, le lien entre l'âge et les problèmes masticatoires est également démontré, liant indirectement cette variable à une mauvaise perception de santé, étant donné le lien entre mastication et perception de santé.
  - Aucune limite d'âge n'est donnée concernant un changement de perception, cependant il est logique que le vieillissement soit associé à une augmentation des problèmes de santé générale et orale. Il s'accompagne d'une difficulté à se déplacer par soi-même chez le médecin ou le dentiste, et donc à une difficulté d'accès aux soins.

- Au niveau de **l'origine ethnique** :

Seule 1 étude, réalisée au Brésil, où la population est polyethnique, a trouvé un lien entre l'ethnie du patient et sa santé ressentie. Elle a trouvé que les patients noirs avaient une perception plus négative de leur santé orale que les patients de type caucasiens (25). Cela est expliqué par les inégalités sociales et économiques entre les communautés au Brésil. Il est important de noter qu'en France les études évaluant l'impact des origines ethniques sont totalement interdites.

- Certains chercheurs se sont également intéressés à la **taille de la ville et la zone d'habitation** des personnes interrogées :
  - Deux études ont trouvé un lien défavorable entre la perception de santé et une habitation située en zone rurale (36, 43). Le contexte social joue un rôle primordial dans la perception de santé. Le travail de Marino et al. 2013 va également en ce sens en trouvant un lien entre troubles masticatoires rapportés, mauvaise santé auto perçue et vie en zone rurale. En effet il existe des inégalités entre zones urbaines et rurales en ce qui concerne l'accessibilité et la disponibilité des services de santé : cette répartition inégale crée une barrière aux soins (39).
  - Ces inégalités sont renforcées par les différences d'éducation et de revenus. Par exemple les programmes de *Oral Health In The Rural Area Of The State Of Rio Grande Do Sud* met le doigt sur le fait que les habitants des zones rurales autour de Rio n'ont pas accès aux soins ni même à de l'eau fluorée. Cette perception négative de santé serait liée à l'abandon et à la négligence du gouvernement, qui laisse cette population sans accès aux soins et avec de nombreux désavantages toute leur vie, les rendant moins optimistes de façon générale et en particulier pour leur santé orale.
  - Le vieillissement associé à la vie en zone rurale diminue les possibilités de déplacement et d'accès aux soins, le risque de douleurs dentaires est donc plus grand car les soins sont moins bien gérés (43). Il est évident que ces disparités seront beaucoup plus significatives dans des pays en croissant développement comme le Brésil plutôt que dans les pays occidentaux qui s'intéressent à la prévention de longue date.

- En ce qui concerne le **niveau économique:**
  - Seules 4 études (41, 47, 48, 49) lient significativement un revenu élevé et la perception positive de santé orale. Patussi et al. 2010 trouvent un lien entre des revenus faibles et une mauvaise santé auto-perçue
  - Il est mis en avant que l'impact économique dans les études Brésiliennes est moindre par rapport aux études européennes et américaines, car au Brésil les groupes étudiés sont d'une catégorie socio-économique très homogène, avec un faible revenu et un faible niveau d'éducation.
  - Locker et al. 2000 2005 2009 dans 3 de ses études au Canada trouve un lien significatif entre la santé auto perçue et le revenu. Il ajoute qu'un faible revenu est associé à une perception de santé orale dégradée. En effet, les populations défavorisées sont soumises à des situations de grandes contraintes sociales et financières, ils deviennent donc plus vulnérables aux impacts des problèmes dentaires sur leur qualité de vie, et leurs interactions sociales en pâtissent (27, 47). Les problèmes dentaires semblent alors relégués au second plan quand il y a des problèmes économiques, et les sujets renoncent aux soins à cause de leur coût, et consacrent leur énergie à autre chose. (41)

- Le rôle du **niveau d'éducation et de scolarité** dans la perception de santé est également évalué:
  - Plusieurs études trouvent un lien entre les deux (27, 35, 39, 41, 42, 44, 45, 49). Il est couramment établi que le milieu social influence notre perception, en particulier orale (37). Ugarte et al.2007 associent un niveau scolaire bas à une mauvaise perception de santé, alors Northridge et al. 2012 trouvent une association négative entre perception de santé orale et niveau d'étude universitaire. Cela peut se comprendre car un niveau éducation élevé peut faciliter la prise de conscience de ce qu'est la réalité buccale par le patient. Cependant il est également mis en avant qu'un niveau scolaire inférieur à 4 ans d'études est un indicateur de la non perception de sa santé orale, car ne perçoit pas ces besoins oraux (27).
  - Il peut même engendrer des comportements oraux inappropriés, tels que le mauvais le brossage des dents ou le mauvais entretien d'une prothèse (41). Marino et al. 2013 quant à eux lient indirectement le niveau d'éducation bas aux problèmes masticatoires. On peut comprendre ces résultats en supposant qu'un faible niveau d'éducation entraine une détérioration accrue de la santé orale ce qui est souvent associé à la perte de dents donc à une diminution des capacités masticatoires. Le faible niveau d'éducation serait donc significativement lié à une mauvaise santé ressentie.

- Deux études (26, 29) ont trouvé un lien entre l'absence **d'accès aux informations de prévention** et une mauvaise santé orale auto-perçue.

Il est important d'informer et d'instruire la population pour améliorer leurs connaissances et leurs comportements en matière de santé orale. Par exemple les sujets vivant en zone rurale ont moins accès à ces informations de prévention, et ont une plus mauvaise perception de santé, ce n'est pas le seul facteur participant à ce phénomène mais il y contribue (41).

- Deux travaux (39, 44) ont également mis en relation une absence d'assurance privée et un mauvais ressenti de santé orale.

D'autres données subjectives, basées sur des informations déclarées ont été recueillies dans les différentes études.

Recours au chirurgien-dentiste:

Un grand nombre d'études a questionné les patients à ce sujet (24, 25, 26, 28, 31, 36, 41, 42, 44) et ont toutes mis en évidence que les visites de contrôle chez un dentiste sont associées à une perception positive de santé buccale.

- Certains auteurs se sont penchés sur le motif de consultation des patients comme Andrade et al. en 2012, et affirment qu'un rendez-vous de contrôle aurait une action positive sur la santé orale ressentie, alors qu'une visite pour une urgence douloureuse aurait un impact négatif. En effet le motif de consultation joue un rôle important tandis que le temps passé depuis la dernière visite chez le dentiste n'aurait que peu d'importance (24, 25, 27, 34).
- Colussi et al. en 2009 précisent que pour avoir un impact positif la visite devait être volontaire.
- De même, l'absence de visite chez un Chirurgien-dentiste semble avoir un impact négatif sur la perception de santé orale (26, 28, 36, 41). Ainsi, Martins et al. 2009, Vileva et al. 2012 et Ugarte et al. 2007 affirment que de n'avoir jamais consulté un dentiste influence de façon négative la santé perçue.
- Deux études précisent quant à elles qu'une visite annuelle chez un dentiste aurait une influence positive sur la santé buccale ressentie (31, 44). En effet des contrôles réguliers diminueraient les problèmes liés à la perte des dents, amélioreraient l'état des dents en général ainsi que la fonction orale, et l'esthétique dentaire mais permet également d'informer et de rassurer le patient, ce qui le rend plus confiant en sa santé orale et donc améliore sa perception de santé orale (24, 25, 27). En 2012, Northridge et al. 2012 remarquent néanmoins qu'une visite datant de plus de 3 ans aurait un impact négatif sur la santé orale auto-perçue.
- En 2006, Matos et al. ne trouve aucun lien significatif entre visite chez un dentiste et mauvaise perception de santé, car la plupart des patients de l'étude au Brésil sont édentés et ne voient pas l'intérêt d'aller voir un dentiste.

La douleur est l'un des facteurs les plus étudié dans la littérature .

En effet sept études évaluent cet indicateur, et toutes arrivent à la même conclusion : la douleur dentaire (dans les 6 derniers mois) influence de façon négative la perception de santé orale (24, 25, 26, 27, 28, 29, 32).

- Martins et al. 2008 précisent qu'une douleur dentaire augmente la perception de besoin de soins et donc la perception négative de santé orale. Ainsi, les patients ne perçoivent pas les problèmes dentaires lorsqu'ils sont asymptomatiques mais seulement lorsque les symptômes sont aigus et invalidants. Les sujets ont conscience de la pathologie car elle a un impact sur la vie quotidienne, elle altère la qualité de vie et cause une modification comportementale (27).
- Locker at al. indiquent que la douleur bucco-dentaire peut conduire à un processus d'évitement de certains aliments, et affecter la qualité de vie orale (15). Northridge at al. 2012 ajoutent qu'une perception négative de santé orale est plus souvent associée à une douleur d'origine dentaire qu'à des problèmes esthétiques ou d'hygiène.
- Il n'y a pas de réel débat sur ce facteur qui est inévitablement l'un des plus éloquant.

Les différentes études ont cherché à analyser si le **besoin de soin perçu par le patient** avait une influence sur le ressenti de santé orale, et une grande majorité d'entre elles a en effet mis en évidence un lien entre les deux: un besoin de soin serait lié à une perception négative de santé orale (25, 26, 30, 38, 41).

- Martins et al.2008 s'intéressent tout particulièrement au lien entre le besoin de soins et la perception de santé orale. D'après cette étude, ce facteur est systématiquement associé de façon négative à la santé ressentie. La douleur dentaire, les problèmes masticatoires et les dents non esthétiques sont associés au ressenti de besoin de soins, et donc à une santé orale dégradée. Elle précise que 50% des patients ressentent ce besoin de soins, ce qui est très supérieur aux résultats aux Etats Unis ou au Sri Lanka. Cela est représentatif du mauvais état dentaire des Brésiliens. Evidemment ce besoin de soins est fortement influencé par l'état de santé et par la démographie. Elle ajoute que la perception de besoin de soins est plus faible chez les patients qui n'ont pas accès aux informations de prévention, ce qui met en avant l'importance de l'éducation de santé.
- Il est donc très important de retenir que nos comportements et nos conceptions en matière de santé sont influencés par nos conditions sociodémographiques et culturelles. C'est pour cela qu'il est difficile de comparer les résultats trouvés dans les différents pays, car chaque culture a sa vision de la santé dentaire, et a des attentes plus ou moins exigeantes vis à vis du maintien de sa santé orale.

Différentes études ont également cherché à savoir si **l'apparence des dents ressentie par le patient** avait un rôle dans la perception de santé orale (25, 26, 28, 30, 32).

- Certains travaux ont ainsi trouvé une corrélation entre un problème esthétique ressenti par le patient et une mauvaise perception de santé bucco-dentaire (25, 28). Martins et al. 2009 précisent que chez les sujets, l'inesthétique subjective des dents, le besoin de soins ressenti, et la perception négative de santé orale sont interdépendants.
- De plus une mauvaise image de soi perturbe forcément les relations sociales et altère la confiance en soi. Toutes les situations compromettant l'esthétique du sourire, (caries, dents cassées etc…) sont associées à une auto perception dégradée de la santé buccale (26). Les patients déclarent aussi que la réhabilitation esthétique est le facteur le plus décisif pour réaliser des prothèses dentaires. Les prothèses améliorent ainsi l'apparence, cette dernière étant fortement associée à la facilité de communication (26). Les études Martins et al. 2010 et de De Moura et al. 2011, elles aussi, associent la satisfaction esthétique à une perception positive de santé bucco-dentaire.
- Patussi et al. 2010 précisent que l'intérêt pour l'apparence physique ne diminue pas avec l'âge, bien vieillir passe par le maintien de l'esthétique dentaire, et participe au maintien de la vie sociale des seniors.
- Colussis et al. 2009, quant à eux, avancent que les personnes âgées ne sont que peu concernées par leur esthétique. La dégradation dentaire faisant partie du processus de vieillissement accepté par les patients de l'étude, ils s'attendraient à cette altération esthétique. Notons ici encore que cette étude a été réalisée au Brésil, où la santé dentaire est précaire et où la réhabilitation esthétique du sourire des personnes âgées n'est pas la priorité.

- La plupart des patients inclus dans l'étude de Vileva et al. 2013 se disent satisfaits de l'apparence de leurs dents ce qui s'explique par le pourcentage élevé de porteurs de prothèse (81.4% de prothèses maxillaire et 62.8% mandibulaire), qui assurent une réhabilitation esthétique et fonctionnelle (26). De plus, l'insatisfaction des patients quant à l'esthétique de leurs dents est très significativement liée à une perception négative de santé orale (28).

En lien direct avec l'esthétique, **les relations sociales et la communication** sont également des facteurs influençant le ressenti de santé buccale.

