



HAL
open science

Étude des liens entre la qualité de vie en relation avec la santé orale et la typologie sociale des personnes âgées

Pierre Froment

► To cite this version:

Pierre Froment. Étude des liens entre la qualité de vie en relation avec la santé orale et la typologie sociale des personnes âgées. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-03087259

HAL Id: dumas-03087259

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03087259>

Submitted on 23 Dec 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

**UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE**

Année 2017

Thèse n°

T H E S E

Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 13 novembre 2017

par

Pierre FROMENT

(Né le 16/03/1993)

**ETUDE DES LIENS ENTRE LA QUALITE DE VIE EN
RELATION AVEC LA SANTE ORALE ET LA TYPOLOGIE
SOCIALE DES PERSONNES AGEES**

J U R Y :

Président : Monsieur Thierry ORLIAGUET, Professeur des Universités

Madame Martine HENNEQUIN, Professeur des Universités

Monsieur Paul PIONCHON, Maître de Conférence des Universités

Monsieur Vivien CHAMBAS, Assistant Hospitalo-Universitaire

**UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE
UFR ODONTOLOGIE
63000 CLERMONT-FERRAND**

<i>Président de l'Université</i>	:	Monsieur le Professeur Mathias BERNARD
<i>Directeur Général des Services</i>	:	Mme Myriam ESQUIROL
DOYEN DE L'UFR D'ODONTOLOGIE	:	Madame Stéphanie TUBERT- JEANNIN Professeur des Universités
<i>Assesseurs</i>	:	Monsieur Pierre-Yves COUSSON Maître de Conférences des Universités
		Madame Martine HENNEQUIN Professeur des Universités
		Monsieur Emmanuel NICOLAS Professeur des Universités
		Madame Valérie ROGER-LEROI Professeur des Universités

LISTE DES PROFESSEURS

Professeurs des Universités – Praticiens hospitaliers :

Monsieur Pascal AUROY	- Prothèses
Monsieur Radhouane DALLEL	- Sciences Anatomiques
Monsieur Laurent DEVOIZE	- Pathologie et Thérapeutique Dentaires
Madame Sophie DOMEJEAN	- Odontologie Conservatrice, Endodontie
Madame Martine HENNEQUIN	- Odontologie Conservatrice, Endodontie
Monsieur Emmanuel NICOLAS	- Prothèses
Monsieur Thierry ORLIAGUET	- Sciences Biologiques
Madame Valérie ROGER-LEROI	- Sciences Biologiques
Madame Stéphanie TUBERT-JEANNIN	- Prévention, Epidémiologie
Monsieur Jean-Luc VEYRUNE	- Prothèses

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens hospitaliers :

Madame Marion BESSADET	- Prothèses
Monsieur Hervé BESSE	- Pédodontie
Monsieur Christian CHAMBAS	- Orthopédie Dento-Faciale
Monsieur Didier COMPAGNON	- Prothèses
Monsieur Pierre-Yves COUSSON	- Odontologie Conservatrice, Endodontie
Monsieur Nicolas DECERLE	- Odontologie Conservatrice, Endodontie
Monsieur Christophe DESCHAUMES	- Pathologie et Thérapeutique Dentaires
Monsieur Jean-Christophe DUBOIS	- Prothèses
Madame Christelle RICHARD	- Pédodontie
Mademoiselle Céline MELIN	- Sciences Anatomiques
Madame Estelle MACHAT	- Prévention, Epidémiologie
Monsieur Paul PIONCHON	- Sciences Anatomiques
Monsieur Dominique ROUX	- Odontologie Conservatrice, Endodontie

Professeur des Universités :

Monsieur Alain ARTOLA	- Neurosciences
-----------------------	-----------------

Maître de Conférences des Universités :

Mademoiselle Lénaïc MONCONDUIT	- Neurosciences
--------------------------------	-----------------

Professeur Certifié

Mademoiselle Gaëlle DUCOS	- Anglais
---------------------------	-----------

Maîtres de Conférences des Universités Associés :

Monsieur Guillaume BONNET	- Prothèses
Madame Anne DEPREUX	- Informatique et Pédagogie
Madame Anne DUCONSEILLE	- Sciences Biologiques
Monsieur Pierre-Henri WEILBACHER	- Sciences de Gestion

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

A Monsieur le président du jury, **Professeur Thierry Orliquet**,

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse. J'espère que ce travail aura suscité votre intérêt.

Veillez agréer l'expression de ma profonde reconnaissance et gratitude.

A Madame la directrice de thèse, **Professeur Martine Hennequin**,

C'est un grand honneur d'avoir été sous votre direction, vous m'avez guidé et fait confiance pour la réalisation de ce travail que j'appréhendais.

Je vous remercie sincèrement pour la patience et l'accompagnement que vous m'avez apporté.

A Monsieur le **Docteur Paul Pionchon**,

Merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse. Veuillez recevoir ici l'expression de mes sentiments les meilleurs pour l'encadrement en clinique dont vous m'avez fait bénéficier.

A Monsieur le **Docteur Vivien Chambas**,

Merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse. J'ai été honoré d'avoir pu travailler à vos côtés.

Je vous suis très reconnaissant des astuces que vous m'avez enseignées et de l'exemplarité d'exercice dont j'ai pu m'inspirer.

A mes proches

A mes parents, merci d'être toujours présent à mes côtés et de me soutenir dans tous les moments de ma vie. Votre investissement vous apportera la satisfaction du bonheur de vos enfants, c'est certain.

A mon grand-frère, merci de m'avoir montré la voie à travers tout ce que tu fais.

A mes Grands-parents et ma famille, merci de toujours prendre soin de moi et pour vos encouragements.

A Elo, merci de me soutenir au quotidien et d'être à mes côtés pour ce commencement dans la vie active.

A JF Vest, merci pour ton accompagnement dans mes débuts, et pour tous tes bons conseils.

A mes 2 binômes préférés, Pauline et Victor, c'est un grand plaisir d'avoir appris à vos côtés. Merci au destin de nous avoir mis ensemble, j'ai beaucoup apprécié votre présence pour réaliser mes premiers actes cliniques.

A Geo, merci pour ta présence apaisante dans toutes les circonstances, nous avons écrit une première page de notre amitié au cours de nos études mais j'espère que ce n'est que le début d'un long chapitre.

A Jouj, merci d'être toi, un grand ami sur lequel on peut compter, toujours là pour amuser le monde et mettre l'ambiance.

A Lolo, merci pour l'amitié sincère que tu m'accordes. Ces notes de musique écrient pendant nos études vont nous permettre, je l'espère, d'écrire une longue et belle partition dans notre future.

A Quentin, la première personne à qui j'ai adressé la parole à Clermont Ferrand, je me souviens ce jour et je te remercie pour tous ces bons moments passés à Clermont, sans toi cela n'aurait pas été pareil.

A Nono, je te remercie pour cette amitié pleine de rebondissement mais qui fini toujours par nous réunir. Je prendrai toujours plaisir à fumer à tes côtés.

A Cha, merci au destin de t'avoir fait tomber de ton nid pour atterrir dans celui de la BDC. Tu seras toujours dans mes très estimés amis.

A Alex, je suis honoré de te compter parmi mes amis, nous avons passé beaucoup de bons moments ensemble et je le sais, il y en aura encore d'autres.

A Maïté, merci au destin de nous avoir fait rencontrer. Tu m'as fait comprendre qu'Aurillac c'est la truffade mais qu'il y a aussi beaucoup de boissons et surtout des rencontres très belles qui se forment.

A Polo, Bastien, Vincent et Sacco, merci à vous pour tous ces moments inoubliables passés ensemble. Ce n'est que le début d'une très longue série je l'espère.

A la promo, merci pour tous ces bons moments passés avec vous, j'espère qu'il y en aura encore pleins d'autres.

A mes enseignants, Dr Compagnon, Dr Jolivet, Dr Brustel, Dr Ducamp, Dr Pirès, Dr Deschaumes, Dr Faulks, Dr Collado, Dr Cousson, Dr Decerles, Dr Douillard, Dr Roux, Dr Domejean, Dr Linas sans qui je n'en serai pas là aujourd'hui.

PLAN

1. INTRODUCTION	8
2. MATERIELS ET METHODES.....	10
2.1. Lieu.....	10
2.2. Sujets	10
2.3. Questionnaires.....	10
2.3.1. Qualité de vie en relation avec la santé orale.....	10
2.3.2. Recueil des habitudes alimentaires.....	11
2.4. Typologies	11
3. RESULTATS	12
3.1. Résultats descriptifs.....	12
3.1.1. Qualité de vie en relation avec la santé orale.....	12
3.1.2. Questionnaire Alimassens	13
3.1.2.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	13
3.1.2.2. Eléments biographiques	14
3.1.2.3. Alimentation et dentition	14
3.1.2.4. Situation financière.....	19
3.1.2.5. Vie quotidienne.....	20
3.1.2.6. Comportement et habitudes alimentaires	22
3.1.2.7. Mise en situation des comportements.....	25
3.1.2.8. Typologie sociale	29
3.2. Analyse.....	30
3.2.1. Impact de l'état dentaire sur la qualité de vie orale	30
3.2.2. Impact des comportements alimentaires sur la qualité de vie.....	31
3.2.3. Impact des habitudes de vie sur la qualité de vie.....	32
3.2.4. Impact de la typologie sociale sur la qualité de vie	33
4. DISCUSSION.....	35
5. CONCLUSION	36

1. INTRODUCTION

La médecine en général connaît depuis quelques années un intérêt croissant pour les sciences humaines. On reconnaît désormais que l'efficacité du traitement d'une maladie ne dépend pas que du traitement allopathique, chirurgical ou pharmacologique mais aussi et surtout de la représentation que le patient a de cette maladie. Ainsi, le soignant doit s'intéresser à la psychologie cognitive et tenir compte des valeurs culturelles et sociales du patient afin de le prendre en charge. Ce phénomène est particulièrement marqué en odontologie, en raison de l'impact de la sphère oro faciale sur les relations sociales. Les dents sont impliquées dans les interactions avec autrui pour communiquer et pour afficher son image sociale. Par ailleurs, tout le monde n'accorde pas la même importance au fait d'avoir un beau sourire, par exemple les personnes âgées acceptent plus ou moins de voir leur denture vieillir.

La définition de la santé par l'OMS en 1946 illustre le fait que l'absence de maladie ne suffit pas à être en bonne santé et tient compte de la dimension sociale dans laquelle s'inscrit le patient : « La santé est un état de bien-être complet physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (1). D'après cette définition, il est important de tenir compte des valeurs culturelles et sociales des patients afin de leur apporter les soins les plus adaptés. Soigner la douleur, les infections et réhabiliter les fonctions esthétiques, phonatrices ou masticatrices doit donc s'intégrer dans le contexte psycho social du patient afin d'assurer le succès des thérapeutiques.

Depuis les années 80, les sciences humaines et sociales sont apparues dans les évaluations en santé et le terme de « qualité de vie en relation avec la santé orale » a été introduit. Il a été défini par le département de la santé et des services sociaux des Etats-Unis comme une construction multidimensionnelle qui reflète (entre autres choses) le confort des personnes lorsqu'elles mangent, dorment et interagissent en société; leur estime de soi; et leur satisfaction concernant leur santé bucco-dentaire (2). Cette définition tient compte des interactions de l'état bucco dentaire avec le confort de vie quotidien. Par exemple, une association entre mastication défailante et carences alimentaires a été objectivée même si aucune relation causale n'a pu être mise en évidence à ce jour (3). Une autre étude a montré des troubles du sommeil liés à des douleurs d'origine dentaire (4). La bouche et les dents sont au cœur des interactions sociales et une étude britannique a montré qu'une édentation totale peut entraîner un repli sur soi-même et entraîner une diminution des relations sociales (5). Afin d'améliorer la prise en charge des patients, de nombreuses études se sont développées pour étudier la qualité de vie en relation avec la santé orale de différents groupes comme par exemple

en cherchant l'impact de la phobie des soins dentaires sur la qualité de vie en relation avec la santé orale chez les enfants (6). Une autre étude s'est intéressée à l'impact de la qualité de vie en relation avec la santé orale sur la solitude chez les personnes âgées habitant en Angleterre (7). L'impact de l'oligodontie ou encore de l'état dentaire sur la qualité de vie a également été étudié (8), (9). Ces études nécessitent la création et la validation de questionnaires adaptés aux différentes populations observées afin de discriminer les différents états bucco dentaires. 11 de ces questionnaires ont été recensés lors d'un congrès en 1996 (10) et de multiples études ont permis de les comparer entre elles à l'exemple du GOHAI versus l'OHIP-14 (11), (12). La recherche qualitative est bien adaptée à l'étude des déterminants de la qualité de vie en relation avec la santé orale. Il s'agit d'un outil des sciences sociales et de l'anthropologie dont le but est de recueillir des données verbales, ces dernières étant souvent le point de départ d'une démarche interprétative (13). Par exemple, cette étude (14) s'est intéressée à l'importance de la santé orale sur la qualité de vie chez les personnes âgées et surtout à ses déterminants, via à un entretien avec plusieurs personnes âgées. Grâce aux questions ouvertes, les opérateurs ont recueilli des données permettant d'orienter des programmes de promotion de la santé et des études quantitatives.

Le projet Alimassens, mis en place par l'ANR (Agence Nationale de la Recherche) est un programme de recherche qui a pour but de promouvoir une alimentation adaptée et saine pour les populations seniors (15). En effet, avec l'âge, la fonction manducatrice devient moins efficace, ce qui pourrait entraîner une modification des comportements alimentaires et une malnutrition des seniors. Ce projet tend à analyser les différents facteurs responsables de ces changements de comportements alimentaires afin de proposer des solutions visant à améliorer l'alimentation et par conséquent la nutrition des personnes âgées.

Dans le cadre du projet Alimassens, une enquête qualitative a décrit l'existence de 3 typologies pour un groupe de 6 sujets féminins de plus de 65 ans : les « bien soignées », les « bricoleuses » et les « résignées ». Après la mise en évidence de ces 3 typologies, nous avons émis l'hypothèse qu'il y avait un lien entre les typologies sociales des patients et leur santé orale.

L'objectif de cette étude est donc de rechercher l'existence des liens entre la qualité de vie en relation avec la santé orale et les différentes typologies de représentation de la santé bucco dentaire chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. LIEU

Cette étude a été réalisée au sein du service d'odontologie du CHU de Clermont-Ferrand dans le cadre d'une autorisation du Comité d'Ethique des Centres d'Investigation Clinique de l'Inter-Région Rhône-Alpes Auvergne (Soins dentaires Evaluation de la qualité des soins dentaires conservateurs réalisés dans le service d'Odontologie du CHU de Clermont-Ferrand, CE-CIC-GREN-11/17).

2.2. SUJETS

Entre le 10 février 2017 et le 30 mai 2017, les patients âgés de plus de 65 ans en cours de soins au CHU, ont été sollicités pour participer à un entretien visant à recueillir des informations sur leurs habitudes alimentaires et leur santé orale. Il s'agit d'un groupe de convenance, constitué en fonction de la disponibilité de l'investigateur et des patients eux-mêmes. L'investigateur était présent tous les jours dans le service et sollicitait systématiquement toutes les personnes de plus de 65 ans, pour participer à l'entretien après leur session de soins dentaires. Environ un tiers des personnes ont refusé de participer à l'étude, la principale raison évoquée étant le manque de disponibilité.

2.3. QUESTIONNAIRES

L'entretien était conduit par un seul investigateur, sur la base d'un formulaire papier comportant d'une part un questionnaire de qualité de vie en relation avec la santé orale et d'autre part un questionnaire de recueil des habitudes alimentaires.

2.3.1. Qualité de vie en relation avec la santé orale

Le questionnaire utilisé pour évaluer la qualité de vie en relation avec la santé orale (*Annexe 1*) est la version française du questionnaire GOHAI (General Oral Health Assessment Index) initialement développé aux Etats-Unis en 1990 (16), traduit et adapté par Tubert-Jeannin S et co en 2003 (17). Le questionnaire se compose de 12 questions prenant en compte l'aspect fonctionnel (questions 1, 2, 3 et 4), l'aspect social (questions 6, 7, 9, 10 et 11) et le confort (questions 5, 8 et 12). Les réponses sont créditées d'un score de 1 à 5 et pour les questions 3, 5 et 7 ces scores sont inversés.

