



**HAL**  
open science

# Évaluation de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées en EHPAD

Elsa Aboulkheir

► **To cite this version:**

Elsa Aboulkheir. Évaluation de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées en EHPAD. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-02337174

**HAL Id: dumas-02337174**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02337174>**

Submitted on 29 Oct 2019

**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 PARIS DIDEROT - PARIS 7**

**FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE**

5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2017

Thèse N° :5148

N° attribué par la bibliothèque :2017PA07G079

**THÈSE pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR**

**en CHIRURGIE DENTAIRE**

présentée et soutenue publiquement le

par **ABOULKHEIR Elsa**

**ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE LIÉE À LA SANTÉ  
BUCCO-DENTAIRE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES EN EHPAD**

Directrice de thèse : Mme le Docteur Noëline RAJABO  
Co-directrice de thèse : Mme le Docteur Sylvie AZOGUI-LEVY

**JURY**

M <sup>me</sup> la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE	Présidente
M <sup>me</sup> le Docteur Sylvie AZOGUI-LEVY	Assesseur
M <sup>me</sup> le Docteur Julia BOSCO	Assesseur
M <sup>me</sup> le Docteur Adeline BRAUD	Assesseur
M <sup>me</sup> le Docteur Noëline RAJABO	Assesseur



# UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT – PARIS 7

Présidente de l'Université : M<sup>me</sup> la Professeure Christine CLERICI

Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie : M<sup>me</sup> la Professeure Ariane BERDAL

Directrice Générale des Services : M<sup>me</sup> Pascale SAINT-CYR

---

## JURY

M <sup>me</sup> la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE	Présidente
M <sup>me</sup> le Docteur Sylvie AZOGUI-LEVY	Assesseur
M <sup>me</sup> le Docteur Julia BOSCO	Assesseur
M <sup>me</sup> le Docteur Adeline BRAUD	Assesseur
M <sup>me</sup> le Docteur Noëline RAJABO	Assesseur



**Mme la Professeure Marie-Laure  
BOY-LEFEVRE**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Docteur en Sciences Odontologiques  
Docteur d'Etat en Odontologie  
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

*Vous m'avez fait l'honneur d'avoir accepté la présidence de ce jury de thèse et je vous en remercie. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus grande gratitude et l'expression de mon plus grand respect.*

**Mme le Docteur Sylvie AZOGUI-  
LEVY**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Diplôme de Doctorat  
Maître de Conférences des Universités - Praticien  
Hospitalier

*Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant la co-direction de cette thèse. Pour les conseils que vous nous avez prodigués tout au long de nos années d'études, votre patience et votre gentillesse, veuillez trouver ici, l'expression de mes remerciements les plus sincères et ma respectueuse considération.*

**Mme le Docteur Julia BOSCO**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Diplôme de Doctorat  
Maître de Conférences des Universités - Praticien  
Hospitalier

*Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de siéger dans ce jury de thèse. Veuillez recevoir l'expression de toute ma gratitude et de mes sincères remerciements.*

**Mme le Docteur Adeline BRAUD**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Diplôme de Doctorat  
Maître de Conférences des Universités - Praticien  
Hospitalier

*Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de siéger dans ce jury de thèse. Vous m'avez épaulée lors de mes premiers moments au sein du cursus hospitalier avec toute la pédagogie nécessaire pour cela, ainsi que pour votre encadrement de grande qualité, je vous remercie.*

**Mme le Docteur Noëline RAJABO**

Docteur en Médecine  
Habilitation à Diriger les Recherches  
Maître de Conférences Associé

*Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie particulièrement pour votre gentillesse et la bienveillance avec laquelle vous m'avez orientée. C'est pour moi un grand plaisir d'avoir pu bénéficier de votre pédagogie et votre savoir. Avec toute ma gratitude, veuillez recevoir l'expression de mes remerciements les plus sincères, ainsi que mon plus profond respect.*



## Table des matières

Introduction .....	3
I. Qualité de vie .....	6
I.1. Concept politico social de la qualité de vie .....	6
I.2. Définitions de l’OMS.....	7
I.3. Qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire.....	8
I.4. Particularités des patients en EHPAD.....	9
II. Indicateurs de mesure de la qualité de vie utilisés chez les personnes âgées .....	10
II.1. Indicateurs de mesure de qualité de vie génériques – quelques indicateurs.....	12
II.1.1. Les échelles SF-36 et SF-12 .....	12
II.1.2. WHOQOL 100 et WHOQOL bref .....	13
II.1.3. L’indicateur de santé perpétuelle de Nottingham : ISPN ou NHP .....	13
II.2. Indicateurs de mesure de qualité de vie spécifiques – quelques indicateurs spécifiques aux personnes âgées.....	14
II.2.1. WHOQOL-OLD .....	14
II.2.2. « Older people’s quality of life »: OPQOL .....	15
II.3. Indicateurs de mesure de qualité de vie spécifiques – quelques indicateurs spécifiques à la santé bucco-dentaire des personnes âgées .....	15
II.3.1. OHIP .....	15
II.3.2. GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index).....	16
III. Étude .....	17
III.1. Objectifs.....	17
III.2. Matériel et Méthode .....	17
III.2.1. Lieu de l’étude.....	18
III.2.2. Population étudiée .....	19
III.3. Recueil des données .....	19
III.4. Méthode d’analyse statistique .....	20
IV. Résultats .....	20
IV.1. L’analyse de la population .....	20
IV.1.1. Les données sociodémographiques .....	20
IV.1.2. Affiliation à la sécurité sociale et à une mutuelle :.....	22
IV.2. L’état de santé bucco-dentaire perçu.....	22
IV.3. Les habitudes de soins dentaires.....	23



IV.4. Renoncement aux soins dentaires pour cause financière.....	25
IV.5. L'auto-évaluation de la santé générale.....	25
IV.6. La perception de besoins en soins bucco-dentaire.....	27
IV.7. Mesure de la qualité de vie liée à la santé orale : résultats de l'utilisation du GOHAI.....	27
V. Discussion.....	31
V.1. Analyse des fonctions physiques.....	32
V.2. Analyse des fonctions sociales.....	33
V.3. Analyse des sensations douloureuses et d'inconfort.....	35
Conclusion.....	38
Références bibliographiques.....	40
Annexes.....	44
Annexe 1 : Questionnaire SF -12 (Leplège, 1998).....	44
Annexe 2 : OHIP - 20 (Oral Health Impact Profile) (Allison et Al, 1999).....	46
Annexe 3 : Questionnaire GOHAI (Tubert-Jeannin et Al.,2003 / Atchison et al.,1990).....	47
Annexe 4 : Lettre d'information et consentement.....	49
Annexe 5 : Questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques, l'auto-évaluation de l'état de santé orale et générale.....	51
Annexe 6 : Tableaux obtenus grâce aux résultats de l'auto-questionnaire.....	54
Table des figures.....	57
Table des illustrations.....	58

## Introduction

La santé bucco-dentaire des personnes âgées joue un rôle déterminant pour leur qualité de vie.

Le vieillissement des populations s'accélère rapidement dans le monde entier. En 2020 et pour la première fois dans l'histoire, le nombre de personnes de plus de 60 ans dépassera le nombre d'enfants de moins de 5 ans.

D'ici 2050, on s'attend à ce que la population mondiale âgée de 60 ans et plus atteigne 2 milliards de personnes, contre 841 millions actuellement (Suzman, 2015).

En France la tendance suit la même évolution :

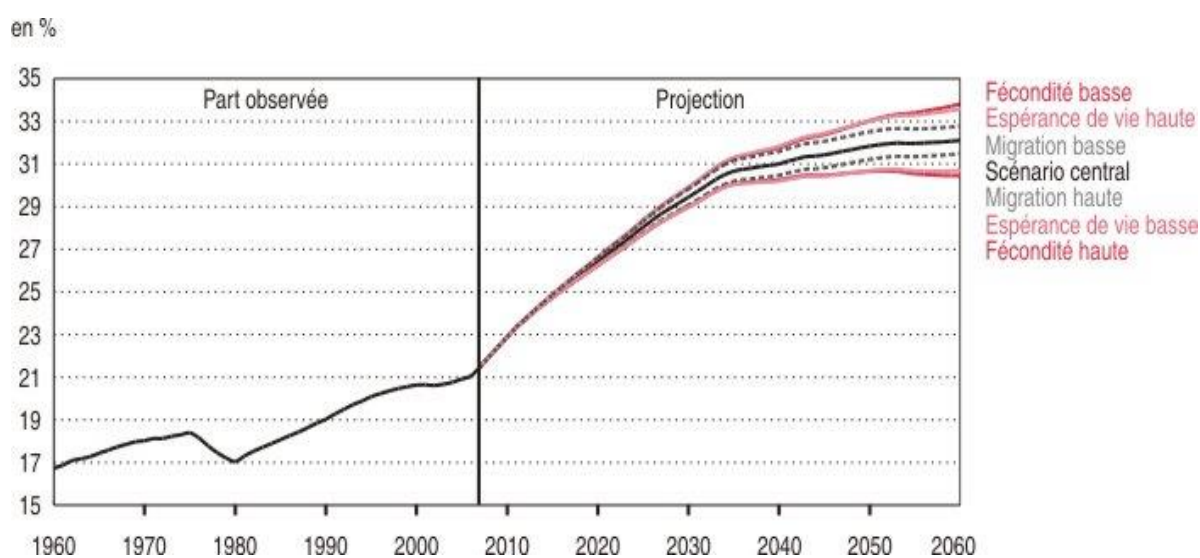


Figure 1 : Estimations de population et projection 2007-2060

Source : Insee, Champ : France Métropolitaine

En 2050, 22,3 millions de personnes seraient âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans. C'est entre 2006 et 2035 que cet accroissement serait le plus fort (de 12,8 à 20,9 millions), avec l'arrivée des générations issues du *baby-boom*, nées entre 1946 et 1975.

Entre 2035 et 2050, la hausse serait plus modérée. Les personnes qui atteindront 60 ans appartiennent à des générations moins nombreuses.

Cette tendance reflète une amélioration de la santé et des conditions socio-économiques mais elle ne s'accompagne pas toujours d'une égale amélioration de la qualité de vie. Il devient essentiel de préparer les soignants et les sociétés à répondre aux besoins des personnes âgées. Le vieillissement en bonne santé représente bien plus que l'absence de maladie. Pour la plupart des personnes âgées, le maintien de leurs capacités fonctionnelles passe au premier plan. Les coûts les plus importants pour la société ne sont pas les dépenses engagées pour renforcer ces capacités fonctionnelles, mais les bénéfices dont nous serions privés si nous ne parvenons pas à faire les adaptations et les investissements adéquats. L'approche sociétale préconisée en matière de vieillissement de la population, qui inclut l'objectif de construire un monde favorable aux personnes âgées, nécessite une transformation des systèmes de santé : en abandonnant le modèle curatif basé sur les maladies, au profit de prestations de soins intégrés, centrées sur les besoins des personnes âgées.

Cette croissance du nombre des plus de soixante ans au sein de la population française aura très certainement une incidence majeure sur la problématique de la dépendance. En effet, même si la perte d'autonomie peut survenir à tout moment, la probabilité d'entrer en état de dépendance croît considérablement avec l'âge, en particulier entre quatre-vingts et quatre-vingt-dix ans. La croissance du nombre de personnes âgées dépendantes ne devrait toutefois pas être strictement proportionnelle, dans la mesure où l'espérance de vie en bonne santé s'accroît également. S'il existe un lien réel entre le vieillissement de la population et la prévalence de la dépendance, il reste, en pratique, difficile à quantifier. Toutefois nous pouvons estimer, grâce aux projections démographiques et épidémiologiques, une augmentation de l'ordre de 25 % des effectifs de personnes âgées dépendantes de plus de soixante-quinze ans d'ici 2025. Au-delà de cette date, la progression serait encore plus forte, avec l'arrivée à l'âge de la dépendance des générations du baby-boom. Les plus de soixante-quinze ans doubleraient quasiment d'ici 2050 pour représenter 15,6 % de la population française, contre 8 % aujourd'hui, tel que le montre le tableau ci-dessous (Fig. 2).

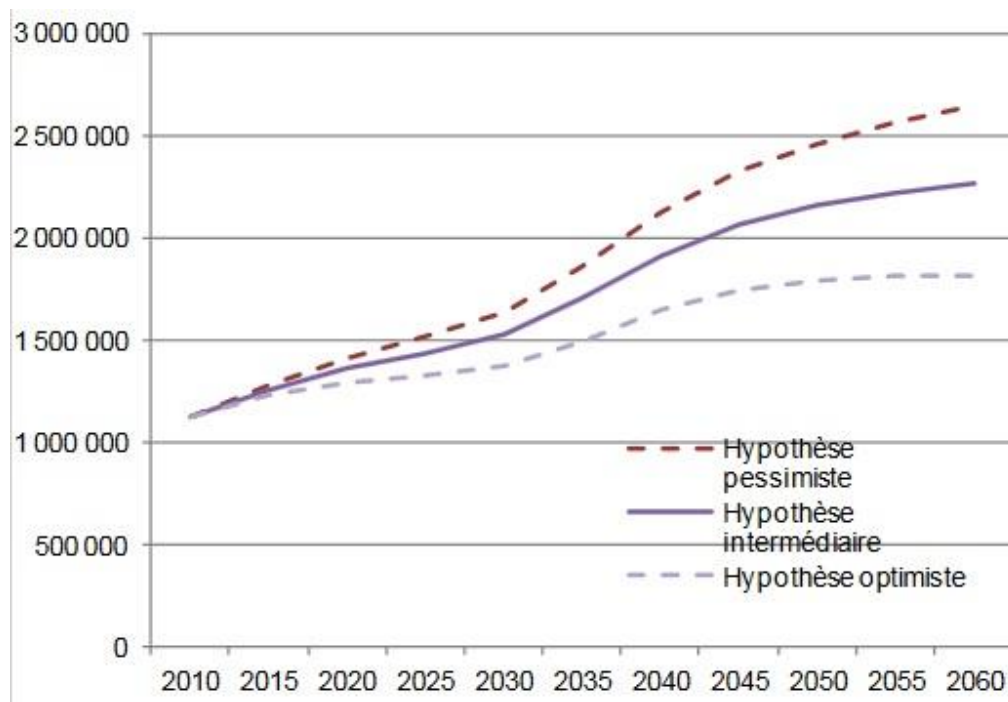


Figure 2 : Effectifs de personnes âgées dépendantes projetés à l'horizon 2060 selon trois hypothèses de projection

Source : DREES, données individuelles anonymisées des bénéficiaires de l'APA, 2006-2007; INSEE, projections de population 2007-2060; calculs DREES  
Champ : France Métropolitaine

C'est dans ce contexte qu'en 2011, le sénat lance le débat national sur le cinquième risque encore appelé « risque dépendance » ou « risque perte d'autonomie ». Les quatre autres risques correspondent aux quatre branches de la sécurité sociale ; la branche maladie (maladie, maternité, invalidité, décès), la branche accidents du travail et maladies professionnelles, la branche vieillesse et veuvage (retraite) et la branche famille (dont handicap, logement, RSA...). La mise en place du cinquième risque avait pour objectif d'apporter des aides, biens et services ainsi que couvrir les risques de la vie liés à la dépendance. Mais ce cinquième risque n'a pu voir le jour faute de ressources pour son financement.

Parce qu'une bonne santé générale passe inévitablement par la santé bucco-dentaire, nous nous sommes intéressés aux besoins des patients en EHPAD (Établissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes). Pour y répondre au mieux il convient de déterminer comment les personnes âgées évaluent elles-mêmes leur qualité de vie en matière de santé bucco-dentaire.