- Ainsi, De Moura et al. en 2011 démontrent que l'absence d'altération des relations sociales est associée à une auto-perception positive de santé. En effet une perception positive de sa santé orale a un impact direct sur les situations de la vie quotidienne. Bien que l'interprétation soit indirecte, il existe une étroite relation entre perception de santé orale et la capacité de s'exprimer, de partager, de participer à la vie en communauté, ce qui apportent joie et satisfaction à cette population âgée (39).
- Inversement les troubles relationnels sont statistiquement liés à une perception négative de santé bucco-dentaire (25, 26) qui peut s'expliquer par un repli sur soi et un retrait par rapport aux personnes de son entourage (39). De même dans les études de Martins et al. 2010 et de De Moura et al. 2011, qui trouvent que la capacité à parler sans altération est définie comme un facteur positif de santé orale.
- En 2009 Locker et al. trouvent également un lien statistique fort entre la cohésion sociale et la santé orale auto perçue après avoir étudié l'impact des problèmes oraux sur les relations sociales, en particulier sur la capacité à rire, à sourire, à avoir une conversation etc... (26)

Santé générale, facteurs émotionnels et dépression:

- **La santé générale** est peu étudiée comme variable influençant la perception de santé orale. Plusieurs études trouvent qu'une mauvaise santé générale est associée à une mauvaise perception de santé orale. (24, 31, 47, 48). En effet une personne en mauvaise santé générale a plus de risque de rencontrer des limitations dans la vie quotidienne (diminution de la dextérité, de la mobilité), ce qui peut avoir un impact sur la santé orale, notamment au niveau de l'hygiène et au niveau de la tolérance aux traitements. Ainsi une incapacité fonctionnelle générale significativement associée à une mauvaise santé orale auto perçue suggère que la santé orale est un élément essentiel du vieillissement actif (28). De plus il est logique, si leur santé générale n'est pas bonne, d'avoir une mauvaise santé orale cela fait partie du processus de vieillissement normal (31). Les études de Schutzhold et al. 2014 et de Konoshi et al. 2010 ajoutent qu'une mauvaise santé générale auto-perçue est liée de façon significative à la perception de santé orale. Konoshi et al. 2010 trouvent un lien entre les pathologies générales chroniques et l'augmentation des lésions orales. Ils préconisent donc pour les études futures d'inclure systématiquement l'étude des pathologies chroniques dans les campagnes de prévention et de promotion de santé orale.

- Silva et al. 2001 évaluent **la fragilité biologique** : C'est un syndrome gériatrique caractérisé par une perte de poids et une faible activité souvent associées à des

problèmes de santé générale. Il se manifeste comme une vulnérabilité biologique liée à l'âge et aux facteurs de stress et induit une diminution des réserves physiologiques. Ils trouvent que l'absence de cette fragilité aurait une influence positive sur la perception de santé. Le lien entre les deux est complexe et peut avoir différentes significations. Une personne fragile peut avoir une qualité de vie liée à la santé orale plus mauvaise, car elle aura une plus grande difficulté à se faire soigner. Tout d'abord il y aura difficulté de se déplacer, ensuite il y a des risques de reports de rendez-vous à cause d'autres impératifs de santé. De plus une mauvaise condition orale s'associe souvent à des troubles fonctionnels qui peuvent conduire à des problèmes nutritionnels chroniques et à une malnutrition, cela peut également contribuer à une augmentation du risque infectieux et augmenter l'inflammation. Tout cela a forcément un impact négatif sur la perception de santé orale. Ainsi les personnes immunodéprimées doivent être particulièrement attentives à leur santé orale, bien qu'elles n'en aient pas toujours les moyens.

- **Le facteur dépressif** est également évalué et validé comme un facteur significatif d'une perception négative de santé orale dans quatre études (24, 35, 40, 49). En effet la dépression induit un pessimisme global de la vie, qui se généralise à la perception de santé orale et qui exacerbe le ressenti des problèmes oraux (24). Ainsi, la dépression induit une augmentation des plaintes psychosomatiques, y compris celles liées aux problèmes oraux (40). Le peu d'études qui établissent un lien entre la dépression et la perception de santé bucco-dentaire s'explique par le fait que la plupart sont réalisées dans des pays en cours de développement, où le facteur émotionnel a moins souvent été évalué au profit de données de santé physique…. Il faut savoir que le facteur émotionnel est fortement lié à la qualité de vie et donc à la perception de soi et de sa santé orale (35). Le score du GOHAI est ainsi plus faible si le patient éprouve une mauvaise qualité de vie émotionnelle (35, 49). En effet s'il y a une fragilité ou une insatisfaction émotionnelle chez le patient, sa perception de santé orale sera négative et ses plaintes plus fréquentes. Locker et al.2000 2009, ont mené leurs études au Canada, pays développé, et constatent que le stress, l'insatisfaction de la vie moral bas et la perception de santé orale sont étroitement liés (47, 49). Cela suggère qu'une mauvaise qualité de vie orale est associée à une mauvaise qualité de vie générale chez les personnes âgées. De plus Locker et al. 2009 trouvent un lien fort entre la dépression, la santé orale et la cohésion sociale (49). Esmeriz et al. 2012 vont même plus loin en avançant que l'état psychologique et personnel peut jouer la fréquence et la progression des pathologies orales.
  Konoshi et al. 2010 mettent également en avant un lien fort entre le facteur psychosocial et la perception de santé bucco-dentaire.

- Martins et al. en 2011 étudient un facteur unique dans la littérature: le **potentiel de résilience**. La résilience est la capacité à s'adapter et à faire face à l'imprévu. Elle permet par exemple de faire face à des facteurs de stress de manière positive plutôt que de les éviter. Un potentiel de résilience élevé aidera donc le patient à accepter la perte d'une dent ou la mise en place d'une nouvelle prothèse et aidera à maintenir la qualité de vie générale et l'estime de soi. Il s'agirait donc d'un facteur favorisant la perception d'une bonne santé orale qui permet l'adaptation à la perte de dents. Cette étude est la première à lier la capacité d'adaptation à la santé orale auto perçue.

Cependant les auteurs n'explique pas vraiment comment calculer le potentiel de résilience, mais explique seulement qu'il faut utiliser une échelle de résilience.

GOHAI:

- Très peu d'études ont trouvé un lien significatif entre le GOHAI et la santé ressentie (24, 33, 35, 40, 45).
- Da Souza et al. en 2010 trouvent un lien significatif entre un score du GOHAI faible (<50) et une valeur du CAOD élevée. Ainsi, d'après les auteurs, le GOHAI serait représentatif d'une certaine réalité clinique.
- Andrade et al. en 2012 constatent un lien significatif entre une perception positive de la santé orale et un score du GOHAI élevé dans 3 de ses dimensions (douleur, physique et psychologique) ainsi qu'un lien entre une perception négative de santé et une valeur basse dans la catégorie psychologique. Tout comme l'étude précédente, Mesas et al. 2008 trouvent un lien entre perception négative de santé orale et score faible dans les catégories sociales et physiques. Ces auteurs précisent donc qu'il est plus utile de séparer les différentes catégories du GOHAI plutôt que de tenir compte du score total. Cela est plus spécifique, et permet de mieux identifier les besoins ressentis des patients.
- Le score total du GOHAI n'est pas un indicateur satisfaisant pour évaluer la mauvaise santé orale des patients, du moins au Brésil. Silva et al. 2011 trouvent plusieurs liens: un score faible de GOHAI serait associé à la présence de moins de 20 dents en bouche, et donc à une perception négative de santé bucco-dentaire. Le besoin de prothèse et les lésions muqueuses seraient associés à un score GOHAI faible dans la dimension physique, mais également à un score total faible. Une fragilité biologique serait associée à un score faible dans les catégories physique et douleur. Dans cette étude le GOHAI indique que les personnes âgées ont en majorité une vision positive de santé orale malgré les conditions cliniques observées en bouche.
- Il faut cependant noter que les scores du GOHAI dans chaque étude étaient dichotomisé en définissant que 30 points représentaient la moyenne. Or il est convenu qu'une mauvaise santé orale auto-perçue est définie à moins de 50 points lors d'une analyse classique. Il y a donc là des interprétations à nuancer dans la majorité des études épidémiologiques utilisant cet indicateur. Cette liberté est souvent prise en raison de la taille des échantillons, trop petite. Les auteurs se servent donc couramment de la valeur médiane du GOHAI de l'ensemble de l'échantillon afin de trouver la valeur de référence (24, 33, 35, 40, 45).
- Le GOHAI est un indicateur de la qualité de vie orale des patients, il n'est pas le reflet de la situation clinique, ce qui corrobore les résultats trouvés des autres études (24, 33, 35, 40, 45).

Nous allons maintenant passer en revue les différents **facteurs cliniques et fonctionnels** rapportés et observés.

Il faut noter que la grande majorité des études ne trouve aucun lien entre la santé réelle et la santé ressentie. Les seuls indicateurs objectifs ne suffisent donc pas à définir tous les aspects de la santé du patient car ils n'évaluent que partiellement l'impact sur la vie quotidienne (41). En effet un indicateur objectif mesure la maladie alors qu'un indicateur subjectif mesure la santé et l'expérience humaine (25, 30).
Les patients, dans la plupart des études, présentent des situations cliniques altérées, mais la majorité des personnes interrogées se disent satisfaites de leurs conditions buccales.
L'explication la plus souvent avancée dans la littérature serait que la plupart des problèmes dentaires sont asymptomatiques, et donc non perçus par le patient (24, 25, 26, 27, 30, 42).
Les patients auraient besoin de signes et symptômes visibles associés, tels que la douleur, les saignements, les mobilités pour percevoir leurs problèmes dentaires (35). En effet une maladie est considérée par un patient si sa manifestation est aigue (25). C'est aussi ce qui fait consulter les patients les moins observant, car ils attendent un soulagement (24).
Il faut quand même noter que la majorité des études se sont déroulées dans des pays en développement, où l'accès aux soins est limité et inéquitable. Ainsi les soins réalisés sont primaires et peu conservateurs, ce qui développe une résignation culturellement répandue: les patients se satisfont de leur condition orale (25).

Nous allons maintenant voir plus en détails les facteurs objectifs qui peuvent nous aiguiller quant à la santé ressentie de nos patients.

La présence de **caries** a été identifiée comme un facteur influençant de façon négative la perception de santé orale des patients dans un grand nombre d'études (2, 3, 5, 8, 10, 21)

- Martins et al. 2010 précisent que chez les patients édentés l'absence de carie jouerait un rôle positif sur la santé orale auto-perçue. En effet l'absence de dent est considérée comme une amélioration du simple fait qu'il n'y a plus de caries ou de douleur relative aux dents.
- L'enquête d'Ekanayake et al. 2005 a, quant à elle, mis en relation la présence de dents mobiles et de racines résiduelles comme étant un facteur associé à une perception négative de santé.

De plus la **présence de soins et obturations** en bouche accentuerait une perception positive de santé (31, 35, 44).

- Ainsi, Shutzhold et al. 2014 trouve un lien entre la présence de restaurations en bouche et une perception positive de santé orale. Il explique cela par le fait que la majorité des dents sont soignées et donc sans douleur. De plus les soins restaurent souvent les dents supports de prothèses amovibles, et améliorent la rétention des appareils. Ils sont nécessaires aux yeux des patients.
- En effet la présence de soins améliore l'image de soi et participe au maintien de la santé orale: cela joue un rôle considérable sur le bien-être psychologique (35).
- Pattussi et al. 2010 ajoutent que la présence de soins en bouche serait liée à une diminution de la fréquence des douleurs et des problèmes fonctionnels. Cela améliorerait l'impact psychosocial et le bien-être.

Le **nombre de dents** et l'**édentation totale** sont au centre d'un débat quant à leur rôle sur la santé orale subjective.

- Martins et al. 2010 et Northridge et al. 2012 présentent l'édentation totale comme un facteur associé de façon positive à la perception de santé. En effet cela est associé à l'absence de caries, de douleur et de gêne. De plus l'édentation fait partie intégrante du vieillissement pour les patients de l'échantillon, qui s'accommoderaient donc de leur condition (28, 30, 42, 44). La plupart des patients édentés porte des prothèses totales bi maxillaires qui leur assurent un confort relatif, fonctionnel et esthétique, et qu'ils considèrent comme un élément favorable à leur état de santé (24).
- Cependant Ekanayake et all 2005 précisent qu'une perception négative est associée à l'édentement, si le patient ressent un besoin de soin et/ou présente un trouble masticatoire ou une altération du goût. Andrade et al. 2012 trouvent même lien en précisant que les édentés ont une perception de santé plus négative que les patients dentés, mais il tempère ses propos en ajoutant que ce lien n'est pas réellement prédicteur de la perception de santé orale. Mesas et al. 2008 associent une perception négative de santé orale à une édentation et à une absence de calage. En revanche, si une prothèse réhabilite les contacts postérieurs en restaurant la capacité masticatoire, il n'y aura pas d'impact sur la santé orale auto perçue.
- Les autres études quant à elles associent un grand nombre de dents en bouche à une perception positive de santé bucco-dentaire. Esmeriz et al. 2012 soulignent même que le nombre de dents restantes est essentiel car la préservation de l'organe dentaire fait partie intégrante de l'estime de soi. Cela est confirmé par les scores du GOHAI associés au nombre de dents perdues: au-delà de 20, le GOHAI est inférieur à 30, entre 0 et 20 le score est supérieur à 31. Silva et al. 2011 et Ekanayke et al. 2005 associent une bonne santé orale déclarée avec la présence d'au moins 20 dents en bouche. Cependant ce lien est surtout valable dans les pays développés. Dans les pays en cours de développement, où la santé dentaire est plus précaire, les personnes âgées possédant plus de 20 dents en bouche sont plutôt rares, rendant ce résultat peu significatif. Les études d'Ekanayake et al.2005 et de Matos et al.2006 sont du même avis en associant respectivement l'absence de plus de 20 dents et seulement 1 à 19 dents en bouche à une mauvaise santé orale auto-perçue.
- Deux études précisent simplement que la présence de dents naturelles est associée à une bonne santé auto-perçue (35, 37).
- Konoshi et al. 2010 ne trouvent absolument aucune différence significative entre le fait d'être denté ou édenté, alors que Northridge et al. 2012 trouvent logique qu'il y ait une différence de perception entre les 2 groupes: en effet le groupe édenté est relativement homogène, les sujets ont perdu toutes leurs dents, le groupe denté en revanche est beaucoup plus hétérogène, allant de la perte d'une seule dent à une dent restant en bouche. De plus les personnes édentées ont vécu une accumulation de problèmes oraux tout au long de leur vie, l'édentation progressive étant inévitable et irréversible, et elles pensent devoir s'adapter à cette condition et ajuster leur perception et leurs attentes.
- Locker précise que la perte d'une dent influence le ressenti de santé orale, cependant ce n'est pas un marqueur très puissant car il peut influencer de façon positive ou négative la santé auto perçue en fonction conditions dans lesquelles cette dent a été perdue (douleur aigue sur cette dent, capacité masticatoire conservée, dent antérieure ou postérieure, présence de prothèse pour remplacer la dent, etc…)

- Ainsi on peut supposer que ce seul facteur n'a pas d'impact réel, il doit être pris en compte dans le contexte oral dans sa globalité.