Un score total du GOHAI supérieur ou égal à 57 indique une bonne qualité de vie, un score compris entre 51 et 56 indique une qualité de vie moyenne et un score inférieur ou égal à

50 révèle une mauvaise qualité de vie. Les sous scores confort et douleur, fonctions, et relations sociales n'ont pas de score propre. A des fins de comparaisons de ces sous scores, nous considérons ici que tous les sujets présentant un score de GOHAI de fonction supérieur ou égal à 18 sur 25 ont un bon score et ceux strictement inférieur un mauvais score de fonction. Les sujets présentant un score de GOHAI de confort supérieur ou égal à 13 sur 15 ont un bon score de confort et ceux inférieur un mauvais score de confort. Les sujets présentant un score de GOHAI social supérieur ou égal à 22 sur 25 ont un bon score social et ceux inférieur au mauvais score social.

2.3.2. Recueil des habitudes alimentaires

Cette deuxième partie du questionnaire a été élaborée dans le projet Alimassens et a pour but de recueillir des données sur les habitudes alimentaires (*Annexe 2*). Celui-ci comporte une première sous partie collectant les informations sociodémographiques des sujets : le niveau d'étude, le métier exercé, la date de départ à la retraite et la situation familiale. Une deuxième sous partie permet de connaître le lieu habité durant l'enfance. La troisième sous partie évalue le rapport qu'a eu le sujet vis à vis de l'alimentation et de ses dents pendant l'enfance, puis à l'âge adulte et actuellement. La quatrième partie appréhende la situation financière du patient. La cinquième partie évoque la vie sociale du sujet : les activités, les loisirs et les sorties. La sixième partie concerne la représentation de l'alimentation, l'intérêt que porte le sujet aux repas, à la nourriture et le lieu ainsi que les personnes présentes durant ces moments. La dernière partie vise à identifier le profil sociologique du patient (le « bien soigné », le « bricoleur » ou le « résigné ») à l'aide de questions sur l'importance des dents pour le sujet, sur ses plaisirs et pratiques alimentaires, la place de l'alimentation vis à vis de l'entourage et grâce aux questions sur l'image de soi.

2.4. TYPOLOGIES

La catégorisation des typologies est celle décrite dans l'étude interne réalisée dans le cadre d'Alimassens par Aurélie Maurice et Philippe Cardon. Les personnes relevant de la typologie « biens soignées » (BS) investissent dans des soins de qualité malgré un capital économique pas forcément conséquent et cherchent à avoir des appareils performants pour pouvoir mâcher correctement et avoir un sourire parfait. Les personnes relevant de la typologie « bricoleuses » (B) n'ont pas la volonté de dépenser des sommes trop importantes pour leurs soins dentaires et adaptent leur alimentation à leur mastication peu fonctionnelle. Les personnes relevant de la typologie « résignées » (R) accueillent le vieillissement de leur denture avec fatalisme et limitent leurs soins en raison de leur âge avancé.

La dernière partie du questionnaire permet de cerner les différentes typologies sociales des sujets : une réponse positive à certaines questions oriente vers un profil de sujet « résigné » (représenté en bleu sur les graphiques), « bricoleur » (représenté en orange sur les graphiques) ou « bien soigné » (représenté en rouge). Par exemple la question « cela ne me dérange pas d'avoir une denture de personne âgée » concerne les profils résignés et une réponse positive oriente vers ce profil.

3. RESULTATS

3.1. RESULTATS DESCRIPTIFS

Le groupe étudié est constitué de 50 personnes consultant le service d'odontologie entre le 10 février 2017 et le 30 mai 2017. L'âge moyen est de $73,42 \pm 5,96$ ans, le groupe se compose de 23 hommes (âge moyen : $74,35 \pm 6,34$ ans) et 27 femmes (âge moyen : $72,63$ ans $\pm 5,62$ ans).

3.1.1. Qualité de vie en relation avec la santé orale

Le questionnaire GOHAI a révélé que 30 sujets présentaient une qualité de vie modérée ou bonne: 15 hommes et 15 femmes et que 20 sujets présentaient une mauvaise qualité de vie : 8 hommes et 12 femmes (Figure 1).

La moyenne du score GOHAI est de $50,4 \pm 8,76$ sur 60. La moyenne du score de fonction est de $16,58$ sur $20 \pm 3,66$, la moyenne du score de confort est de $12,66$ sur $15 \pm 2,35$ et celle concernant le score social est de $21,38$ sur $25 \pm 4,66$. Les sous scores moyens de chacun des domaines composant le GOHAI sont représentés dans la Figure 2.

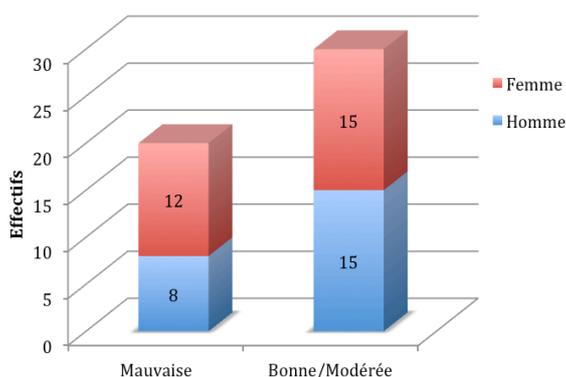


Figure 1: Distribution des sujets selon la qualité de vie en fonction des sexes

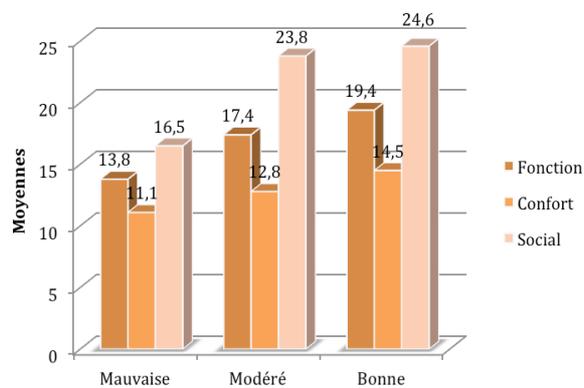


Figure 2: Moyennes des scores de fonction, confort et social en fonction de la qualité de vie orale

Aucune différence significative n'a été mise en évidence par le test du khi-carré pour la répartition de la qualité de vie en fonction des sexes.

On remarque que les moyennes des scores pour les questions 2 (mordre ou mastiquer des aliments durs), 5 (mange de façon confortable) et 9 (préoccupation vis à vis des problèmes de dents ou gencives) sont inférieurs à 4 contrairement aux autres questions (Figure 3).

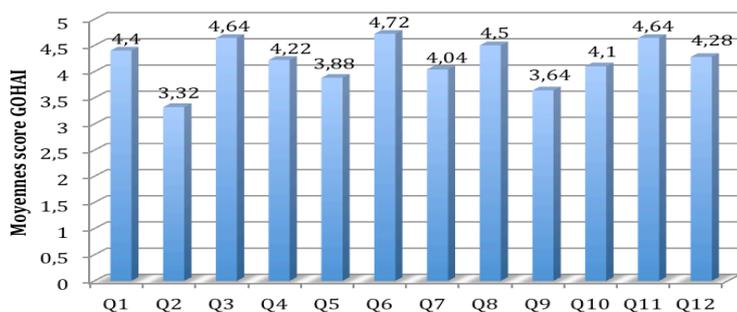


Figure 3: Moyenne des scores selon chaque question du GOHAI

3.1.2. Questionnaire Alimassens

3.1.2.1. Caractéristiques sociodémographiques

Concernant le dernier diplôme obtenu, 17 sujets ont obtenu un CAP sur 50, 18 ont un certificat d'étude, 10 ont un diplôme de niveau égal ou supérieur au bac et 5 n'ont pas de diplôme.

20 hommes sur 23 (87%) vivent toujours avec leur épouse ou leur concubine et 16 femmes sur 27 (60%) vivent avec leur époux ou leur concubin (Figure 4). On n'observe pas de différence significative entre les hommes et les femmes par le test du khi-carré au risque alpha de 0,05.

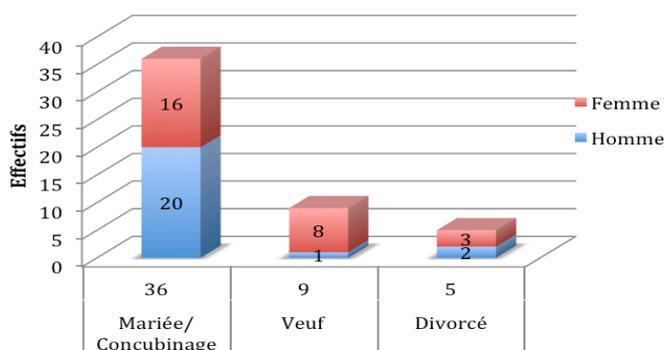


Figure 4: Distribution des sujets selon les situations familiales en fonction du genre

32 sujets sont nés en Auvergne ou dans un des départements voisins, 13 sont nés dans d'autres départements et 5 sont nés à l'étranger.

3.1.2.2. *Eléments biographiques*

76% des sujets ont passé leur enfance dans le département où ils sont nés et parmi ces derniers, 74% ont passé leur enfance dans la ville où ils sont nés.

22 sujets ont vécu leur enfance dans un village (moins de 2000 habitants), 13 dans une petite ville (entre 2 000 et 50 000 habitants) ou une ville de taille moyenne (entre 50 000 et 200 000 habitants), 14 sujets ont vécu dans une grande ville (plus de 200 000 habitants) et 1 sujet a beaucoup déménagé (Figure 5).

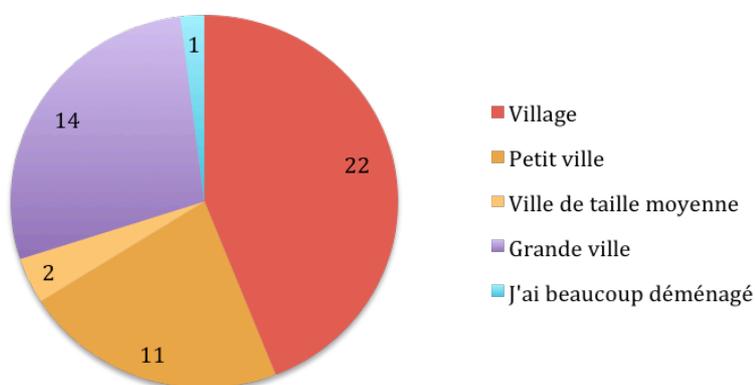


Figure 5: Distribution des effectifs selon les lieux de vie pendant l'enfance (n=50)

3.1.2.3. *Alimentation et denture*

Pendant l'enfance

33 sujets ne sont jamais allés chez le dentiste durant l'enfance, 11 ont consulté moins d'une fois par an et 6 au moins une fois par an (Figure 6).

Parmi eux, 16 sur les 22 sujets (soit 73%) qui ont vécu dans un village durant l'enfance ne sont jamais allés chez le dentiste, 5 (23%) moins d'une fois par an et 1 (4%) au moins une fois par an. Parmi ceux qui ont vécu dans une petite ville ou une ville de taille moyenne, 9 (69%) n'ont jamais été chez le dentiste, 3 (23%) moins d'une fois par an et 1 (8%) au moins une fois par an. Pour les sujets ayant vécu dans une grande ville, 7 (50%) ne sont jamais allés chez le dentiste, 3 (21%) moins d'une fois par an et 4 (29%) sont allés au moins une fois par an (Figure 7).

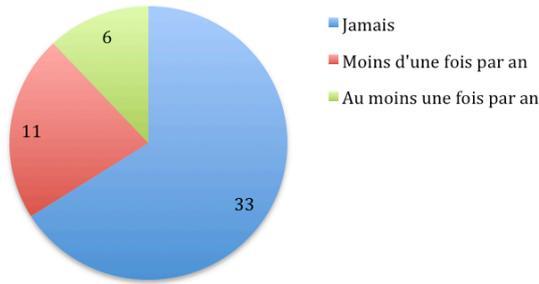


Figure 6: Distribution des effectifs selon les fréquences des visites chez le dentiste durant l'enfance (n=50)

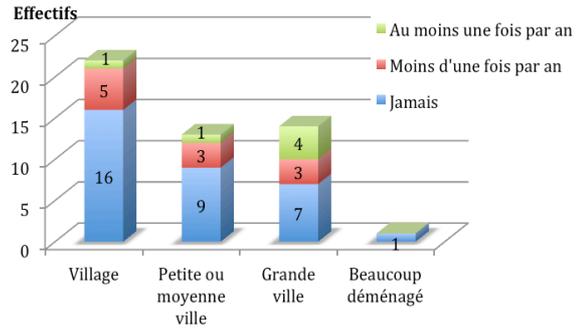


Figure 7 : Variation des effectifs selon la fréquence des visites chez le dentiste durant l'enfance en fonction de la taille de la ville habitée pendant l'enfance

Concernant le brossage des dents durant l'enfance, 10 sujets ne se sont jamais brossés les dents, 9 rarement, 18 quelquefois par semaine et 13 sujets se sont brossés les dents tous les jours (Figure 8).

Les sujets habitant un village ne se brossaient jamais les dents pour 7 d'entre eux (31%), rarement pour 5 (23%), 5 (23%) quelquefois par semaine et 5 (23%) tous les jours. Pour ceux habitant une petite ou moyenne ville, 2 (15%) ne se brossaient jamais les dents, 2 (15%) rarement, 7 (55%) se brossaient quelquefois par semaine et 2 (15%) tous les jours. Parmi ceux habitants une grande ville, 6 (43%) se brossaient les dents tous les jours, 5 (36%) quelquefois par semaine, 2 (14%) plus rarement et 1 (7%) jamais. Le seul sujet ayant beaucoup déménagé se brossaient les dents quelquefois par semaine (Figure 9).

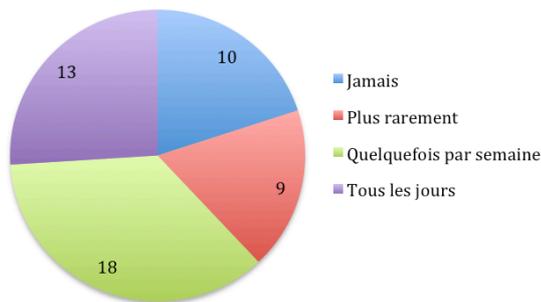


Figure 8: Distribution des effectifs selon la fréquence du brossage des dents pendant l'enfance (n=50)

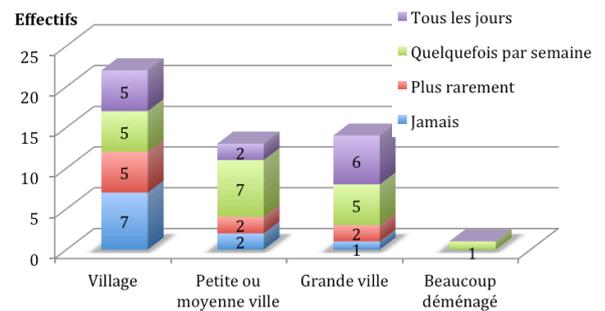


Figure 9 : Distribution des sujets selon la fréquence du brossage en fonction de la taille de la ville habitée durant l'enfance

Le début du brossage quotidien a commencé avant 6 ans pour 3 sujets, entre 6 et 12 ans pour 12 sujets, entre 12 et 18 ans pour 12 sujets également et après 18 ans pour 23 sujets (Figure 10). La figure 11 représente la distribution des sujets selon l'âge à partir duquel ils se

sont brossés les dent au moins une fois par jour en fonction de la taille de la ville habitée durant l'enfance.