# I. Qualité de vie

## I.1. Concept politico social de la qualité de vie

C'est vers les années 1950-60 après la seconde guerre mondiale et le boum économique d'après-guerre qu'émergeait le concept de « Quality of life ». Historiquement le terme de Qualité de Vie fut d'abord un slogan politique Américain lancé par Lyndon B. Johnson en 1964 dans son message à la nation intitulé « The Great Society » (Genton, 2006). Ce Slogan s'inscrit dans le cœur même de la constitution Américaine de Jefferson qui fait, du bonheur, un droit inaliénable de tout citoyen Américain. Il s'inscrit aussi dans la perspective de « L'American Way of Life », lancée par Herbert Hoover, en donnant une perspective morale à la recherche du confort et des biens matériels. Ce terme va avoir un succès immédiat, renforcé, dix plus tard, par la déclaration d'Alma Ata de l'OMS (Smith A, 2000).

Le concept de « qualité de vie » couvre des domaines bien plus vastes que ceux de niveau de vie ou de confort matériel des conditions de vie. Il englobe également les conditions de travail, le degré d'insertion sociale, la santé, l'éducation et les niveaux d'exposition des personnes fragiles, aux difficultés physiques, mentales et ou économiques (chômage par exemple) etc (Moigne, 2010).

L'avancée de la médecine et des traitements face aux affections chroniques ou évolutives et l'augmentation croissante de l'espérance de vie a donné toute son importance au concept de « qualité de vie ». Pour évaluer l'efficacité des soins, les médecins sont amenés à utiliser des indicateurs de mesure de qualité de vie, mais aussi pour comparer plusieurs états dans les cas, par exemple, d'affections chroniques sans guérison possible. Mais à l'échelle planétaire aussi, la mondialisation engendre une plus grande compétitivité internationale et donc le besoin pour tous les pays d'améliorer la qualité de vie de leurs concitoyens dans le but de favoriser un meilleur climat social, économique et politique de leur pays.

La qualité de vie est souvent confondue avec d'autres termes qui lui sont proches comme l'utilité et le bien-être. D'un point de vue socio-économique, la qualité de vie peut être mesurée via l'indicateur de développement humain (IDH), indice composite créé par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) en 1990. L'IDH mesure le niveau moyen de développement humain atteint dans un pays donné, sous trois aspects essentiels : santé et longévité, accès à l'instruction et niveau de vie décent.

## I.2. Définitions de l'OMS

C'est en 1993 que l'OMS définissait « la qualité de vie » comme étant :

« La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. ».

Cette définition prend en considération une nouvelle donnée, depuis la définition de la santé en 1948 : la subjectivité. En effet la qualité de vie d'un individu est définie grâce à sa perception, variable personnelle et environnement-dépendante. Elle intègre le caractère unique de chacun et s'appuie sur la singularité de chaque personne. On ne s'intéresse plus à la « bonne santé » pour tous mais à la « qualité de vie » de chacun, une évaluation personnelle subjective dans un contexte plus individualiste, au cas par cas.

Force est de constater que l'homme vit de plus en plus longtemps et cela dans tous les pays du monde, qu'ils soient développés ou en voie de l'être, mais contrairement à ce que l'on s'imagine généralement, très peu de données montrent que les personnes vieillissent aujourd'hui en meilleure santé que celles des générations précédentes à leur âge.

D'après le rapport mondial sur le vieillissement et la santé publié en Septembre 2015 par l'OMS ; certaines personnes âgées vivent plus longtemps et en meilleure santé mais elles appartiennent souvent à des classes sociales favorisées. « Les personnes âgées de milieux défavorisés, qui vivent dans des pays pauvres, qui ont le moins de perspectives et le moins de ressources sont également celles qui seront probablement en plus mauvaise santé et qui auront les besoins les plus grands ».

« La santé bucco-dentaire est essentielle pour l'état général et la qualité de la vie orale mais aussi générale du patient. Elle se caractérise par l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie (affection touchant les gencives), de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial. » (OMS,2007).

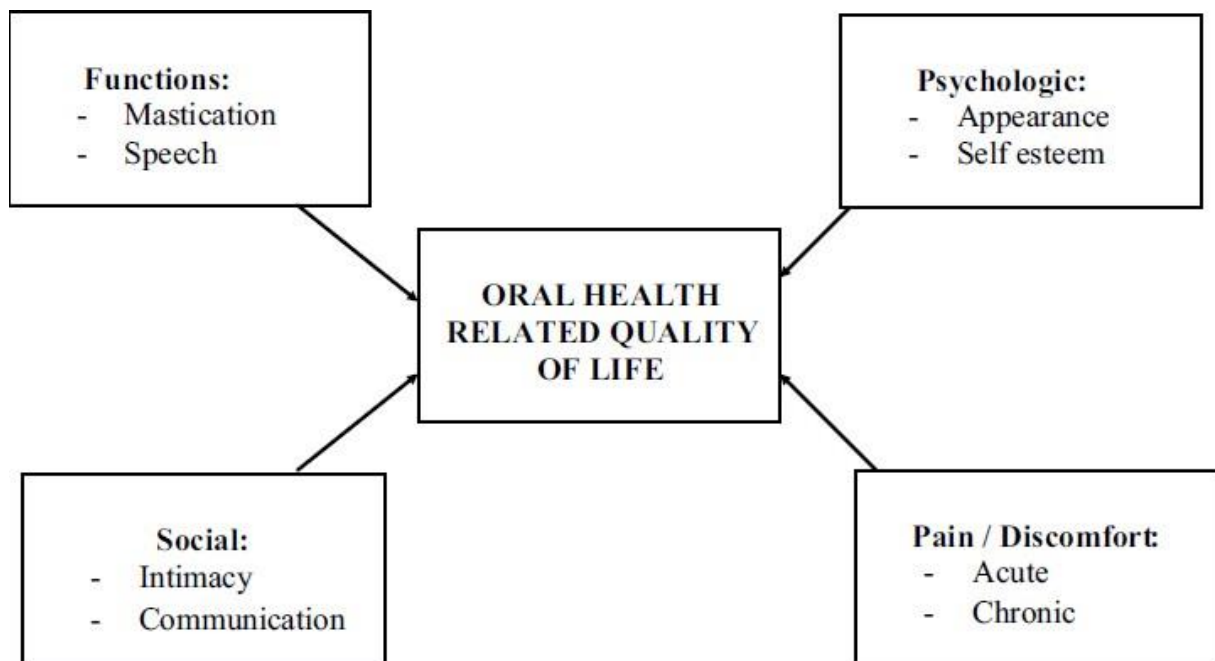
### I.3. Qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire

Le concept de qualité de vie s'applique aussi à la santé bucco-dentaire. On parle de qualité de vie liée à la santé orale (Oral Health Related Quality of Life : OHRQoL).

L'intérêt pour la qualité de vie est assez récent en odontologie ; plusieurs indicateurs de qualité de vie orale spécifiques ont été développés.

C'est en 1986 que le premier questionnaire était publié par Cushing et Al. En 1992 ce concept était étoffé par Gift et Redford qui avaient montré qu'il existe des associations évidentes entre santé orale, santé générale et qualité de vie. En effet leurs études ont fait ressortir le lien entre les douleurs, gênes et dysfonctionnements de la sphère orale et une diminution des activités de la vie courante et donc qualité de vie générale du patient.

D'après Inglehart et al. (2002), la qualité de vie orale se définit par l'association de facteurs : fonctionnels (les capacités masticatoires et la diction), psychologiques (l'apparence et l'estime de soi), sociaux (les interactions sociales avec les autres) et l'expérience à la douleur et l'inconfort (gêne, douleurs aiguë et chronique) (Fig. 3).



*Figure 3 : Les principales composantes de la santé orale liées à la qualité de vie*

Source : Inglehart et Al., 2002

Il existe aujourd'hui peu d'études de la qualité de vie reliée à la santé bucco-dentaire. Étant une notion subjective, elle ne peut se mesurer qu'au moyen de questionnaires spécifiques de recensement des conditions cliniques de santé bucco-dentaires.

#### I.4. Particularités des patients en EHPAD

Conséquences du vieillissement : Les personnes âgées dépendantes vivant en institutions sont fréquemment atteintes de pathologies diverses, souvent associées à la vieillesse. Parmi les affections les plus observées, on peut noter les troubles cognitifs, souvent à l'origine de leur institutionnalisation, comme la maladie d'Alzheimer, démence la plus fréquente en France ou les syndromes confusionnels. Ces affections nous concernent particulièrement chirurgiens-dentistes car les patients qui en sont atteints vont avoir tendance à délaisser l'hygiène bucco-dentaire et les traitements mis en place pour traiter ces maladies favorisent l'hyposialie (Petersen PE,2005).

Autre affection dont la prévalence est très élevée chez cette population : le diabète. Les conséquences au niveau bucco-dentaire vont s'observer sur le parodonte. En effet, selon une méta-analyse publiée en 2006 et incluant 23 études, les diabétiques présentent une augmentation de la sévérité des gingivites et des parodontites par rapport à des non-diabétiques (Khader YS et al., 2006). D'après Sandberg et al., comparativement à une population non diabétique, un sujet porteur d'un diabète de type 2 présente un risque trois fois supérieur d'être atteint de parodontite. Mais cette corrélation est réciproque, ainsi, le diabète est bien un facteur de risque de maladies parodontales mais la présence de maladie parodontale non stabilisée peut avoir des conséquences sur la régulation de la glycémie.

Le vieillissement s'accompagne inéluctablement d'un vieillissement bucco-dentaire. En effet, physiologiquement on assiste à la sénescence des tissus dentaires et parodontaux. Au niveau du parodonte, on observe une migration de l'attache épithéliale vers l'apex de la dent et une fonte osseuse, accentuée très souvent par la perte d'une ou plusieurs dents.

Avec le temps l'organe dentaire va voir sa substance modifiée par l'usure, on peut observer des pertes d'émail laissant apparaître une dentine sclérotique qui fragilise la dent. En parallèle, on assiste à une oblitération partielle ou totale du complexe canalaire responsable de l'innervation et véhicule des sensations thermiques. Ces phénomènes évoluent alors sans



symptomatologie et c'est la nécrose entraînant la formation d'un granulome apicale qui peut être douloureuse.

On note aussi des changements dans la composition et le flux salivaires. Les glandes salivaires s'atrophient de manière physiologique et ce phénomène peut aussi s'aggraver par la prise de certains médicaments (psychotropes, antihypertenseurs, diurétiques, anticholinergiques, antihistaminiques...) ou par la déshydratation, symptôme fréquemment observé chez les personnes âgées.

La combinaison de ces trois phénomènes, augmente la prévalence de lésions carieuses radiculaires pouvant être la porte d'entrée d'infections.

Les muqueuses buccales sont impactées à deux niveaux. Premièrement, la perte des bourgeons du goût et deuxièmement leur structure se fragilise. Elles s'affinent, entraînant plus de sensibilités à la mastication et rendant le port des prothèses inconfortables. Ce faisant, l'alimentation devient difficile car source de douleurs. De plus l'édentement entraîne une diminution de la fonction masticatrice. Associés à l'altération du goût, ces phénomènes peuvent entraîner perte d'appétence et dénutrition.

## **II. Indicateurs de mesure de la qualité de vie utilisés chez les personnes âgées**

L'évaluation de la qualité de vie résulte en grande partie de l'impression que les patients en ont. Pour la mesurer, on peut alors avoir recours à des outils ou indicateurs de mesure sous forme de questionnaires.

Ces outils sont fabriqués selon un long processus de plusieurs événements successifs ou imbriqués les uns aux autres (Fig. 4). Dans un premier temps il faut définir les concepts et domaines utiles aux patients et élaborer un cadre conceptuel. Déterminer la population concernée et formuler une hypothèse sur les relations attendues. (i)

Puis on peut alors créer l'indicateur (ii), générer les items, choisir le mode d'administration, la période évaluée, et les types de réponses ; le tester auprès des patients et l'affiner.

En parallèle (iii) on valide l'indicateur, sa fiabilité, sa sensibilité au changement ; on peut aussi ajouter, retirer ou modifier des items. On finalise le format de l'indicateur et détermine la méthode de calcul des scores.

Enfin il est toujours possible de modifier l'indicateur (iv) en changeant le domaine d'application, la population visée, les concepts mesurés ou la méthode d'utilisation.

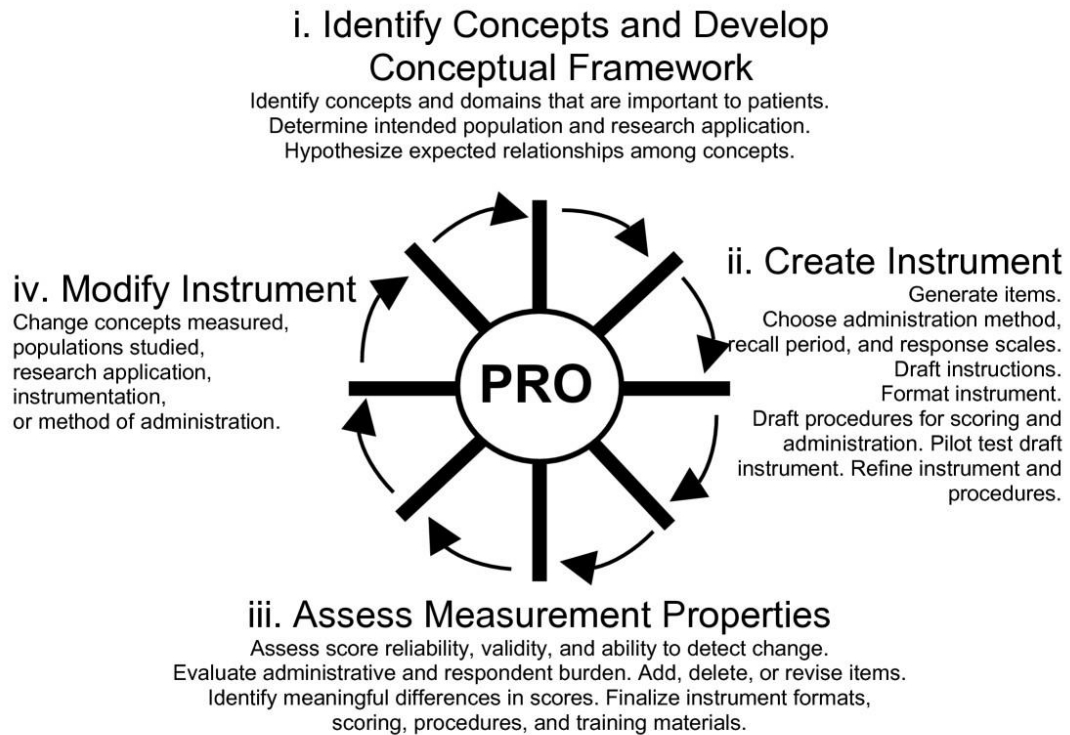


Figure 4 : Le processus de développement et modification d'un indicateur de mesure de la qualité de vie

Source: « The PRO instrument development and modification process » FDA (U.S. Food and Drugs Administration)

Le but des indicateurs de mesure de la qualité de vie est de transposer une donnée qualitative ; la qualité de vie, en résultats quantitatifs pour effectuer des comparaisons entre plusieurs moments, ou déterminer le meilleur traitement entre plusieurs en termes de bien être par exemple ou encore de quantifier l'impact de certaines maladies pour ensuite tenter d'améliorer le bien-être et la satisfaction des patients.

En odontologie il existe de nombreux indicateurs de la qualité de vie sous forme d'échelles ou questionnaires ; on distingue les indicateurs génériques et les indicateurs spécifiques.

