



Traduction et prévalidation d'une échelle d'âgisme chez les étudiants en odontologie : ASDS-FR

Pauline Doubre

► To cite this version:

Pauline Doubre. Traduction et prévalidation d'une échelle d'âgisme chez les étudiants en odontologie : ASDS-FR. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03869930

HAL Id: dumas-03869930

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03869930>

Submitted on 24 Nov 2022

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

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

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

Année 2020

Thèse n°

T H E S E

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

Présentée et soutenue publiquement le 16 novembre 2020

par

Pauline DOUBRE

**TRADUCTION ET PRE VALIDATION D'UNE
ECHELLE D'AGISME CHEZ LES ETUDIANTS EN
ODONTOLOGIE: ASDS-FR**

J U R Y :

Président : Mme. Valérie ROGER-LEROI, Professeur des Universités

Assesseurs : Mme. PIATON Sophie, Praticien Hospitalier

Mme. TUBERT Stéphanie, Professeur des Universités

**Mme. MACHAT-PEGEON Estelle, Maître de Conférences des
Universités.**

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

Année 2020

Thèse n°

T H E S E

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

Présentée et soutenue publiquement le 16 novembre 2020

par

Pauline DOUBRE

**TRADUCTION ET PRE VALIDATION D'UNE
ECHELLE D'AGISME CHEZ LES ETUDIANTS EN
ODONTOLOGIE: ASDS-FR**

J U R Y :

Président : Mme. Valérie ROGER-LEROI, Professeur des Universités

Assesseurs : Mme. PIATON Sophie, Praticien Hospitalier

Mme. TUBERT Stéphanie, Professeur des Universités

**Mme. MACHAT-PEGEON Estelle, Maître de Conférences des
Universités.**

**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>	:	Monsieur François PAQUIS
DOYEN DE L'UFR D'ODONTOLOGIE	:	Monsieur Emmanuel NICOLAS Professeur des Universités
VICE-DOYEN, Directrice des Etudes	:	Madame Marion BESSADET Maître de Conférences 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	- Pédiodontie
Monsieur Guillaume BONNET	- Prothèses
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 Cindy LANCE	- Prothèses
Madame Christelle RICHARD	- Pédiodontie
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 de Lycée Professionnel

Monsieur Jean-Daniel ABSHILAVA	- Anglais
--------------------------------	-----------

Maîtres de Conférences des Universités Associés :

Monsieur Félix AUTISSIER	- Sciences de Gestion
Madame Anne DEPREUX	- Informatique et Pédagogie
Madame Merian NASSRA	- Sciences Biologiques

A mon président de jury

Madame Valérie ROGER-LEROI,

Professeur des Universités – Praticien hospitalier

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider le jury de ma thèse. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance pour vos remarques et conseils, ainsi que pour toute l'aide que vous m'avez apportée pour mener à bien ce travail et l'ensemble de mes études.

A mon directeur de thèse

Madame Sophie PIATON,

Praticien hospitalier

Merci de m'avoir accompagné dans la réalisation de cette thèse. Votre aide et vos conseils ont été précieux et votre disponibilité tout autant.

A mon jury

Madame Stéphanie TUBERT,

Professeur des Universités – Praticien hospitalier

Merci de votre présence dans ce jury. Votre regard et vos conseils m'ont aidé à rédiger ce travail.

Madame Estelle MACHAT-PEGEON,

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens hospitaliers

Merci de votre présence dans ce jury. Veuillez recevoir toute ma considération pour l'attention portée à ce travail.

A mes professeurs et aux dentistes qui m'ont permis de commencer l'entrée dans la vie active plus sereinement et avec beaucoup d'aide et de bienveillance

Merci au docteur PIRONDINI d'avoir partagé votre passion du métier dès mon stage de 3^{ième} au collège, je n'ai depuis plus changé d'avis.

Merci au docteur DE FRESSANGES de m'avoir accueilli en 2^{ième} année pour découvrir encore plus de ce beau métier.

Merci au docteur BARTHELAT-MATHIEU de m'avoir ouvert les portes de votre cabinet pour mon stage actif, malheureusement écourté.

Et merci au docteur PAWLAK-COURDAVAULT, Philippe et Virginie de m'accueillir et m'aider dans mes premiers pas de chirurgien-dentiste au sein de votre cabinet.

A mes binômes et collègue d'étude à la FAC

Merci à Justine, Mathilde, Inès.H, Marie, Camille, Guewen, vous avez partagé avec moi les moments de stress en clinique mais aussi des grands moments de rires et de bonne humeur.