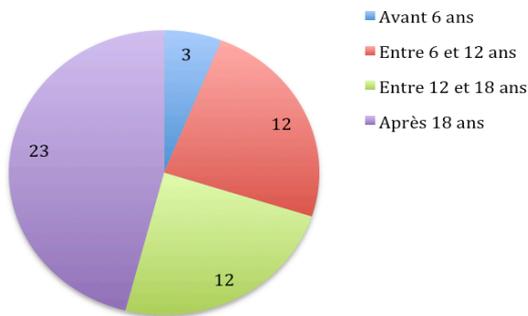


Figure 10: Distribution des effectifs selon l'âge à partir duquel les sujets se sont brossés les dents au moins une fois par jour (n=50)

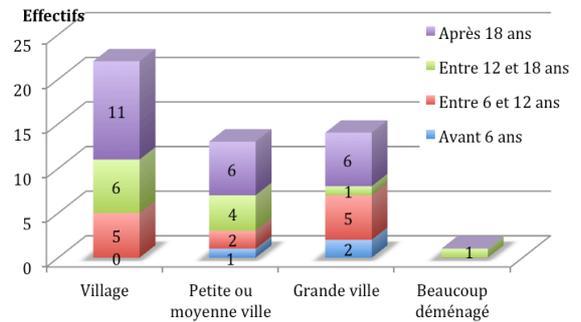


Figure 11: Distribution des sujets selon l'âge à partir duquel les sujets se sont brossés les dents au moins une fois par jour en fonction de la taille de la ville habitée durant l'enfance

27 sujets pensent qu'ils ont eu une bonne denture durant leur jeunesse, 6 une denture plutôt bonne, 6 une denture plutôt mauvaise, 10 sujets pensent avoir eu une mauvaise denture et 1 ne se souvient pas (Figure 12).

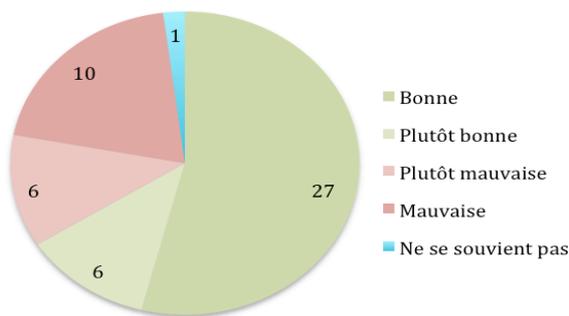


Figure 12: Distribution des effectifs selon l'état de la denture durant leur enfance (n=50)

Les 10 sujets qui ne se brossaient jamais les dents durant leur enfance n'allaient jamais chez le dentiste.

15 sujets ont vécu une période de restriction alimentaire durant leur enfance sur les 50 sujets interrogés.

Âge adulte

À l'âge adulte, 37 sujets se brossaient les dents tous les jours, 11 quelquefois par semaine et 2 plus rarement (Figure 13).

Toujours à l'âge adulte, 23 sujets sont allés au moins une fois par an chez le dentiste, 25 moins d'une fois par an et 2 jamais (Figure 14).

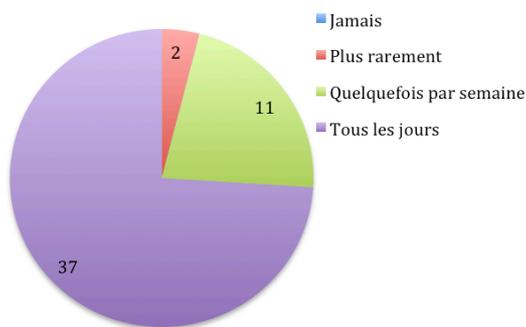


Figure 13: Distribution des effectifs selon la fréquence du brossage à l'âge adulte (n=50)

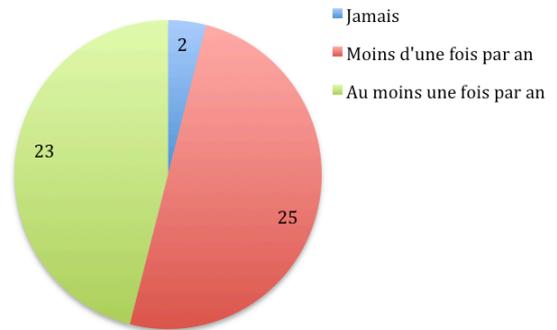


Figure 14: Distribution des effectifs selon la fréquence des visites chez le dentiste à l'âge adulte (n=50)

13 sujets pensent qu'ils avaient une bonne denture, 13 une denture plutôt bonne, 13 une denture plutôt mauvaise et 11 une mauvaise denture.

Toujours durant cette période de vie, 47 sujets mangeaient de souvent à tout le temps des produits bruts non transformés, 3 mangeaient plus souvent des plats préparés ou des aliments non frais.

21 sujets ne cuisinaient pas, 12 cuisinaient en adaptant aux goûts de leur famille et 17 cuisinaient en choisissant les plats eux-mêmes. La répartition selon les hommes et les femmes révèle que toutes les femmes cuisinent (96%) excepté une et que 20 hommes sur 23 ne cuisinent pas (87%) (Figure 15). On observe une différence significative pour cette question entre les hommes et les femmes par le test du khi-carré avec un risque alpha de 0,05.

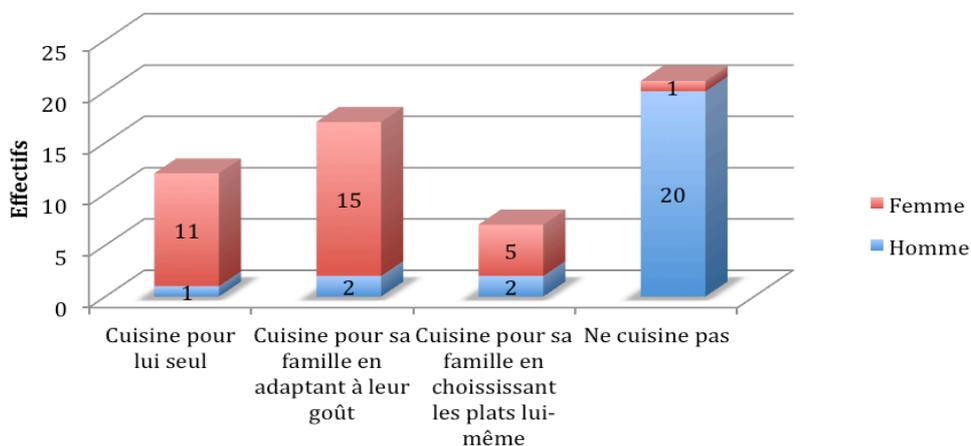


Figure 15: Distribution des sujets selon les habitudes de cuisine selon le genre

Actuellement :

Actuellement, 47 sujets se brossent les dents tous les jours et 3 se les brossent quelques fois par semaine.

Le choix du dentifrice est réalisé après réflexion pour 25 sujets sur les 50. On remarque que plus de la moitié des femmes choisissent leur dentifrice après réflexion (17 sur 27 soit 63%) contre seulement 8 hommes sur 23 (35%) (Figure 16). Il y a une différence significative entre les hommes et les femmes par le test du khi-carré au risque alpha de 0,05 pour cette question.

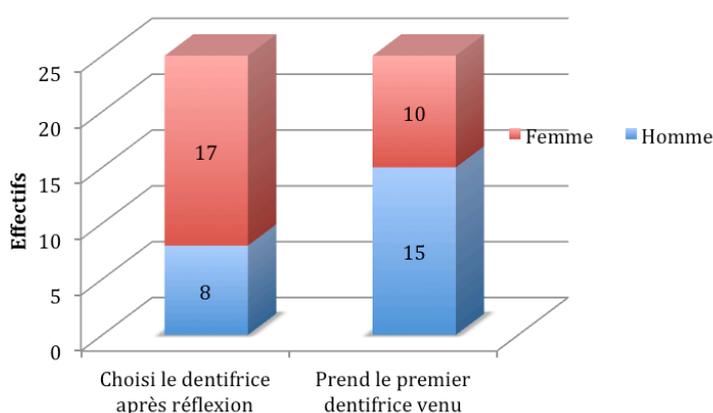


Figure 16: Distribution des sujets selon le choix du dentifrice après réflexion ou non selon le genre

27 sujets vont au moins une fois par an chez le dentiste, 22 y vont moins d'une fois par an et un sujet totalement édenté n'y va jamais.

39 sujets portent une ou plusieurs prothèses amovibles parmi les 50. Sur les 11 non porteurs de prothèse, 1 sujet a des appareils en cour de réalisation, 4 ont des implants et 1 sujet a toutes ses dents naturelles.

28 sujets ont des difficultés pour manger certains aliments. 11 sujets disent avoir modifié leurs habitudes alimentaires sur les 50 et 2 de ces 11 sujets (18%) n'ont pas de prothèses dentaires amovibles.

3 des 11 sujets qui n'ont pas de prothèses (27%) ont des difficultés pour manger certains aliments et 25 sur les 39 porteurs d'un appareil (64%) ont également des difficultés.

29 sujets sur les 50 voudraient améliorer leur état bucco-dentaire ; 25 sujets évoquent leur bien-être personnel et pour 11 sujets il s'agit aussi d'améliorer leur alimentation.

3.1.2.4. Situation financière

4 sujets ont des revenus inférieurs à 1000 euros dans leur foyer, 7 ont entre 1000 et 1500 euros par mois, 14 ont entre 1500 et 2000 euros, 9 entre 2000 et 2500 euros et 16 plus de 2500 euros (Figure 17).

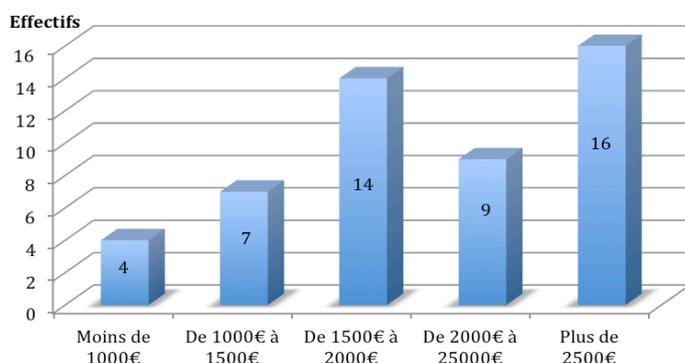


Figure 17: Distribution des sujets selon leurs revenus

La moyenne des revenus mensuels par foyer se situe entre 1800 ± 580 et 2100 ± 484 euros. 38 sujets sont propriétaires de leur logement et 12 sont locataires. 7 sujets se disent en difficulté, 23 se disent corrects, 18 à l'aise et 2 très à l'aise.

Seuls 2 sujets sur les 16 ayant plus de 2500 euros par mois se disent très à l'aise et 9 des 18 sujets se disant à l'aise financièrement ont plus de 2000 euros par mois (Figure 18).

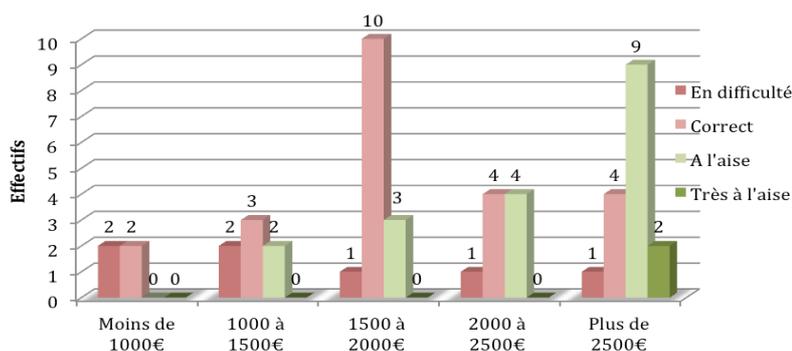


Figure 18: Distribution des sujets selon la situation financière du sujet en fonction de ses revenus

Les moyens financiers ne conditionnent pas le renoncement aux soins dentaires pour 42 sujets qui répondent non ou plutôt non à cette question, 8 répondent oui ou plutôt oui. Les sujets répondant oui ou plutôt oui gagnent moins de 2000 euros excepté un seul sujet (Figure 19).

41 sujets répondent que leur moyens financiers ne limitent pas ou plutôt pas leur possibilité en terme de consommation alimentaire, 9 répondent oui ou plutôt oui.

La corrélation de cette question avec le montant des revenus par foyer révèle des similitudes avec le graphique portant sur les limitations des soins en fonction des revenus (Figure 20).

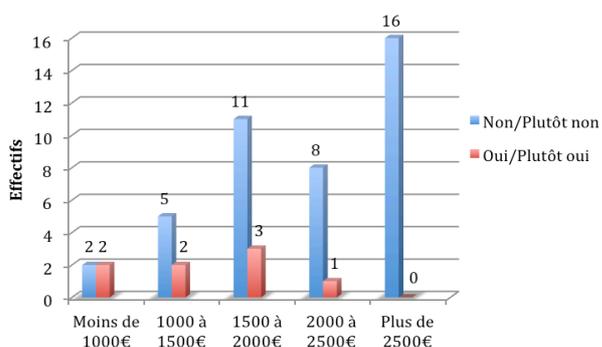


Figure 19: Distribution des sujets selon les limitations ou non en terme de soins en fonction des revenus

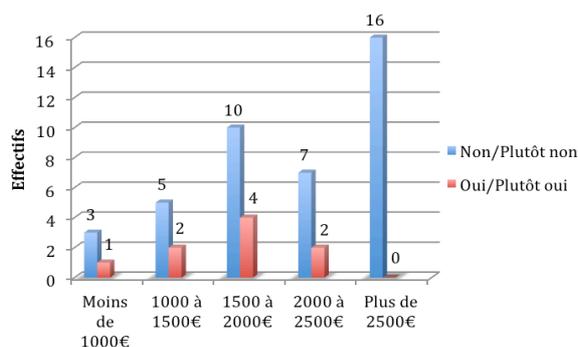


Figure 20: Distribution des sujets selon les limitations ou non en terme de consommation alimentaire en fonction des revenus

3.1.2.5. Vie quotidienne

Fréquence des sorties :

Cette partie du questionnaire a révélé que les sujets sortent plus souvent pour faire leurs courses ou pour leurs loisirs que pour aller au restaurant. 37 sujets sur 50 vont en course au moins une fois par semaine. 39 sujets sur les 50 sortent de chez eux pour leurs loisirs au moins une fois par semaine. 13 sujets ne vont jamais au restaurant et 29 y vont moins d'une fois par mois. On observe également que 7 sujets ne rendent jamais visite à leur entourage et que 21 les rencontre moins d'une fois par mois (Figure 21).

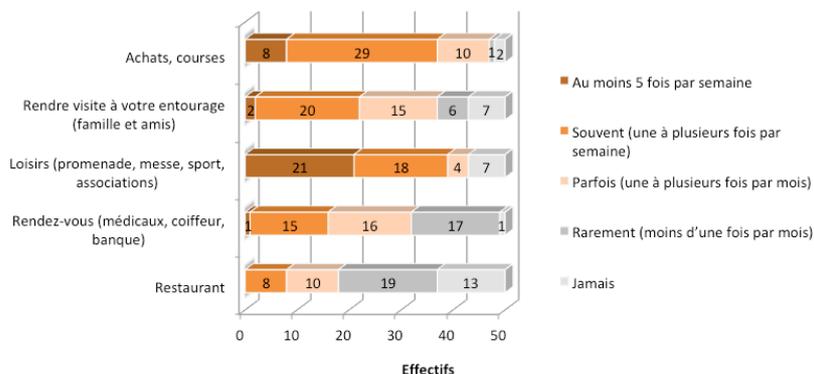


Figure 21: Distribution des sujets selon la fréquence des sorties

Activité :

36 sujets pratiquent régulièrement une activité physique (au moins une fois par semaine) telle que la marche, le jardinage ou le yoga. 41 ont au moins une fois par semaine une activité intellectuelle comme la lecture ou les sudokus mais on remarque que 26 sujets ne pratiquent jamais d'activité artistique (danse, peinture, couture par exemple) et 28 ne font pas partie d'association. Les 17 sujets participant au moins une fois par semaine à une association mentionnent le plus souvent les restaurants du cœur, la chasse ou la danse (Figure 22).