<u>Prothèse et Besoin de prothèse</u>.

La comparaison entre santé clinique et santé déclarée révèle que plus de 30% des patients sous-estimaient leur besoin en prothèse, c'est donc un facteur important à prendre en compte. En effet le besoin de prothèse est un facteur majeur influençant la perception de santé orale par les patients puisqu'il ressort significatif dans de nombreuses études (26, 27, 28, 29, 31, 35, 37, 39, 42, 45).

- Plusieurs études arrivent à la conclusion qu'un besoin ressenti de prothèse est associé à une mauvaise santé orale auto perçue. (3, 4, 5, 8, 19, 22)
- Silva et al. 2005 constatent que les scores les plus bas au GOHAI proviennent de patients exprimant un besoin de prothèses.
- Schutzhold et al. 2014 trouvent un lien entre le nombre de dents absentes non remplacées et une perception négative de la santé orale. De même, le port de prothèse est associé à une perception positive pour l'étude d'Esmeriz et al. 2012.
- Plusieurs auteurs expliquent qu'une prothèse permet de rétablir la fonction et l'esthétique des patients, améliorant ainsi l'image de soi (26, 27, 31). Trulsser dit que l'utilisation de prothèses rend la personne âgée désireuse de restaurer sa santé orale, de retrouver une bonne image d'elle-même et une estime de soi. Martins ajoute que le besoin de prothèse est lié à l'impression de besoin de soins, et donc par extension à une perception négative de santé.
- Silva et al. 2005 considèrent que la présence de prothèses amovibles peut être un facteur péjoratif de santé orale, en particulier si elles ne sont pas fonctionnelles et ne permettent pas une mastication confortable. En effet, au Brésil la plupart des patients possèdent une ou deux prothèses, et la grande majorité n'est pas fonctionnelle. Les auteurs expliquent que les soins et les restaurations prothétiques sont peu accessibles dans les pays en développement, et les patients gardent leurs vieilles prothèses inadaptées, dans l'incapacité d'en réaliser de nouvelles. Ils peuvent ainsi les garder pendant plus de 20 ans, et cela explique donc les résultats. (36) En revanche, Marino et all 2013 associent la présence de prothèse amovible à une meilleure mastication, et donc une meilleure perception de santé orale. De même que l'étude de Silva et al.2011, qui trouve une association positive entre la santé ressentie et la présence de prothèses totales bi maxillaires, qui améliorerait la santé orale des personnes âgées. Compte tenu du nombre de patients édentés, l'utilisation de prothèses totales implique des avantages substantiels concernant diverses dimensions de la qualité de vie orale.
- Ugarte et al. 2007, en Bolivie, souligne le fait que beaucoup de patients disent bien mastiquer sans prothèses. Il explique que la culture et de la vision de la santé des patients de l'échantillon a entrainé une acceptation de leur condition orale médiocre, à cause du peu d'accès aux soins dentaires depuis toujours.

Les **problèmes parodontaux** sont peu étudiés, et ont peu d'impact sur la santé ressentie. Néanmoins Silva et al. 2005 affirment qu'un bon état parodontal influencerait de façon positive la perception de santé. L'étude de Northridge et al. 2012 quant à elle trouve un lien entre la présence d'inflammation parodontale et une perception altérée de la santé orale. Schutzhold et al. 2014 expliquent que les problèmes parodontaux ont peu d'impact sur la vie quotidienne car ce sont surtout des pathologies cliniquement silencieuses. Les parodontopathies seront ressenties si elles impliquent des saignements gingivaux dus à une inflammation importante ou des mobilités dentaires. De plus la parodontie est peu connue par les gens. Il semblerait cependant que la présence de poches soit plus significative que la perte d'attache, et cela sans réelle explications (30). Les hommes seraient plus sensibles à ces problèmes que les femmes, peut être car ils fument davantage, et que le tabac est un facteur de risque des problèmes parodontaux. Néanmoins il est important de sensibiliser les sujets étudiés, aux problèmes parodontaux, car 50% des patients ont un CPI de 3ème stade.

De plus deux études (25, 45) étudient les **altérations des muqueuses** (leucoplasie, néoplasie, lichen plans, aphtes, ulcération herpétique ou traumatique, ulcères, gingivite nécrotique, candidose ou abcès) qui auraient, d'après leurs conclusions, une influence négative sur la santé orale auto-perçue, en raison de l'halitose, de l'altération du goût et des douleurs que ces lésions entrainent. Il faut savoir que plus de la moitié des patients présente des lésions aux muqueuses, d'où l'importance de l'information des patients et de campagnes de préventions, afin de permettre des diagnostics précoces et des traitements appropriés. Les personnes âgées ont tendance à moins aller chez le dentiste, en particulier les édentés, or le diagnostic de lésions précancéreuses et cancéreuses est primordial (29, 44, 45).

En ce qui concerne les **troubles fonctionnels**, le facteur le plus étudié est sans comparaison la **mastication** puisqu'il est étudié dans onze études (25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 34, 38, 41, 43).

- Sur ce point, les études sont unanimes : une mastication ressentie comme défectueuse influe péjorativement sur la perception de santé orale (25, 26, 30, 41). L'étude de Martins et al. 2010 quant à elle associe une mastication satisfaisante d'après le patient à une perception positive de sa santé orale. En effet il existe un lien étroit entre l'efficacité de la fonction orale, la vie quotidienne et la perception de santé orale (36).
- Martins et al. 2010 précisent que la perception de santé bucco-dentaire est positive si le patient ne rencontre aucun changement alimentaire induit par un problème dentaire. En effet, les troubles masticatoires entrainent un changement d'alimentation en privilégiant les aliments de consistance molle. Or, ces aliments possèdent une valeur nutritionnelle moindre, c'est à dire moins de protéines A et C, ce qui entraine une perte de poids.
- Ces troubles masticatoires sont le plus souvent liés à une perte de dents importante et/ou le port de prothèse inadaptée (28, 39). L'OMS met l'accent sur l'importance de l'impact de la santé orale sur la nutrition (2002), en expliquant que toute perte de dents et prothèse altère la mastication. En effet les prothèses ne permettent pas la même alimentation que des dents naturelles, et ont par conséquent un impact inévitable sur les apports alimentaires et nutritifs des seniors.
- Nunes et al. 2008 associent significativement les troubles masticatoires à l'absence de prothèse et à la douleur dentaire, qui seraient les facteurs essentiels d'une perception altérée de santé orale.

- Enfin, Martins et al. 2008 lient étroitement les troubles masticatoires au ressenti de besoin de soins, qui impliqueraient une perception négative de santé.

D'autres fonctions orales sont étudiées par Konishi et al. 2010, en particulier la **motricité de la langue et des lèvres**, qu'ils lient statistiquement à la perception de santé orale. En effet cela influe sur la capacité à s'alimenter, à parler et par extension, à se sociabiliser. Toute limitation fonctionnelle peut induire un problème diététique et nutritionnel, et limite le contact avec les gens et la participation aux activités sociales. Améliorer ces fonctions pourrait être la clef pour améliorer la qualité de vie orale, voire générale, des patients.
Cependant mesurer ces fonctions nécessite des technologies complexes et invasives. Certaines études disent que les muscles oraux faciaux ne seraient pas atteints par le vieillissement, d'où l'absence d'intérêt de les évaluer. Malheureusement peu d'études se penchent sur le sujet. De nouveaux travaux pourraient nous éclairer sur l'importance d'évaluer la fonction musculaire des patients.
Konoshi et al. 2010 recommandent donc de se pencher sur les fonctions orales plutôt que sur les dents pour évaluer la santé orale des patients et précisent que ces fonctions orales ont un impact sur l'auto perception de santé.

Cette brève revue de la littérature nous a donc permis de faire un bilan sur les recherches concernant la santé auto perçue des personnes âgées. L'absence de lien entre le ressenti de santé et la réalité clinique a été mis en avant. Les facteurs influençant cette perception de santé les plus retrouvés sont essentiellement la présence de douleurs dentaires, les troubles fonctionnels et esthétiques et l'altération des relations sociales.

Nous allons maintenant vous présenter l'étude réalisée au CHU de Nice (hôpital Saint Roch et Cimiez) où nous avons recherché à évaluer nous aussi les facteurs influençant la santé orale auto-perçue de nos seniors.

Partie II : Etude clinique

1. Matériel et méthode

1) Population étudiée

Nous avons mené notre enquête exclusivement au sein du CHU de Nice : au service d'Odontologie de l'hôpital Saint Roch, aux urgences dentaires et dans l'aile des consultations dentaires, ainsi qu'au service de gériatrie de l'hôpital de Cimiez, lors des consultations dentaires gériatriques.
Les patients de plus de 65 ans ont reçu un questionnaire à renseigner, qu'ils soient dans la salle d'attente, en fin de soin ou aux urgences dentaires.
Ce questionnaire était accompagné d'une fiche expliquant le déroulement et le but de notre étude, ainsi que d'un consentement éclairé à signer.
Ces documents étant complétés par une brève explication et description de l'étude faite oralement.

Les critères d'inclusion de notre étude sont les suivant :

- Avoir 65ans ou plus
- Etre indépendant physiquement et avoir ses capacités intellectuelles intactes (les personnes ayant des pathologies dégénératives ou qualifiées de « démentes » ont donc été exclues). Peu de personnes soignées à l'hôpital de Cimiez ont pu être retenues.
- Parler français couramment
- Se faire soigner en consultation dentaire ou aux urgences dentaires au CHU de Nice (hôpital St Roch et hôpital de Cimiez).

Nous avons exclu tous les patients suivants :

- Qui ne rentraient pas dans notre fourchette d'âge
- Ayant des pathologies psychologiques ou des déficits cognitifs qui ne leur permettent pas de comprendre les différentes questions ou de comprendre le but de l'étude, créant ainsi des biais. De plus ils ne peuvent pas donner un consentement éclairé pour participer à l'étude.
- Ne parlant pas couramment français
- Ayant des pathologies lourdes ne permettant pas un entretien long.
- Refusant de donner leur consentement éclairé, de répondre à toutes les questions ou de se soumettre à l'examen clinique.

2) Mode de recueil des données.

Tous les patients participant à l'étude ont donc répondu à un questionnaire de 74 questions et se sont soumis à un examen clinique portant sur les dents, les muqueuses et les prothèses potentielles.
L'examen clinique a été réalisé par deux dentistes enquêteurs dans l'étude. Il a eu lieu dans une salle de soin du centre odontologique, sur un fauteuil dentaire, avec un éclairage adapté (scialytique).
Le matériel à disposition étant un plateau d'examen classique à usage unique (précelle, miroir, sonde) des compresses, une sonde parodontale et du papier d'occlusion de 200 microns.
Aucun examen radiologique n'a été réalisé dans le cadre de cette étude.
Nous avions à disposition une feuille d'examen commune à chaque patient de l'étude nous guidant dans notre démarche.
Nous avons renseigné le nombre de dents restantes, la présence ou non de caries, la présence de soins infiltrés ou pas (CAOD) (22) en ne prenant pas en compte les 3èmes molaires.
Nous avons relevé la présence de mobilité dentaire grâce à l'indice de Mulhemann (1954) (51).
Nous avons également noté la présence de prothèse fixe ou amovible en bouche.
Le potentiel de mastication a été mis en évidence par le nombre de couples de dents cuspidées masticantes, (prémolaires et molaires) en occlusion par un papier articulé, nous permettant ainsi d'objectiver une difficulté masticatoire du patient.
Au niveau parodontal nous avons évalué les problèmes parodontaux les plus évidents et les plus importants, comme les récessions et la présence d'abcès parodontaux. Nous avons également utilisé l'indice CPITN (52) nous permettant de mettre en évidence la présence de poches parodontales > 4mm et l'hygiène buccale. Cet indice est couramment utilisé dans les études épidémiologiques (53).

Notre questionnaire a été réalisé à partir d'indicateurs validés et pertinents en France et à l'international. Sa rédaction a en effet utilisé l'enquête nationale Handicap-Santé (HSM) (19), le GOHAI = General Oral Health Assessment Index (20), qui est un indicateur de la qualité de vie orale validé en français par Tubert-Jeannin, S. et al 2003 et adapté aux personnes âgées (55, 56).
Nous utilisons aussi le SF36 relatif à la qualité de vie générale, applicable aux personnes âgées (21).
Nous avons tenu à conserver au maximum l'intitulé des questions mais en changeant légèrement la forme de certaines, car elles étaient inaccessible au grand public et nécessitaient une personne formée pour procéder au questionnaire. Nous avons donc opté pour une présentation ludique sous forme de QCM à cocher.
La majorité des réponses nécessitait seulement de faire un choix face aux propositions multiples (de cocher une case). Très peu exigeaient une réponse rédigée, facilitant donc la tâche à notre population composée exclusivement de personnes âgées, ayant en majorité un déficit en dextérité manuelle.
De plus, la police du questionnaire a été augmentée pour en faciliter la lecture par les seniors.

Le questionnaire a été distribué aux patients après une brève explication orale portant sur le but de l'étude et sur ce que cela impliquait pour eux. Les participants le remplissaient seuls.