## II.1. Indicateurs de mesure de qualité de vie génériques – quelques indicateurs

Les indicateurs génériques peuvent être utilisés dans différentes populations (sujets malades ou sains). Ils ont été construits de telle sorte qu'ils permettent de comparer la qualité de vie de sujets présentant des pathologies différentes, d'évaluer la santé générale d'une population sans affection particulière ou tout simplement de comparer l'état de santé d'un patient dans plusieurs situations. Ils peuvent de ce fait être utilisés dans quasiment toutes les situations cliniques et analysent la qualité de vie liée à la santé dans son ensemble. En contrepartie, ayant un spectre très large, les indicateurs génériques sont moins précis et contiennent ainsi plusieurs questions de faible pertinence pour l'évaluation de conditions précises. Ils sont aussi moins sensibles au changement apporté par une intervention médicale.

### II.1.1. Les échelles SF-36 et SF-12

Le « Medical Outcome Study (MOS)-36 items Short form » (SF-36) est un questionnaire composé de 36 items à partir du « MOS », questionnaire de 149 items. Mis au point en 1992 par Ware & Sherbourne ce questionnaire a été traduit et validé en français en 1998 (Ware & Gandek, 1998).

Largement utilisé, cet indicateur a fait l'objet d'études de validations approfondies, et peut sans doute être considéré comme l'indicateur de ce type le plus valide actuellement disponible (McHorney, Ware & Raczek, 1993). En effet, SF-36 est actuellement disponible dans plus de 170 traductions.

Il permet d'évaluer la qualité de vie générale de n'importe quelle population à travers huit dimensions (activité physique, limites liées à l'activité physique, douleurs physiques, santé perçue, vitalité, vie et relations avec les autres, santé psychique, limites liées à l'état psychique).

L'évaluation de l'état de santé porte sur le mois écoulé à l'aide d'un score établi à partir de réponses proposées. Dans deux dimensions, la réponse se fait de manière binaire (oui/non) et dans les six autres de manière qualitative ordinale (3 à 6 réponses possibles). Les huit dimensions ont été regroupées en 2 domaines : un score physique complexe (physical composite score : PCS) et un score psychique complexe (mental composite score : MCS).

Les scores peuvent aller de 0 à 100, ceux supérieurs à 50 représentant un état de santé supérieur à la moyenne et ceux tendant vers 100 indiquent une meilleure qualité de vie.

Le SF-12 (annexe 1), traduit en Français en 1998 par Leplège (Ware, Kosinski & Keller, 1996) est une version abrégée du SF-36. Cette version, plus courte donc plus pratique à utiliser, présente l'avantage de synthétiser les items du premier questionnaire tout en gardant les qualités de celui-ci.

### II.1.2. WHOQOL 100 et WHOQOL bref

Un peu sur le même modèle des questionnaires SF-36 et SF-12, le questionnaire WHOQOL (World Health Organization Quality Of Life )100 possède aussi sa version abrégée le WHOQOL-BREF aussi appelée WHOQOL-26.

Le WHOQOL -100 est un auto-questionnaire. Il comporte 100 questions réparties en 6 domaines (santé psychique, santé physique, niveau d'autonomie, relations sociales, environnement et spiritualité).

Avec 26 items, Le WHOQOL-BREF (Baumann C, 2010) a été développé en tant que questionnaire générique sur la qualité de vie et n'est donc pas limité à des domaines d'utilisation spécifique. Il ne comprend plus que 4 des 6 domaines initiaux à savoir : santé physique, bien-être psychique, relations sociales et environnement.

La réponse aux items se fait avec une échelle à cinq niveaux (pas du tout, plutôt non, à peu près, la plupart du temps et complètement). Le WHOQOL-100 a été appuyé très largement sur le plan international et existe dans près de 15 langues. Il est validé et fiable. Le WHOQOL-bref quant à lui n'a pas encore été validé en français.

### II.1.3. L'indicateur de santé perpétuelle de Nottingham : ISPN ou NHP (Nottingham Health Profile)

Cet indicateur a été validé en français en 1990 (Bucquet D, Condon S, Ritchie K, 1990), il se présente sous la forme d'un auto-questionnaire de 38 items auxquels le patient répond par « oui » ou par « non » (on compte 1 point par réponse positive et 0 point par réponse négative).

Les 38 items sont répartis en 6 dimensions : mobilité (8 items), isolement social (5 items), douleur (8 items), réactions émotionnelles (9 items), énergie (3 items) et sommeil

(5 items). Chaque item est affecté d'un coefficient dont la somme des items de chaque dimension vaut 100.

On obtient alors par individu un pourcentage de 0 à 100 pour chacune des 6 rubriques traduisant son degré de difficulté perçue. Plus le score est élevé, plus le nombre et la sévérité perçue des problèmes sont importants.

Le NHP dans sa version française est considéré comme suffisamment validé (Pouchot J et Al., 1996) pour donner des indications reproductibles sur les altérations de la santé perçue et pour permettre des comparaisons internationales.

## II.2. Indicateurs de mesure de qualité de vie spécifiques – quelques indicateurs spécifiques aux personnes âgées

Les indicateurs spécifiques, quant à eux, ciblent soit une population précise, soit une pathologie bien définie (pour quantifier la perception d'un patient par rapport à un problème de santé spécifique), soit un symptôme particulier.

Ces indicateurs sont élaborés de manière à pouvoir évaluer en précision la perception des patients affligés d'une certaine condition ciblée. Tous les items, ou presque, sont en rapport étroit avec la condition médicale ciblée. Ce type d'indicateur possède le désavantage de ne pas pouvoir être utilisé dans une étude comparant un groupe malade à un groupe sain. Tout simplement car les patients sains ne peuvent pas donner leur perception par rapport aux problèmes apportés par une maladie qu'ils n'ont pas. Ils sont plus sensibles au changement que les questionnaires génériques. De plus ils ont une grande validité et donnent une grande spécificité.

### II.2.1. WHOQOL-OLD

Le questionnaire WHOQOL-OLD (Power M et Al, 2005 ; Leplège A et Al, 2013), mis au point dans le cadre d'un projet international sous l'égide de l'OMS avec le soutien de l'Union européenne, est destiné à compléter le questionnaire de qualité de vie générique WHOQOL-BREF.

Il comporte 24 questions regroupées en six dimensions : capacités sensorielles, autonomie, activités, participation sociale, relations intimes et relation à la mort. Cet auto-questionnaire possède la spécificité de ne s'adresser qu'aux individus de plus de 60 ans.

Chaque question propose 5 réponses au choix : pas du tout, un peu, modérément, beaucoup et énormément ou extrêmement.

### II.2.2. « Older people's quality of life »: OPQOL

Le OPQOL (Bowling A, 2009) compte 35 items concernant : la vie en générale (4 items), la santé (4 items), les relations sociales (8 items), l'indépendance, le contrôle de sa vie, la liberté (5 items), l'environnement : maison et voisinage (4 items), le bien-être psychologique et émotionnel (4 items), les conditions financières (4 items) et la culture et religion (2 items).

Les items sont formulés par des affirmations auxquelles le patient est invité à répondre entre 5 propositions allant de « tout à fait d'accord » à « complètement pas d'accord ». Ce questionnaire possède aussi sa version courte, de 13 items, le OPQOL-bref modifié par Bowling en 2013.

## II.3. Indicateurs de mesure de qualité de vie spécifiques – quelques indicateurs spécifiques à la santé bucco-dentaire des personnes âgées

### II.3.1. OHIP

Développé en 1994 par Slade et Spencer, l'OHIP (Oral Health Impact Profile) est un indicateur de mesure conçu afin évaluer l'impact des problèmes bucco-dentaires relativement au bien-être fonctionnel, psychologique et social des adultes. Cette mesure comprend 49 questions séparées en 7 domaines appelés : limitation fonctionnelle, douleur, manque de confort psychologique, incapacité physique, incapacité sociale et handicap.

Les patients sont invités à répondre aux questions par des réponses allant de « toujours » à « jamais » (choix entre 6 propositions). À chaque proposition est associée une valeur de 1 à 6 (1 pour jamais, 6 pour toujours). Le score est obtenu en additionnant les réponses des impacts négatifs à travers les 49 items.

Plus la note globale obtenue est élevée, moins la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire des sujets est bonne.

L'indicateur OHIP a été validé en français canadien en 1999 (Allison & al., 1999) (annexe 2).

À l'instar des autres indicateurs de mesure, des versions courtes d'OHIP ont émergé (Minbar, 2002). Une version courte comprenant seulement 14 des 49 questions originales a été mise au point par Slade en 1997. Mais du fait du retrait d'un grand nombre de questions, des doutes quant à la validité de cette version ont été rapportés (Awad M, Muneera A et Al., 2008). Locker et Allen (2002) ont mis au point une version à 19 questions validée car elle mesure avec autant de précision le questionnaire original. Une 20<sup>ème</sup> question a ensuite été ajoutée par McGill pour évaluer l'effet de la condition buccale sur l'alimentation des sujets.

### II.3.2. GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index)

Le questionnaire GOHAI (annexe 3) a été développé aux Etats-Unis en 1990 par Atchison et al. Il a ensuite été traduit et validé dans plusieurs pays et également en français par Tubert-Jeannin et Al. en 2003.

Il comporte 12 items qui évaluent 3 fonctions :

- les fonctions physiques (mastication, phonation et déglutition) - les fonctions psycho-sociales (insatisfaction de soi, soucis ou préoccupations liées à une dégradation de la santé buccodentaire, limitations des rapports sociaux) - la douleur ou l'inconfort (utilisation de médicaments pour soulager la douleur ou l'inconfort oral).

À chaque question correspond 1 réponse cotée de 1 à 5 (5=jamais, 4=rarement, 3=parfois, 2= souvent, 1= toujours). La somme des réponses du GOHAI varie de 12 (mauvais score) à 60 (excellent score).

Le GOHAI est un questionnaire de mesure de l'impact de l'état de santé orale sur la qualité de vie des personnes âgées. Tubert-Jeannin et al, ont trouvé qu'il y avait des relations statistiquement significatives entre le GOHAI et les mesures cliniques. Ils ont trouvé que le GOHAI est fiable et valide pour être utilisé auprès des personnes âgées en France. Atchison et Dolan ont conçu le GOHAI en tant qu'outil d'évaluation pour estimer la santé bucco-dentaire d'un échantillon de 1755 personnes âgées institutionnalisées. Ils ont démontré que le fait d'avoir moins de dents, porter un appareil amovible ou de ressentir un besoin de soins bucco-dentaires étaient fortement associés à un faible score GOHAI. Les interrogés plus instruits, au ménage ayant un revenu annuel plus élevé étaient plus susceptibles d'avoir un score élevé.

### III. Étude

#### III.1. Objectifs

Les objectifs de notre étude étaient de :

- estimer l'état de santé orale déclaré des personnes âgées vivant dans deux EHPAD du groupe Korian à Paris,
- d'identifier les difficultés rencontrées par les résidents concernant leur alimentation, la phonation, l'estime de soi, les douleurs ou gênes ressenties, les relations sociales
- et d'évaluer l'impact de leur état de santé orale sur la qualité de leur vie.

#### III.2. Matériel et Méthode

Le questionnaire choisi pour être utilisé dans cette étude est le « Geriatric Oral Health Assessment Index » (GOHAI). Ce questionnaire a été choisi pour sa capacité à mesurer l'impact de l'état de santé bucco-dentaire (fonctions physiques, psychosociales, la douleur et l'inconfort) sur la qualité de vie des personnes âgées.

Les 12 items évaluent les dimensions de :

- fonctionnement physique (manger, parler, avaler)
- fonctionnement psycho-social (inquiétude, préoccupation, insatisfaction concernant la santé orale, l'apparence des dents) ;
- autoconscience concernant la santé orale (éviter les contacts avec les autres à cause des problèmes dentaires et d'appareils dentaires)
- douleur et inconfort (utilisation de médicament pour soulager la douleur, inconfort bucco-dentaire)

Étaient considérés uniquement les événements qui se sont passés les trois derniers mois précédant l'enquête.

Les réponses étaient évaluées selon l'échelle à 5 scores étalés de 1 à 5 (jamais (score 5), rarement (score 4), parfois (score 3), souvent (score 2) et toujours (score 1)).

Calcul des scores : l'échelle des scores était obtenue en additionnant tous les scores des items. Le Score global pour chaque répondant peut s'étendre de 12 à 60.



Interprétation : une valeur faible indique un impact plus élevé des problèmes de santé orale sur la qualité de vie. Un score élevé indique un impact faible.

### III.2.1. Lieu de l'étude

L'étude a été menée dans deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe Korian.

Le premier, Korian « Les Terrasses du XXème » est un EHPAD situé dans le 20<sup>ème</sup> arrondissement de Paris ; il accueille 60 résidents répartis en 5 unités de 12. Les pensionnaires sont suivis par un médecin coordinateur qui supervise la cohérence du parcours de soins et une infirmière coordinatrice, en relation avec le médecin traitant du résident.

Le deuxième, Korian « Les Arcades » est situé dans le 12<sup>ème</sup> arrondissement de Paris ; il a une plus grande capacité d'accueil, compte au maximum une centaine de pensionnaires et possède deux unités de vie distinctes. La première pour les courts ou longs séjours des personnes âgées autonomes ou dépendantes et la deuxième, sécurisée et plus médicalisée pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles apparentés.

Des professionnels extérieurs libéraux (dentiste, kinésithérapeute, podologue...) peuvent être amenés à intervenir dans ces établissements.



*Figure 5 : Entrée de l'établissement Korian « Les Arcades »*

Source : [www.korian.fr](http://www.korian.fr)

### III.2.2. Population étudiée

Les données analysées dans l'étude proviennent d'un échantillon de 30 sujets, hommes et femmes, résidents de l'un ou l'autre des deux établissements choisis.

#### *Critères d'inclusion :*

Pour pouvoir participer à l'étude les participants devaient :

- Etre résident d'un des deux EHPAD
- Donner leur accord et signer un consentement pour faire partie de l'étude
- Etre capable de comprendre et répondre aux questions

#### *Critères d'exclusion :*

Les résidents présentant un ou plusieurs des critères ci-dessous n'ont pas été retenus pour cette étude :

- Mauvaise compréhension du français
- Incapacité à répondre aux questions
- Refus de donner leur consentement

### III.3. Recueil des données

Avant d'interroger les pensionnaires, un premier entretien avec le directeur, la psychologue et le cadre de soins de chaque établissement était nécessaire pour déterminer les conditions de réalisation de l'enquête.

Lors de cette première rencontre, nous avons abordé le contenu du questionnaire et du niveau de compréhension nécessaire pour pouvoir y répondre. Cet échange, aura permis à l'équipe soignante de dresser une liste de participants potentiellement « capables » de répondre.

Une lettre d'information de l'étude de 2 pages (annexe 4) a été rédigée à l'attention de ces personnes. Elle expliquait le but de l'étude, les modalités de participation, le bénéfice attendu, les inconvénients et risques, respect de la confidentialité lors de cette étude.

Une des conditions de participation donnait la possibilité de pouvoir quitter l'étude en toute liberté à n'importe quel moment. Étant précisé que, dans cette hypothèse, la destruction des résultats une fois le questionnaire complété, était impossible de par le caractère anonyme.

Cette lettre leur a été lue à voix haute pour initier une discussion et introduire un échange. Elle était accompagnée d'une feuille de consentement destinée à recueillir la signature du participant et du responsable de l'étude.

Une fois le consentement obtenu, un entretien individuel avec chacun des pensionnaires soit lors d'un rendez-vous programmé lors de la première rencontre soit directement après la signature du consentement, a été menée.