A mes amis(es) d'enfance, de collègue, de lycée et à mes amis de maintenant et de toujours

Merci Marine, Andréanne, Apolline, Pauline.C, Gaëlle, Marion, Victor, Arthur, David, quelles belles années d'insouciance à Bressolles.

Merci Lisa et Laura, notre trio infernal aura vécu des années mouvementées mais remplies de beaux souvenirs.

Merci Ines.F, Emma, Isidorine et Héloïse d'avoir rendu le lycée plus ensoleillé.

Merci Salomé et Lucie mes deux amies qui sont toujours et encore là.

Merci Romain, Timothé, Julien et Florian.L de partager avec moi tous vos précieux moments.

Merci à mes acolytes Marjolaine et Carol-Anne, que de beaux et intenses moments partagés pendant ces 6 années. Qu'ils continuent encore et encore!

A ma famille et belle famille

Merci ma jolie famille DOUBRE et CHEMEL, les réunions de famille ne sont jamais ennuyantes avec vous.

Sylvaine, Bruno, Carole, Nico, Paulin, Roberte, Fabienne... que de repas/goûters/moments partagés, ils m'ont donné toute l'énergie nécessaire pendant ces 6 années d'études.

A Fred...

A ma maman, mon papa et ma petite sœur

Maman et papa, merci d'être présent pour moi tous les jours de ma vie, de répondre au téléphone dans la seconde parfois... et de m'avoir conseillé dans mon début de vie avec autant de patience.

Léa, merci d'être une petite sœur aussi calme et formidable. Que tes études se passent aussi bien que les miennes.

Je vous aime fort.

Et pour terminer le meilleur

Florian merci de partager tous les moments de ma vie avec passion depuis 7ans et de continuer à imaginer et entreprendre tous ces projets plus géniaux et beaux les uns que les autres. Je t'aime.

Table des matières

I-	INTRODUCTION.....	3
1.	CONTEXTE.....	3
2.	LES PERSONNES AGEES.....	3
3.	LES PERSONNES AGEES A BESOINS SPECIFIQUES.....	4
4.	LE REGARD DE LA SOCIETE SUR LES « AUTRES »	7
5.	UN DEBUT D'EVALUATION DE L'AGISME.....	9
5.1.	DANS LE DOMAINE DE LA SANTE	9
5.2.	DANS LE DOMAINE DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE	11
II-	MATERIEL ET METHODE.....	13
1.	METHODOLOGIE DE TRADUCTION ET DE VALIDATION.....	13
1.1.	METHODOLOGIE DE TRADUCTION	14
1.2.	METHODOLOGIE DE L'ADAPTATION CULTURELLE.....	15
2.	PARTICIPANTS.....	18
3.	DESCRIPTION DE L'ETUDE	18
4.	ANALYSE STATISTIQUE	18
5.	METHODOLOGIE DU TEST- RETEST	19
III-	RESULTATS.....	20
1.	DESCRIPTION DE LA POPULATION.....	20
2.	PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	20
2.1.	RESULTATS D'ANALYSE EN COMPOSANTES PRINCIPALES (ACP).....	20
2.2.	COMPARAISONS DEMOGRAPHIQUES	22
3.	NIVEAU D'AGISME.....	24
4.	REPRODUCTIBILITE DU QUESTIONNAIRE	24
IV-	DISCUSSION.....	25
1.	INTERPRETATION DES RESULTATS DE L'ETUDE	25
2.	COMPARAISONS AUX RESULTATS DES AUTRES ETUDES.....	26
V-	CONCLUSION ET PERSPECTIVES	29
VI-	BIBLIOGRAPHIE.....	30
VII-	ANNEXES.....	32

Tables des illustrations

Table des tableaux

Tableau 1. Modèle d'Analyse en Composante Principale final ASDS-FR.....	21
Tableau 2. Comparaisons démographiques de la moyenne des groupes (SD) pour chaque composante ¹	23
Tableau 3. Analyse unidirectionnelle omnibus ANOVA entre les sujets de la variance pour chaque composante et année d'étude.....	23
Tableau 4. Analyse post-hoc des composantes un et trois par an.....	24

Table des figures

Figure 1. Les acteurs du système de santé en France	7
Figure 2. Echelle de FRABONI (FSA)	10
Figure 3. IADH Toolbox for measuring attitudes and intended behaviours: Guidelines for translation and cultural adaptation of questionnaires	15
Figure 4. Résumé du protocole de traduction et validation préliminaire du questionnaire ASDS-FR.....	17
Figure 5. Echelle de LIKERT de l'échelle ASDS-FR.....	19

I- INTRODUCTION

1. CONTEXTE

La population dans le monde continue de vieillir avec une espérance de vie moyenne de 71 ans. La population française a quant à elle une espérance de vie de 85,6 ans pour les femmes et de 79,7 ans pour les hommes (1). Selon l'OMS, dans la population mondiale entre 2015 et 2050, la proportion de personnes de 60 ans et plus va presque doubler, passant de 12% à 22%. Depuis 2020, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans a dépassé celui des enfants de moins de 5 ans(2). La part des personnes âgées dans notre société ne cesse d'augmenter. On définit le sujet âgé en fonction de l'âge mais aussi en fonction de ses besoins. On parle alors de personne âgée à besoins spécifiques en rapport avec la santé.