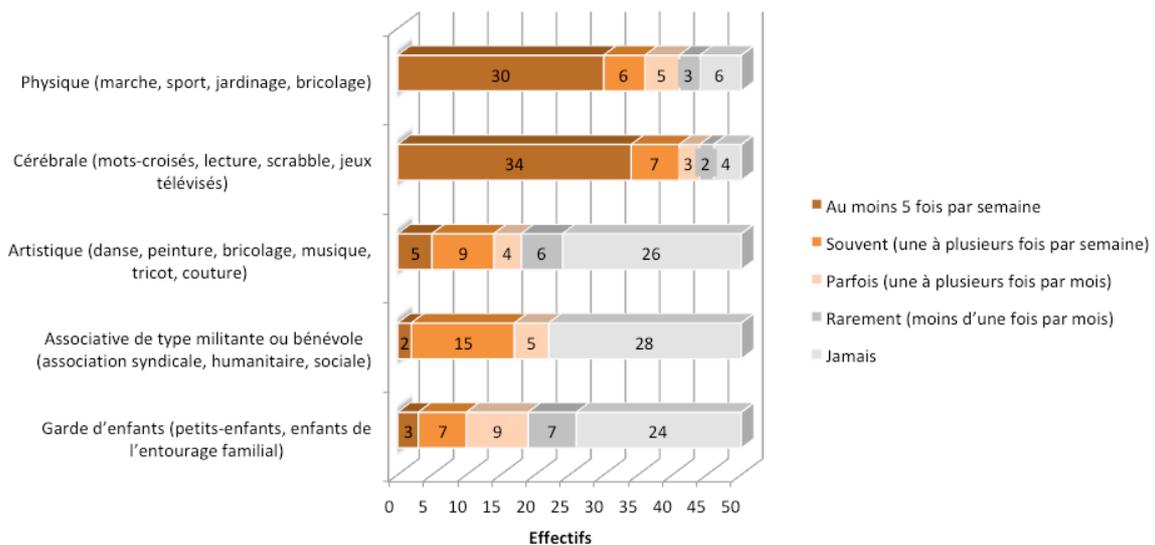


Figure 22: Distribution des sujets selon la fréquence des activités

Fréquentation sociale :

19 sujets voient les membres de leur famille moins d'une fois par semaine, 2 jamais, 11 sujets ne voient jamais leurs amis et 14 jamais leurs voisins (Figure 23).

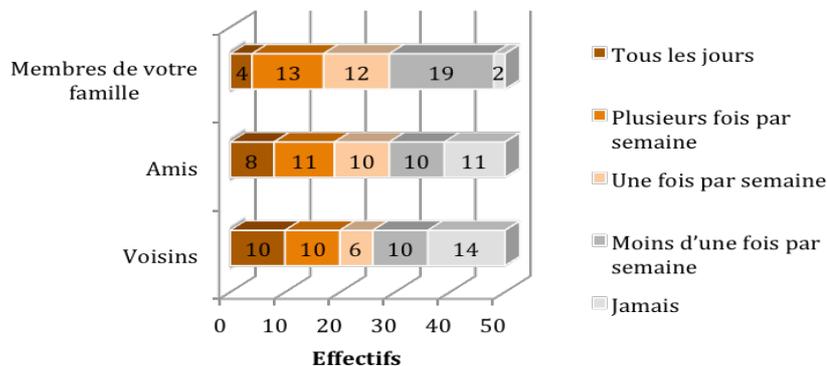


Figure 23: Distribution des sujets selon la fréquence des fréquentations sociales

3.1.2.6. Comportement et habitudes alimentaires

44 sujets sur 50 mangent plus souvent des produits frais que des produits de 3^{ème} catégorie. 28 sujets n'ont pas de préférence alimentaire, 11 aiment que les aliments soient ni trop mous ni trop croquants, 3 sujets préfèrent les aliments croquants et 8 préfèrent les aliments mous.

Les 11 sujets n'ayant pas d'appareils amovibles n'ont pas de préférences alimentaires ou alors préfèrent que leur alimentation ne soit ni trop molle ni trop croquante. 19 sujets parmi ceux ayant des appareils amovibles (soit 49%) n'ont également pas de préférences alimentaires, 9 sujets (23%) aiment que leur alimentation ne soit ni trop molle ni trop croquante et les 11 sujets restant (28%) qui portent des appareils amovibles ont des préférences alimentaires (soit mou soit croquant) (Figure 24).

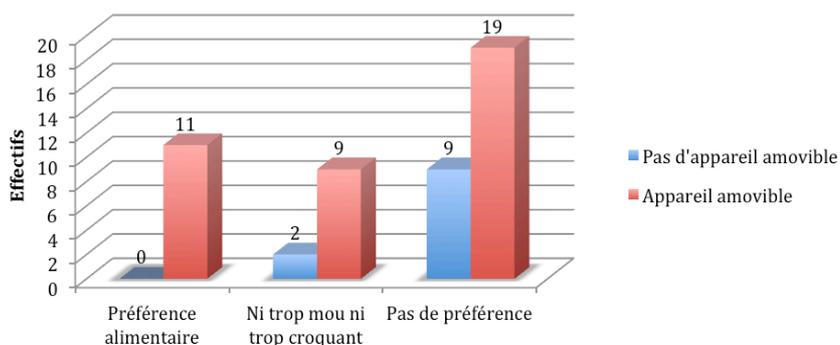


Figure 24: Variation des préférences alimentaires en fonction du port ou non d'une prothèse amovible

Intérêt pour une alimentation saine :

Le terme « d'alimentation saine » est un critère subjectif non défini qui renvoie au sens utilisé dans le langage courant.

Dans la partie concernant l'intérêt pour une alimentation saine, les réponses sont corrélées à la question « je mange ce que j'aime sans m'inquiéter du reste » lorsque le patient n'a pas de problème de santé. Si le sujet répond « oui » ou « plutôt oui » à cette question, dans la majorité des cas, le sujet a une ou plusieurs réponses négatives aux autres questions de l'item, ce qui signifie qu'il montre un intérêt modéré pour une alimentation saine (15 sujets sur 27 qui ont répondu oui (56%)). En revanche, si celui-ci répond non à cette question, il n'y a que des réponses oui ou plutôt oui aux autres questions, indiquant qu'il montre un grand intérêt à avoir une alimentation saine pour 17 sur 23 sujets répondant non (74%) (Figure 25).

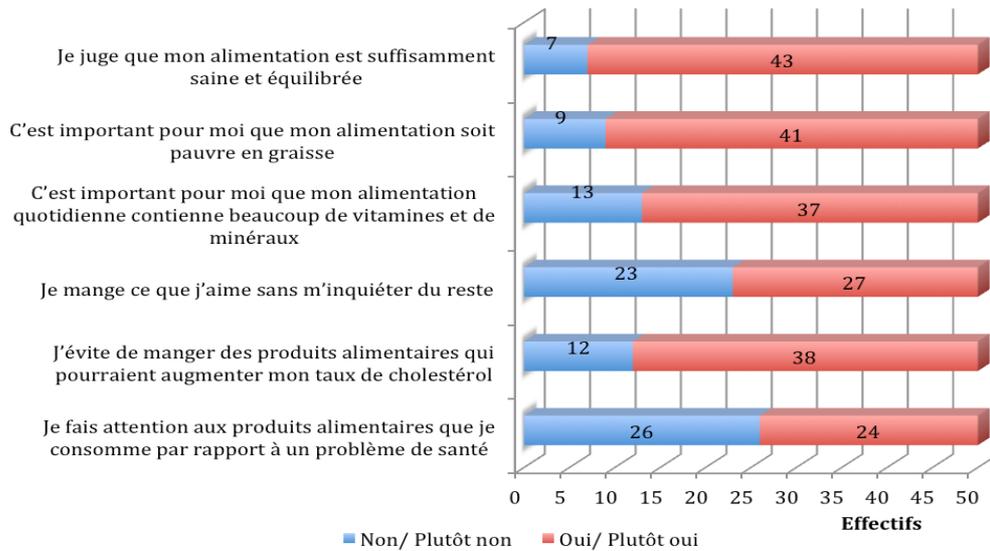


Figure 25: Distribution des sujets en fonction de l'intérêt pour une alimentation saine

Plaisir à la consommation

La majorité des sujets associe la consommation alimentaire au plaisir (Figure 26).

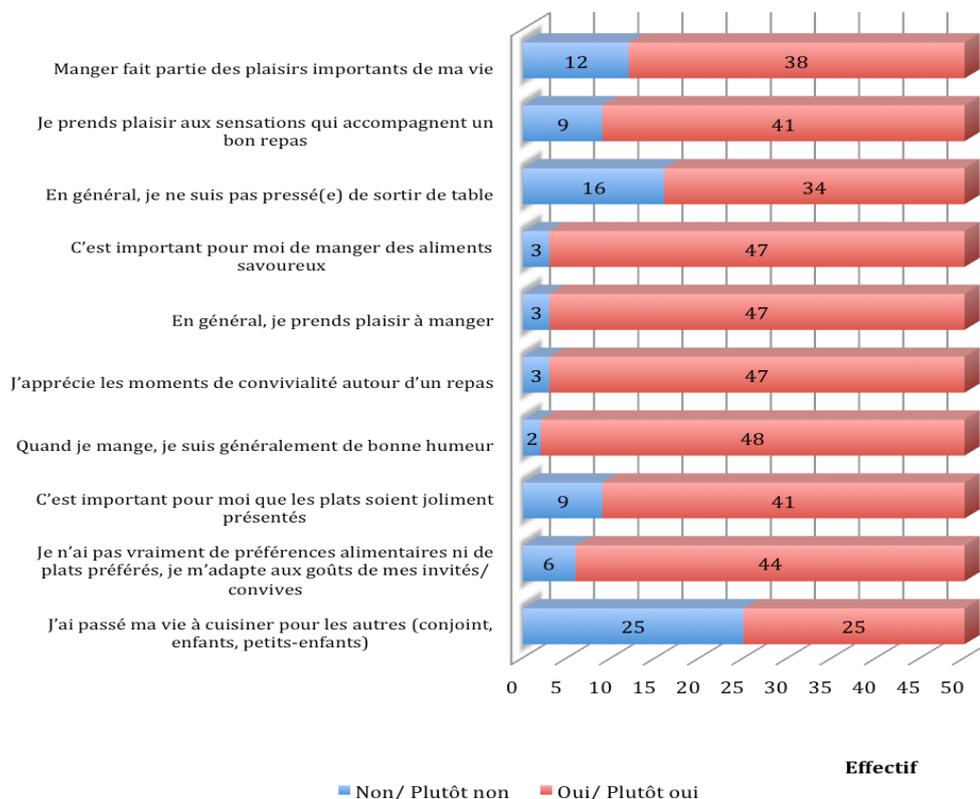


Figure 26: Distribution des sujets en fonction du plaisir à la consommation

Les 2 sujets pour lesquels cet item cumule une majorité de réponses négatives évoquent une tendance dépressive décrite par eux-mêmes au cours de l'entretien ou des difficultés à manger pour des raisons de santé (cancer de l'oesophage).

Repas

A domicile, 13 sujets mangent seuls au moins une fois par jour. 36 sur 50 mangent tous les jours avec leur conjoint. On observe que 28 sur les 50 mangent avec un invité moins d'une fois par mois et 15 sur ces 28 (54%) n'invitent personne pour manger (Figure 27).

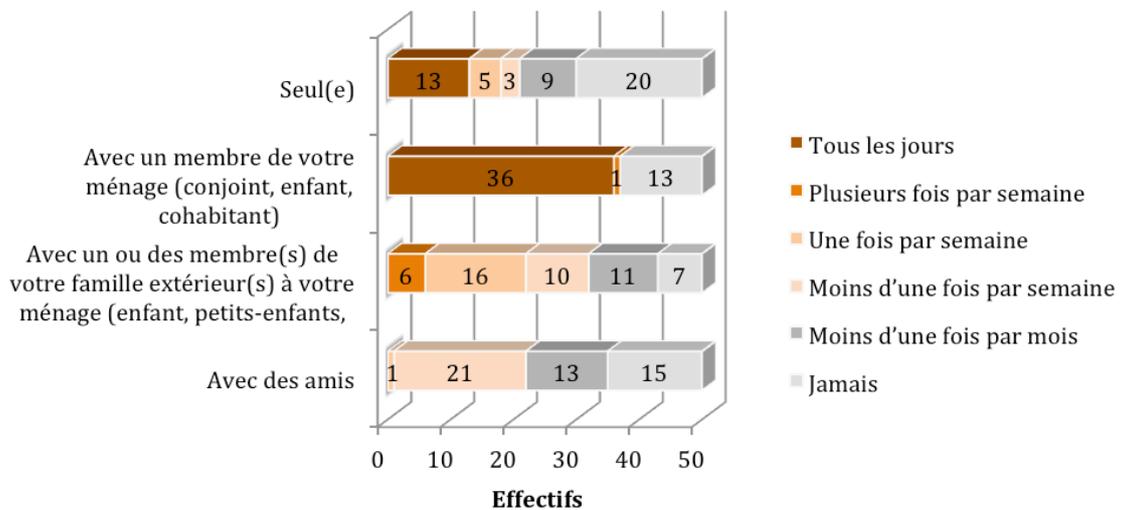


Figure 27: Distribution des sujets selon la fréquence des repas à domicile

32 sujets sur 50 mangent moins d'une fois par mois chez un membre de leur famille et 33 moins d'une fois par moi chez leurs amis (Figure 28).

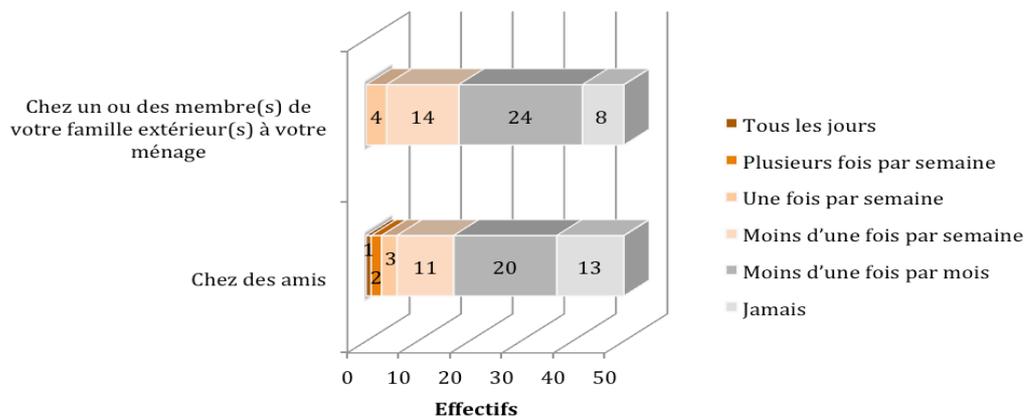


Figure 28: Distribution des sujets selon la fréquence des repas à l'extérieur

On remarque que pour chaque question de l’item portant sur la fréquence des repas au restaurant, au moins la moitié des sujets ont répondu jamais (Figure 29).

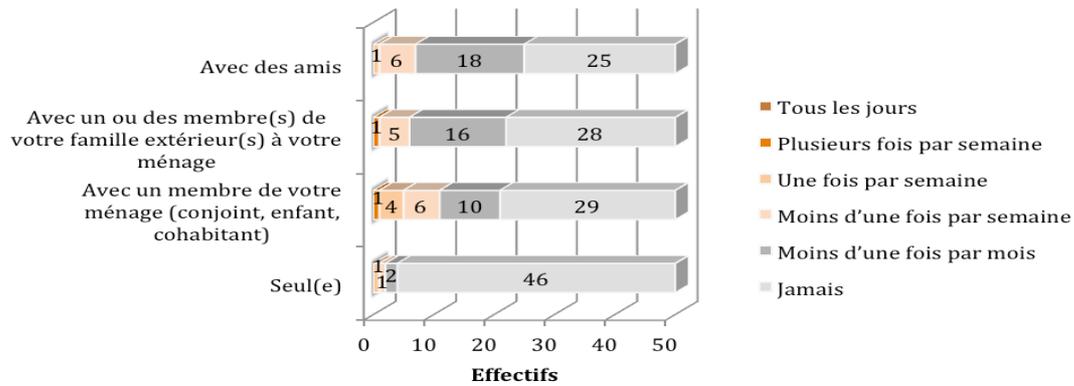


Figure 29: Distribution des sujets selon la fréquence des repas au restaurant

Les 3 sujets n’appréciant pas les moments de convivialité lors des repas festifs mangent moins d’une fois par mois chez des amis. De plus, ces 3 sujets n’invitent jamais d’amis pour manger chez eux.