Les entretiens se sont déroulés pour la grande majorité en tête à tête, en parfaite confidentialité, et confortablement installés, dans leur chambre.

La première partie consistait à recueillir les données sociodémographiques (annexe 5), habitudes de soins et autoévaluation de la santé. La deuxième partie de l'entretien consistait à répondre aux douze questions à cinq choix (jamais, rarement, parfois, souvent, toujours) qui composent le questionnaire GOHAI (annexe 3).

### III.4. Méthode d'analyse statistique

Les données ont été traitées avec le logiciel Excell de Microsoft et analysées avec SPSS en se basant sur des statistiques descriptives. Les moyennes des scores étaient comparées en utilisant le test de Student. Le seuil de signification sera fixé à  $p < 0,05$ .

## IV. Résultats

### IV.1. L'analyse de la population

#### IV.1.1. Les données sociodémographiques

Les résultats obtenus concernent un échantillon final de 30 personnes dont 20 femmes et 10 hommes (66,7 % / 33,3 %) d'âge moyen de 82,73 ans  $\pm$  5,85. L'âge des participants variait de 72 à 93 ans.

Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes, montrant une bonne représentativité car classiquement, ce même rapport homme/femme est observé dans les populations de ce groupe d'âge en France.

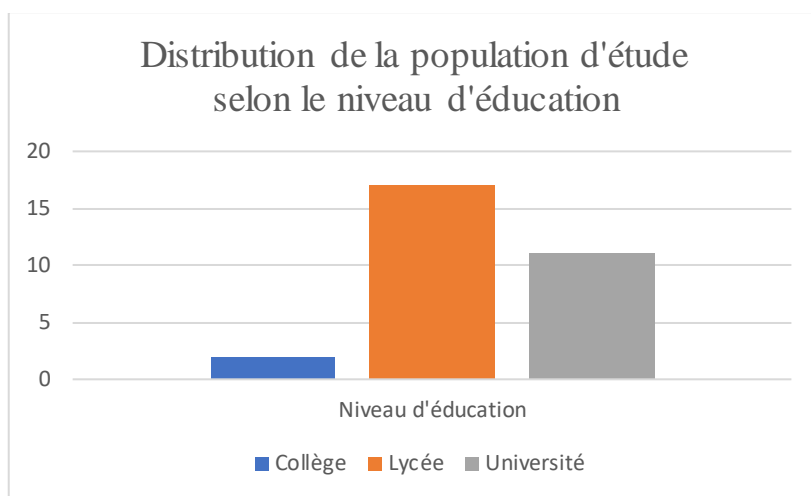


Figure 6 : Distribution de la population d'étude selon le niveau d'éducation

La majorité des répondants avait poursuivi leurs études jusqu'au lycée (56,7 %) et avait suivi une formation universitaire (36,7 %) (Tableau 9 en annexe 6).

	Fréquence	Pourcentage
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	6	20,0
Cadres et professions supérieures	4	13,3
Profession intermédiaires	4	13,3
Employés	14	46,7
Autres personnes sans activité professionnelles	2	6,7
Total	30	100,0

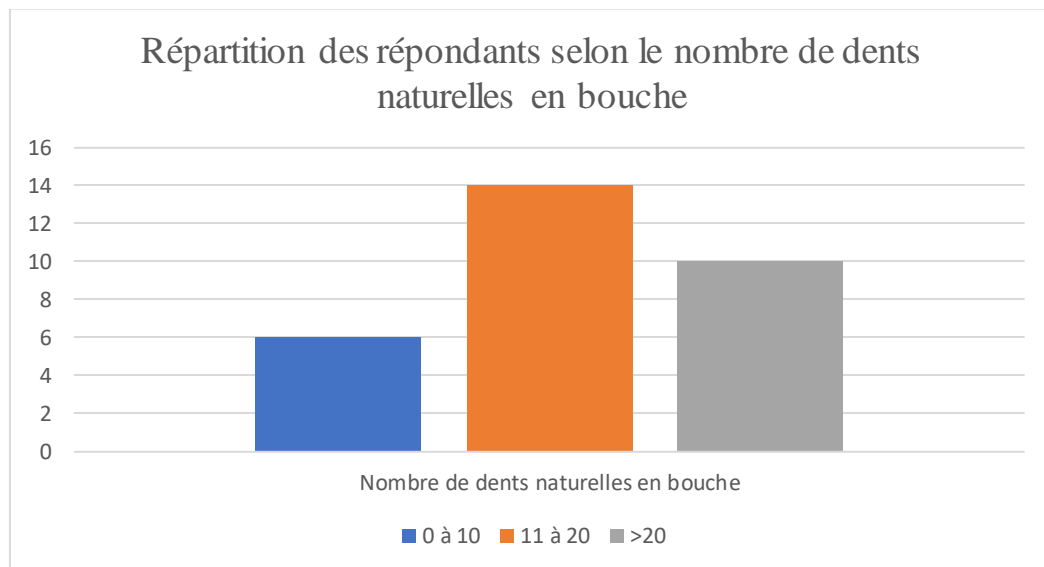
Tableau 1 : Répartition de la population d'étude selon la catégorie socio-professionnelle

#### IV.1.2. Affiliation à la sécurité sociale et à une mutuelle :

La totalité des répondants a déclaré être affiliée à une assurance maladie donc en possession d'une carte vitale, aucun n'était bénéficiaire de la CMU. Tous avaient répondu avoir une assurance complémentaire à l'exception d'un seul participant.

#### IV.2. L'état de santé bucco-dentaire perçu

À la question « combien de dents naturelles avez-vous en bouche ? » la répartition des réponses observée est la suivante (Fig. 7). Plus de la moitié pensait avoir entre 11 et 20 dents naturelles en bouche (Tableau 10 en annexe 6).



*Figure 7 : Répartition de répondants selon le nombre de dents naturelles en bouche*

Aux questions « avez-vous de fausses dents ? si oui combien ? » les réponses étaient réparties comme suit (Fig. 8) : près de 77 % des répondants avait rapporté avoir de fausses dents (Tableau 11 en annexe 6).

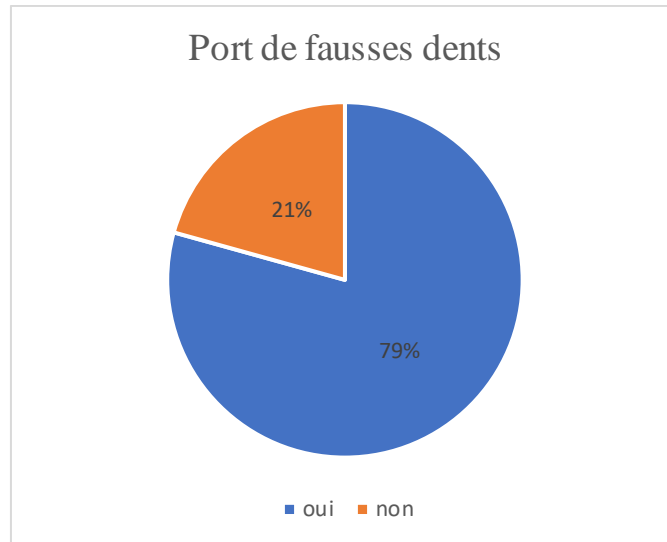


Figure 8 : Répartition des répondants selon le port ou non de fausses dents

D'après ces résultats, une très large majorité (76,7 %) avait rapporté porter de fausses dents ou d'avoir en bouche des prothèses.

#### IV.3. Les habitudes de soins dentaires

Tous les pensionnaires interrogés avaient déjà été au moins une fois chez le dentiste (Fig. 9), 70 % n'y avaient pas été depuis plus d'un an (Tableau 12 en annexe 6).

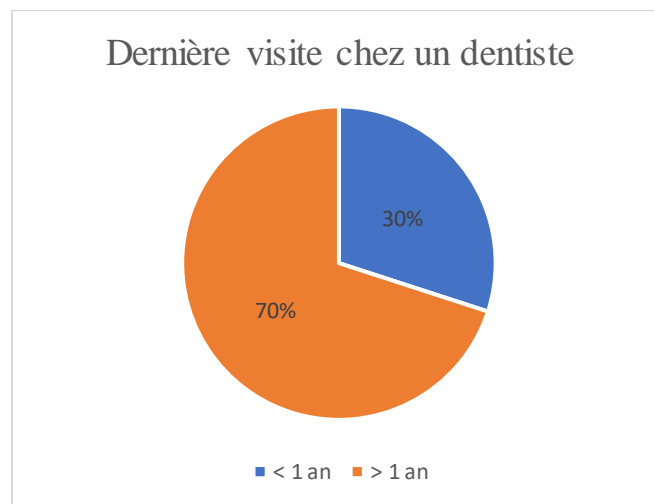


Figure 9 : Distribution selon la fréquence de visites effectuées chez le dentiste

D'après les résultats (Fig. 10), un peu moins de la moitié avait été chez un dentiste pour un rendez-vous de contrôle. Les traitements dentaires (suite de soins) constituaient la deuxième raison de visite chez un dentiste et 16,7 % consultaient pour douleur dentaire (consultation d'urgence) (Tableau 13 en annexe 6).

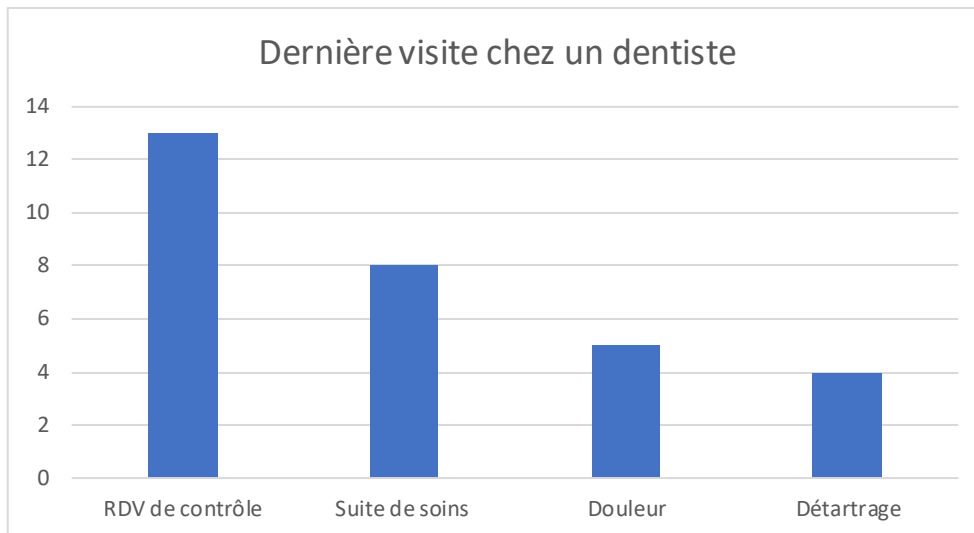


Figure 10 : Les raisons de dernière visite chez un dentiste

À la question « pensez-vous avoir besoin de voir un dentiste ? » seulement 1/3 estimait avoir besoin de consulter (Fig. 11). Les deux autres tiers ne semblaient pas penser en avoir besoin (Tableau 14 en annexe 6).

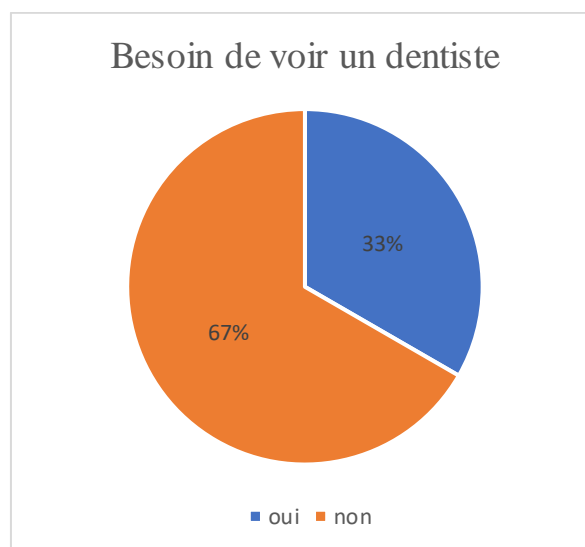


Figure 11 : Besoins exprimés de voir un dentiste

La fréquence des brossages dentaires journaliers se répartie ainsi : un seul répondant, porteur d'appareils complets bi maxillaire avait rapporté ne jamais se brosser les dents. Les 29 autres utilisaient des brosses à dent et de la pâte dentifrice pour se nettoyer les dents (Tableau 2).

Fréquence de brossage dentaire/j		Fréquence	Pourcentage
	1 fois/j	19	63,3
	Plus d'1fois/j	10	33,3
	Plus besoin	1	3,3
	Total	30	100

*Tableau 2 : Fréquence brossage dentaire*

#### IV.4. Renoncement aux soins dentaires pour cause financière

À la question « avez-vous déjà renoncé à aller voir le dentiste pour cause financière durant les douze derniers mois ? » 1 répondant sur 6 affirmait que cela avait déjà été son cas (Tableau 3).

Renonciation aux soins pour cause financière les 12 derniers mois		Fréquence	Pourcentage
	oui	5	16,7
	non	25	83,3
	Total	30	100

*Tableau 3 : Renonciation aux soins pour cause financière les 12 derniers mois*

#### IV.5. L'auto-évaluation de la santé générale

À la question « comment trouvez-vous votre santé générale ? », les répondants avaient le choix entre six propositions : excellente, très bonne, bonne, moyenne, mauvaise et très mauvaise. Aucun des extrêmes (excellente et très mauvaise) n'avait été cité. Les réponses s'organisaient comme suit (Fig. 12) : l'état général perçu était bon pour 36,7 % ; moyen pour 46,7 % et mauvais pour 16,7 % (Tableau 15 en annexe 6).



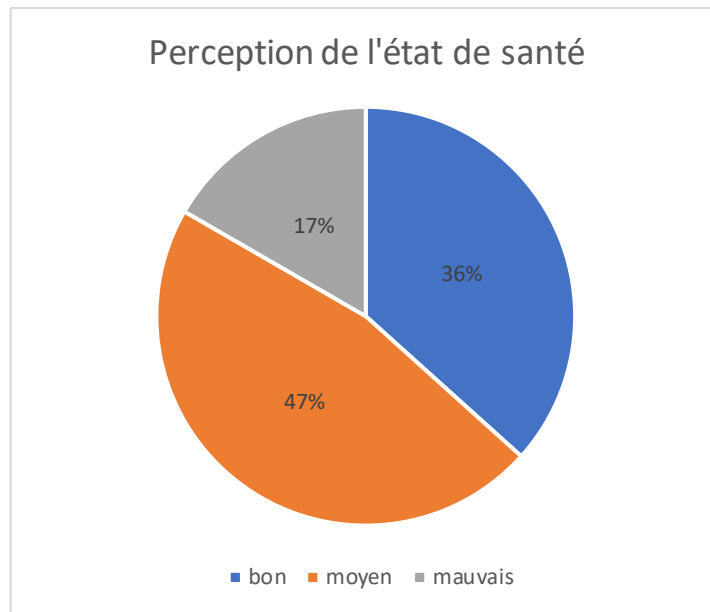


Figure 12 : Perception de l'état de santé générale

À la question « comment trouvez-vous votre santé bucco-dentaire ? », aucun n'avait répondu qu'elle était excellente mais la moitié l'estimait comme étant « moyenne », et « mauvaise » à « très mauvaise » pour 13,7 % et 6,7 % respectivement (Fig. 13) (Tableau 16 en annexe 6).