Lors de l'entretien les questions ayant posé problème ou nécessitant des précisions ont été reprises avec le patient afin d'éviter au maximum les défauts de réponse et les biais potentiels.

HSM

Beaucoup de nos questions ont été extraites de l'étude réalisée en 2008 (Handicap Santé des Ménages, Handicap Santé et Institutions) adressé au plus de 60 ans (19, 57). Elles sont donc appropriées à notre population.

Cet indicateur porte essentiellement sur les données sociodémographiques et économiques relatives aux patients ainsi que sur le volet de l'auto-évaluation de santé orale et le volet relations sociales.

Pour plus de précisions nous avons tenté de conserver l'intitulé le plus exact possible par rapport au questionnaire initial, et le même ordre des questions.

Elles portaient donc essentiellement sur : informations générales (âge, sexe, statut marital,) situation vis à vis du travail (retraite ou métier réalisé), ressources (revenu moyen, niveau d'étude), relations sociales (nombre de personnes vivant dans le ménage, relations avec les voisins-amis-famille etc…).

SF36 : qualité de vie générale

De l'anglais "The Short Form (36) Health Survey", le SF36 est issu de la Medical Outcome Study. C'est un test standardisé qui mesure la qualité de vie générale (21, 58).

Il présente 36 items repartis en 9 dimensions

- activité physique,
- limitations liées à la santé physique,
- douleur physique,
- santé générale,
- vitalité [énergie/fatigue],
- fonctionnement ou bien-être social,
- santé mentale,
- limitations liées à la santé mentale,
- Ainsi qu'une dimension annexe : la modification perçue de l'état de santé.

Le GOHAI

L'original en anglais a été traduit en français et validé dans cette langue (54). Nous avons préféré ce dernier au OHIP (59) en nous basant sur différentes études et sur le fait que, en France, le Gohai est l'indicateur le plus utilisé chez la personne âgée (55, 56).

Il met en évidence la qualité de vie orale chez la personne âgée.

Il se compose de 12 items portant sur l'évaluation des 3 derniers mois de:

- Limitation fonctionnelle (mastication, déglutition)
- Relation aux autres (gêne pour parler, manger, échanger avec autrui)
- Aspect des dents ou appareils
- Douleur et gêne relative aux dents
- Impact psychologique des dents sur la personne âgée

Pour chacune des questions, il y a cinq propositions de réponses: "Jamais, rarement, parfois, souvent, toujours."

Cinq points peuvent être obtenus à chacune des questions : 5 si il n'y a aucune gêne, 1 si elle est systématique.

Le score total du GOHAI varie donc entre 12 et 60 points et se reparti en 3 catégories :

- < 50 points : mauvaise santé orale auto-perçue
- 51 ≤ X < 56 : santé orale auto-perçue moyenne
- 56 ≤ X < 60 : bonne santé oral auto-perçue

Notre examen clinique se compose de plusieurs indicateurs, chacun ayant une utilité particulière et choisi avec soin pour sa pertinence.

- Le premier indicateur est le nombre de couple de **dents mastiquantes** qui va permettre d'évaluer la capacité masticatoire du patient et donc son aptitude à manger. On évalue donc les rapports cuspides-fosse entre les dents cuspidées postérieures.

Nous prenions en compte le nombre de couples de dents cuspidées qu'elles soient naturelles ou prothétiques. (couronnes-implants ou appareils amovibles)à l'aide de papier articulé.

- La seconde partie repose sur l'**analyse parodontale**. Elle comprend la présence ou non de récessions parodontales, d'abcès parodontaux et de mobilités de type 3 ou 4 de l'échelle de Mulhemann (51). Nous avons également repris l'indice CPITN en 4 items (52).

Récessions: « Dénudation partielle de la surface radiculaire due à la migration apicale de la gencive marginale […] qui peut être observée sur les faces vestibulaires, linguales et palatines (Moskow et Bressman 1965)»
Ici nous avons simplement noté la présence ou l'absence de récessions sans nous soucier de leur classification afin de simplifier et de raccourcir notre examen pour obtenir la compliance des patients.

Abcès parodontaux dus à une mauvaise maintenance parodontale et induisant une lésion du ligament et de l'os sous-jacent. Il peut être aigue ou chronique. Il se caractérise cliniquement par une gencive œdématiée, rouge, souvent douloureuse. La présence d'halitose et de pus est possible (60). Nous avons noté la présence ou l'absence d'abcès sans les dénombrer.

Mobilité de Mulhemann (1954):
Echelle qui évalue la mobilité dentaire de l'ankylose à la mobilité dans le sens vertical, se composant de 5 stades.
0 = Ankylose
1 = Mobilité physiologique perceptible entre deux doigts
2 = Mobilité transversale visible à l'œil nue inférieure à 1 mm
3 = Mobilité transversale supérieure à 1 mm
4 = Mobilité axiale
L'évaluation de celle-ci se fera par sensation tactile et visuelle. Elle est normalement déterminée manuellement avec 2 manches d'instrument ou avec un appareil de mesure.

L'indice CPITN: « The community periodontal index of treatment needs » **ou Index communautaire des besoins en traitements parodontaux**
Suite à la demande de l'OMS, cet indicateur a été mis au point par Ainamo et coll. en 1982 (52). Le but étant qu'un indicateur international permette d'évaluer la santé parodontale d'un patient de plus de 20 ans. La version originale sépare la bouche en 6 sextants et permet de calculer un score pour chacun d'eux à l'aide d'une sonde spécifique.

0 = gencive saine,
1 = saignement au sondage,
2 = présence de tartre,
3 = poche de 4 à 5 mm,
4 = poche de 6 mm ou plus.

Pour plus de simplicité nous avons évalué ce score pour la bouche en totalité, ne la séparant pas en sextants.
Cet indicateur étant international il est le plus souvent utilisé dans les études épidémiologiques européennes. Son utilisation permet d'uniformiser les résultats retrouvés dans les différentes enquêtes et de les comparer sans biais (53) .

L'indice CAOD
C'est un indice de sévérité de l'atteinte carieuse mis au point par KLEIN et PALMER en 1940 (22).
Il comptabilise le nombre de dents permanentes cariées (C), absentes pour cause de carie (A) et obturées (O) chez un individu. Le score maximum est de 28 (dents de sagesses non comptées).
C'est un indicateur utilisé dans toutes les études épidémiologiques françaises et mondiales (appelé DMFT à l'étranger) et particulièrement par la HAS (RECOMMANDATIONS EN SANTE PUBLIQUE Stratégies de prévention de la carie dentaire ARGUMENTAIRE Mars 2010)(61).
Il est d'ailleurs fréquemment retrouvé dans les études sélectionnées dans notre revue de littérature (27, 28, 29, 33, 35, 36, 37, 44).

Nous avons complété notre examen par un schéma dentaire où tous les critères cliniques se retrouvent schématisés et simplifiés de façon uniforme et identique pour tous les patients:

- barrer les dents absentes
- barrer uniquement la couronne pour les racines résiduelles
- noir pour les obturations coronaires et radiculaires
- rouge caries et reprise de caries
- bleu prothèses amovibles
- vert pour prothèses fixées.

Ce bref examen clinique nous permet d'avoir une idée globale de la santé bucco-dentaire du patient et de la retranscrire de façon simple et synthétique.
Nous avons sélectionné les indicateurs nous semblant être les plus pertinents et les plus fréquemment utilisés dans les études épidémiologiques.
Cet examen clinique nous permet également de comparer la santé objective des patients avec leur santé auto-déclarée recueillie dans le questionnaire réalisé auparavant.

3) Méthode statistique

Afin de mettre en avant les facteurs pouvant influencer la santé bucco-dentaire ressentie de notre population, nous avons utilisé un tri à plat nous permettant de déterminer comment les variables qualitatives se répartissaient sur les différentes modalités qu'elles pouvaient prendre.
Les variables quantitatives ont été appréciées par leurs moyennes assorties de leurs écart-types.

Variable expliquée - Tri croisé - Analyses univariées
Notre variable d'intérêt était le ressenti de la santé bucco-dentaire, basé sur un recueil déclaratif.
Les réponses étaient dichotomisées en « bon » ou « mauvais ».
Pour savoir quelles étaient les variables liées statistiquement à notre variable d'intérêt, chacune prise isolément par rapport aux autres, nous avons pratiqué des analyses univariées, en réalisant un tri croisé à partir de « tableaux de contingences ».
Les tests statistiques utilisés étaient le test du chi-deux (ou le test exact de Fisher quand les effectifs étaient trop faibles) pour les variables qualitatives, et le test t de Student pour les variables quantitatives.
Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.
Les effectifs étant parfois réduits, nous avons été amenés à recoder certaines de nos variables pour limiter le manque de puissance et maximiser nos chances de voir apparaître une relation significative.
Les analyses statistiques ont été effectuées grâce aux logiciels Microsoft Excel et SPSS 18.0 pour Windows.
La significativité statistique des résultats a été fixée à 5% ($\alpha \leq 0,05$).

2. Résultats

Notre échantillon comportait 108 sujets âgés de 65 ans et plus, dont la moyenne d'âge était de 74,9 +/- 7.7 ans.

Les questionnaires récoltés nous apprennent que :

- la majorité de notre population (67.4 %) était de femmes.
- 31.5% des patients sont en couples ou mariés contre 68.4 % veufs, célibataires ou divorcés.
- Une grande majorité voit leur famille au moins une fois par semaine (56.5%) et 81.5% disent être entourés d'amis. Seuls 13.9 % d'entre eux ne connaissent pas leurs voisins.
- L'Indice de Masse Corporelle moyen est de 24,2 ± 4.2 ce qui positionne dans la norme notre population quant à leur corpulence.
- Nous pouvons noter que 68.5 % des personnes âgées interrogées n'ont pas le baccalauréat.
- Concernant le revenu mensuel, plus de la moitié gagne plus de 1000 euros par mois. Néanmoins 32.4 % gagnent moins de 1000 euros mensuel et 15.7 % refusent de répondre.
- Nous pouvons également noter que plus de la moitié de notre population était sans emploi (56.6 %) et seulement 11.1% étaient cadres.
- Notre score moyen du GOHAI était de 45.8 +/- 10.0.
- En ce qui concerne le recours au chirurgien-dentiste, 70.4 % disent avoir consulté au cours des 12 derniers mois dans un but curatif essentiellement. En effet seuls 14.8 % ont consulté pour un bilan et 40.7 % pour une urgence (plusieurs réponses possibles au motif de consultation). 43.6 % des patients ont dû renoncer à aller chez le dentiste dans l'année écoulée, en grande partie (43,6 %) pour raison financière, ce qui montre l'inégalité de l'accès aux soins chez les personnes âgées. 40.8 % disent avoir renoncé à se faire poser une prothèse. Concernant l'inquiétude des patients quant aux soins dentaires et aux visites chez le dentiste ainsi qu'à leurs dents en général, 37.1 % avouent être stressé par leur santé orale souvent ou toujours.
- 31.5% des patients se considèrent en mauvais ou très mauvais état bucco-dentaire contre 35.2% en bon ou très bonne santé orale. 28.7 % des sujets estiment leur santé buccale moyenne et seulement 4.7 % ne savent pas ou refusent de répondre. Presque la moitié des participants estiment n'avoir aucun problème dentaire (47.2%).
- 42.6% ne sont pas ou rarement satisfait de l'aspect esthétique de leurs dents.

Les données cliniques ressortant de l'examen sont les suivantes :

- 61.1 % se plaignent de difficultés à mastiquer, cependant à l'examen clinique, seulement 30.6 % des patients présentent moins de 4 couples de dents mastiquantes et 51.8 % sont porteurs de prothèses amovibles.
- Concernant les problèmes parodontaux, la grande majorité des sujets présente des récessions et nécessite des soins parodontaux mais seulement 23.2% souffrent de mobilités réelles. Très peu d'entre eux présentent des lésions aigues comme un abcès (5.6 %). Le CAOD moyen observé est de 18.0 +/- 7.1

Variables	N	%	Bonne santé auto-percue N	Mauvaise santé auto-percue N	P Chi-2 (c) ou test exact de Fisher (f)
DONNEES DU QUESTIONNAIRE					
Sexe:					0.720
Homme	46	42.6	29	14	
femme	62	67.4	40	20	
En couple:					0.447
Oui	34	31.5	25	9	
Non	74	68.4	49	25	
Dernier emploi:					0.822
Catégorie d'exécution	61	32.3	41	20	
Catégorie d'encadrant	35	11.1	25	10	
Sans emploi	12	56.6	8	4	
Nive au d'étude:					0.306
<baccalauréat	74	68.5	53	21	
>baccalauréat	34	31.5	21	13	
Retraite					0.044
oui	95	88.0	63	32	
non	11	10.2	10	0	
Revenu mensuel:					0.601
<1000 euros	35	32.4	28	7	
>1000 euros	56	51.8	31	20	
Refus de réponse	17	15.7	10	7	
Contacts avec la famille:					0.932
Au moins une fois par semaine	61	56.5	42	19	

Moins	47	43.5	32	15	
P résence d'am is:					0.874
Oui	88	81.5	60	28	
Non	20	18.5	14	6	
Connaissance des voisins:					0.444
Oui	93	81.1	65	28	
Non	15	13.9	9	6	
Renoncement à des soins dentaires:					0.192
Oui	47	43.6	30	17	
Non	60	55.6	44	16	
Refus de répondre	1	0.9	0	1	
Motif de la consultation dentaire:					0.544
Douleur-urgence	44	40.7	30	14	
Bilan bucco-dentaire	16	14.8	12	4	
Autres	48	44.5	32	16	
Port de dentier:					0.524
Oui	67	62,0	44	23	
Non	40	37,0	30	10	
Refus de répondre	1	0.9	0	1	
Quand le dentier est-il porté?					0.041
jamais	1	0.9	0	1	
toute la journée	62	57.4	41	21	
parfois	7	6.5	5	2	
ne sais pas	38	3.5	28	10	
Manger confortablement					0.001
oui	58	53.7	48	10	
non	50	46.3	26	24	