3.1.2.7. Mise en situation des comportements

Soins dentaires et denture

Sur les 5 sujets qui n’ont pas choisi d’investir dans des soins dentaires de qualité, tous ont accueilli la dégradation de leur denture avec résignation. La majorité des sujets (43 sur 50) est satisfaite des soins dentaires effectués (Figure 30).

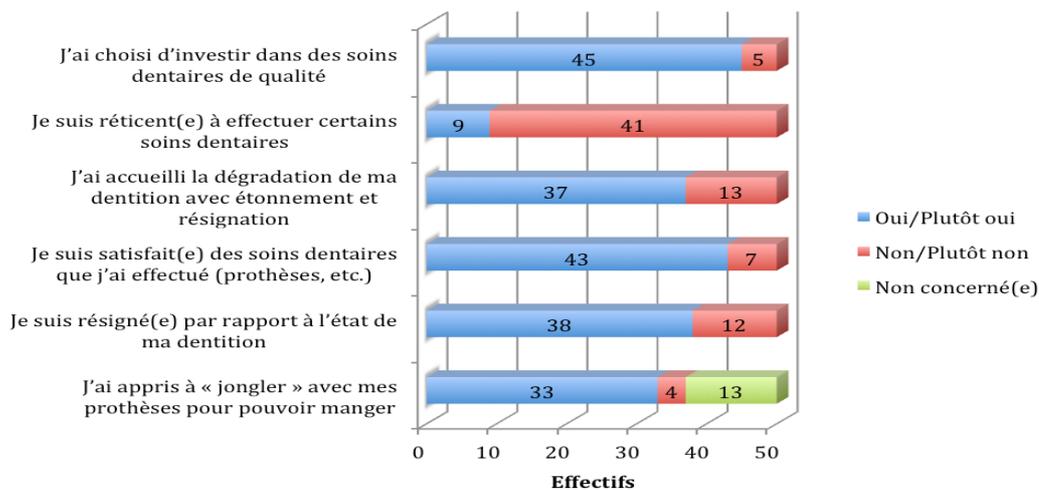


Figure 30: Distribution des sujets selon leur attitude vis à vis des soins dentaires

Parmi les 43 satisfaits de leurs soins dentaires déjà effectués, seulement 6 (14%) ont modifié leurs pratiques alimentaires alors que pour les 7 non satisfaits de leurs soins dentaires, 5 (71%) ont modifié leurs habitudes alimentaires.

Parmi les 38 résignés vis à vis de leur état dentaire, 34 (89%) n'ont pas modifié leurs habitudes alimentaires et parmi les 12 non résignés, 7 (58%) ont modifiés leurs habitudes alimentaires.

Pratiques alimentaires (Figure 31, 32 et 33)

Les figures 31, 32 et 33 montrent le nombre de réponses positives et négatives pour chaque question sur les pratiques alimentaires.

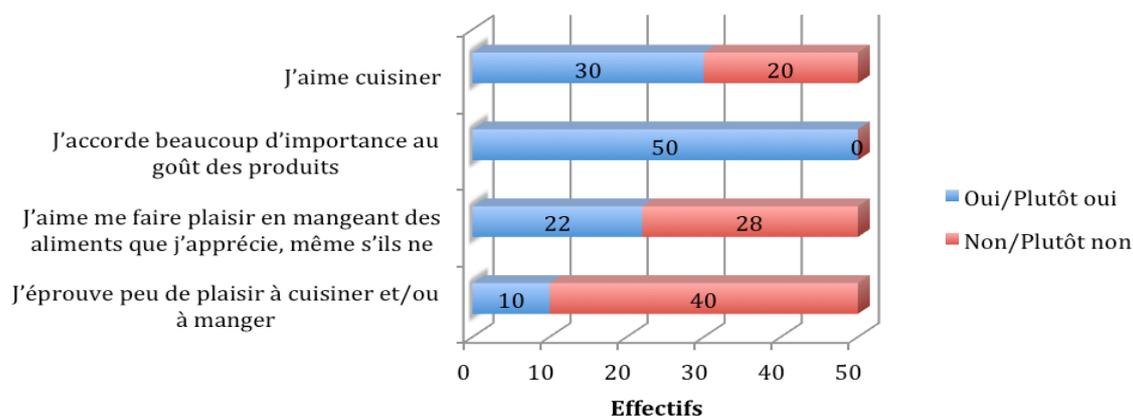


Figure 31: Distribution des sujets en fonction de leur plaisir alimentaire

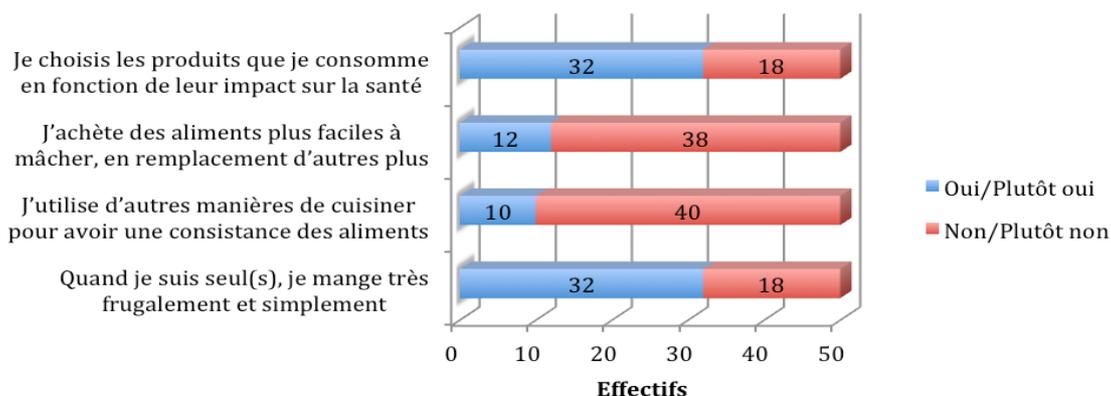


Figure 32: Distribution des sujets en fonction de leurs habitudes de préparation alimentaires

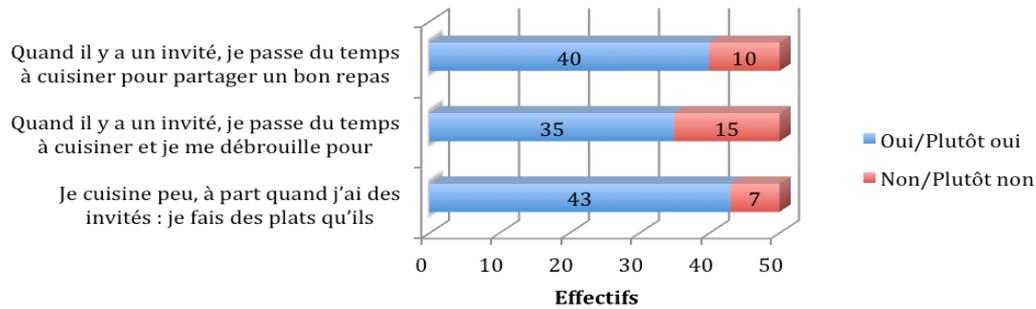


Figure 33: Distribution des sujets en fonction de leurs habitudes culinaires lorsqu'il y a un invité

Parmi les 23 hommes, 16 (70%) n'aiment pas cuisiner alors que parmi les 27 femmes, 23 (85%) aiment cuisiner (Figure 34).

14 sur 32 des sujets qui mangent rapidement lorsqu'ils sont seuls n'aiment pas cuisiner (44%) et 12 sur 18 des sujets qui ne mangent pas rapidement lorsqu'ils sont seuls aiment cuisiner (67%) (Figure 35).

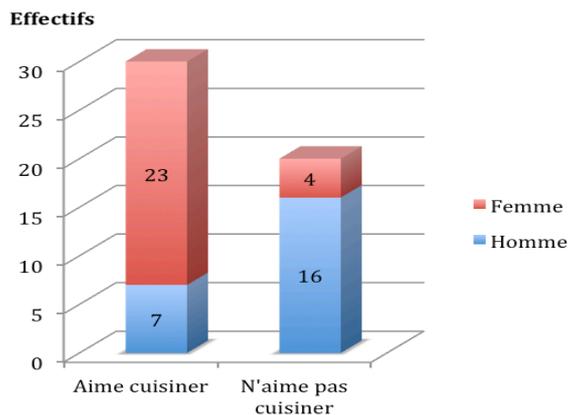


Figure 34: Distribution des sujets selon le plaisir à cuisiner en fonction du genre

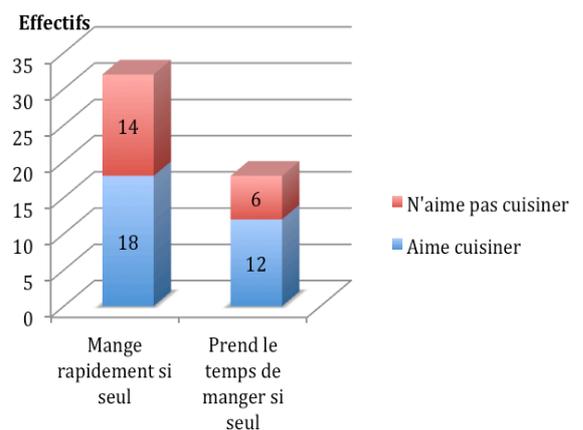


Figure 35: Distribution des sujets selon le plaisir à cuisiner en fonction de la vitesse de la prise du repas lorsqu'il mange seul

13 hommes sur 23 (57%) mangent ce qu'il leur plaît même si les aliments ne sont pas considéré comme « sain ». Pour les femmes, 9 sur 27 (33%) uniquement disent la même chose (Figure 36).

12 sujets sur les 22 (55%) qui aiment se faire plaisir en mangeant des aliments qu'ils apprécient même s'ils ne sont pas sains n'aiment pas cuisiner. Parmi ceux qui n'aiment pas se faire plaisir en mangeant des aliments qu'ils apprécient même s'ils ne sont pas sains, 20 sur les 28 (71%) aiment cuisiner (Figure 37).

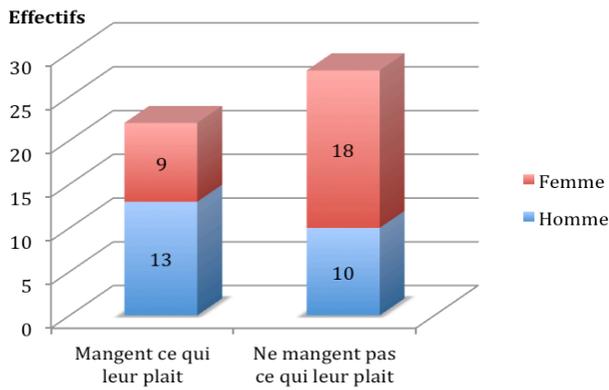


Figure 36: Distribution des effectifs selon ce que mangent les sujets en fonction du genre

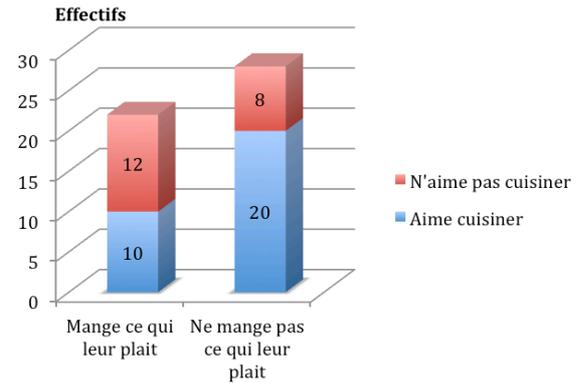


Figure 37: Distribution des sujets selon le plaisir à cuisiner en fonction de ce qu'ils mangent

Rapport au corps

On peut voir sur la figure 38 que le rapport au corps varie fortement selon les questions.

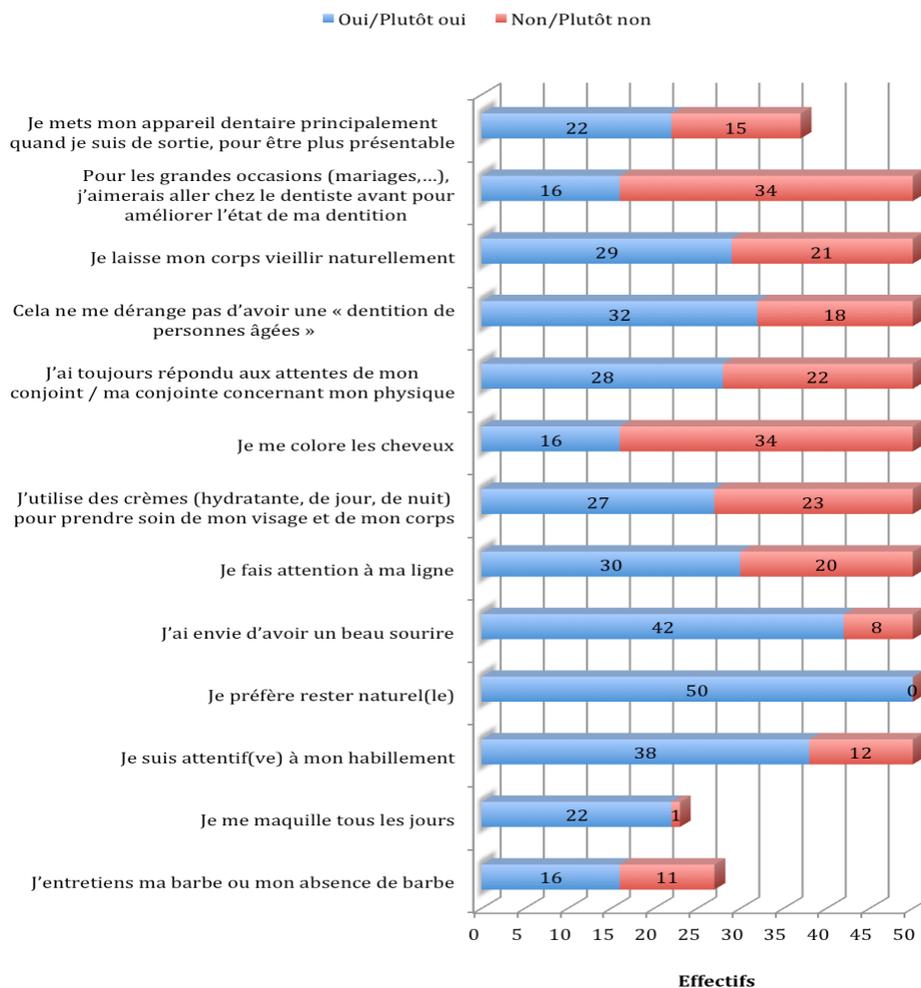


Figure 38: Distribution des sujets en fonction de l'attitude vis-à-vis de leur apparence

3.1.2.8. Typologie sociale

A propos de la typologie sociale, on note que le nombre de réponses positives varie considérablement en fonction des questions (Figure 39). Sur le graphique on peut voir en rouge le pourcentage de réponses positives portant sur les questions s'intéressant au profil « bien soigné », en orange les « bricoleurs » et en bleu les « résignés ».