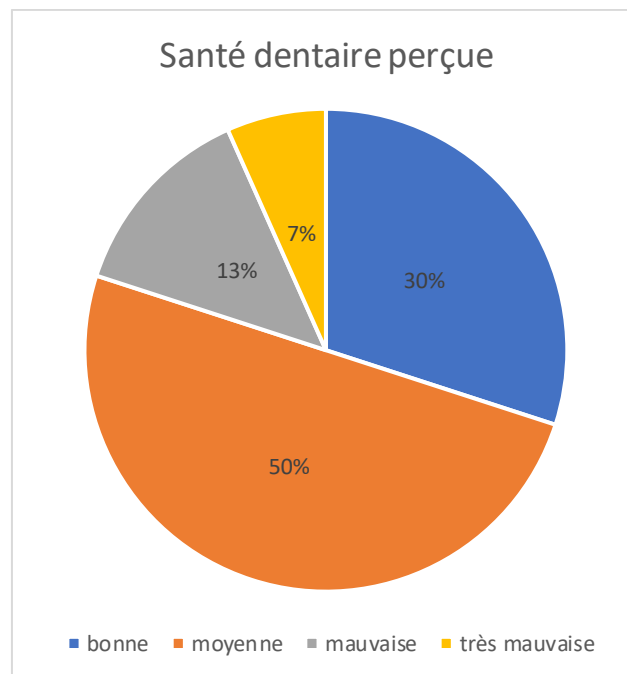


Figure 13 : Perception de l'état de santé bucco-dentaire

#### IV.6. La perception de besoins en soins bucco-dentaire

À la question « pensez-vous avoir besoin qu'on vous enlève une ou plusieurs dents ? », 90 % répondaient non et à la question « pensez-vous que vous avez besoin de soins dentaires ? » seuls 5 répondants pensaient que oui. Aucun répondant n'avait déclaré avoir besoin de soins parodontaux (Fig. 14) (Tableau 17 en annexe 6).

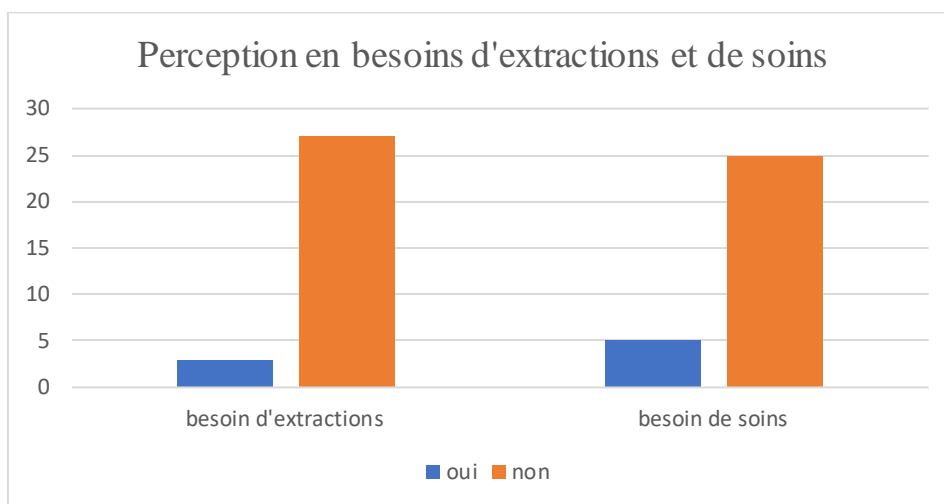


Figure 14 : Perception des besoins en extractions et soins dentaires

Ce résultat montre que les répondants étaient rares à rapporter de la douleur dentaire (jamais : 63,3 % ; rarement : 36,7 %).

Mal aux dents ces douze derniers mois		Fréquence	Pourcentage
	jamais	19	63,3
	rarement	11	36,7
	Total	30	100

Tableau 4 : Fréquence des douleurs dentaires (entre très souvent, souvent, occasionnellement, rarement et jamais) observées les douze derniers mois

#### IV.7. Mesure de la qualité de vie liée à la santé orale : résultats de l'utilisation du GOHAI

Les réponses obtenues au questionnaire ont été synthétisées sous forme d'un tableau présenté ci-après :

Ces trois derniers mois,	Jamais N ( %)	Rarement N ( %)	Parfois N ( %)	Souvent N ( %)	Toujours N ( %)
1. Avez-vous limité la quantité ou le genre d'aliments que vous mangez en raison de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires ?	16(53,3)	7(23,3)	4(13,3)		3(10,0)
2. Avez-vous eu des difficultés pour mordre ou mastiquer certains aliments durs tels que de la viande ou une pomme ?	10(33,3)	10(33,3)	3(10,0)	2 (6,7)	5(16,7)
3. Avez-vous pu avaler confortablement ?	2(6,7)	2(6,7)		8(26,7)	18(60,0)
4. Vos dents ou vos appareils dentaires vous ont-ils empêché(e) de parler comme vous le vouliez ?	28(93,3)	1(3,3)	1(3,3)		
5. Avez-vous pu manger de tout (sans ressentir une sensation d'inconfort) ?	2(6,7)	1(3,3)	4(13,3)	14(46,7)	9(30,0)
6. Avez-vous limité vos contacts avec les gens à cause de l'état de vos dents ou de vos appareils dentaires ?	22(73,3)	7(23,3)			1(3,3)
7. Avez-vous été satisfait(e) ou content(e) de l'aspect de vos dents, de vos gencives ou de vos appareils dentaires ?	1(3,3)	4(13,3)	8(26,7)	12(40)	5(16,7)
8. Avez-vous pris un (des) médicaments(s) pour soulager la douleur ou une sensation d'inconfort dans votre bouche ?	27(90)	3(10)			
9. Vos problèmes de dent, de gencive ou d'appareil dentaire vous ont-ils inquiété(e) ou préoccupé(e) ?	15(50)	11(36,7)	2(6,7)	2(6,7)	
10. 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 ?	22(73,3)	8(26,7)			
11. Avez-vous éprouvé de l'embarras pour manger devant les autres à cause de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires ?	22(73,3)	3(10)	5(16,7)		
12. Vos dents ou vos gencives ont-elles été sensibles au froid, au chaud ou aux aliments sucrés ?	26(86,7)	3(10)	1(3,3)		

*Tableau 5 : Les réponses obtenues au questionnaire*

Les résultats indiquent que certains répondants (7 %) avaient limité (parfois, souvent, toujours) la quantité ou le genre d'aliments qu'ils mangent en raison de problèmes avec leurs dents ou appareils dentaires (Q1), ou avaient des difficultés (33,4 %) à mordre ou mastiquer

certaines aliments durs tels que de la viande ou une pomme (Q2) et presque la totalité (90 %) avait rapporté manger avec une sensation d'inconfort (Q5).

Toutefois, ils étaient capables d'avaler confortablement (86,7 %) (Q3) et de parler (96,6 %) (Q4).

Aucun n'a pris de médicament pour soulager la douleur (Q8).

Peu ont limité les contacts avec les gens à cause de l'état de leurs dents ou des appareils dentaires (3,3 %) (Q6).

Seuls 26,6 % des répondants étaient satisfaits de l'aspect de leurs dents, gencives ou de leurs appareils dentaires (Q7).

13 % avaient rapporté être inquiet ou préoccupé à cause des problèmes de dents, de gencive ou d'appareils dentaires (Q9) ; 26,7 % étaient rarement gêné ou se sentaient mal à l'aise (Q10) et embarrassés (rarement, parfois) (26,7 %) (Q11) à cause des problèmes de dents et d'appareils dentaires. Et, 13,3 % avaient indiqué que leurs dents ou gencives étaient sensibles (rarement, parfois) au froid (Q12).

L'analyse des scores de qualité de vie obtenus grâce aux questionnaires GOHAI donne les résultats suivants :

Moyenne	46,7
Ecart type	2,47
Médiane	47,0
Valeur minimale	41,0
Valeur maximale	50,0
Percentile 25 <sup>ème</sup>	45,0
Percentile 75 <sup>ème</sup>	49,0

*Tableau 6 : Scores des qualités de vie*

Étant donné que l'étendue de valeurs de score global du GOHAI va de 12 à 60 ici la valeur moyenne de 46,7 (2,47), montre que l'impact de l'état de santé orale de ces répondants est faible sur leur qualité de vie. Ce score de GOHAI montre une assez bonne qualité de vie de ces personnes âgées interrogées.

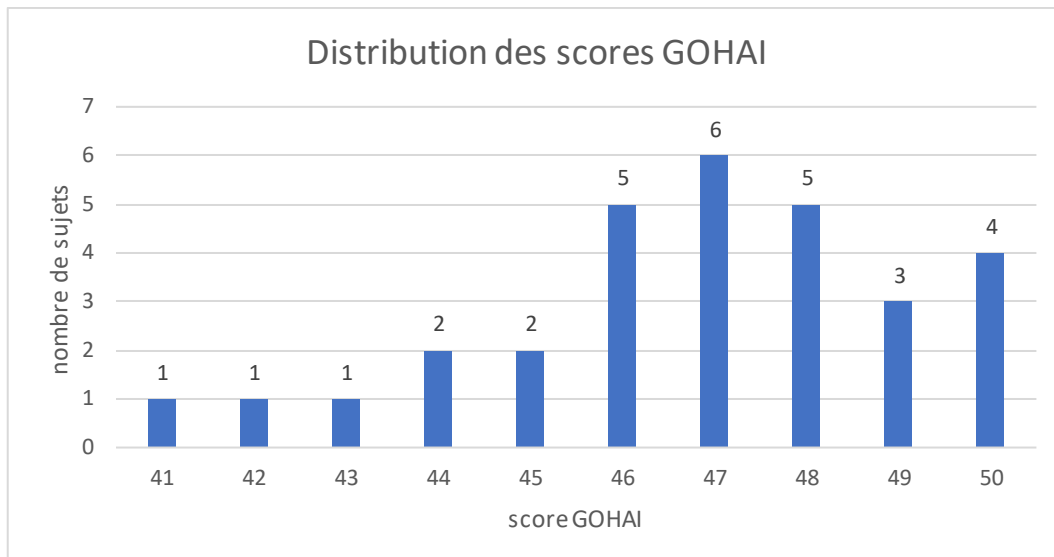


Tableau 7 : Distribution des scores de GOHAI

Nombre de dents naturelles en bouche	Score Global de GOHAI	
	Moyenne	N
Moins de 20 dents naturelles en bouche	45,9	20
20 dents et plus, naturelles en bouche	48,4	10

Tableau 8 : Impact de l'état de santé orale évaluée par le nombre de dents naturelles en bouche ( $n < 20$  dents et  $n > 20$  dents) sur la qualité de vie liée à la santé orale (Score global de GOHAI)

Malgré la qualité de vie liée à la santé orale évaluée bonne en moyenne, les personnes âgées qui avaient moins de 20 dents naturelles en bouche rapportaient toutefois une moins bonne qualité de vie comparée à celles qui en avaient plus de 20. Et la différence était statistiquement significative avec  $p < 0,05$  (Tableau 8).

## V. Discussion

Les objectifs de cette étude étaient de décrire l'état de santé orale des personnes âgées vivant dans deux EHPAD du groupe Korian à Paris, d'identifier les difficultés rencontrées par les résidents concernant leur alimentation, la phonation, l'estime de soi, les douleurs ou gênes ressenties, les relations sociales et d'évaluer l'impact de leur état de santé orale sur la qualité de leur vie.

Il s'agissait d'une étude transversale reposant sur un questionnaire spécifique évaluant la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire des personnes âgées. Celle-ci était menée lors d'entretiens individualisés, la plupart du temps, dans la chambre du résident. À l'analyse finale du questionnaire nous obtenions une variable quantitative appelée « score de qualité de vie ». Première limite observée ; le choix des participants ne s'est pas fait de manière aléatoire puisqu'une présélection a été réalisée par le personnel médical de l'EHPAD, sur leur sens clinique, basée sur la capacité des personnes à répondre au questionnaire. Ce faisant cette première sélection excluait ainsi de nombreux résidents atteints de pathologies psychiatriques tels que la démence, Alzheimer ; ceux présentant des troubles de la compréhension ou autres freins au bon déroulement de l'enquête.

L'échantillon n'est donc pas représentatif de tous les patients résidents en EHPAD mais seulement ceux « capables » de répondre. Le collectif de notre étude se compose de 20 femmes pour 10 hommes, ce qui représente 2/3 de femmes pour 1/3 d'hommes. Ce type de rapport se rapproche des résultats des études gérontologiques et reflète la proportion hommes/femmes de la population retrouvée dans les EHPAD (selon la DREES ; trois quarts des résidents d'EHPAD et maisons de retraite sont des femmes).

Nous avons eu à faire à une population plutôt instruite, près de 93 % des sujets ayant dépassé le lycée, nous sommes en droit de penser que notre population n'est pas ignorante face aux soins de base, à la nécessité de consulter son chirurgien-dentiste et à l'importance d'une bonne hygiène. Ce sentiment se confirme par le fait que tous les répondants, excepté un porteur de prothèses bi maxillaire, se brossent les dents au moins une fois par jour. Deux tiers pensaient ne pas avoir besoin d'aller consulter un dentiste, cela peut être une bonne chose si on imagine qu'ils ont conscience de ne pas ressentir ce besoin. Ou alors ils pourraient avoir développé un désintérêt de leur condition bucco-dentaire et estimer, seuls, qu'ils n'en avaient pas besoin. Ils sembleraient résignés au fait que la dégradation de leur santé orale soit un corollaire inéluctable

au vieillissement, une fatalité contre laquelle il est inutile d'espérer. De plus, le fait d'être institutionnalisé diminue de 25 % le recours au chirurgien-dentiste par rapport à une population de sujets âgés vivant à domicile de manière autonome (Thiebaut, 2013).

Un répondant sur six a affirmé avoir déjà renoncé à des soins dentaires pour raison financière. Mais des études ont démontré que ce n'est pas la principale raison de refus de soins. Chez les personnes âgées, les freins au recours aux soins dentaires observés sont (dans l'ordre) :

- la difficulté d'accès aux structures de soins : géographique, accueil spécifique,
- la difficulté de déplacement : mobilité, tierce personne, fatigue,
- les taux de remboursement des prothèses et de certains soins (parodontologie, fluoruration),
- l'absence de besoin ressenti : 78 % des personnes âgées estiment qu'une visite est inutile surtout si on est édenté.

Ils sont cependant 80 % à estimer avoir une santé bucco-dentaire « bonne » ou « moyenne ».

Nous analyserons les réponses au questionnaire sous les 3 domaines visés par le GOHAI.

## V.1. Analyse des fonctions physiques

Les cinq premiers items concernent l'alimentation, la mastication, la déglutition et la phonation.

À la première question, plus de la moitié affirme ne jamais avoir limité la quantité ou le genre d'aliments en raison de problèmes avec leurs dents ou appareils, alors que seuls 10 % disent le contraire.

Cependant lorsqu'il s'agit de difficultés à mordre ou mastiquer certains aliments les 2/3 affirment qu'ils ont déjà rencontré ce genre de difficultés dont 17 % de manière systématique.

Seulement 30 % affirment ne jamais avoir ressenti d'inconfort lors de l'alimentation et près de 7 % expriment le fait de ne jamais « pouvoir manger de tout sans ressentir une sensation d'inconfort ». Ces résultats permettent de conclure que le type d'alimentation est le réel problème.