Difficulté à avaler					0.030
jamais	11	10.2	7	3	
rarement	4	3.7	2	2	
parfois	12	11.1	3	9	
souvent	9	8.3	8	1	
toujours	72	66.7	53	19	
Difficulté à parler					0.001
jamais	76	70.4	57	19	
rarement	8	7.4	3	5	
parfois	12	11.1	6	6	
souvent	6	5.6	3	3	
toujours	6	5.6	5	1	
Difficultés à mastiquer:					0.005
Oui	58	61.1	32	30	
Non	42	38.9	37	4	
Limitation du type d'alim ent:					0.000
Oui	59	54.6	26	30	
Non	49	45.4	43	4	
Difficultés à manger en public					0.038
oui	17	15.7	8	9	
non	91	84.3	66	25	
Anxiété liée aux dents:					0.02
Oui	40	37	22	18	
Non	68	63	52	16	
M al à l'aise à c ause des dents					0.048
oui	20	18.5	10	10	
non	88	81.5	64	24	

Limitation de contact avec les autres					0.002
oui	15	86.1	5	10	
non	93	13.9	69	24	
DONNÉES DE L'EXAMEN CLINIQUE					
Récessions:					0.826
Oui	73	67.6	48	21	
Non	35	32.4	21	12	
Couples de dents mastiquantes:					0.471
<4	33	30.6	19	13	
>4	75	69.4	50	21	
Abcès paro:					0.165
Oui	6	5.6	2	3	
Non	102	94.4	67	31	
Mobilité:					0.157
Oui	25	23.2	12	11	
Non	83	76.8	57	23	
Besoin en soins parodontaux:					0.912
Oui	56	51.8	35	18	
Non	52	48.2	34	16	
Présence de prothèses amovibles:					0.317
Oui	56	51.8	32	21	
Non	52	48.2	37	13	

3. Discussion

La perception de santé orale des personnes âgées n'est pas en corrélation avec la réalité clinique. Cependant certains facteurs influencent la santé orale auto-perçue:

- le fait d'être à la retraite,
- les troubles fonctionnels subjectifs comme la mastication, la parole, la déglutition
- le type de prothèse amovible présent,
- la limitation de la consommation de certains aliments due aux dents et le confort lors des repas jouent également un rôle important.

Le but de cette étude était de déterminer les facteurs cliniques et subjectifs pouvant avoir un impact sur l'auto-perception de santé orale par les personnes âgées mais également d'évaluer la pertinence entre le ressenti de la santé bucco-dentaire des personnes âgées et la réalité clinique. Comprendre ce qui peut influencer leur perception va pouvoir aider à améliorer la prise en charge dentaire des patients du 3eme âge et de cerner leurs attentes et leurs craintes concernant leurs dents et leur cavité buccale. Notre étude s'appuie donc sur une question simple posée aux différents participants « Diriez-vous que votre **ETAT DENTAIRE** (bouche, dents, gencives) est : Très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais, je ne sais pas, je refuse de répondre. Afin de simplifier nos résultats nous avons dichotomisé les résultats en moyen et bon et en mauvais, ce qui nous a permis d'obtenir des groupes de taille homogène.

A partir de cette réponse nous avons évalué l'impact de nos différentes variables sur le ressenti de santé orale.

Pour cela nous avons mené une enquête au sein du CHU de Nice, au service d'urgences et de consultation dentaire. Notre échantillon contient donc un nombre important de patients (40,7 %) consultant pour une douleur puisque notre recrutement était partiellement réalisé au service d'urgence, c'est pourquoi il faut nuancer nos résultats quant au motif de consultation.

Les questionnaires étaient remplis par les participants et certaines questions étaient détaillées avec les patients si besoin. Dans ce cas, les enquêteurs ont cherché à ne pas influencer les patients dans leurs réponses.

Seuls deux praticiens ont participé à cette enquête, cette dernière se déroulant sur un site géographique réduit. De plus un nombre plus important d'enquêteurs aurait demandé une calibration trop importante concernant l'examen clinique.

La définition du seuil à partir duquel un patient est défini comme âgé est très diverse dans la littérature: Andrade et al. 2012, De Moura et al. 2011 ont par exemple sélectionné des patients de plus de 60 ans alors que Nunes et al. 2008 et Patussi et al. 2010 ont sélectionné des patients ayant un âge compris entre 65 et 74 ans.
Nous avons finalement choisi l'âge limite défini par l'OMS dans le guide du "WHO Oral health surveys. Basic methods" qui est de 65 ans et plus pour dire d'un sujet qu'il est âgé (18).

L'examen clinique a été réalisé dans des conditions satisfaisantes de confidentialité, d'hygiène et de précision. Aucune radiographie n'a été réalisée pour ne pas irradier le patient pour cette

étude. Les indicateurs utilisés pour l'examen clinique ont souvent été recommandés par le guide du "WHO Oral health surveys. Basic methods".
Le questionnaire a été élaboré à partir d'indicateurs validés et pertinents tels que le GOHAI et le SF 36, qui sont appropriés à l'étude d'une population âgée, tout comme l'enquête HSM.
Le GOHAI évalue la qualité de vie orale et a été validé en langue française en 2003 par Tubert-Jeannin et coll et accepté culturellement (20). Cet indicateur est très souvent utilisé dans les études internationales portant sur le sujet de la qualité de vie en rapport avec la santé orale (24, 33, 35, 37, 45). Le SF36 utilisé pour l'évaluation de la qualité de vie générale des patient âgés est également retrouvé dans la littérature (35, 39).
Afin d'augmenter la puissance statistique de nos résultats, nous avons dichotomisé les réponses à la question qui tenait lieu de variable d'intérêt "Comment décririez-vous votre santé orale ?" en 2 groupes: bonne ou moyenne, et mauvaise.
Lors de l'analyse statistique il a donc été choisi d'utiliser la moyenne du GOHAI de notre échantillon (45.8 +/- 10.0) De nombreuses études ont eu recours à des scores adaptés et ont dichotomisé leurs résultats en > 30 et < 30 (24, 33, 35, 37, 45).

Résultats socio-économiques

Notre étude présente un nombre de femmes participantes important, ce qui est en accord avec la plupart de la littérature. Cela est mis en avant par exemple par Ugarte et al. 2007 et Matos et al. 2006 E. et Silva et al. 2011. En effet, les femmes ont une plus grande espérance de vie et participeraient plus aux activités communautaires (33, 37, 38).
De plus de nombreuses études ont recruté leurs échantillons parmi des maisons pour 3ème âge (health family unit) et associations de séniors (35, 38, 40). Cependant, aucun lien statistique n'est mis en avant entre la perception de santé et le sexe dans notre étude. Très peu d'études dans la littérature internationale trouvent un lien entre la perception de santé orale et le sexe (28, 36, 40, 43).

L'âge n'a pas non plus de rôle significatif dans cette étude, néanmoins plusieurs études trouvent un lien entre une mauvaise perception de santé orale et avoir plus de 70 ans sans donner de réelles explications (26, 29, 36, 38).

La plupart des personnes que nous avons interrogés ne sont pas en couple(68,4%) , elles ne sont donc pas portées par le regard bienveillant de leur conjoint qui aurait pu leur renvoyer une image plus positive d'elles-mêmes et les faire se sentir mieux au niveau psychologique, voire même physique.

Une très grande majorité de notre population a un niveau de diplôme bas (68.5 % n'ont pas le baccalauréat), souvent sans emploi (56.6 %) et à de faibles revenus (32.4 % gagnent moins de 1000 euros mensuels). Ce résultat était à attendre car notre population est une population fréquentant le milieu hospitalier pour réaliser des soins, renonçant aux soins en cabinet libéraux pour cause financière. Comme dans de nombreuses autres études, le site de recrutement peut entrainer un biais des résultats socio-démographiques car la population étudiée n'est pas forcement représentative de la population de personnes âgées en France.

Cependant l'absence de corrélation entre les données socioéconomiques et la santé orale auto perçue est courante dans la littérature internationale, et mérite d'être signalée ici (24, 27, 30, 31,32, 33, 34, 37, 38, 46). Quelques études dans les pays en développement, notamment au Brésil, trouvent quant à elles une corrélation entre les ressources, le niveau de diplôme et la perception de santé orale. Ces pays sont beaucoup plus en retard sur l'éducation de leur population, comptent des zones où l'offre de soin est inexistante, ou coûte plus qu'un salaire moyen, et les populations doivent se résigner à se soigner toutes seules ou à vivre avec leurs problèmes dentaires. Ces études trouvent donc un lien entre un faible revenu et une santé orale et générale perçue comme dégradée (28, 45, 47, 48, 49).
De plus il est normal que le niveau d'éducation et l'environnement culturel joue un rôle primordial dans notre propre définition de la bonne ou mauvaise santé orale car on se compare aux personnes de même âge de situation sociale comparable et cela peut influencer positivement ou négativement le niveau de nos attentes en matière de santé (37).

Notre étude met en évidence un lien significatif entre le fait d'être à la retraite et la perception négative de santé orale ($p = 0.044$). Ce résultat est à prendre avec précaution car le nombre d'actifs de l'étude était très faible. Néanmoins il semble compréhensible que la cessation d'activité s'accompagne à la fois d'une baisse des revenus mais aussi de l'impression de ne plus être en assez bonne santé pour travailler, donc plus en assez bonne santé, tout court (62).

Relations sociales

Aucun lien n'est retrouvé dans notre étude entre le support social des personnes âgées et leur santé orale auto-perçue. Peu d'études internationales analysent ce facteur pourtant essentiel sur le plan psychologique, et se contentent de demander si les problèmes dentaires affectent les relations sociales des sujets (25, 27, 29, 30, 40, 46, 47, 48, 49). En effet le support social étudié par 4 de ses dimensions (contacts avec les amis, famille, voisins, conjoint) implique directement l'oralité, que ce soit dans la parole, les repas partagés, la communication au sens large ; il pourrait donc avoir un impact direct sur la perception de santé.
Dans notre échantillon l'absence de gêne à manger devant un tiers ou à s'exprimer en public, ainsi que le peu de personnes gênées quant à leur esthétique orale, peut s'expliquer par le grand nombre de personnes appareillées, que ce soit fixe ou amovible (62%). Suivant les différentes études l'impact de l'esthétique est plus ou moins important sur le ressenti de santé orale (25, 26, 28, 30, 32). Colussi et al. 2009 expliquent l'absence d'impact de l'esthétique sur la santé orale au Brésil par le fait que l'état dentaire est très globalement précaire, ainsi la population n'accorde que peu d'importance à l'aspect dentaire.
Nous trouvons cependant une relation significative entre l'altération de la parole et la santé orale auto perçue ($p = 0.001$), ce qui met bien en avant l'importance pour nos seniors de pouvoir s'exprimer et communiquer avec leur entourage, ce qui participe à une vie sociale épanouie et à un vieillissement harmonieux.

Motifs de consultation et soins

Pratiquement la moitié de notre population (43.5 %) a dû renoncer à des soins dentaires dans l'année écoulée, en grande majorité pour raison financière (32.3 %).
En effet, en France la Sécurité Sociale ne rembourse que très partiellement les soins prothétiques, ce qui représente la majorité des besoins des personnes âgées. Les sujets en demande de soins et de prothèse dentaires à moindre coût réalisés à l'hôpital sont souvent issus de milieux sociaux défavorisés (32.4 %) et ont un revenu mensuel inférieur à 1000 euros. Notons tout de même que le renoncement aux soins dentaires n'affecte donc pas significativement leur perception de santé orale.
Concernant le motif de consultation, très peu viennent pour un bilan (16.6 %); le lieu de recrutement peut expliquer que la majorité des seniors ne consultent qu'en cas d'urgence (45.4 %). Issus d'une génération qui n'a pas bénéficié des grandes campagnes nationales de prévention, ils ne sont pas habitués à un recours préventif.
Nos résultats diffèrent néanmoins de la littérature internationale où la douleur et la consultation d'urgence influent de façon négative la perception de santé orale (24, 25, 26, 27, 28, 29, 32). Andrade et al. 2012 affirment qu'un rendez-vous de contrôle aurait une action positive sur la santé orale ressentie, alors qu'une visite pour une urgence douloureuse aurait un impact négatif.

L'importance des consultations chez le dentiste est mis en avant dans la littérature: certains auteurs précisent qu'un contrôle chez un dentiste aurait une influence positive sur la santé buccale ressentie (31, 44). En effet cela permettait d'informer et de rassurer le patient, le rendant plus confiant en sa santé orale et améliorant sa perception de santé orale (24, 25, 27). De plus, un patient de 65 ans et plus qui se préoccupe assez de sa santé orale pour consulter sans avoir mal a dû avoir la même attitude toute sa vie et ainsi éviter l'accumulation et l'aggravation de pathologies bucco-dentaires.