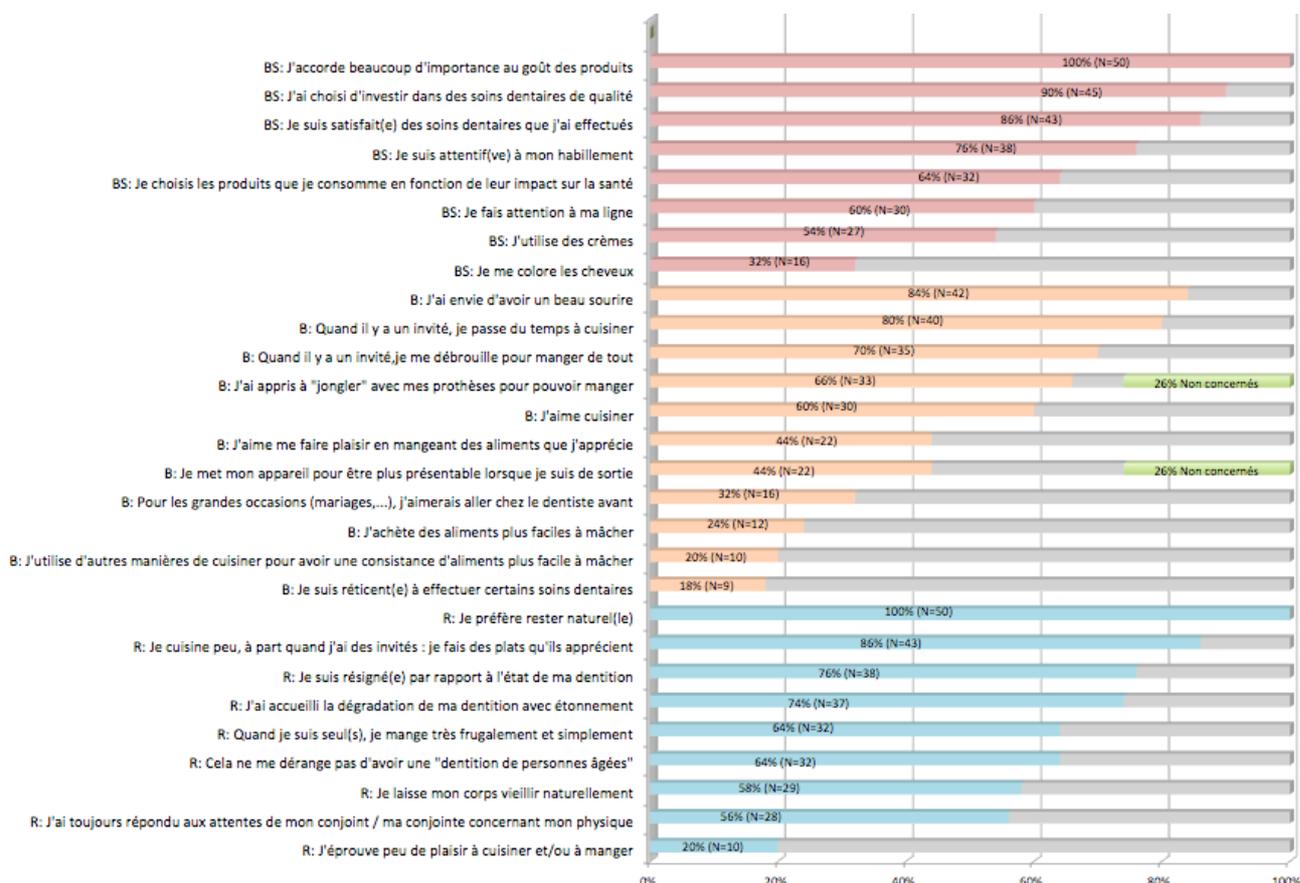


Figure 39: Pourcentage de sujets donnant une réponse positive pour chaque question selon les typologies

Les sujets répondent plus souvent positivement aux questions relevant de la typologie « résignés » (66,44% en moyenne \pm 11,55) que celles concernant les profils « bricoleurs » (44,00% \pm 13,67). Les questions relevant de la typologie « bien soignés » ont une moyenne de 61,25% \pm 18,25 de réponses positives (Figure 40).

On note une différence non significative à l'aide du test du khi-carré entre les hommes et les femmes si l'on distingue les moyennes selon les sexes (Figure 41). Les femmes ont répondu positivement à 70% des questions relevant de la typologie « bien soignés », contre 51% chez les hommes. On observe que les hommes ont répondu légèrement plus souvent oui aux questions relevant de la typologie « résignés » (68% de réponses positives contre 65% chez les femmes).

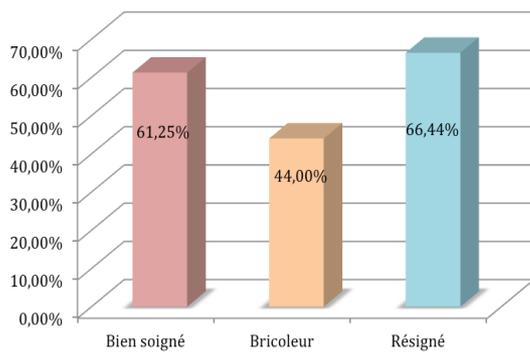


Figure 40: Typologie du groupe étudié (caractérisé par les pourcentages de réponses positives à chaque question permettant d'identifier une typologie « bien soigné », « bricoleur », « résigné »)

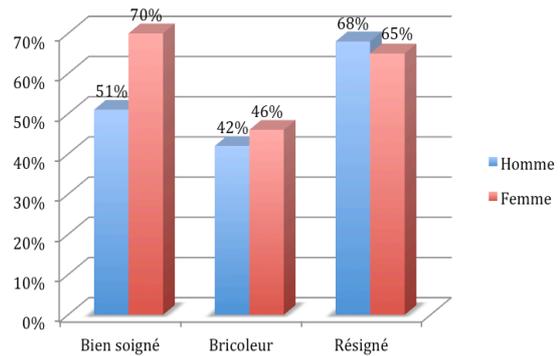


Figure 41: Pourcentage moyen des réponses positives pour chaque typologie en fonction du genre

3.2. ANALYSE

3.2.1. Impact de l'état dentaire sur la qualité de vie orale

Les sujets n'ayant pas de prothèses amovibles présentent de meilleurs scores pour toutes les parties du GOHAI (Figure 42).

Sur la figure 43, représentant les scores de GOHAI pour les sujets ayant des prothèses amovibles, on remarque qu'il y a plus de mauvais scores que pour les sujets n'ayant pas de prothèses amovibles. On observe également que pour les scores de fonction chez ces sujets, il y a une majorité de mauvais score : 23 sur 39 (59%).

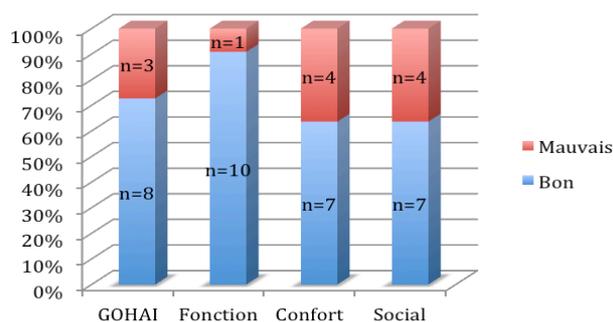


Figure 42: Distribution des sujets selon les scores du GOHAI chez les sujets n'ayant pas de prothèse amovible (n=50)

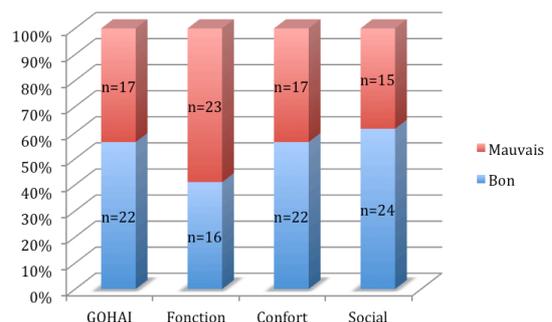


Figure 43: Distribution des sujets selon les scores du GOHAI chez les sujets ayant une ou des prothèses amovibles (n=50)

Si l'on réalise les mêmes graphiques en différenciant les prothèses partielles amovibles et les prothèses totales amovibles, on peut constater que les sujets ayant une prothèse partielle ont plus souvent des bons scores de GOHAI. 12 sujets sur les 23 ayant une prothèse partielle

amovible (52%) ont un mauvais score de fonction tandis que 11 sujets sur les 16 ayant une prothèse totale amovible (85%) ont un mauvais score de fonction (Figure 44 et 45).

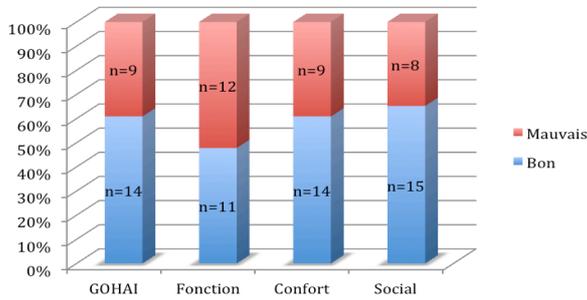


Figure 44: Distribution des sujets selon les scores du GOHAI chez les sujets ayant une prothèse partielle amovible

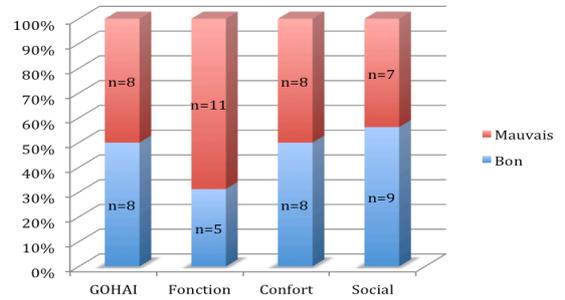


Figure 45: Distribution des sujets selon les scores du GOHAI chez les sujets ayant une prothèse totale amovible

3.2.2. Impact des comportements alimentaires sur la qualité de vie

On voit sur la figure 46 que la distribution des effectifs de personnes avec une bonne ou une mauvaise qualité de vie orale ne diffère que pour une seule question sur les comportements alimentaires (« j'ai passé ma vie à cuisiner pour les autres ») par le test du khi-carré pour un risque alpha de 0,05. Toutes les autres questions ne montrent pas de différences significatives.

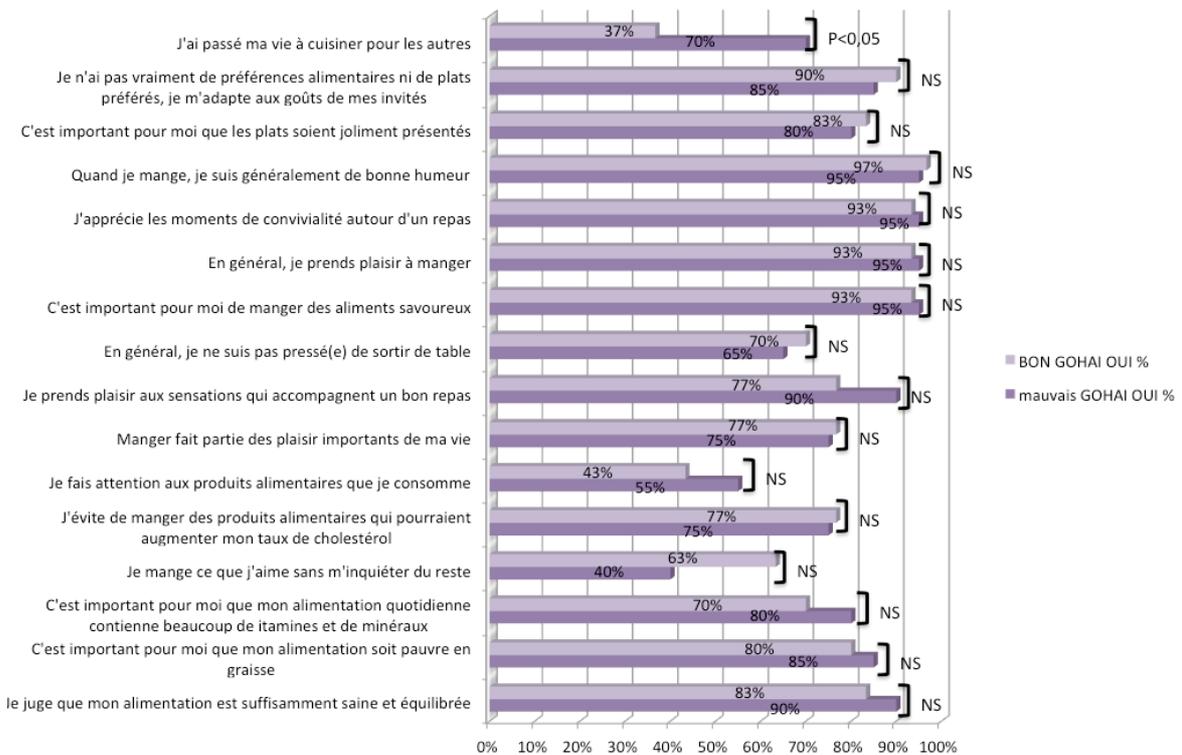


Figure 46: Comparaison des effectifs à propos des comportements alimentaires en fonction du GOHAI (n=50)

3.2.3. Impact des habitudes de vie sur la qualité de vie

Le lien entre la distribution des réponses positives concernant les différentes typologies et le GOHAI (bon ou mauvais) a été étudié grâce au test du khi-carré.

A l'exception de la question : « je suis satisfait des soins dentaires effectués », il n'y a pas de différence significative entre les sujets présentant un mauvais GOHAI et ceux présentant un bon GOHAI pour les questions portant sur la typologie « bien soignée » (figure 47). On observe donc que les patients avec un bon GOHAI sont significativement plus satisfaits des soins dentaires effectués que ceux avec un mauvais GOHAI.

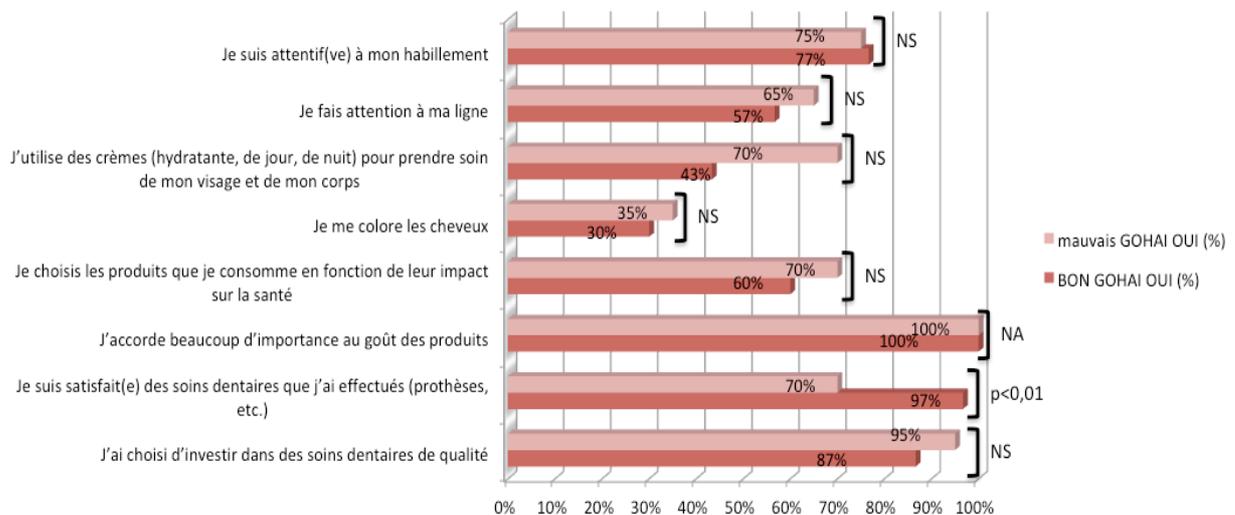


Figure 47: Différences significatives concernant les questions portant sur la typologie « bien soigné » en fonction du GOHAI (n=50)

Les questions portant sur la typologie « bricoleur » montrent plusieurs différences significatives selon le GOHAI (Figure 48). Les sujets ayant un mauvais GOHAI aimeraient significativement aller plus souvent chez le dentiste pour améliorer leur état dentaire avant une occasion que ceux avec un mauvais GOHAI. On remarque également qu'ils achètent significativement plus souvent des aliments plus faciles à mâcher et cuisinent significativement plus de manière à avoir une consistance d'aliment plus facile à mâcher.