On pourrait croire qu'avec l'âge, l'alimentation serait plus impactée que cela ; mais on comprend bien qu'en réalité c'est seulement la mastication des aliments durs qui pose problème à notre population. On note ici une importance particulière de l'ordre des questions ; en effet une subtilité réside entre les deux premières questions. La première concerne le « genre » d'aliments alors que la seconde, citant des exemples concrets (la pomme ou la viande) viennent compléter l'énoncé. On pourrait être amenés à croire qu'en présentant des difficultés à mordre ou mastiquer certains aliments, leur quantité mais surtout le genre d'aliments consommés aurait été limité. En institutions, plus d'un résident sur cinq (22,8 %) a une alimentation mixée ou molle. Plus des trois quarts (77 %) des résidents conservent une alimentation normale (Agirc-Arrco, Ufsbd. 2014).

Ajouté à cela, le problème de xérostomie assez fréquent chez les personnes âgées, explique de tels résultats (Herrmann G et al, 2017). À la question « avez-vous pu avaler confortablement ? » plus de 13 % répondent jamais ou rarement. Cette proposition a, à l'origine, été développée pour mesurer les problèmes rencontrés par les personnes atteintes de xérostomie. Nous retrouvons ici les mêmes résultats observés par Tubert-Jeannin et al. auprès de leur population d'étude âgée de 18 à 45 ans ainsi que ceux de Santucci et al. auprès de leur population d'étude âgée de 21 à 85 ans. Dans le cadre de notre étude, ces données sont faibles, comparées aux données connues aujourd'hui, on estime entre 30 à 40 % la part de personnes âgées ayant des troubles de la déglutition ou dysphagie (Puisieux et al, 2009). C'est un phénomène bien connu chez ces personnes qui, avec l'âge, perdent une partie de la motricité des organes responsables de la déglutition, ce phénomène peut aussi être aggravé en cas de pathologies pulmonaires chroniques, accidents vasculaire cérébraux... C'est un problème à prendre en considération car il peut être à l'origine de fausses routes pouvant engager le pronostic vital.

## V.2. Analyse des fonctions sociales

73 % déclarent ne jamais « avoir limité leurs contacts avec les gens à cause de l'état de leurs dents ou appareils », 23 % s'accordent à dire qu'ils le font rarement alors que 4 % ont très clairement limités ces contacts. La limitation des rapports sociaux n'est alors que rarement causée par la condition bucco-dentaire ; elle est aussi liée aux affections dont peuvent être atteints les sujets mais aussi par la croissance de l'isolement. En effet peu de résidents reçoivent de fréquentes visites de leur famille, si l'on considère l'ensemble de la parenté proche (enfants, petits-enfants, frères, sœurs et conjoint), quatre personnes hébergées sur cinq déclarent avoir



une famille proche mais 13 % de celles-ci n'ont pas gardé de contacts avec elle. Au total, 15 % de l'ensemble des résidents âgés n'ont aucun lien avec l'extérieur, même avec des parents éloignés ou des amis. La proximité géographique influe évidemment sur la fréquence des visites. En effet, près des deux tiers des enfants qui rendent visite à leur parent au moins une fois par semaine habitent la même ville. À l'inverse, 63 % de ceux qui ne viennent qu'une fois par an habitent une autre région (DREES, 2014).

Il ne ressort pas particulièrement de sentiment de gêne vis-à-vis de leur état bucco-dentaire, ils ne sont pour la plupart (74 %) jamais mal à l'aise, les autres le sont rarement. 27 % des répondants confessent cependant avoir déjà été embarrassés pour manger devant les autres (rarement ou parfois). On retrouve les mêmes résultats qu'en Chine (Wang AD, Ling Jun Q. 2011) en ce qui concerne les fonctions sociales (97,7 % déclarent ne jamais ou rarement avoir limité leurs contacts avec les gens/ 77,4 % n'ont jamais été mal à l'aise vis-à-vis de leur état bucco-dentaire.)

Dans leur étude menée auprès de deux groupes distincts (groupe A : personnes âgées indépendantes et groupe B : personnes âgées dépendantes institutionnalisées) Niesten et al (2015) ont relevé cette désirabilité sociale, dans le groupe B, qui a conduit à obtenir des scores « plus élevés ». Ces résultats s'expliquent aussi par le phénomène de « paradoxe du handicap » (« disability paradox ») qui sous-entend que malgré leur déficient état bucco-dentaire ils en ont une meilleure perception (Slade GD, Sanders AE, 2011).

Face à ce genre de questionnaire, l'attitude des participants peut influencer les résultats. Il est inconsciemment préférable de cocher un « oui » comme réponse (Kerlinger, 1964) ou de donner la réponse sensée être attendue ou désirée par l'interviewer.

Il existe plusieurs types de déformations possibles aux réponses fournies lors d'une interview utilisant des questionnaires (Mucchielli, 1996). Par exemple, par peur de se faire mal juger sur ses réponses, l'enquêté peut adopter un comportement de « façade » : atténuation des opinions, simulation, réponses stéréotypées, conformité à des attentes normatives. Comme déjà exprimé plus haut, certains peuvent trouver une question trop « personnelle » ou « délicate » et être amenés à modifier la vérité.

À la question « avez-vous été satisfait(e) ou content(e) de l'aspect de vos dents, de vos gencives ou de vos appareils dentaires ? » on observe des résultats mitigés. En effet alors que près de 17 % se disent toujours satisfaits, 40 % le sont souvent, 27 % ne le sont que parfois et les 16 % restant ne le sont rarement voire jamais. Ces résultats traduisent une perte de

satisfaction de soi de la part d'une partie des répondants ; un manque de confiance, d'estime et d'apparence physique en ce qui concerne leur état bucco-dentaire. Les autres répondants peuvent s'expliquer par l'adaptation des personnes âgées fragiles à l'inconfort oral causé par des prothèses dentaires amovibles. D'après une étude réalisée en 2014 par l'UFSBD en partenariat avec l'AGIRC et l'ARCCO auprès de 358 résidents répartis dans 13 établissements, plus de 55 % des pensionnaires sont porteurs de prothèse adjointe partielle ou totale. En 2011, une étude menée sur la satisfaction du patient et la prothèse amovible complète (Fromentin O., Slaoui Hasnaoui J., 2011) a démontré la faible corrélation entre l'évaluation de la qualité de la prothèse par le praticien et la satisfaction du patient ; la nécessité de l'accompagnement du patient après l'insertion prothétique pour une meilleure intégration psychique et fonctionnelle et l'importance du respect des préférences des patients dans la satisfaction du patient du résultat thérapeutique. Or nos résidents ne sont, pour la grande majorité, pas allés chez le dentiste depuis plus d'un an. Lors des entretiens individuels nombreux étaient ceux qui n'avaient pas le souvenir de leur dernière visite chez le dentiste. On imagine donc bien qu'avec l'avancée de l'âge entraînant une fonte osseuse aggravée par la perte de plusieurs organes dentaires, et la réalisation très certainement « ancienne » des prothèses, celles-ci ont dû perdre de leur adaptation, rétention et sustentation. De ce fait, les patients qui avaient pu être satisfaits à l'origine ne le soient plus aujourd'hui.

Avec la question « vos problèmes de dent, de gencive ou d'appareil dentaire vous ont-ils inquiété(e) ou préoccupé(e) ? » c'est sur le souci lié à la dégradation de l'état bucco-dentaire que l'on met l'accent. Alors que 50 % ne se sentent en aucun cas concernés, c'est rarement le cas pour un peu moins de 37 %, parfois pour presque 7 % et souvent pour les 7 % restants.

### V.3. Analyse des sensations douloureuses et d'inconfort

Un item interroge les participants sur des douleurs qu'ils auraient été amenés à soulager par des médicaments. 90 % n'y ont jamais eu recours, les 10 % restants ont rarement eu besoin de prendre d'antidouleurs. Nous pouvons donc penser que les douleurs ressenties ne sont pas assez fortes pour motiver la prise de médicaments ou plus simplement encore, les douleurs dentaires ne seraient pas réellement l'objet de la baisse de la qualité de vie bucco-dentaire.

La dernière question constitue une manière détournée de dépister d'éventuelles lésions carieuses. En mettant l'accent sur les sensibilités « au froid, au chaud ou aux aliments sucrés ». Presque 87 % répondent ne jamais avoir ressenti ces sensibilités, 10 % rarement et 3 % parfois.

La sénescence des tissus dentaires des personnes âgées explique l'absence de réactions douloureuses liées aux lésions carieuses. Ainsi, la pulpite (inflammation aiguë de la pulpe) n'existe quasiment pas chez ces personnes interrogées, les réactions pulpaires se présentent plutôt sous forme d'inflammation chronique. Ceci entraînant le développement de foyers infectieux à partir de dents nécrosées. Ces foyers peuvent progresser sur des périodes longues (parfois plusieurs années) sous forme de granulomes ou de kystes péri radiculaires qui évoluent aux dépens du tissu osseux. La forme de carie la plus rencontrée chez les personnes âgées reste la carie radiculaire ; caries qui se développent sur les surfaces des racines, recouvertes de ciment. Ce type de carie se développe principalement dans une bouche sèche, comme c'est bien souvent le cas pour nos résidents.

La présente étude a également démontré que le nombre de dents naturelles en bouche a un impact sur la qualité de vie de ces personnes âgées et cela, en accord avec la littérature (Wang AD, Ling Jun Q. 2011 ; Ikebe K, Hazeyama T, 2012). En effet la perte des dents naturelles affecte la diction, le sourire et l'apparence, et compromet le bon fonctionnement de la mastication, élément clé de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire. Le nombre de dents manquantes est donc un facteur prédictif significatif pour la santé bucco-dentaire. De nombreuses études ont révélé que le nombre de dents manquantes était significativement associé à la perception de la santé bucco-dentaire (Slade, 1998). Selon Steele (2004), un seuil de 20 dents est considéré comme une adéquation fonctionnelle et nutritionnelle de la dentition ; la perte de dent est fortement associée à la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire comme un impact négatif, et une dentition complète ou presque complète est associée à la meilleure qualité de vie. On notera au Brésil, un score GOHAI environ à 30 associé à des dents perdues ainsi qu'en Pologne, où le score moyen de 28,8 s'observait chez une population possédant en moyenne 6,2 dents (Rodakowska E, Mierzynska K et Al, 2014).

Plusieurs études insistent sur les difficultés rencontrées lors de la réalisation des soins d'hygiène bucco-dentaires chez les personnes âgées institutionnalisées ; en particulier quand ceux-ci sont atteints de troubles cognitifs pouvant les rendre opposants.

Les personnels soignants jouent un rôle capital dans le maintien de l'hygiène de vie satisfaisante, mais plusieurs études récentes (Simons, 2000 et Cohen, 2006) mettent en évidence le manque de spécialisation des soignants. Ils méconnaissent très souvent les protocoles d'hygiène bucco-dentaire et l'importance du maintien de la santé orale. Une des solutions

pourrait être de mettre en place des formations de ce personnel au dépistage du besoin de soins et à l'hygiène bucco-dento-prothétiques.

Dans chaque EHPAD l'équipe soignante se compose : d'une cadre de soins, d'un(e) infirmier(e), d'un(e) médecin coordinateur(trice) des soins, d'un(e) psychologue et parfois de kinésithérapeutes et podologues. Il pourrait être judicieux d'y intégrer un chirurgien-dentiste, chargé du suivi bucco-dentaire des résidents. Mais c'est au niveau du système de santé qu'il faudrait intervenir. Nous pourrions imaginer la mise en place de programmes de prévention spécifiques aux personnes âgées, un peu sur le modèle du programme M'T dents, avec dispense d'avance des frais. Ce bilan n'existe actuellement seulement pour les personnes âgées affiliées au RSI (régime social des indépendants) ou à la MSA (mutualité sociale agricole).

À l'origine, le questionnaire a été validé auprès d'un échantillon de personnes âgées instruites d'origine américaine. Atchison et Al (1998), l'ont par la suite validé chez des personnes âgées faiblement instruites, puis Tubert-Jeannin et al (2003), ont prouvé sa validité auprès de personnes plus jeunes en France.

La moyenne des scores de GOHAI de 46,7 de notre étude est en adéquation avec celles trouvées dans le nord-ouest de l'Europe et aux États-Unis : 53 en Allemagne (Niesten ,2015), 49,8 en Suède (Hagglin C, 2005), 46,4 en France (Tubert-Jeannin, 2003) et 52,5 aux États-Unis (Hassel AJ et Al, 2011). Mais elle est plus élevée que celles trouvées ailleurs dans le monde, plus particulièrement dans les pays moins développés : 17,8 en Roumanie, 32,02 en Inde, 40,9 en Jordanie (Rezaei et al, 2014). En conséquence, il semble que l'état de santé bucco-dentaire des populations d'Asie occidentale soit moins bon que celui des populations d'Europe et d'Asie de l'Est. En raison des différences culturelles, les attentes et les perceptions de l'état de santé bucco-dentaire sont différentes selon les différentes populations.

Cette étude a donc bien révélé un lien significatif entre l'auto-évaluation de la santé et la qualité de vie. Plus le niveau de satisfaction ou la perception de la santé générale est élevé plus la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire est élevée. Nos données socio-économiques recueillies suggèrent que notre échantillon est plutôt aisé financièrement (seuls 16 % ont déjà renoncé à des soins pour cause financière) et tous sauf un possèdent une assurance complémentaire. Des résultats similaires ont été obtenus dans de nombreuses études (Atchison KA, 1997 ; Allen PF, 2003) mettant en évidence un lien entre les observations cliniques et le score GOHAI. Ceci est conforme aux résultats (Tubert-Jeannin, 2003) montrant que les

populations ayant un statut socioéconomique inférieur ont eu un impact négatif plus important des conditions buccodentaires sur le fonctionnement et le bien-être.

Comme l'ont fait Locker et al. (2001), nous avons constaté que le GOHAI était en mesure de détecter les troubles buccaux ou santé bucco-dentaires altérées. C'est en raison du fait que le GOHAI donne un poids important aux limitations fonctionnelles et à la douleur ou à l'inconfort qui sont des conséquences plus immédiates et plus communes des troubles bucco-dentaires chez les adultes que les impacts psychosociaux.

## **Conclusion**

Toutes les études menées sur l'état bucco-dentaire des personnes âgées de plus de 65 ans confirment un manque d'hygiène, la prévalence de maladies parodontales, de lésions carieuses et la présence d'édentements. Nous avons cependant constaté une absence de besoin ressenti de la part de nos répondants ; à l'âge avancé les préoccupations de santé sont plutôt tournées vers la santé générale. Nous avons vu que la non consommation de soins dentaires par ces personnes était liée à de nombreux facteurs comme les pathologies liées au vieillissement, l'absence de besoin ressenti, le coût des traitements prothétiques...

Nous avons tenté, par ce travail, d'identifier les éléments influents sur la qualité de vie orale des personnes âgées institutionnalisées.

Il apparaît alors que les éléments les plus fortement liés à la bonne qualité de vie résultent du nombre plus élevé de dents naturelles présentes en bouche.

Maintenir l'état bucco-dentaire permet de conserver un coefficient masticatoire suffisant pour permettre un mode d'alimentation normale. Nous avons vu l'influence de l'alimentation sur le maintien de la qualité de vie orale. Une alimentation normale et équilibrée contribue à la bonne santé des personnes alors que la dénutrition est un facteur d'augmentation de la dépendance. L'édentement est très souvent synonyme de diminution du coefficient masticatoire. La consistance de l'alimentation doit alors être modifiée. La nourriture mixée possède l'inconvénient de stagner en bouche et ainsi d'augmenter le risque carieux.

Nous pouvons conclure alors que l'état bucco-dentaire influe sur la qualité de vie des personnes âgées. Il est nécessaire d'intégrer la prise en charge bucco-dentaire dans la prise en charge globale du patient en partenariat avec tous les professionnels de santé.