Prothèse

La présence ou non d'appareil en bouche ne semble pas influencer la perception de santé de notre population, cependant le type de prothèse amovible semble jouer un rôle fortement significatif ($p = 0.024$).
En effet la prothèse complète mandibulaire est particulièrement mal supportée par les seniors alors que la prothèse maxillaire totale ne semble pas être problématique (26). Rien n'est signalé pour la prothèse amovible, ni dans la littérature ni dans notre étude.
La littérature étudie très souvent le type de prothèse et le confort de celles-ci (26, 27, 28, 29, 31, 35, 37, 39, 42, 46).
Il peut s'agir d'un confort fonctionnel et dans ce cas la prothèse complète mandibulaire est bien connue pour son instabilité à la mastication; le confort esthétique de la prothèse complète maxillaire est tout aussi évident car cette réhabilitation remplace souvent des dents délabrées, polycariées ou mobiles.
En revanche le port régulier des prothèses, quelles qu'elles soient, semble jouer un rôle dans la santé ressentie des personnes âgées ($p = 0.041$). Cela tend à prouver une relative bonne intégration des prothèses amovibles dans la cavité buccale. L'impact sur la qualité de vie quotidienne est donc plutôt positive car d'un point de vue esthétique et fonctionnel, les dents

manquantes sont remplacée et la stabilité est suffisante grâce au support des dents restantes, ce qui n'entraîne pas de restrictions alimentaire, et la vie sociale est préservée (35, 39, 45).
Cependant au Brésil, compte tenu du contexte socio-économico-éducatif déjà cité, certaines études constatent que la présence de prothèses amovibles influence de façon négative la santé orale ressentie. Les auteurs supposent que les seniors de l'échantillon ont dû réaliser des prothèses dentaires il y a de nombreuses année et n'ont pas pu s'offrir des prothèses récentes adaptées pour des raisons économiques et d'offre de soin. (37)
Enfin nous avons souhaité évaluer la correspondance entre la santé ressentie et la santé clinique de nos patients car les questions de l'enquête HSM interrogeaient sur le port de prothèse dentaire on utilisant le terme de "dentier". Lorsque la même question a été posée à notre échantillon, 67 personnes ont déclaré porter un dentier et 64 personnes étaient porteuses de prothèse amovible lors de l'examen clinique. La différence n'est pas significative et le différentiel s'explique par une mauvaise compréhension du terme "dentier". Ce terme semble donc compris par les patients dans le sens de "prothèse amovible" et il pourra être approprié pour ce type d'enquête de grande envergure si l'enquêteur souhaite évaluer ce point.

Troubles fonctionnels

Il s'agit sans conteste du facteur dont l'impact statistique a été le plus important sur la santé orale auto-perçue des personnes âgées, qu'il s'agisse de capacité de mastication ($p = 0.005$), de déglutition ($p = 0.03$) et de phonation ($p = 0.001$).

Parmi les patients estimant leur santé orale mauvaise, 80% déclarent des problèmes de mastication, et 85,3 % des problèmes pour avaler. Cette variable est très souvent trouvée significativement liée à la perception de santé orale dans la littérature (25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 34, 38, 41, 43). En effet, l'absence de limitation des fonctions orales, la santé orale ressentie est très positive.
Dès qu'un patient senior ressent une limitation due aux dents, même si cela survient rarement, il se sent en mauvaise santé bucco-dentaire.
La significativité est encore plus marquée lorsque les personnes âgées doivent limiter la qualité ou la quantité des aliments : devoir se priver de certains types d'aliments semble particulièrement insupportable pour des seniors dont le plaisir de manger et le goût sont des bonheurs accessibles quel que soit l'état de santé général. De plus, le moment du repas est culturellement un moment de partage et d'échange avec ses proches et le mécontentement des patients comporte sûrement une dimension sociale.
Martins et al. 2010 retrouvent des résultats similaires aux nôtres: la perception de santé bucco-dentaire est positive si le patient ne rencontre aucun changement alimentaire induit par un problème dentaire.
De plus il est constaté que les problèmes masticatoires et les douleurs modifient le type et la quantité d'aliments consommés par le patient, ce qui joue un rôle important sur l'apport nutritionnel des séniors et peut entraîner une carence ou une situation de dénutrition (14, 15).
Martins et al. 2010 précisent un changement d'alimentation privilégie les aliments de consistance molle. Or, ces aliments possèdent une valeur nutritionnelle moindre, c'est à dire moins de protéines A et C, ce qui entraîne une perte de poids. La plupart des études trouvent,

comme nous, qu'une mastication ressentie comme défectueuse influerait péjorativement la perception de santé orale (25, 26, 30, 41)

Réalité clinique

Malgré ce que l'on aurait pu attendre, compte tenu des données, aucun lien statistique n'a été trouvé entre le ressenti de santé orale et le nombre de couple de dents mastiquantes (< 4 ou >ou= 4). Cependant, si le patient à moins de 4 unités fonctionnelles en bouche il pourrait légitimement se plaindre d'inconfort à la mastication. L'inconfort à la mastication est peut-être un terme trop large et tendrait à décrire des douleurs ou des mobilités à la mastication ou bien le patient était appareillé, mail il était insatisfait de l'adaptation de sa prothèse.

Cette absence de concordance s'étend à toutes les données observées durant l'examen clinique : il n'y a absolument aucun lien significatif entre la réalité clinique et la santé orale auto perçue, ce qu'énonce à plusieurs reprises la littérature internationale. L'explication la plus rependue est que les facteurs les plus souvent étudiés ont des répercussions cliniques asymptomatiques: caries peu profondes, restauration infiltrée sur dent dépulpée, parodontopathie (24, 25, 26, 30, 31 42). Les patients ne ressentant le problème que lorsque la douleur aigue survient ou que les répercussions fonctionnelles ou esthétiques apparaissent (35). Cela concorde avec les résultats trouvés si dessus. La plupart de nos patients étant appareillés, peu de répercussions esthétiques sont à noter.

Ainsi aucunes données cliniques, que ce soit le CAOD ou, les divers aspects des problèmes parodontaux, ne permet d'aiguiller le diagnostic du praticien puisqu'il n'est pas montré de correspondance entre la santé orale subjective et objective

Un indicateur objectif n'est donc pas suffisant, il mesure la maladie alors qu'un indicateur subjectif mesure la santé et l'expérience humaine (25, 30). Il est logique de devoir s'appuyer sur ces 2 types de données pour appréhender au mieux la complexité du ressenti du patient.

Conclusion

Notre étude ne trouve pas de corrélation entre la réalité clinique et la santé auto perçue ce qui est donc relativement en accord avec la littérature internationale.
Cela confirme que l'évaluation de la santé orale basée uniquement sur des informations déclaratives n'est pas suffisante, et doit s'accompagner d'un examen clinique pour compléter les données.
Cependant elle a permis de mettre en évidence les facteurs ayant de l'importance sur le ressenti de santé orale de nos seniors, en particulier l'absence de restrictions fonctionnelles. En effet pouvoir s'alimenter, parler, rire, avoir une vie sociale épanouie permet aux personnes âgées de se sentir bien dans leur peau.
L'important est donc que nos restaurations soient fonctionnelles.
L'absence de ces dernières ne leur nuit que s'ils ne peuvent s'alimenter correctement ou avoir des relations sociales sans être mal à l'aise. Vouloir sur-traiter cette population est donc une perte de temps.
Cependant il est à noter que l'espérance de vie ne fait que croitre et il est de notre devoir d'éduquer les nouvelles générations quant à l'importance de prendre soin de leurs dents même dans la vieillesse, pour pouvoir profiter pleinement de cette nouvelle opportunité qu'est le vieillissement actif.
Les campagnes de santé publique de préventions et d'informations vont donc être primordiales dans les années à venir afin d'améliorer le vieillissement de la population.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003*

2. INED : Institut National d'Etudes Démographiques *(https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/tous-les-pays-du-monde/)World Population Prospects.* Organisation des Nations Unies. 2013

3. Organisation mondiale de la Santé. *Vieillir en restant actif: cadre d'orientation*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2002. (Document non publié WHO/NMH/NPH/02.8)

4. Insee, Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, division Enquêtes et Etudes Démographiques. Projections de population à l'horizon 2060 *Insee Première* N° 1320 - octobre 2010

5. *Plan National « Bien Vieillir »* 2007-2009 (PNBV)

6. INSEE Etudes: « Ralentissement démographique et vieillissement à l'horizon 2040 ». *Analyse*, n°1 dec 2010.

7. Dietrich T, Garcia R. "Associations between periodontal disease and systemic disease: Evaluating the strength of the evidence". J *Periodontol.* Nov 2005 (suppl.); 2175-2184.

8. Weinberg MA, Maloney WJ." Oral health and elder care. *US Pharm".* 2007; 32:29–33.

9. Bush HM, Dickens NE, Henry RG, Durham L, Sallee N, Skelton J, et al."Oral health status of older adults in Kentucky: results from the Kentucky Elder Oral Health Survey". *Spec Care Dentist.* Sep-Oct 2010; 30(5): 185-92. doi: 10.1111/j.1754-4505.2010.00154.x. Epub 2010 Aug 17

10. *U.S. Surgeon General's Report 2000*, Part III- "What is the relationship between oral health and general health and well being" pp. 95-132.

11. World Health Organization, *The World Oral Health report: Continuous improvement of oral health in the 21st century -the approach of the WHO Global Oral Health programme*. Geneva: World Health Organization,

12. *Oral Healthcare for Older People 2020 Vision; prevalence of dental caries and periodontal diseases, and their association with socio-demographic risk factors among older persons in delhi, india: a community-based study*.

13. Grossi SG, Genco RJ. “Periodontal disease and diabetes mellitus: a two-way relationship”. Ann Periodontol 1998; 3:51-61.
14. Sheiham A, Steele J. “Does the condition of the mouth and teeth affect the ability to eat certain foods, nutrient and dietary intake and nutritional status amongst older people?” *Public Health Nutr* 2001; 4:797–803.

15. Locker D, Gruska M. “The impact of dental and facial pain*”. J Dent Res* 1997; 66: 1414–1417

16. Walls AWG, Steele JG. “Geriatric oral health issues in the United Kingdom*”. International Dental Journal* 2001; 51: 183-187.

17. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003. Poursuivre l’amélioration de la santé bucco-dentaire au XXIe siècle – l’approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire.*

18. WHO. *Oral health surveys. Basic methods, 4th ed*. Geneva: World Health Organization

19. Bouvier G**.** « L’enquête Handicap-Santé. Présentation générale » Document de travail N° F1109. *Paris: Insee;* 2011. 61 p.
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=F1109

20. Atchinson KA, Dolan TA**.** “Development of the geritricoral index health”*. Journal of Dental Education*, 1990; 54: 680-686.

21. Ware JE, Sherbourne CD. “The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) I. Conceptual Framework and item Selection”. *Medical Care* 1992; 30:473–483.

22. Klein H, Palmer CE, Knutson JW. “Studies on dental caries index, dental status and dental needs of elementary school children”, *Public Health Report* 1938, 53; 751-765.

23. Hildebrandt GH, Dominguez BL, Schork MA, Loesche WJ**.** Functional units, chewing, swallowing, and food avoidance among the elderly*. J Prosthet Dent* 1997; 77:588‑95.

24. Andrade, F. B. et al.”Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in Sao Paulo, Brazil”. *Cad Saude Publica,* v. 28, n. 10, p. 1965-75, Oct 2012. ISSN 0102-311x.

25. Martins, A. M.; Barreto, S. M.; Pordeus, I. A. “Objective and subjective factors related to self-rated oral health among the elderly*”. Cad Saude Publica***,** v. 25, n. 2, p. 421-35, Feb 2009. ISSN 0102-311x.

26. Vilela, E. A. et al. “Association between self-rated oral appearance and the need for dental prostheses among elderly Brazilians”. *Braz Oral Res***,** v. 27, n. 3, p. 203-10, May-Jun 2013. ISSN 1806-8324.

27. Nunes, C. I.; Abegg, C. “Factors associated with oral health perception in older Brazilians”. *Gerodontology***,** v. 25, n. 1, p. 42-8, Mar 2008. ISSN 0734-0664 (Print)
0734-0664.
28. Pattussi, M. P. et al. “Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders”. *Community Dent Oral Epidemiol***,** v. 38, n. 4, p. 348-59, Aug 2010. ISSN 0301-5661.

29. Martins, A. M.; Barreto, S. M.; Pordeus, I. A. “Factors associated to self perceived need of dental care among Brazilian elderly”. *Rev Saude Publica***,** v. 42, n. 3, p. 487-96, Jun 2008. ISSN 0034-8910 (Print)

30. Martins, A. M. et al. “Self-perceived oral health among Brazilian elderly individuals*”. Rev Saude Publica*, v. 44, n. 5, p. 912-22, Oct 2010. ISSN 0034-8910.

31. Schutzhold, S. et al. “Clinical factors and self-perceived oral health. *Eur J Oral Sci*, v. 122, n. 2, p. 134-41, Apr 2014. ISSN 0909-8836.

32. De Moura, W. V. et al. “Self-perception of oral health in older adults: an important input into public policy-making”. *J Am Geriatr Soc*, v. 59, n. 9, p. 1764-6, Sep 2011. ISSN 0002-8614.

33. De Souza, E. H. et al. “Impact of oral health in the daily life of institutionalized and non institutionalized elder in the city of Recife” (PE, Brazil). *Cien Saude Colet*, v. 15, n. 6, p. 2955-64, Sep 2010. ISSN 1413-8123.

34. Ekanayke, L.; Perera, I. “Factors associated with perceived oral health status in older individuals”. *Int Dent J*, v. 55, n. 1, p. 31-7, Feb 2005. ISSN 0020-6539 (Print)
0020-6539.

35. Esmeriz, C. E.; Meneghim, M. C.; Ambrosano, G. M. “Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil”. *Gerodontology***,** v. 29, n. 2, p.e 281-9, Jun 2012. ISSN 0734-0664.