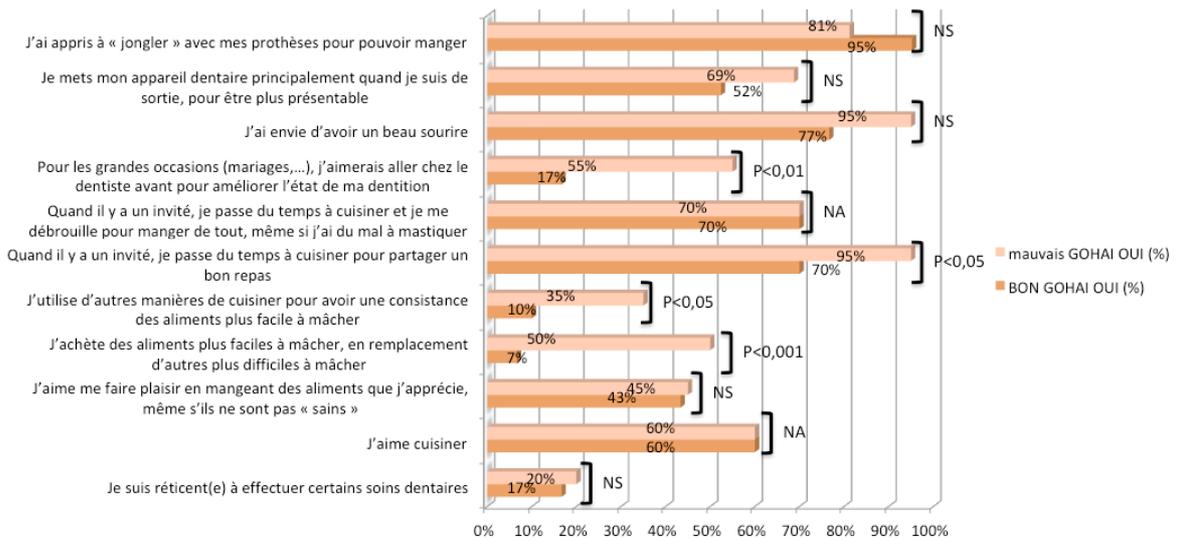


Figure 48: Différences significatives concernant les questions portant sur la typologie « bricoleur » en fonction du GOHAI (n=50)

On observe sur les questions traitant la typologie « résigné » que les sujets avec un mauvais GOHAI sont significativement moins souvent résignés par rapport à leur état dentaire et accueillent significativement moins souvent la dégradation de leur denture avec étonnement et résignation que les sujets présentant un bon GOHAI (Figure 49).

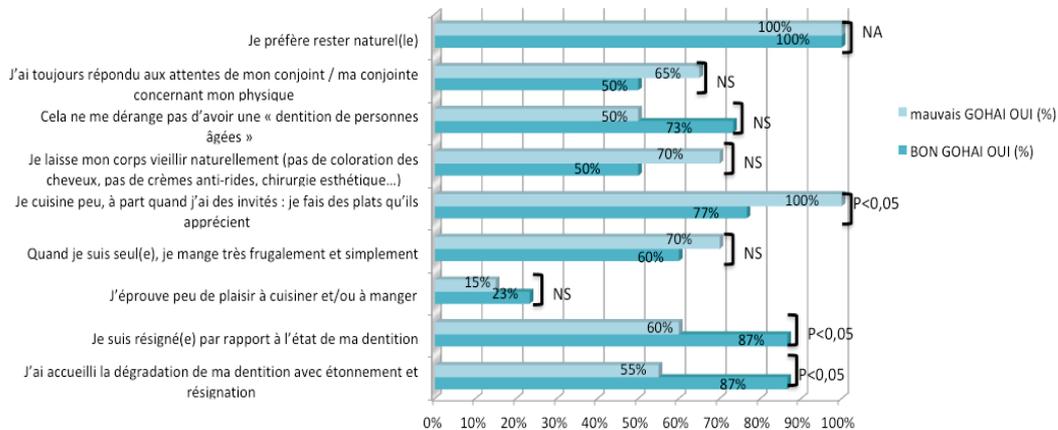


Figure 49: Différences significatives concernant les questions portant sur la typologie « résigné » en fonction du GOHAI (n=50)

3.2.4. Impact de la typologie sociale sur la qualité de vie

Pour évaluer l'impact des différentes typologies sur la qualité de vie, nous avons réalisé des graphiques avec le pourcentage de réponse positive pour chacune des typologies en ordonnée selon si les sujets ont un bon ou un mauvais score au GOHAI.

La mise en relation des taux de réponses positives par profil sociologique avec le GOHAI montre que si les sujets ont un bon GOHAI, ils répondent moins souvent positivement aux questions portant sur les « bricoleurs » (Figure 50). Il en va de même avec la sous partie fonction du GOHAI (Figure 51), la sous partie confort du GOHAI (Figure 52) et la sous partie sociale (Figure 53).

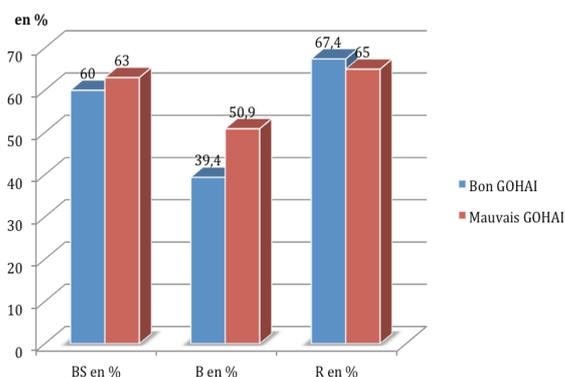


Figure 50 : Variation du taux de réponse positives pour chaque typologie en fonction du GOHAI

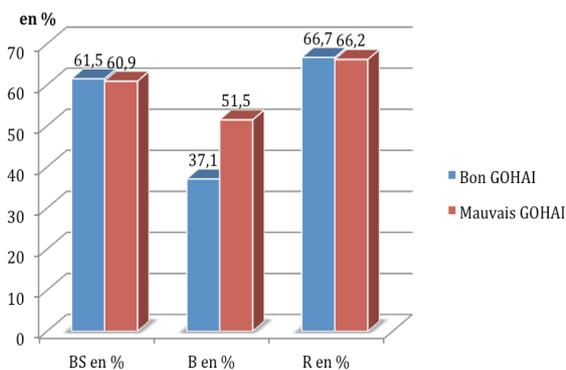


Figure 51 : Variation du taux de réponse positives pour chaque typologie en fonction de la partie fonction du GOHAI

On remarque que les sujets avec un mauvais score au GOHAI répondent plus souvent « oui » aux questions avec pour sujet les « biens soignés » que les sujets présentant un bon score au GOHAI. Cette tendance s’inverse avec le score de confort au GOHAI (Figure 52) : les sujets avec un bon score de confort au GOHAI répondent plus souvent positivement aux questions ayant pour sujet les « biens soignés ».

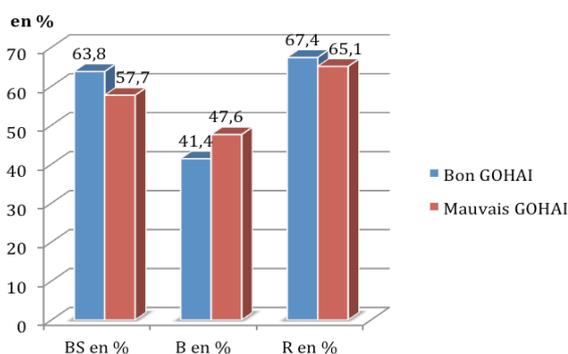


Figure 52 : Variation du taux de réponse positives pour chaque typologie en fonction de la partie confort du GOHAI

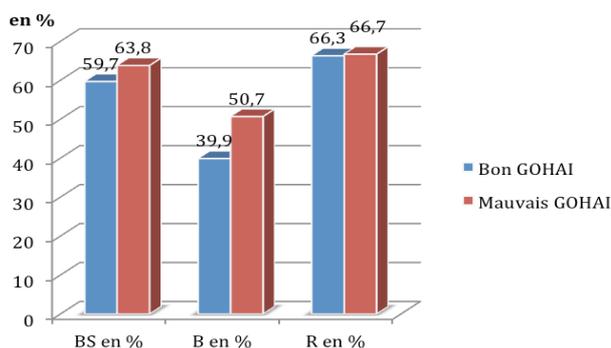


Figure 53 : Variation du taux de réponse positives pour chaque typologie en fonction de la partie sociale du GOHAI

4. DISCUSSION

Cette étude décrit le niveau de qualité de vie oral d'un groupe de patients âgés de plus de 65 ans consultant le service d'odontologie de Clermont-Ferrand et recherche les liens pouvant exister avec des typologies sociales décrites dans une étude relevant du projet ANR Alimassens. L'hypothèse était que les sujets qui ont une mauvaise qualité de vie orale fournissent un taux de réponses positives aux questions selon les typologies « bien soigné », « bricoleur » ou « résigné » différent de celui des sujets ayant une bonne qualité de vie orale. Cette étude montre que peu de questions caractérisant les typologies des personnes de plus de 65 ans sont impactées par la qualité de vie orale. En effet, on note que 4 des 11 questions qui définissent la typologie « bricoleur », et 3 des 9 questions qui définissent la typologie « résignée » sont dépendantes de la qualité de vie orale des sujets. Plus particulièrement, les personnes ayant une mauvaise qualité de vie orale sont plutôt résignées par rapport à leur état dentaire mais souhaitent l'améliorer pour des raisons de représentation sociale ; ils compensent leurs difficultés masticatoire en achetant des aliments plus faciles à mastiquer ou en cuisinant leurs aliments de manière à les rendre plus faciles à mastiquer et cuisinent peu pour eux-mêmes, bien qu'ils cuisinent pour leurs invités.

Les données recueillies montrent une moyenne du score GOHAI semblable à celles trouvées dans de nombreuses études faisant intervenir ce questionnaire. Une étude visant à trouver des prédicteurs de la qualité de vie orale chez les personnes âgées a mis en évidence un score moyen au GOHAI de 52 (18). C'est une moyenne légèrement supérieure à celle de l'étude menée ici qui est de 50,4 ; ce qui est probablement dû au mode de recrutement des sujets, en effet notre étude s'est basée sur des sujets en cours de soins dans le service avec souvent pour motif de consultation une diminution de leur qualité de vie orale contrairement à l'étude réalisée aux Etats-Unis recrutant par téléphone. Une recherche menée sur la population d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre d'une thèse a trouvé un résultat très proche avec un score moyen au GOHAI de 51 (19). Une autre étude ayant des critères d'inclusions similaires, à savoir des patients en cours de soins âgées d'au moins 65 ans, au Liban a relevé un score moyen de 50,7 (20). On remarque donc que l'évaluation de la qualité de vie orale par le GOHAI a montré des résultats semblables à ceux de la littérature avec une qualité de vie, en moyenne, qualifiée de « modérée » (entre 50 et 56) par Atchison et Dolan (16).

Le questionnaire concernant les typologies a été élaboré sur la base d'une enquête qualitative ne recrutant que 6 femmes, c'est pourquoi certaines questions semblent plus

adaptées aux sujets féminins. Une enquête similaire sur les hommes permettrait de déterminer plus précisément les typologies pour ces sujets.

Les résultats sur les typologies n'ont montré aucune différence significative au niveau de la répartition selon les genres. Cependant, il est intéressant de noter les limites du recrutement des sujets en cours de soin car les patients avec un profil relevant des « bricoleurs » consultent moins souvent et se préoccupent moins de leurs problèmes dentaires que les patients avec un profil « bien soigné ». Donc le taux de « bien soigné » est probablement surestimé et le taux de « bricoleur » ou de « résigné » sous estimé. Aucune étude n'a été publiée sur ce sujet, ce qui ne permet pas de comparer ces résultats avec la littérature. Cependant, ils pourraient être analysés par des sociologues.

La mise en relation des scores du GOHAI avec les typologies n'a pas montré de lien significatif. Il n'existe donc probablement pas de lien entre les typologies proposées et la qualité de vie en relation avec la santé orale. Les résultats de cette étude pourraient être analysés par des sociologues en recherche qualitative afin d'identifier d'autres typologies. La caractérisation de nouvelles typologies permettrait peut-être de trouver des liens avec la qualité de vie en relation avec la santé orale.

5. CONCLUSION

La caractérisation des personnes selon des typologies relatives à la représentation de la santé bucco-dentaire est un champ qui ouvre des perspectives d'analyses des comportements en terme de recours aux soins et de comportements alimentaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Santé bucco-dentaire [Internet]. WHO. [cité 13 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>
2. US Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General- Executive Summary. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.
3. N’Gom PI, Woda A. Influence of impaired mastication on nutrition. *J Prosthet Dent.* 1 juin 2002;87(6):667-73.
4. Locker D, Grushka M. The Impact of Dental and Facial Pain. *J Dent Res.* 1 sept 1987;66(9):1414-7.
5. Fiske J, Davis DM, Frances C, Gelbier S. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. *Br Dent J.* 24 janv 1998;184(2):90-93; discussion 79.
6. Luoto A, Lahti S, Nevanperä T, Tolvanen M, Locker D. Oral-health-related quality of life among children with and without dental fear. *Int J Paediatr Dent.* 1 mars 2009;19(2):115-20.
7. Rouxel P, Heilmann A, Demakakos P, Aida J, Tsakos G, Watt RG. Oral health-related quality of life and loneliness among older adults. *Eur J Ageing.* 18 juill 2016;14(2):101-9.
8. Locker D, Jokovic A, Prakash P, Tompson B. Oral health-related quality of life of children with oligodontia. *Int J Paediatr Dent.* 1 janv 2010;20(1):8-14.
9. Masood M, Newton T, Bakri NN, Khalid T, Masood Y. The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom. *J Dent.* janv 2017;56:78-83.
10. Slade G. Measuring oral health and quality of life. *Dent Ecol.* 1997.
11. Locker D, Matear D, Stephens 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.* 1 oct 2001;29(5):373-81.
12. El Osta N, Tubert-Jeannin S, Hennequin M, Bou Abboud Naaman N, El Osta L, Geahchan N. Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon. *Health Qual Life Outcomes.* 30 oct 2012;10:131.
13. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;19(84):142-5.
14. McGrath C, Bedi R. The importance of oral health to older people’s quality of life. *Gerodontology.* juill 1999;16(1):59-63.

15. Projet ANR [Internet]. ANR. [cité 13 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.agence-nationale-recherche.fr/?Projet=ANR-10-CREA-0003>.
16. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ.* nov 1990;54(11):680-7.
17. 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.* août 2003;31(4):275-84.
18. Swoboda J, Kiyak HA, Persson RE, Persson GR, Yamaguchi DK, MacEntee MI, et al. Predictors of oral health quality of life in older adults. *Spec Care Dentist.* 1 juill 2006;26(4):137-44.
19. Leman S, Bruhay L. Analyse de l'état de santé bucco-dentaire des résidents d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et propositions d'action. Thèse Chir Dent, Nantes, 2016.
20. El Osta N, Hennequin M, Tubert-Jeannin S, Abboud Naaman NB, El Osta L, Geahchan N. The pertinence of oral health indicators in nutritional studies in the elderly. *Clin Nutr.* 1 avr 2014;33(2):316-21.

Questionnaire GOHAI : qualité de vie

Au cours des 3 derniers mois	Jamais (5)	Rarement (4)	Parfois (3)	Souvent (2)	Toujours (1)	Ne sait pas
1- Avez vous trié ou limité la quantité des aliments que vous mangiez en raison de problèmes dentaires ou de problèmes avec vos appareils dentaires						
2- Avez-vous eu des difficultés pour mordre ou mastiquer certains aliments durs comme la viande ou une pomme crue						
3- Avez-vous pu avaler confortablement ?						
4- Vos dents ou vos appareils dentaires vous ont-ils empêché(e) de parler comme vous le vouliez ?						
5- Avez-vous pu manger de façon confortable ?						
6- Avez-vous évité les contacts, les relations avec d'autres gens à cause de l'état de vos dents ou de vos gencive ou de vos appareils dentaires ?						
7- Avez vous été satisfait(e) de l'aspect de vos dents, de vos gencives ou de vos appareils dentaires ?						
8- Avez-vous pris un ou plusieurs médicament(s) pour soulager la douleur ou une sensation d'inconfort dans votre bouche ?						
9- Vos problèmes de dent, de gencive ou d'appareil dentaire vous ont-ils inquiété(e) ou préoccupé(e) ?						
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 ?						
11- Avez vous éprouvé de l'embarras pour manger devant les autres à cause de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires ?						
12- Vos dents ou vos gencives ont-elles été sensibles au froid, au chaud ou aux aliments sucrés ?						
Score total →						

Questionnaire alimaSSens : sociologie

I. Caractéristiques sociodémographiques

Vous êtes : un homme/une femme

Date de naissance :

Niveau d'études :

- Sans diplôme
- Brevet ou certificat d'études
- CAP-BEP
- Baccalauréat
- Bac + 1, 2 ou 3
- Bac + 5
- Doctorat
- Autre (préciser) :

Métier principal exercé :

Êtes vous à la retraite ?