Le questionnaire GOHAI version française a permis d'évaluer la qualité de vie de ces personnes âgées liée à leur santé orale.

## Références bibliographiques

- Agirc-Arrco, Ufsbd. Santé bucco-dentaire : guide à l'usage des établissements pour personnes âgées. [Internet]. 2017. Disponible sur : <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2017/05/D-GUIDE-AGIRC-ARRCO-UFSBD-V2017.pdf>
- Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:40.
- Allison P, Locker D, Jokovic A, Slade G. A cross-cultural study of oral health values. *J Dent Res*. 1999 ;78(2) :643-649.
- Amiel M, Godefroy P, Lollivier S. Qualité de vie et bien-être vont souvent de pair. *INSEE Première*. 01 2013 ;1428.
- Association de psychologie scientifique de langue française. Symposium. La qualité de vie : approches psychologiques. Rennes : Fabien Bacro, 2014.
- Atchinson KA. The general oral health assessment index. In: Slade GD, editor. *Measuring Oral Health and Quality Of Life*. Chapel Hill : University of North Carolina; 1997. p. 79-80.
- Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*. 1990 ;54 :680-686.
- Atchison KA, Der-Martirosian C, Gift HC. Components of self-reported oral health and general health in racial and ethnic groups. *J Public Health Dent*. 1998 ;58 :301-307.
- Awad M, Muneera A, Locker D, Allen F, Feine J. Effect of reducing the number of items of the Oral Health Impact Profile on responsiveness, validity and reliability in edentulous populations. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008 ;36(1) : 12-20.
- Baumann C, Erpelding ML, Régat S, Collin JF, Briançon S. The WHOQOL-BREF Questionnaire: French adult population norms for the physical health, psychological health and social relationship dimensions. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2010 ;58(1) : 33-9
- Bennadi D, Reddy C. Oral health related quality of life, *J Int Soc Prevent Community Dent*. 2013; 3(1): 1-6.
- Bowling A. The psychometric properties of the Older People's Quality of Life questionnaire, compared with the CASP-19 and the WHOQOL-OLD. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2009 ; (298950)
- Bowling A, Hankins M, Windle G, Bilotta C, Grant R. A Short Measure of Quality of Life in Older Age: The Performance of the Brief Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL-Brief). *Arch Gerontol Geriatr*. 2013 ;1(56) : 181-87.
- Bucquet D, Condon S, Ritchie K. The French version of the Nottingham Health Profile. A comparison of Items weights with those of the source version. *Soc Sci Med*. 1990 ; 30(7) : 829-35
- Cohen C, Tabarly P, Hourcade S, Kirchner-Bianchi C, Hennequin M. Quelles réponses aux besoins en santé buccodentaire des personnes âgées en institution ? *La Presse Médicale*. 11 2006 ; 35(11) : 1639-48.
- Colloque National de Santé Publique, Union française pour la santé bucco-dentaire, et Organisation mondiale de la santé. *La santé des personnes âgées, état des lieux et perspectives : les enseignements à en tirer dans le domaine de la santé bucco-dentaire*. Paris, France : Union française pour la santé bucco-dentaire, 2004.
- Conseil international pour un progrès global de la santé, (Cancer, sida, et qualité de vie, UNESCO 15-17 janvier 1996). Jasmin C, Levy JA, Bez G. Le Plessis-Robinson, France : Synthélabo, 1996.
- Crocombe LA, Brennan DS, Slade GD. The influence of dental attendance on change in Oral Health-Related Quality of Life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012 ;40(1) : 53-61.
- Cushing AM, Sheiham A, Maizels J. Developing socio-dental indicators - the social impact of dental disease. *Community Dental Health*. 1986 ; 3(1) : 3-17.
- DREES. Projection des populations âgées dépendantes - deux méthodes d'estimation. [Internet]. 2013. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>.
- DREES. Etudes et résultats. 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. [Internet]. 2014

- Fromentin O, Slaoui Hasnaoui J. Patient satisfaction and removable complete denture. *Rev Odont Stomat.* 2011 ;40 :3-16.
- Genton P, Beaussart J. *Épilepsies : avancées médicales et sociales* : J. Libbey Eurotext, 2006.
- Gift HC, Redford M. Oral Health and the Quality of Life. *Clin Geriatr Med.* 08 1992 ; 8(3) : 673-83.
- Hagglin C, Berggren U, Lundgren J. A Swedish version of the GOHAI index. Psychometric properties and validation. *Swed Dent J.* 2005;29(3):113–24.
- Hassel AJ, Danner D, Schmitt M, Nitschke I, Rammelsberg P, Wahl HW. Oral health-related quality of life is linked with subjective well-being and depression in early old age. *Clin Oral Investig.* 2011;15(5):691–7.
- Helgeson MJ, Smith BJ, Johnsen M, Ebert C. Dental considerations for the frail elderly. *Spec Care Dent.* 2002 ; 22(3Suppl) : 40S-55S.
- Herrmann G, Müller K, Behr M, Hahnel S. Xerostomia and its impact on oral health-related quality of life. *Z Gerontol Geriatr.* 02 2017 ; 50(2) : 145-50.
- Holmes D. Richard Suzman: helping the world to grow old more gracefully. *The Lancet.* 02 2015 ; 385(9967):499
- Ikebe K, Hazeyama T, Enoki K, Murai S, Okada T, Kagawa R and al. Comparison of GOHAI and OHIP-14 measures in relation to objective values of oral function in elderly Japanese. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012 ;40(5):406-414.
- Inglehart R, Robert A, Bagramian. *Oral health-related quality of life.* Chicago, Etats-Unis d'Amérique : Quintessence Publishing ; 2002.
- Insee. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. [Internet] s. d. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826#titre-bloc-8>.
- Jensen PM, Saunders RL, Thierer T, Friedman B. Factors associated with Oral Health-Related Quality of Life in community-dwelling elderly persons with disabilities. *J Am Geriatr Soc.* 2008 ;56(4) : 711-7
- Katz JN, Larson MG, Phillips CB, Fossel AH, Liang MH. Comparative measurement sensitivity of short and longer health status instruments. *Med Care.* 10 1992 ;30(10):917-25.
- Kerlinger FN. *Foundations of behavioral research: educational and psychological inquiry.* Londres : Holt, Rinehart and Winston ; 1964.
- Khader YS, Dauod AS, El-Qaderi SS et al. Periodontal status of diabetics compared with nondiabetics: a meta-analysis. *J Diabetes Complications* 2006;20(1):59-68
- Kieffer JM, Hoogstraten J. Item-order effects in the Oral Health Impact Profile (OHIP). *Eur J Oral Sci.* 06 2008 ;116(3):245-9.
- Lepège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 health survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(11):1013-1023.
- Lepège A, Perret-Guillaume C, Ecosse E, Hervy MP, Ankri J, von Steinbüchel N. Un nouvel instrument destiné à mesurer la qualité de vie des personnes âgées : le WHOQOL-OLD version française. *Rev Med Interne.* 2013 ;34(2):78-84
- Lepège A. *Les mesures de la qualité de vie.* Paris : Presses universitaires de France ; 1999.
- Lepège A, Coste J. *Mesure de la santé perçue et de la qualité de vie : méthodes et applications.* Paris, France : Editions Estem; 2002.
- Locker D. Measuring Oral Health: a conceptual framework. *Community Dental Health.* 1988 ; 5(1): 3-18.
- Locker D, Slade G. Oral Health and the Quality of Life among older adults: The Oral Health Impact Profile. *J Can Dent Assoc.* 10 1993 ; 59(10): 830-833, 837-838, 844.
- Locker D. Dental status, xerostomia and the Oral Health-Related Quality of Life of an elderly institutionalized population. *Spec Care Dent.* 2003 ;23(3): 86-93.
- Locker D, Finbarr Allen P. Developing short-form measures of Oral Health-Related Quality of Life. *J Public Health Dent.* 2002 ; 62(1) : 13-20.



- Locker D, Matear D, Stephen M, Lawrence H, Payne B. 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;29:373-81.
- Locker D, Matear D, Stephens M, Jokovic A. Oral Health-Related Quality of Life of a population of medically compromised elderly people. *Community Dent Health*. 2002 ;19(2): 90-97.
- Minbar A, Locker D. A modified short version of the Oral Health Impact Profile for assessing Health-Related Quality of Life in edentulous adults. *Int J Prosthodont*. 10 2002;15(5) : 446-450.
- McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36) : II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. 03 1993 ; 31(3): 247-263.
- Moigne PL. La qualité de vie : une notion utile aux sciences sociales ? *Sciences sociales et santé*. 2010 ; 28(3): 75-84.
- Mucchielli L. De la nature à la culture : les fondateurs français des sciences humaines (1870-1940). [Thèse de doctorat : Histoire]. [Paris] : École des hautes études en sciences sociales ; 1996.
- Niessen D, Witter D, Bronkhorst E, Creugers N. Validation of a dutch version of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-NL) in care-dependant and care independant older people. *BMC Geriatr* 2015 ; 16 :53.
- Organisation mondiale de la santé. Santé bucco-dentaire. Aide-mémoire n°318. [Internet].2012 Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>.
- Organisation mondiale de la santé. Vieillesse et santé. Aide-mémoire n°404. [Internet]. 2015 Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>.
- Organisation mondiale de la santé. Oral health. Genève, Suisse: O.M.S, 1994.
- Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people : the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005; 33: 81–92.
- Petit S, Bergua V, Peres K, Bouisson J, Koleck M. Construct and validation of a quality of life's scale for older French people. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 12 2014 ;12(4): 379-386.
- Pouchot J, Guillemin F, Coste J, Brégeon C, Sany J. Validation of the French version of the arthritis impact measurement scales 2 and comparison with the French version of the Nottingham Health Profile. *Quality of Life in Rheumatology Task Force. Rev Rhum Engl Ed*.1996 ; 63(6) : 389-404.
- Power M, Quinn K, Schmidt S, WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-Old Module. *Qual Life Res*. 2005 ; 14(10): 2197-2214.
- Puisieux et al. Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. *Rev Mal Respir*. 2009 ; 26 ; 587-605
- Rezaei M, Rashedi V, Khedmati Morasae E. A Persian version of Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology* 2014.33: 335-341.
- Rodakowska E, Mierzyńska K, Bagińska J, Jamiołkowski J. Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Białystok, north-east Poland. *BMC Oral Health*. 2014 Aug 20;14:106.
- Sandberg GE, Sundberg HE, Fjellstrom CA et al. Type 2 diabetes and oral health: a comparison between diabetic and non-diabetic subjects. *Diabetes Res Clin Pract* 2000;50(1):27-34
- Santucci D, Camilleri L, Kobayashi Y, Attard N. Development of a Maltese version of oral health-associated questionnaires: OHIP-14, GOHAI, and the Denture Satisfaction Questionnaire. *Int J Prosthodont*. 2014 Jan-Feb;27(1):44-9.
- SilverEco. Silver Economie France : Actus, produits & services du Bien-Vieillir. [Internet]. 20 janvier 2017. Disponible sur : <http://www.silvereco.fr/>
- Simons D, Brailsford S, Kidd EA, Bighton D. Relationship between oral hygiene practices and oral status in dentate elderly people living in residential homes. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001 ; 29(6): 464-470.
- Slade GD. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998; 26: 52–61.
- Slade GD, Sanders AE. The paradox of better subjective oral health in older age. *J Dent Res*. 2011;90(11):1279–85

- Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994;11(1):3-11.
- Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(4) :284-290.
- Smith A. *Researching Quality of Life of older people: concepts, measures and findings*. Angleterre : ResearchGate ; 2000.
- Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life ? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32:107–114
- Suzman R, Beard JR, Boerma T, Chatterji S. Health in an ageing world - what do we know? *The Lancet*. 2015 ;385(9967).
- Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003 ;31(4) : 275-84.
- U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Drug Evaluation and Research, U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Biologics Evaluation and Research, et U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Devices and Radiological Health. *Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims : draft guidance*. Health Qual Life Outcomes. 2006 ; 4(79).
- Wang AD, Ling Jun-Q. Factors associated with the oral health-related quality of life in elderly persons in dental clinic: validation of a Mandarin Chinese version of GOHAI. *Gerodontology*. 2011;28:184–191.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 ; 30(6) : 473-483.
- Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clinic Epidemiol*. 1998 ;51: 903–12
- Ware J, Kosinski M, Keller SD. A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996 ; 34(3): 220-233.
- WHOQoL Group. Study protocol for the world health organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*. 1993 ; 2(2): 153-159.

## Annexes

### Annexe 1 : Questionnaire SF -12 (Leplège, 1998)

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- Excellente 1
- Très bonne 2
- Bonne 3
- Médiocre 4
- Mauvaise 5

2. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes gêné(e) en raison de votre état de santé actuel. Entourer la réponse de votre choix, une par ligne

Liste d'activités	Oui, beaucoup	Oui, un peu	Non, pas du tout
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique

Entourer la réponse de votre choix, une par ligne

	En Perma nence	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?	1	2	3	4	5	6
Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention ?	1	2	3	4	5	6

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)). Entourer la réponse de votre choix, une par ligne

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?	1	2	3	4	5	6
Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention ?	1	2	3	4	5	6

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont gêné dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- Pas du tout 1
- Un petit peu 2
- Moyennement 3
- Beaucoup 4
- Énormément 5

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- Tout le temps 1
- Une grande partie du temps 2
- De temps en temps 3
- Rarement 4
- Jamais 5

7. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question merci d'indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Tres souvent	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
Vous vous êtes senti calme et détendu ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes senti débordant d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes senti triste et abattu ?	1	2	3	4	5	6

## Annexe 2 : OHIP - 20 (Oral Health Impact Profile) (Allison et Al, 1999)

Au cours du dernier mois : (Toujours (1), très souvent (2), souvent (3), occasionnellement (4), rarement (5) ou jamais (6))

- 1- Avez-vous éprouvé de la difficulté à mastiquer des aliments à cause de problèmes dus à votre dentition, à l'état de votre bouche ou à vos prothèses ?
- 2- Les aliments sont-ils restés coincés entre vos dents ou dans vos prothèses ?
- 3- Avez-vous eu l'impression que vos prothèses étaient mal ajustées ?
- 4- Avez-vous eu de la douleur au niveau de la bouche ?
- 5- Avez-vous éprouvé de la difficulté à consommer certains types d'aliments à cause de problèmes dus à votre dentition, à l'état de votre bouche ou à vos prothèses ?
- 6- Avez-vous remarqué des points sensibles dans votre bouche ?
- 7- Vos prothèses ont-elles été inconfortables ?
- 8- Vous êtes-vous fait du souci à cause de problèmes buccaux ?
- 9- Vous êtes-vous senti(e) mal à l'aise à cause de problèmes dus à votre dentition, à l'état de votre bouche ou à vos prothèses ?
- 10- Avez-vous évité de consommer certains types d'aliments à cause de problèmes dus à votre dentition, à l'état de votre bouche ou à vos prothèses ?
- 11- Votre alimentation vous a-t-elle semblé insatisfaisante à cause de problèmes dus à votre dentition, à l'état de votre bouche ou à vos prothèses ?
- 12- Avez-vous été incapable de manger avec vos prothèses à cause de problèmes avec celles-ci ?
- 13- Avez-vous dû interrompre un repas à cause de problèmes dus à votre dentition, à l'état de votre bouche ou à vos prothèses ?
- 14- Avez-vous été perturbé à cause de problèmes dus à votre dentition, à l'état de votre bouche ou à vos prothèses ?
- 15- Avez-vous été légèrement incommodé(e) à cause de problèmes dus à votre dentition, à l'état de votre bouche ou à vos prothèses ?
- 16- Vous êtes-vous abstenu(e) de sortir à cause de problèmes dus à votre dentition, à l'état de votre bouche ou à vos prothèses ?
- 17- Vous êtes-vous senti(e) plus intolérant(e) envers votre famille ou votre conjoint(e) à cause de problèmes dus à votre dentition, à l'état de votre bouche ou à vos prothèses ?
- 18- Avez-vous été irritable au milieu d'un groupe à cause de problèmes dus à votre dentition, à l'états de votre bouche ou à vos prothèses ?
- 19- Avez-vous été incapable d'apprécier la compagnie des autres à cause de problèmes dus à votre dentition, à l'état de votre bouche ou à vos prothèses ?
- 20- Avez-vous pensé que la vie était généralement moins satisfaisante à cause de problèmes dus à votre dentition, à l'état de votre bouche ou à vos prothèses ?