Plusieurs termes sont à définir autour de la problématique du sujet âgé et la notion d'âgisme.

2. LES PERSONNES AGEES

En premier lieu, le terme de « personne âgée » est subjectif. Il dépend de chaque personne, de son histoire de vie, de son passé, de son éducation et de ses relations sociales. Les organes vieillissent inégalement dans un même corps. Et les mêmes organes vieillissent différemment d'un être humain à l'autre. Ainsi, deux personnes du même âge se révèlent différentes en termes d'état de santé, de physiologie, et par conséquent en termes de besoins et d'autonomie. On parle d'âge clinique d'une personne qui est différent de l'âge « état civil » en années.

Selon certaines définitions, une personne âgée a un âge avancé et présente des attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tels que la société se les représente(3). Mais du point de vue biologique, le vieillissement se traduit par le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celui-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. Au-delà des changements biologiques, le vieillissement est associé à d'autres transitions de vie comme le départ en retraite, la réinstallation dans un logement plus adapté, le décès des amis ou du conjoint.

Avec l'âge, l'environnement joue un rôle important sur le vieillissement. Mais ces changements ne répondent pas à une logique et ils ont peu de rapport avec l'âge de la personne en années(2).

L'amélioration des conditions de vie sanitaires, médicales et nutritionnelles a permis un allongement considérable de l'espérance de vie qui a doublé en cent ans. Associée à cela, la connaissance progressive des « mystères » de la sénescence conduit inévitablement à des tentatives de « lutte » afin de limiter ou de réparer les dégâts liés à l'âge.

Ces dernières années, les personnes âgées tendent à garder leurs dents naturelles plus longtemps que les générations précédentes. L'usure et la perte des dents, gênante, invalidante et traumatisante, n'est pas directement « létale » pour l'homme. La perte des « organes dentaires » n'est pas un phénomène naturel du vieillissement mais bien une pathologie. Le plus fréquemment, elle est associée à l'avancée en âge, sans pourtant être une conséquence directe. L'édentation, phénomène pathologique, constitue une cause majeure de vieillissement de l'appareil manducateur (en 2010, 16% des Français de plus de 60 ans étaient édentés d'un maxillaire)(4).

L'accès aux soins, à la prévention et à l'hygiène bucco-dentaire se développent. La sensibilisation générale des personnes à l'hygiène bucco-dentaire est beaucoup plus présente dans les foyers. Et, les besoins en soins bucco-dentaires de la population âgée augmentent. Il est ainsi nécessaire de prendre en charge de façon adaptée les personnes âgées. Celles-ci peuvent avoir ou non des besoins spécifiques.

3. LES PERSONNES AGEES A BESOINS SPECIFIQUES

Il est important de différencier la personne âgée et la personne âgée à besoins spécifiques. Une personne âgée à besoins spécifiques est une personne qui a besoin de plus d'accompagnement. L'accompagnement physique, psychologique, le soutien financier est différent par rapport à une personne âgée suivant le processus physiologique du vieillissement.

L'accompagnement nécessaire à une personne âgée peut être considéré comme une forme de dépendance. Cette dépendance est toutefois variée et l'identification de la population âgée qualifiée de « dépendante », c'est-à-dire ayant besoin d'aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne, n'est pas aisée.

Différentes « grilles » d'évaluation de la dépendance existent comme(5):

- l'AGGIR acronyme de Autonomie gérontologique groupe iso-ressources est un outil multi-dimensionnel d'évaluation de l'autonomie, à travers l'observation des activités qu'effectue seule la personne âgée. Il est utilisé pour l'attribution de la prestation spécifique dépendance et la tarification des établissements pour personnes âgées.
- l'outil développé par le docteur Colvez est une grille de mesure de la dépendance qui évalue la perte de mobilité et le besoin d'aide. Elle classe les personnes en quatre groupes :
 - niveau 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil
 - niveau 2 : personnes non confinées au lit ou au fauteuil, ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillage
 - niveau 3 : personnes ayant besoin d'aide pour sortir de leur domicile ou de l'institution où elles sont hébergées, mais n'appartenant pas aux niveaux 1 et 2
 - niveau 4 : autres personnes (considérées comme non dépendante).