- Oui, depuis quelle date l'êtes-vous? (mois/année).....
- Non, en quelle année est-elle prévue? (mois/année).....

Situation familiale :

- Marié(e)
- Veuf(ve)
- Concubinage
- Divorcé(e)
- Célibataire

Avez-vous des enfants ?

- Oui : préciser le nombre :
- Non

Avez-vous des petits enfants ?

- Oui : préciser le nombre :
- Non

Pays de naissance :

Ville de naissance :

Département de naissance :

II. Éléments biographiques :

Enfant, où avez-vous passé la plus grande partie de votre vie ?

- Dans une grande ville (plus de 200 000 habitants)
- Dans une ville de taille moyenne (de 50 000 à 200 000 habitants)
- Dans une petite ville (moins de 50 000 habitants)
- Dans un village (moins de 2000 habitants)
- J'ai beaucoup déménagé

**Nom de la commune et du département principalement habités pendant l'enfance
commune de naissance :**

III. Vous, votre alimentation et votre dentition¹

1. Enfance

Enfant, vous rendiez-vous chez le dentiste ?

- Une fois par an minimum
- Moins d'une fois par an
- Jamais

Pendant l'enfance, vous vous brossez les dents ?

- Tous les jours
- Quelques fois par semaine
- Plus rarement
- Jamais

Age approximatif à partir duquel vous vous êtes brossé les dents au moins une fois par jour :

- Avant 6 ans
- Entre 6 et 12 ans
- De 12 à 18 ans
- Au-delà de 18 ans

Selon vous, pendant votre enfance, l'état de votre dentition était:

- Bonne
- Plutôt bonne
- Plutôt mauvaise
- Mauvaise
- Ne se souvient pas

Pendant votre enfance, avez-vous vécu une période de restriction alimentaire liée à la situation politique du pays (guerre) ?

- Oui
- Non
- Ne se souvient pas
- A vécu une période de restriction alimentaire mais pour une autre raison (préciser si cancer, diabète...).....

2. Age adulte

Adulte, vous vous brossez les dents:

- Tous les jours
- Quelques fois par semaine
- Plutôt rarement
- Jamais

Au cours de cette période de votre vie, vous rendiez-vous chez le dentiste ?

- Une fois par an minimum
- Moins d'une fois par an
- Jamais

¹ Le terme « dentition » utilisé dans ce questionnaire par abus de langage correspond en réalité à la denture

Concernant cette période de votre vie, vous diriez que l'état de votre dentition était :

- Bonne
- Plutôt bonne
- Plutôt mauvaise
- Mauvaise
- Ne se souvient pas

Adulte, est-ce que vous cuisiniez à partir de produits bruts (aliments frais non transformés tels que les fruits et légumes frais, le fromage, la viande crue...) :

- Tout le temps
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Est-ce que vous cuisiniez la plupart du temps :

- Pour vous seul(e)
- Pour votre famille, en adoptant à leur goût à eux
- Pour votre famille, en choisissant les plats par vous-même
- Vous ne cuisiniez pas

3. Actuellement

Ces dernières années, vous vous brossez les dents :

- Tous les jours
- Quelques fois par semaine
- Plus rarement
- Jamais

Ces dernières années,

- Vous achetez un dentifrice précis que vous avez choisi après réflexion
- Vous prenez le premier venu

Ces dernières années, vous rendez-vous chez le dentiste :

- Une fois par an minimum
- Moins d'une fois par an
- Jamais

Portez-vous (plusieurs réponses possibles) :

- Un appareil qui remplace toutes vos dents et que vous pouvez retirer (une prothèse totale amovible)
- Un appareil qui ne remplace que certaines dents et que vous pouvez retirer (une prothèse dentaire partielle amovible)
- Un ou des implants
- Un ou des bridges
- Une ou des couronnes
- J'ai toutes mes dents naturelles
- Précisions si besoin

Avez-vous modifié vos pratiques alimentaires à cause de votre dentition ?

- Oui (préciser) :
- Non
- Un peu (préciser) :

Est-ce qu'il y a des aliments que vous avez du mal à manger à cause de vos problèmes dentaires ? (Ex : baguette de pain, bifteck ; sandwich, chewing-gum, pomme crue,...)

Oui

Précisez pourquoi ?

Quels sont les aliments que vous avez du mal à manger ?.....

Depuis combien de temps ?

Non

Voudriez-vous améliorer votre état bucco-dentaire ?

Oui

Non

Si oui, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

Pour améliorer votre alimentation

Pour vos relations avec les autres

Pour votre bien-être personnel

Pour votre travail

Pour vos autres occupations ou loisirs

Autre (préciser) :

IV. Situation financière :

Montant de la retraite du foyer (par mois) :

Moins de 1000€

De 1000 à 1500€

De 1500 à 2000€

De 2000 à 2500€

Plus de 2500€

Nombre de personnes vivant sur cette retraite :

Etes-vous locataire ou propriétaire de votre logement ?

Locataire

Propriétaire

Comment vous sentez vous financièrement ?

Très à l'aise

A l'aise

Correct

En difficulté

Est-ce que vous renoncez à certains soins dentaires pour des raisons financières ?

Non

Plutôt non

Plutôt oui

Oui

Est-ce que vos moyens financiers limitent vos possibilités en terme de consommation alimentaire ?

Non

Plutôt non

Plutôt oui

Oui

V. Votre vie quotidienne

Au cours des trois derniers mois, à quelle fréquence effectuez-vous les sorties suivantes :

	Au moins 5 fois par semaine	Souvent (une à plusieurs fois par semaine)	Parfois (une à plusieurs fois par mois)	Rarement (moins d'une fois par mois)	Jamais
Achats, courses					
Familiale et amis (rendre visite à votre entourage)					
Loisirs (promenade, messe, sport, associations)					
Rendez-vous (médicaux, coiffeur, banque)					
Restaurant					

Pratiquez-vous une activité...

	Au moins 5 fois par semaine	Souvent (une à plusieurs fois par semaine)	Parfois (une à plusieurs fois par mois)	Rarement (moins d'une fois par mois)	Jamais
Physique (marche, sport, jardinage, bricolage)					
Cérébrale (mots-croisés, lecture, scrabble, jeux télévisés)					
Artistique (danse, peinture, bricolage, musique, tricot, couture)					
Associative de type militante ou bénévole (association syndicale, humanitaire, sociale)					
Garde d'enfants (petits-enfants, enfants de l'entourage familial)					

Au cours des trois derniers mois, avez-vous passé du temps avec des personnes extérieures à votre foyer (amis, famille) ?

	Tous les jours	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais
Membres de votre famille					
Amis					
Voisins					

VI. Aujourd'hui : Vous et votre alimentation

Quel type d'aliments consommez-vous le plus ?

- Produits frais
- Produits de 3^{ème} catégorie (produits surgelés, conserves, barquettes sous cellophane, etc.)

Au cours de 3 derniers mois, quel type d'aliments avez-vous préféré ?

- Mou
- Croquant
- Entre les deux
- Sans préférence

1. Vos représentations de l'alimentation

Manger, c'est avant tout pour vous : (3 réponses hiérarchisées)

- Se nourrir
- Se faire plaisir
- Protéger sa santé
- Garder la ligne
- Goûter des saveurs
- Faire plaisir aux autres
- Autre.....

Intérêt pour une alimentation saine

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Je juge que mon alimentation est suffisamment saine et équilibrée				
C'est important pour moi que mon alimentation soit pauvre en graisse				
C'est important pour moi que mon alimentation quotidienne contienne beaucoup de vitamines et de minéraux				
Je mange ce que j'aime sans m'inquiéter du reste				
J'évite de manger des produits alimentaires qui pourraient augmenter mon taux de cholestérol				
Je fais attention aux produits alimentaires que je consomme par rapport à un problème de santé (préciser lequel) :				

Plaisir consommatoire (repas festifs)

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Manger fait partie des plaisirs importants de ma vie				
Je prends plaisir aux sensations qui accompagnent un bon repas				
En général, je ne suis pas pressé(e) de sortir de table				
C'est important pour moi de manger des aliments savoureux				
En général, je prends plaisir à manger				
J'apprécie les moments de convivialité autour d'un repas				
Quand je mange, je suis généralement de bonne humeur				
C'est important pour moi que les plats soient joliment présentés				
Je n'ai pas vraiment de préférences alimentaires ni de plats préférés, je m'adapte aux goûts de mes invités/convives				
J'ai passé ma vie à cuisiner pour les autres (conjoint, enfants, petits-enfants)				

2. Vos repas

Au cours des trois derniers mois, à quelle fréquence avez-vous pris vos repas à domicile, seul ou avec un tiers ?

	Tous les jours	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Moins d'une fois par mois	Jamais
Seul(e)						
Avec un membre de votre ménage (conjoint, enfant, cohabitant)						
Avec un ou des membre(s) de votre famille extérieur(s) à votre ménage (enfant, petits-enfants, frère, sœur)						
Avec des amis						

Au cours des trois derniers mois, à quelle fréquence avez-vous mangé chez quelqu'un de votre entourage ?

	Tous les jours	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Moins d'une fois par mois	Jamais
Chez un ou des membre(s) de votre famille extérieur(s) à votre ménage						
Chez des amis						

Au cours des trois derniers mois, à quelle fréquence avez-vous mangé au restaurant, seul ou avec quelqu'un de votre entourage ?

	Tous les jours	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Moins d'une fois par mois	Jamais
Seul(e)						
Avec un membre de votre ménage (conjoint, enfant, cohabitant)						
Avec un ou des membre(s) de votre famille extérieur(s) à votre ménage						
Avec des amis						

VII. Mise en situation

1. Soins dentaires et dentition

Je m'occupe de mes dents... ou non.

J'ai choisi d'investir dans des soins dentaires de qualité

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Je suis réticent(e) à effectuer certains soins dentaires

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

J'ai accueilli la dégradation de ma dentition avec étonnement et résignation : « Ah ! Qu'est-ce qu'il m'arrive ? C'est comme ça... On ne peut rien y faire »

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Mastiquer

Je suis satisfait(e) des soins dentaires que j'ai effectués (prothèses, etc.)

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Je suis résigné(e) par rapport à l'état de ma dentition

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

J'ai appris à « jongler » avec mes prothèses pour pouvoir manger (ne pas mettre l'appareil parce qu'il gêne, faire tenir un appareil même si une dent est tombée, ...)

Oui Plutôt oui Plutôt non Non Non concerné(e)

2. Pratiques alimentaires

Plaisir

J'aime cuisiner

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

J'accorde beaucoup d'importance au goût des produits

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

J'aime me faire plaisir en mangeant des aliments que j'apprécie, même s'ils ne sont pas « sains »

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

J'éprouve peu de plaisir à cuisiner et/ou à manger

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Ce que je prépare

Je choisis les produits que je consomme en fonction de leur impact sur la santé

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

J'achète des aliments plus faciles à mâcher, en remplacement d'autres plus difficiles à mâcher

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

J'utilise d'autres manières de cuisiner pour avoir une consistance des aliments plus facile à mâcher (cuire davantage la viande, cuisson à la vapeur, cuire les fruits : compote)

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Quand je suis seul(s), je mange très frugalement et simplement

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Invités

Quand il y a un invité, je passe du temps à cuisiner pour partager un bon repas

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Quand il y a un invité, je passe du temps à cuisiner et je me débrouille pour manger de tout, même si j'ai du mal à mastiquer

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Je cuisine peu, à part quand j'ai des invités : je fais des plats qu'ils apprécient

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

3. Rapport au corps / image de soi

Je mets mon appareil dentaire principalement quand je suis de sortie, pour être plus présentable

- Oui
 Plutôt oui
 Plutôt non
 Non
 Ne s'applique pas

Rapport au corps

Pour les grandes occasions (mariages,...), j'aimerais aller chez le dentiste avant pour améliorer l'état de ma dentition

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Je laisse mon corps vieillir naturellement (pas de coloration des cheveux, pas de crèmes anti-rides, chirurgie esthétique...)

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Cela ne me dérange pas d'avoir une « dentition de personnes âgées »

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

J'ai toujours répondu aux attentes de mon conjoint / ma conjointe concernant mon physique

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Je me colore les cheveux

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

J'utilise des crèmes (hydratante, de jour, de nuit) pour prendre soin de mon visage et de mon corps

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Je fais attention à ma ligne

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

J'ai envie d'avoir un beau sourire

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Je préfère rester naturel(le)

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Je suis attentif(ve) à mon habillement

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Femme : Je me maquille tous les jours

Je me maquille tous les jours

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Homme : J'entretiens ma barbe ou mon absence de barbe

J'entretiens ma barbe ou mon absence de barbe

- Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Typologie de styles alimentaires :

Cocher la phrase qui correspond le mieux à vos pratiques alimentaires ;

- Je préfère consommer des **plats préparés** achetés dans le commerce et passer le moins de temps possible à cuisiner.
- Je consomme à la fois des **produits frais et des plats préparés** et je mange **souvent la même chose**.
- Je prends beaucoup de plaisir à manger, je passe du temps à **cuisiner des plats copieux à base de produits frais**.
- J'adore cuisiner** à partir de **produits frais, des plats diversifiés** : j'essaie souvent de nouvelles recettes.
- La santé** guide mes choix en matière d'alimentation, je cuisine à partir de **produits frais**.

N°

Froment (Pierre) - Etude des liens entre la qualité de vie en relation avec la sante orale et la typologie sociale des personnes âgées -

50f, 53ill, 2annexes, 30cm (Thèse: Chir. Dent. ; Université Clermont Auvergne ; 2017) - N°

Résumé :

Contexte : la qualité de vie en relation avec la santé orale est un facteur nécessaire à prendre en compte pour dispenser des soins adaptés au patient. Dans ce contexte, beaucoup d'études s'intéressent à ces déterminants. Après la mise en évidence de trois typologies, nous avons étudié les liens existant entre la qualité de vie en relation avec la santé orale et la typologie sociale chez les patients âgées d'au moins 65 ans.

Matériel et méthode : l'étude s'est déroulée sous forme de questionnaires auprès d'un groupe de convenance constitué à partir des patients du service d'Odontologie de Clermont-Ferrand.

Résultats : parmi les 50 sujets (23 hommes et 27 femmes d'âge moyen de $73,42 \pm 5,96$ ans et caractérisé par un score moyen de GOHAI de $50,4 \pm 8,76$) les données recueillies ont montré qu'il y a une différence significative selon la qualité de vie orale des sujets pour 4 des 11 questions concernant la typologie « bricoleur » et pour 3 des questions concernant la typologie « résignée ».

Conclusion : cette étude n'a pas montré de liens significatifs entre la typologie et la qualité de vie orale mais les résultats pourraient servir à caractériser de nouvelles typologies et peut être à trouver des liens.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Odontologie

MOTS CLES : Qualité de vie orale, GOHAI, sociologie

MOTS CLES ANGLAIS : oral health-related quality of life, GOHAI, sociology

JURY :

Président : Monsieur Thierry ORLIAGUET, Professeur des Universités

Asseseurs: Madame Martine HENNEQUIN, Professeur des Universités

Monsieur Paul PIONCHON, Maître de Conférence des Université

Monsieur Vivien CHAMBAS, Assistant Hospitalo-Universitaire

ADRESSE DE L'AUTEUR :

Froment Pierre

2 chemin de la chevesserie

45600 Sully sur Loire