Annexe 3 : Questionnaire GOHAI (Tubert-Jeannin et Al.,2003 / Atchison et al.,1990)

Ces trois derniers mois/ <i>In the past three months</i>	Jamais <i>Never</i>	Rarement <i>Seldom</i>	Parfois <i>Sometimes</i>	Souvent <i>Often</i>	Toujours <i>Always</i>
1. Avez-vous limité la quantité ou le genre d'aliments que vous mangez en raison de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires ? / <i>How often did you limit the kinds or amounts of food you eat because of problems with your teeth or denture ?</i>					
2. Avez-vous eu des difficultés pour mordre ou mastiquer certains aliments durs tels que de la viande ou une pomme ? / <i>How often did you have trouble biting or chewing any kinds of food, such as a firm meat or apples ?</i>					
3. Avez-vous pu avaler confortablement ? / <i>How often were you able to swallow comfortably ?</i>					
4. Vos dents ou vos appareils dentaires vous ont-ils empêché(e) de parler comme vous le vouliez ? / <i>How often have your teeth or dentures prevented you from speaking the way you wanted ?</i>					
5. Avez-vous pu manger de tout (sans ressentir une sensation d'inconfort) ? / <i>How often were you able to eat anything without feeling discomfort ?</i>					
6. Avez-vous limité vos contacts avec les gens à cause de l'état de vos dents ou de vos appareils dentaires ? / <i>How often did you limit contacts with people because of the condition of your teeth or denture ?</i>					
7. Avez-vous été satisfait(e) ou content(e) de l'aspect de vos dents, de vos gencives ou de vos appareils dentaires ? / <i>How often were you pleased or happy with the looks of your teeth, gums or dentures ?</i>					

8. Avez-vous pris un (des) médicament(s) pour soulager la douleur ou une sensation d'inconfort dans votre bouche ? / <i>How often did you use medication to relieve pain or discomfort from around your mouth ?</i>					
9. Vos problèmes de dent, de gencive ou d'appareil dentaire vous ont-ils inquiété(e) ou préoccupé(e) ? / <i>How often were you worried or concerned about the problems with your teeth, gums or denture ?</i>					
10. 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 ? / <i>How often did you feel nervous or self-conscious because of problems with your teeth, gums or denture ?</i>					
11. Avez-vous éprouvé de l'embarras pour manger devant les autres à cause de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires ? / <i>How often did you feel uncomfortable eating in front of people because of problems with your teeth or dentures ?</i>					
12. Vos dents ou vos gencives ont-elles été sensibles au froid, au chaud ou aux aliments sucrés ? / <i>How often were your teeth or gums sensitive to hot, cold or sweets ?</i>					

## Annexe 4 : Lettre d'information et consentement

### ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE RELIÉE À LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE CHEZ LES PATIENTS EN EHPAD



Évaluateur : Elsa ABOULKHEIR  
projet réalisé dans le cadre de l'obtention de thèse en chirurgie dentaire

#### Informations au patient

Madame, Monsieur

Cette étude a pour but d'évaluer la qualité de vie en rapport avec la santé bucco-dentaire des patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.  
Cette évaluation sera basée sur vos réponses aux questionnaires qui vous seront soumis.

#### **Modalités de participation**

Votre participation sera requise pour une rencontre d'environ 20 minutes. Cet entretien aura lieu au sein de la maison de retraite, ou ailleurs selon votre convenance, en fonction de vos disponibilités. Vous aurez à répondre à un questionnaire se rapportant à la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire.

#### **Bénéfice attendu**

Vous ne profiterez pas d'avantages personnels directs mais néanmoins vous nous permettrez de comprendre les difficultés que vous rencontrez et de répondre aux mieux aux attentes des personnes visées par cette étude.

#### **Inconvénients et risques**

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment qui vous conviendra.  
Vous participerez à cette étude simplement en remplissant des questionnaires, vous ne courez donc aucun risque.

#### **Droit de retrait**

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Toutefois, lorsque vous aurez rempli et retourné le questionnaire, il sera impossible de détruire les données puisqu'aucune information permettant d'identifier les répondants n'a été recueillie.



### **Confidentialité et information**

Votre participation est confidentielle et ne peut se faire sans votre consentement signé. les résultats seront utilisés de manière anonyme, aucun nom ne sera révélé lors de la présentation de ces résultats.

Vous êtes entièrement libre de vous retirer de l'étude à tout moment sans subir aucun préjudice, ni aucune pénalité.

Vous pourrez à tout moment demander des informations complémentaires à Mlle Elsa ABOULKHEIR au 06XXXXXXXX3

### **Consentement libre et éclairé**

Je, \_\_\_\_\_ (nom en caractères d'imprimerie), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : \_\_\_\_\_

Signature de l'investigateur : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 201\_

Annexe 5 : Questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques, l'auto-évaluation de l'état de santé orale et générale

1. Age (en années) : .....
  2. Sexe : Femme  Homme
  3. Niveau d'éducation le plus élevé :
    - Primaire
    - Collège/Lycée
    - Université
  4. Quelle était votre profession ou statut? : .....
  - Salarié(e)
  - Non salarié(e)
  - Sans emploi
  - Bénéficiaire du RSA (Revenu de Solidarité Active)
  5. Assurance maladie :
    - Affiliation à la Sécurité sociale ? OUI  NON
    - Avez-vous une Carte vitale? OUI  NON
    - Avez-vous la CMU ? (Couverture Maladie Universelle) OUI  NON
    - Assurance complémentaire (mutuelle ou autre) OUI  NON
- État de santé bucco-dentaire perçu :**
6. Combien de dents naturelles (des vraies dents) avez-vous en bouche?
    - Aucune
    - Entre 1 et 9 dents
    - Entre 10 et 19 dents
    - Plus de 20 dents
  7. Avez-vous des fausses dents? Prothèse(s)?  
OUI  NON   
 Je ne sais pas  
 Si OUI, combien ? .....
- Je ne sais pas

### Habitudes de soins dentaires

8. Avez-vous déjà consulté un dentiste ? OUI  NON
9. Si OUI, quand êtes-vous allé voir un dentiste la dernière fois ? Cochez la case correspondante.
- Il y a moins d'un an
- Il y a plus d'un an
10. Si OUI, quelle était la raison principale de votre dernière visite? Ne cochez qu'une seule case.
- Douleur
- Suite de soins
- Rendez-vous de contrôle
- Détartrage
11. Pensez-vous que vous avez besoin de voir un dentiste ? OUI  NON
12. Combien de fois vous brossez-vous les dents par jour ?
- Jamais
- Rarement
- 1 fois par jour
- 2 fois ou plus par jour
13. Utilisez-vous de la pâte dentifrice ? OUI  NON

### Coût des soins dentaires

14. Durant les douze derniers mois, avez-vous renoncé à aller voir un dentiste pour cause financière ? OUI  NON

### Auto-évaluation de la santé

15. Comment trouvez-vous votre santé générale : (choisir une réponse)
- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Moyenne
- Mauvaise
- Très mauvaise
16. Comment trouvez-vous votre santé bucco-dentaire : (choisir une réponse)
- Excellente
- Très bonne

Bonne

Moyenne

Mauvaise

Très mauvaise

**Perception de besoins en soins bucco-dentaire**

17. Pensez-vous que vous avez besoin qu'on vous enlève une ou plusieurs dents ?

OUI  NON

18. Pensez-vous que vous avez besoin de soins dentaires ?

OUI  NON

19. Pensez-vous que votre gencive (la partie rose, support de la dent) est malade ?

OUI  NON

**Ces douze derniers mois,**

20. Combien de fois avez-vous eu des douleurs dentaires ?

Très souvent

Souvent

Occasionnellement

Rarement

Jamais

Annexe 6 : Tableaux obtenus grâce aux résultats de l'auto-questionnaire

Niveau d'éducation		Fréquence	Pourcentage
	Collège	2	6,7
	Lycée	17	56,7
	Université	11	36,7
	Total	30	100,0

Tableau 9 : Distribution de la population d'étude selon le niveau d'éducation

Nombre de dents naturelles en bouche	Fréquence	Pourcentage
Aucune dent naturelle en bouche	2	6,7
1 à 10 dents naturelles	4	13,3
11 à 20 dents naturelles	14	46,7
plus de 20 dents naturelles	10	33,3
Total	30	100,0

Tableau 10 : Répartition des répondants selon le nombre de dents naturelles en bouche

Avez-vous de fausses dents ?		Fréquence	Pourcentage
	1 OUI	23	76,7
	2 NON	6	20,0
	Total	29	96,7
Pas de réponse		1	3,3
Total		30	100,0

Tableau 11 : Répartition des répondants selon le port ou non de fausses dents

Dernière visite chez un dentiste	Fréquence	Pourcentage
moins d'un an	9	30,0
plus d'un an	21	70,0
Total	30	100,0

Tableau 12 : Distribution selon la fréquence de visites effectuées chez le dentiste

Raisons de dernière visite chez un dentiste		Fréquence	Pourcentage
	RV de contrôle	13	43,3
	Suite de soins	8	26,7
	Douleur	5	16,7
	Détartrage	4	13,3
	Total	30	100,0

Tableau 13 : Les raisons de dernière visite chez un dentiste

Besoin de voir un dentiste		Fréquence	Pourcentage
	oui	10	33,3
	non	20	66,7
	Total	30	100,0

Tableau 14 : Besoins exprimés de voir un dentiste

Etat de santé générale perçu		Fréquence	Pourcentage
Valide	Bon	11	36,7
	Moyen	14	46,7
	Mauvais	5	16,7
	Total	30	100,0

*Tableau 15 : Etat de santé générale perçu*

Santé dentaire perçue		Fréquence	Pourcentage
Valide	Bonne	9	30,0
	Moyenne	15	50,0
	Mauvaise	4	13,3
	Très mauvaise	2	6,7
	Total	30	100,0

*Tableau 16 : Santé dentaire perçue*

Besoins en extractions dentaires		Fréquence	Pourcentage
	oui	3	10,0
	non	27	90,0
	Total	30	100,0
Besoins en soins dentaires			
	oui	5	16,7
	non	25	83,3
	Total	30	100,0

*Tableau 17 : Besoins en extractions dentaires et en soins*

## Table des figures

Figure 1 : Estimations de population et projection 2007-2060 .....	3
Figure 2 : Effectifs de personnes âgées dépendantes projetés à l'horizon 2060 selon trois hypothèses de projection .....	5
Figure 3 : Les principales composantes de la santé orale liées à la qualité de vie .....	8
Figure 4 : Le processus de développement et modification d'un indicateur de mesure de la qualité de vie.....	11
Figure 5 : Entrée de l'établissement Korian « Les Arcades » .....	18
Figure 6 : Distribution de la population d'étude selon le niveau d'éducation .....	21
Figure 7 : Répartition de répondants selon le nombre de dents naturelles en bouche .....	22
Figure 8 : Répartition des répondants selon le port ou non de fausses dents .....	23
Figure 9 : Distribution selon la fréquence de visites effectuées chez le dentiste .....	23
Figure 10 : Les raisons de dernière visite chez un dentiste .....	24
Figure 11 : Besoins exprimés de voir un dentiste .....	24
Figure 12 : Perception de l'état de santé générale .....	26
Figure 13 : Perception de l'état de santé bucco-dentaire .....	26
Figure 14 : Perception des besoins en extractions et soins dentaires .....	27



## Table des illustrations

Tableau 1 : Répartition de la population d'étude selon la catégorie socio-professionnelle .....	21
Tableau 2 : Fréquence brossage dentaire.....	25
Tableau 3 : Renonciation aux soins pour cause financière les 12 derniers mois .....	25
Tableau 4 : Fréquence des douleurs dentaires (entre très souvent, souvent, occasionnellement, rarement et jamais) observées les douze derniers mois .....	27
Tableau 5 : Les réponses obtenues au questionnaire .....	28
Tableau 6 : Scores des qualités de vie .....	29
Tableau 7 : Distribution des scores de GOHAI .....	30
Tableau 8 : Impact de l'état de santé orale évaluée par le nombre de dents naturelles en bouche (n<20dents et n>20dents) sur la qualité de vie liée à la santé orale (Score global de GOHAI).....	30
Tableau 9 : Distribution de la population d'étude selon le niveau d'éducation .....	54
Tableau 10 : Répartition des répondants selon le nombre de dents naturelles en bouche .....	54
Tableau 11 : Répartition des répondants selon le port ou non de fausses dents .....	54
Tableau 12 : Distribution selon la fréquence de visites effectuées chez le dentiste .....	55
Tableau 13 : Les raisons de dernière visite chez un dentiste .....	55
Tableau 14 : Besoins exprimés de voir un dentiste .....	55
Tableau 15 : Etat de santé générale perçu .....	56
Tableau 16 : Santé dentaire perçue.....	56
Tableau 17 : Besoins en extractions dentaires et en soins .....	56

**Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ni improbation de la Faculté de Chirurgie Dentaire.**

**ABOULKHEIR Elsa. Évaluation de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées en EHPAD. 2017. 59 p. : ill., tabl. Réf. Biblio. : 40-43.**

**Sous la direction du Docteur Noëline RAJABO**

**Th : Chir Dent. : Paris 7 : 2017**

---

**RÉSUMÉ :**

Les **objectifs** de cette étude étaient de décrire l'état de santé orale des personnes âgées, d'identifier les difficultés rencontrées par les résidents concernant leur alimentation, la phonation, l'estime de soi, les douleurs ou gênes ressenties, les relations sociales et d'évaluer l'impact de leur état de santé orale sur la qualité de leur vie.

Il s'agissait d'une **étude transversale** réalisée auprès de 30 personnes âgées vivant dans deux centres EHPAD à Paris, âgées entre 72 à 93 ans. Le questionnaire GOHAI déjà validé en langue française était utilisé pour recueillir les perceptions des répondants concernant leur qualité de vie. L'auto-évaluation de l'état bucco-dentaire était menée à l'aide de questionnaire.

Les **résultats** ont montré que les répondants ont trouvé leur état de santé orale moyenne à bonne à 80 % et leur qualité de vie assez bonne. Toutefois, le GOHAI a permis de démontrer que le nombre de dents naturelles en bouche a un impact important sur la qualité de vie liée à la santé orale. En **conclusion**, le questionnaire GOHAI version française a pu évaluer la qualité de vie de ces personnes âgées liée à leur santé orale.

---

**TITRE en anglais: Oral Health-Related Quality of Life assessment for elderly people living in residential homes**

---

**DISCIPLINE :** Santé publique, prévention

---

**MOTS-CLÉS Français :** santé bucco-dentaire (MeSH), établissements de soins de long séjour (MeSH), personnes âgées,

---

**MOTS-CLÉS Anglais:** oral-health (MeSH), aged (MeSH), elderly, institutionalized

---