Attention, la grille Colvez est limitée à la mesure de la dépendance physique.

- L'indicateur de Katz évalue la capacité de la personne à réaliser six activités de la vie quotidienne (Activities of Daily Living, ADLs) :
 - 1 - faire sa toilette,
 - 2 - s'habiller,
 - 3 - aller aux toilettes et les utiliser,
 - 4 - se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège,
 - 5 - contrôler ses selles et ses urines,
 - 6 - manger des aliments déjà préparés.

L'indicateur de Katz, est utilisé de manière internationale.

Les dents ont un rôle fonctionnel et social quel que soit l'âge. Pourtant aujourd'hui des milliers de bouches âgées sont abandonnées, délabrées, exclues des soins et devraient constituer une priorité dans la prise en charge globale en gériatrie.

C'est en termes d'enseignement et d'exercice de la pratique qu'il faut repenser ce problème. Une des solutions passe par une sensibilisation des étudiants, des praticiens, de la famille des personnes âgées mais aussi du personnel soignant. Il est avéré que la santé bucco-dentaire est un indicateur de santé générale et que l'hygiène bucco-dentaire est une nécessité physiologique jusqu'à la fin de la vie.

La formation du chirurgien-dentiste à la prise en charge de ces patients est essentielle. Ce besoin s'accroît d'année en année avec le vieillissement général de la population. Il faut sensibiliser et faire prendre conscience aux acteurs de santé de l'importance de prendre en charge ces patients en développant un savoir être et un savoir-faire adaptés. Dans le domaine de la santé bucco-dentaire, les acteurs de santé sont principalement les chirurgiens-dentistes, leurs assistantes et les étudiants futurs chirurgiens-dentistes. Mais il existe d'autres acteurs au plus proche des personnes âgées comme les aides-soignants, les auxiliaires de vie et sur un autre niveau les administrations (HAS, ARS, services sanitaires et sociaux etc...), les acteurs publics (les mutualistes et les privés), et sans oublier le patient lui-même (figure 1 ci-dessous) (6).

Figure 1. Les acteurs du système de santé en France



4. LE REGARD DE LA SOCIÉTÉ SUR LES « AUTRES »

Dans notre société le regard des autres prend une place importante et de nombreuses « assignations identitaires »/ catégorisations existent. Le racisme et le sexisme en font partie tout comme l'âgisme. Le sexisme est le nom donné aux préjugés ou aux discriminations qui touchent les femmes. Le racisme est quant à lui le nom donné aux préjugés ou aux discriminations liées à la race qui touchent le plus souvent les afro-descendants sur la base de leur couleur de peau.

Le terme « **âgisme** » a été introduit par Robert Neil BUTLER en 1969(7). Il le décrit comme « la discrimination fondée sur l'âge ou aux préjugés d'un groupe envers un autre groupe d'âge ». Il a prédit que l'âgisme pourrait devenir un problème égal au racisme car « nous ne vieillissons pas tous blanc ou noir, mais nous vieillissons tous »(8). En effet l'âgisme représente le troisième « isme » de notre société avec le racisme et le sexisme. Il peut se révéler omniprésent et sournois. L'OMS quant à elle, définit l'âgisme comme «les stéréotypes, les préjugés et la discrimination à l'égard des personnes en fonction de leur âge»(9,10). L'âgisme a un impact négatif sur le développement de la société, sur le système de soins de santé et augmente parallèlement au vieillissement croissant de la population.

Malgré cette prise de conscience, l'âgisme est omniprésent dans le système de soins français de manière inconsciente. Ceci est en partie dû à l'éducation, au milieu de vie et aux préjugés acquis. Il est donc important de lever les tabous à ce sujet, de faire évoluer les mentalités et les comportements.

L'odontologie est un domaine fortement impacté par le phénomène d'âgisme, il peut s'exprimer de différentes manières:

- en ayant des stéréotypes négatifs sur les patients âgés ;
- en fournissant des soins de santé basés uniquement sur l'âge ;
- en exprimant un comportement condescendant ;
- en évitant les discussions avec les patients plus âgés au sujet de leurs plans de traitement ;
- en offrant des choix de traitements limités ;
- en restreignant ou en décourageant l'accès aux soins.