36. Colussi, C. F.; De Freitas, S. F.; Calvo, M. C. “The prosthetic need WHO index: a comparison between self-perception and professional assessment in an elderly population” *Gerodontology*, v. 26, n. 3, p. 187-92, Sep 2009. ISSN 0734-0664.

37. Silva, D. D.; de Sousa Mda, L.; Wada, R. S. [Self-perception and oral health conditions in an elderly population]. *Cad Saude Publica***,** v. 21, n. 4, p. 1251-9, Jul-Aug 2005. ISSN 0102-311X (Print)
0102-311x.

38. Konishi, C. et al. Factors associated with self-assessed oral health in the Japanese independent elderly. *Gerodontology***,** v. 27, n. 1, p. 53-61, Mar 2010. ISSN 0734-0664.

39. Marino, R. et al. Self-assessed oral-health status and quality of life of older Chilean. *Arch Gerontol Geriatr***,** v. 56, n. 3, p. 513-7, May-Jun 2013. ISSN 0167-4943.

40. Mesas, A. E.; de Andrade, S. M.; Cabrera, M. A. Factors associated with negative self-perception of oral health among elderly people in a Brazilian community. *Gerodontology,* v. 25, n. 1, p. 49-56, Mar 2008. ISSN 0734-0664 (Print)
0734-0664.

41. Ugarte, J. et al. “Self-perceived oral health status and influencing factors of the elderly residents of a peri-urban area of La Paz, Bolivia”. *Int Dent J***,** v. 57, n. 1, p. 19-26, Feb 2007. ISSN 0020-6539 (Print)
0020-6539.

42. Matos, D. L.; Lima-Costa, M. F. “Self-rated oral health among Brazilian adults and older adults in Southeast Brazil: results from the SB-Brasil Project” 2003. *Cad Saude Publica***,** v. 22, n. 8, p. 1699-707, Aug 2006. ISSN 0102-311X (Print)
0102-311x.

43. Martins, A. B. et al. “Resilience and self-perceived oral health: a hierarchical approach”. *J Am Geriatr Soc***,** v. 59, n. 4, p. 725-31, Apr 2011. ISSN 0002-8614.

44. Northridge, M. E. et al. “What contributes to self-rated oral health among community-dwelling older adults? Findings from the ElderSmile program”. *J Public Health Dent*, v. 72, n. 3, p. 235-45, Summer 2012. ISSN 0022-4006.

45. Silva, D. D. et al. “Self-perceived oral health and associated factors among the elderly in Campinas, Southeastern Brazil, 2008-2009”. *Rev Saude Publica*, v. 45, n. 6, p. 1145-53, Dec 2011. ISSN 0034-8910.

46. Locker, D. Clinical correlates of changes in self-perceived oral health in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 25, n. 3, p. 199-203, Jun 1997. ISSN 0301-5661 (Print)
0301-5661.

47. Locker, D.; Clarke, M.; Payne, B. “Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population”. *J Dent Res*, v. 79, n. 4, p. 970-5, Apr 2000. ISSN 0022-0345 (Print)
0022-0345.

48. D, L.; EW, M.; A, J. “What do older adults' global self-ratings of oral health measure?” *J Public Health Dent,* v. 65, n. 3, p. 146-52, 2005.

49. Locker, D. “Self-esteem and socioeconomic disparities in self-perceived oral health”. *J Public Health Dent*, v. 69, n. 1, p. 1-8, Winter 2009. ISSN 0022-4006 (Print)
0022-4006.

50. Health Ministry of Brazil. SB Brazil 2003 *Project-Oral Health Conditions of the Brazilian Population 2002–2003.* Brasilia: DF, 2004 (in Portuguese).

51. Bercy P., Tenenbaum H., *Parodontologie: du diagnostic à la pratique*. Bruxelles :
DeBoeck, 1996. 289p

52. Ainamo J, Barmes De, Beagrie G, Cutress T, Martin J, Sardo-Infirri J. “Development of the World Health Organization (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN” *Int Dent* 198232: 281-291

53. Pilot T, Miyazaki H. “Global results: 15 years of CPITN epidemiology”. *Int Dent J* 1994;44 (5 Suppl 1):553-60.

54. Tubert-Jeannin, S. et al. “Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France”. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 31, n. 4, p. 275-84, Aug 2003. ISSN 0301-5661 (Print)
0301-5661
55. Locker D, Matear D, Stephens M et al. “Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly”. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2001; 29: 373-381.

56. Ikebe K, Hazeyama T, Enoki K, Murai S, Okada T, Kagawa R, et al,” Comparison of GOHAI and OHIP-14 measures in relation to objective values of oral function in elderly Japanese”. *Community Dent Oral Epidemiol* 40: 406–414 (2012)

57. Pascale ROUSSEL, Gaëlle GIORDANO, Marie CUENO *Approche qualitative des données de santé mentale recueillies dans l’enquête Handicap-Santé-Ménages 2008* (juillet 2012)

58. McHorney CA, Ware Jr JE & Anastasiae R**.** "The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs". *Medical care,* 1993,31 (3), 247-263.

59. Slade GD, Spencer AJ. "Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile". *Community Dent Health.* 1994 Mar;11(1):3-11.

60. Andréa Azoulay *Principes et méthode de la synthèse clinique et thérapeutique*, thèse odontologique faculté de chirurgie dentaire de Nice juillet 2014

61. *Recommandations en santé publique : stratégies de prévention de la carie dentaire* (argumentaire Mars 2010)

62. IRDES Mohamed Ali Ben Halima, Emeline Rococo *Discrimination salariale selon l'état de santé en France*. Mars 2013

ANNEXES

<u>ANNEXE 1</u> : LA FICHE D'EXAMEN CLINIQUE

<u>ANNEXE 2</u> : LE QUESTIONNAIRE

<u>ANNEXE 1</u> : LA FICHE D'EXAMEN CLINIQUE

Examen clinique

N° codage entretien : ……
CAOD =
Nb de couple de dents mastiquantes =
Récessions parodontales : OUI NON
Abcès parodontales : OUI NON
Présence de mobilité de type 3 ou 4 de l'échelle de Mulhmann : OUI NON
CPITN :

0. Pas de signe de pathologie
1. Saignement gingival après un léger sondage
2. Tartre supra et/ou infra-gingival
3. Poche parodontale de 4 à 5 mm
4. Poche parodontale de 6 mm ou plus

11	**X** : Barrer les dents absentes **Noir** : Obturations coronaires et radiculaires présentes **Rouge** : Caries, Reprises de carie, Obturations à reprendre **Bleu** : Eléments prothétiques amovibles **Vert** : Eléments prothétiques fixes	21
12		22
13		23
14		24
15		25
16		26
17		27
18		28
48		38
47		37
46		36
45		35
44		34
43		33
42		32
41		31

ANNEXE 2: LE QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE

1. N° codage entretien : Cliquez ici pour taper du texte.
2. Date entretien : Cliquez ici pour entrer une date.

Info générales

3. Date de naissance	Cliquez ici pour entrer une date.				
4. Sexe	M ☐	F ☐			
5. Poids *(kilos, Nb entier)*	Cliquez ici pour taper du texte.				
6. Taille *(M.cm)*	Cliquez ici pour taper du texte.				
7. Code postal	Cliquez ici pour taper du texte.				
8. Couverture sociale	a.SSseule ☐	b.SS+Mutuelle ☐	c.SS100% ☐	d.CMU ☐	e.AMU ☐
9. Situation matrimoniale	a. Célibataire ☐ b. Marié(e) ☐ c. Veuf/Veuve ☐ d. Divorcé(e) ou séparé(e) ☐				
10. Etes-vous actuellement en couple ?	a. Oui, avec une personne qui habite dans le logement ☐ b. Oui, avec une personne qui n'habite pas dans le logement ☐ c. Non ☐				
11. Combien de personnes vivent dans votre logement, vous y compris ?	a. 1 ☐ b. 2 ☐ c. Plus de 2 ☐				
12. Qui habite avec vous ? *(plusieurs réponses possibles)*	a. Conjoint/Conjointe ☐ b. Enfant(s) ☐ c. Autre lien familial : ☐ précisez : Cliquez ici pour taper du texte. d. Ami(e), colocataire ☐ e. Pensionnaire, sous-locataire ☐ f. Autre : ☐ précisez : Cliquez ici pour taper du texte.				

Situation vis-à-vis du travail:	
13. Dans votre dernier emploi, étiez-vous ?	a. Agriculteur/exploitant ☐ b. Artisan, commerçant et chef d'entreprise ☐ c. Cadre et profession intellectuelle supérieure ☐ d. Profession Intermédiaire ☐ e. Employé ☐ f. Ouvrier ☐ g. Sans activité professionnelle ☐
14. Etes-vous à la retraite ou avez-vous cessé votre activité ?	a. Oui ☐ b. Non ☐
15. Si oui, depuis quelle année ? Cliquez ici pour taper du texte.	

Ressources (culturelles, économiques)	
16. Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?	a. Aucun diplôme ☐ b. CEP (certificat d'études primaires) ou diplôme étranger de même niveau ☐ c. Brevet des collèges, BEPC, brevet élémentaire ☐ d. CAP, BEP ou diplôme de ce niveau. ☐ e. Baccalauréat technologique ou professionnel ☐ f. Baccalauréat général (séries A,B,C,D,E,ES,L,S), brevet supérieur, capacité endroit, DAEU ☐ g. Diplôme de niveau Bac+2 ☐ h. Diplôme de niveau supérieur à Bac+2 ☐ précisez:Cliquez ici pour taper du texte.
17. A combien environ estimez-vous vos ressources personnelles pour un mois ordinaire ?	a. A moins de 1000€ ☐ b. De 1000€ à 2000€ ☐ c. A 2000€ ou plus ☐ d. Je ne sais pas ☐ e. Je refuse de répondre ☐

Etat de Santé Bucco-Dentaire

18. Quel est le problème dentaire qui vous a amené à consulter ? (motif consultation)	a. Douleur ou urgence ☐ b. Bilan bucco-dentaire ☐ c. Réalisation de prothèse ☐ d. Esthétique ☐ e. autre ☐
19. Diriez-vous que votre état dentaire (bouche, dents, gencives) est ?	a. Très bon ☐ b. Bon ☐ c. Moyen ☐ d. Mauvais ☐ e. Très mauvais ☐ f. Je ne sais pas ☐ g. Je refuse de répondre ☐
20. Avez-vous ?	a. Toutes vos dents intactes ☐ b. Toutes vos dents dont certaines ont été traitées ou remplacées ☐ c. Perdu une partie de vos dents, il en reste cependant assez pour mastiquer sans prothèse dentaire *(ne pas prendre en compte les dents de sagesse ou de lait)* ☐ d. Perdu toutes vos dents ou presque ☐ e. Je ne sais pas ☐ f. Je refuse de répondre ☐
21. Êtes-vous concerné par l'un des problèmes de dents suivants *(plusieurs réponses possibles)*	f. Caries non traitées ☐ g. Déchaussement des dents ☐ h. Abcès dentaires fréquents ☐ i. Aucun d'entre eux ☐ j. Je ne sais pas ☐ k. Je refuse de répondre ☐
22. Au cours de ces douze derniers mois, êtes-vous allés pour vous-même chez un dentiste ?	a. Oui ☐ b. Non ☐ c. Je ne sais pas ☐ d. Je refuse de répondre ☐
23. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à des soins dentaires alors que vous en auriez eu vraiment besoin ?	a. Oui plusieurs fois ☐ b. Oui, à une occasion ☐ c. Non, jamais ☐ d. Autre ☐ e. Je ne sais pas ☐ f. Je refuse de répondre ☐

24. Si oui à la question précédente, quelle en était la raison principale ? *(une seule réponse possible)*	a. Je ne pouvais pas me le payer (trop cher ou mal remboursé par mon assurance maladie) ☐ b. Le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous était trop long ☐ c. Je n'avais pas de lettre de recommandation ☐ d. Je ne pouvais pas prendre suffisamment de temps à cause de mon travail ou parce que je devais m'occuper de mes enfants ou d'une autre personne ☐ e. Je suis trop éloigné/ il n'y a pas assez de moyens de transports/ l'accès est trop compliqué ☐ f. J'ai peur du dentiste, de l'hôpital, des examens ou des traitements ☐ g. Je voulais attendre et voir si cela passerait tout seul ☐ h. Je ne connaissais pas de bon dentiste ☐ i. Pour d'autres raisons ☐ lesquelles : Cliquez ici pour taper du texte. j. Je ne sais pas ☐ k. Je refuse de répondre ☐
25. De quels soins s'agissait-il ? *(plusieurs réponses possibles)*	a. Poser ou entretenir une prothèse dentaire (bridge, couronne) ou un dentier ☐ b. Poser ou entretenir un appareil d'orthodontie ☐ c. Soigner une carie ☐ d. Détartrage ☐ e. Aller chez le dentiste en général ☐ f. Je ne sais pas ☐ g. Je refuse de répondre ☐
26. Portez-vous un dentier ?	a. Oui ☐ b. Non ☐
27. Si oui, quand le portez-vous ?	a. Toute la journée ☐ b. Parfois ☐ c. Jamais ☐
28. Si oui, préciser le type de prothèse :	a. Fixe ☐ b. Amovible ☐
29. Si amovible, précisez	a. Du haut complet ☐ b. Du haut partiel ☐ c. Du bas complet ☐ d. Du bas partiel ☐

Le GOHAI=Santé Orale auto-perçue

Pendant les trois derniers mois:

30. Avez-vous limité la quantité ou le genre d'aliments que vous mangez en raison de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires ?	a. Jamais ☐ b. Rarement ☐ c. Parfois ☐ d. Souvent ☐ e. Toujours ☐
31. Avez-vous eu des difficultés pour mordre ou mastiquer certains aliments durs tels que de la viande ou une pomme ?	a. Jamais ☐ b. Rarement ☐ c. Parfois ☐ d. Souvent ☐ e. Toujours ☐
32. Avez-vous pu avaler convenablement ?	a. Jamais ☐ b. Rarement ☐ c. Parfois ☐ d. Souvent ☐ e. Toujours ☐
33. Vos dents ou vos appareils dentaires vous ont-ils empêché(e) de parler comme vous le vouliez ?	a. Jamais ☐ b. Rarement ☐ c. Parfois ☐ d. Souvent ☐ e. Toujours ☐
34. Avez-vous pu manger de manière confortable ?	a. Jamais ☐ b. Rarement ☐ c. Parfois ☐ d. Souvent ☐ e. Toujours ☐
35. Avez-vous limité vos contacts avec les gens à cause de vos dents , de vos gencives ou de vos appareils dentaires ?	a. Jamais ☐ b. Rarement ☐ c. Parfois ☐ d. Souvent ☐ e. Toujours ☐
36. Avez-vous été satisfait(e) ou content(e) de l'aspect de vos dent, de vos gencives ou de vos appareils dentaires ?	a. Jamais ☐ b. Rarement ☐ c. Parfois ☐ d. Souvent ☐ e. Toujours ☐
37. Avez-vous pris un(des) médicament(s) pour soulager la douleur ou une sensation d'inconfort dans votre bouche ?	a. Jamais ☐ b. Rarement ☐ c. Parfois ☐ d. Souvent ☐ e. Toujours ☐

38. Vos problèmes de dents, de gencives ou d'appareils dentaires vous ont-il inquiété(e) ou préoccupé(e) ?	a. Jamais ☐ b. Rarement ☐ c. Parfois d. ☐ Souvent e. ☐ Toujours ☐
39. Vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou mal à l'aise à cause de problèmes avec vos dents, vos gencives ou vos appareils dentaires ?	a. Jamais ☐ b. Rarement ☐ c. Parfois ☐ d. Souvent ☐ e. Toujours ☐
40. Avez-vous éprouvé de l'embarras pour manger devant les autres à cause de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires ?	a. Jamais ☐ b. Rarement ☐ c. Parfois ☐ d. Souvent ☐ e. Toujours ☐
41. Vos dents ou vos gencives ont-elles été sensibles au froid, au chaud ou aux aliments sucrés ?	a. Jamais ☐ b. Rarement ☐ c. Parfois d. ☐ Souvent e. ☐ Toujours ☐

Relations

42. Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous rencontré l'un ou l'autre des membres de votre famille?	a. Chaque jour ☐ b. Une ou plusieurs fois par semaine (mais pas chaque jour) ☐ c. Plusieurs fois par mois (mais pas chaque semaine) ☐ d. Une fois par mois ☐ e. Au moins une fois par an (mais moins d'une fois par mois) ☐ f. Jamais ☐ g. Sans objet (pas de famille) ☐
43. Combien de membres de votre famille avez-vous rencontrés au cours du dernier mois ?	a. 0 ☐ b. Entre 1 et 3 ☐ c. 4 ou plus ☐
44. Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous rencontré l'un ou l'autre de vos amis (y compris collègues de travail en dehors de vos obligations professionnelles)?	a. Chaque jour ☐ b. Une ou plusieurs fois par semaine (mais pas chaque jour) ☐ c. Plusieurs fois par mois (mais pas chaque semaine) ☐ d. Une fois par mois ☐ e. Au moins une fois par an (mais moins d'une fois par mois) ☐ f. Jamais ☐ g. Sans objet (pas d'amis) ☐
45. Combien d'amis avez-vous rencontrés au cours du dernier mois?	a. 0 ☐ b. Entre 1 et 3 ☐ c. 4 ou plus ☐
46. Aimeriez-vous voir votre famille ou vos amis plus souvent ?	a. Oui ☐ b. Non ☐ c. Je ne sais pas ☐
47. Connaissez-vous vos voisins ?	a. Oui ☐ b. Non ☐ c. Sans objet : n'a pas de voisins ☐
48. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des conflits avec vos voisins, des discussions désagréables ?	a. Oui ☐ b. Non ☐

SF36	
49. En général, diriez-vous que votre santé est ?	a. Excellente ☐ b. Très bonne ☐ c. Bonne ☐ d. Satisfaisante ☐ e. Mauvaise ☐
50. Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?	a. Bien meilleure qu'il y a un an ☐ b. Un peu meilleure qu'il y a un an ☐ c. A peu près comme il y a un an ☐ d. Un peu moins bonne qu'il y a un an ☐ e. Pire qu'il y a un an ☐
51. *Vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ?*	
51.1. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.	a. Oui, très limité ☐ b. Oui, plutôt limité ☐ c. Pas limité du tout ☐
51.2. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.	a. Oui, très limité ☐ b. Oui, plutôt limité ☐ c. Pas limité du tout ☐
51.3. Soulever et transporter les achats d'alimentation.	a. Oui, très limité ☐ b. Oui, plutôt limité ☐ c. Pas limité du tout ☐
51.4. Monter plusieurs étages à la suite.	a. Oui, très limité ☐ b. Oui, plutôt limité ☐ c. Pas limité du tout ☐
51.5. Monter un seul étage.	a. Oui, très limité ☐ b. Oui, plutôt limité ☐ c. Pas limité du tout ☐
51.6. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.	a. Oui, très limité ☐ b. Oui, plutôt limité ☐ c. Pas limité du tout ☐
51.7. Marcher plus d'un kilomètre et demi.	a. Oui, très limité ☐ b. Oui, plutôt limité ☐ c. Pas limité du tout ☐
51.8. Marcher plus de 500 mètres.	a. Oui, très limité ☐ b. Oui, plutôt limité ☐ c. Pas limité du tout ☐
51.9. Marcher seulement 100 mètres.	a. Oui, très limité ☐ b. Oui, plutôt limité ☐ c. Pas limité du tout ☐
51.10. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.	a. Oui, très limité ☐ b. Oui, plutôt limité ☐ c. Pas limité du tout ☐

52. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre état physique ?	
52.1. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	Oui ? ☐ Non ? ☐
52.2. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	Oui ? ☐ Non ? ☐
52.3. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses	Oui ? ☐ Non ? ☐
52.4. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire	Oui ? ☐ Non ? ☐
53. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ?	
53.1. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	Oui ? ☐ Non ? ☐
53.2. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	Oui ? ☐ Non ? ☐
53.3. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude	Oui ? ☐ Non ? ☐
54. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?	a. Pas du tout ☐ b. Très peu ☐ c. Assez ☐ d. Fortement ☐ e. Énormément ☐
55. Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?	a. Pas du tout ☐ b. Très peu ☐ c. Assez ☐ d. Fortement ☐ e. Énormément ☐
56. Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?	a. Pas du tout ☐ b. Très peu ☐ c. Assez ☐ d. Fortement ☐ e. Énormément ☐
57. Au cours des 4 dernières semaines vous sentiez-vous très enthousiaste ?	a. Tout le temps ☐ b. Très souvent ☐ c. Parfois ☐ d. Peu souvent ☐ e. Jamais ☐
58. Au cours des 4 dernières semaines vous sentiez-vous très nerveux ?	a. Tout le temps ☐ b. Très souvent ☐

	c. Parfois ☐ d. Peu souvent ☐ e. Jamais ☐
59. Au cours des 4 dernières semaines vous est-il arrivé de limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?	a. Tout le temps ☐ b. Très souvent ☐ c. Parfois ☐ d. Peu souvent ☐ e. Jamais ☐
60. Au cours des 4 dernières semaines vous est-il arrivé de faire moins de choses que vous ne l'espériez ?	a. Tout le temps ☐ b. Très souvent ☐ c. Parfois ☐ d. Peu souvent ☐ e. Jamais ☐
61. Au cours des 4 dernières semaines vous est-il arrivé de trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?	a. Tout le temps ☐ b. Très souvent ☐ c. Parfois ☐ d. Peu souvent ☐ e. Jamais ☐
62. Au cours des 4 dernières semaines vous est-il arrivé d'arriver à tout faire, mais au prix d'un effort ?	a. Tout le temps ☐ b. Très souvent ☐ c. Parfois ☐ d. Peu souvent ☐ e. Jamais ☐
63. Au cours des 4 dernières semaines Cesactivitésn'ontpasétéaccompliesaussisoigneusement qued'habitude?	a. Tout le temps ☐ b. Très souvent ☐ c. Parfois ☐ d. Peu souvent ☐ e. Jamais ☐
64. Au cours des 4 dernières semaines étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?	a. Tout le temps ☐ b. Très souvent ☐ c. Parfois ☐ d. Peu souvent ☐ e. Jamais ☐
65. Au cours des 4 dernières semaines vous sentiez-vous au calme, en paix ?	a. Tout le temps ☐ b. Très souvent ☐ c. Parfois ☐ d. Peu souvent ☐ e. Jamais ☐
66. Au cours des 4 dernières semaines, aviez-vous beaucoup d'énergie ?	a. Tout le temps ☐ b. Très souvent ☐ c. Parfois ☐ d. Peu souvent ☐ e. Jamais ☐
67. Au cours des 4 dernières semaines étiez-vous triste et maussade ?	a. Tout le temps ☐ b. Très souvent ☐ c. Parfois ☐ d. Peu souvent ☐ e. Jamais ☐

68. Au cours des 4 dernières semaines aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?	a. Tout le temps ☐ b. Très souvent ☐ c. Parfois ☐ d. Peu souvent ☐ e. Jamais ☐
69. Au cours des 4 dernières semaines étiez-vousquelqu'und'heureux?	a. Tout le temps ☐ b. Très souvent ☐ c. Parfois ☐ d. Peu souvent ☐ e. Jamais ☐
70. Au cours des 4 dernières semaines vous êtes-vous senti fatigué(e) ?	a. Tout le temps ☐ b. Très souvent ☐ c. Parfois ☐ d. Peu souvent ☐ e. Jamais ☐
71. Au cours des 4 dernières semaines votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?	a. Tout le temps ☐ b. Très souvent ☐ c. Parfois ☐ d. Peu souvent ☐ e. Jamais ☐
Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas?	
72. Il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.	a. Tout à fait vrai ☐ b. Assez vrai ☐ c. Ne sais pas ☐ d. Plutôt faux ☐ e. Faux ☐
73. Ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.	a. Tout à fait vrai ☐ b. Assez vrai ☐ c. Ne sais pas ☐ d. Plutôt faux ☐ e. Faux ☐
74. Je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.	a. Tout à fait vrai ☐ b. Assez vrai ☐ c. Ne sais pas ☐ d. Plutôt faux ☐ e. Faux ☐
75. Mon état de santé est excellent.	a. Tout à fait vrai ☐ b. Assez vrai ☐ c. Ne sais pas ☐ d. Plutôt faux ☐ e. Faux ☐

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois

de l'Honneur et de la probité dans l'exercice de La Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon Devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Approbation – Improbation

Les opinions émises par les dissertations présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ou improbation de la Faculté de Chirurgie dentaire (1).

Lu et approuvé,

Vu,

Nice, le

Le Président du jury,

Le Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'UNS

Professeur

Professeur Armelle MANIERE

(1) Les exemplaires destinés à la bibliothèque doivent être obligatoirement signés par le Doyen et par le Président du Jury.

Anne-Laure SOSTHE

FACTEURS INFLUENCANT LA SANTE ORALE AUTO PERCUE DES PERSONNES AGEES

Thèse : Chirurgie Dentaire, Nice, **année 2015**, **n°42-57-12-22**

Directeur de thèse : Madame le Docteur C. CUCCHI

Mots-clés : older adults, elders, older people, aged, old people, oral health rating, oral health, dental health, self perceived, self declared, self perception

Résumé:

Objectifs : le but de cette étude est de mettre en évidence les différents facteurs pouvant influencer, de façon positive ou négative, le ressenti de santé orale des personnes âgées.

Matériels et méthode : Afin de répondre à notre problématique nous avons mis en place deux stratégies : dans un premier temps nous avons réalisé une brève revue de la littérature puis dans un second temps nous avons réalisé une enquête au sein du centre de soins de l'hôpital St Roch. Nous nous sommes intéressés aux personnes de plus de 65ans, non dépendantes. Notre questionnaire a été élaboré à partir de plusieurs indicateurs validés en France ou à l'international. Il est ensuite complété par un examen clinique mettant en avant le CAOD, la présence d'appareils, les mobilités, les abcès parodontaux ainsi que les récessions. Nous avons étudié les données en nous servant de la question : *comment estimez-vous votre état dentaire ?* Comme variable de référence.

Résultats : Notre échantillon comportait 108 sujets âgés de 65 ans ou plus, dont la moyenne d'âge était de 74,9 ± 7.7 ans. La majorité de notre population (67.4%) était de femmes. 31.5% des patients se considèrent en mauvais ou très mauvais état bucco-dentaire contre 35.2% en bon ou très bonne santé orale, 28.7% estime leur santé orale moyenne. Notre score moyen du GOHAI était de 45.8 ± 10.0. Les facteurs fonctionnels semblent avoir un impact significatifs sur la santé auto-perçue des personnes âgées : les difficultés à mastiquer (p= 0.005), la limitation du type d'aliments (p=0.000), difficulté à parler (p=0.001), à avaler (p=0.030) et le fait de manger confortablement (p=0.019). Le type de prothèse amovible a également une influence sur le ressenti de santé orale (p=0.024).

Conclusion : les facteurs fonctionnels sont fortement liés au ressenti de santé de nos seniors, contrairement à la réalité clinique qui n'a aucun impact sur la santé orale auto-perçue.