Quant au patient âgé lui-même, souvent fataliste pensant que sa santé vaut le minimum de soins, il ne s'implique pas dans sa prise en charge. Or les personnes âgées à besoins spécifiques ou non, ont tout autant le droit qu'une personne d'âge moins avancé d'accéder aux soins dentaires. Chaque soin doit être proposé pour chaque personne en fonction de ses besoins en soins et non en fonction de son âge.

En France en 2020, une étude sur l'état oral des personnes de 90 ans vivant à domicile ou en institution (11), a mis en évidence que, sur 90 personnes âgées, 26% (n = 24) estimaient avoir besoin de soins bucco-dentaires. Parmi eux, 71% estimaient avoir besoin d'une prothèse, 50% de soins dentaires conservateurs, 25% d'avulsions et 8% de détartrages. Un besoin de soins bucco-dentaires a été observé chez 88% des participants (n = 79) mais seulement 26% le percevaient.

En Europe en 2009, 35% des Européens âgés de 65 à 74 ans ayant participé à une enquête sociale et 33,1% de ceux âgés de plus de 75 ans avaient subi une forme de traitement inéquitable en raison de leur âge. Au total, 57% ont estimé que les personnes de plus de 70 ans contribuent très peu à la société, et 49% ont estimé qu'elles constituaient un fardeau pour les services de santé(8).

L'âgisme est trop souvent considéré comme « normal », « socialement acceptable ». Alors qu'à 70 ans, certaines personnes jouissent encore d'une très bonne santé et de solides capacités fonctionnelles, d'autres, au même âge, sont fragiles ou dépendantes. C'est l'âge clinique qui devrait les différencier et non pas leur âge civil.

5. UN DEBUT D'EVALUATION DE L'AGISME

5.1.DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

L'importance de comprendre l'âgisme dans la société a conduit des chercheurs à vouloir l'évaluer. Pour cela, différents outils ont été développés dans le domaine de la santé en général(8,12) :

- **l'échelle de Kogan** : elle mesure à l'aide de 20 items les attitudes générales envers les personnes âgées,
- **le quiz Palmore FAQ 1 et 2** : il mesure les connaissances de base sur les faits physiques, mentaux et sociaux concernant les personnes âgées et leur vieillissement, ainsi que sur les préjugés courants envers les personnes âgées.

Il est utilisé dans les sondages auprès des professionnels de santé pour mesurer le niveau de connaissances sur les personnes âgées qui peut conduire à des prises en charges optimales pour cette population (13)

- **l'échelle de Fraboni** : la FSA est un instrument qui se démarque des autres car il prend en compte la composante affective de l'âgisme (figure 2 ci-dessous),
- l'échelle de **Maxwell Sullivan Attitude Survey (MSAS)** : c'est une échelle à 5 composantes (28 éléments) : attitudes générales, rentabilité, temps et énergie, potentiel thérapeutique et préparation éducative, qui ont été choisies pour l'étude des attitudes des professionnels de santé envers les personnes âgées (14,15,)
- le **différentiel de vieillissement sémantique (ASD)** : L'Aging Semantic Differential est une échelle à 32 items qui mesure les attitudes et quantifie les préjugés et les stéréotypes négatifs envers les personnes âgées. (16)

Figure 2. Echelle de FRABONI (FSA)

ITEMS	Dimensions (FSA-R)	Dimensions (FSA-14)
1. Le suicide des adolescents est plus tragique que celui des personnes âgées.	Stereotypes	—
2. Beaucoup de personnes âgées sont avares et amassent leur argent et leurs biens.*	Stereotypes	Stéréotypes
3. De nombreuses personnes âgées ne voient pas l'intérêt de se faire de nouveaux amis et préfèrent se contenter du cercle d'amis qu'ils ont depuis des années.	Stereotypes	—
4. Beaucoup de personnes âgées ne font que vivre dans le passé.*	Stereotypes	Stéréotypes
5. Parfois, quand je vois des personnes âgées, j'évite de croiser leur regard.*	Separation	Séparation
6. Je n'apprécie pas que les personnes âgées engagent la conversation avec moi.*	Separation	Séparation
7. On ne peut espérer une conversation intéressante et complexe avec la plupart des personnes âgées.	Separation	—
8. Il peut paraître normal de se sentir déprimé quand on est entouré de personnes âgées.*	Separation	Séparation
9. Les personnes âgées devraient se trouver des amis de leur âge.*	Separation	Séparation
10. Les personnes âgées devraient se sentir les bienvenues dans les réunions entre jeunes.	Separation	—
11. Si on m'invitait, je préférerais ne pas participer à une journée porte ouverte d'un club de troisième âge.	Stereotypes	—
12. Personnellement, je ne souhaiterais pas passer beaucoup de temps en compagnie d'une personne âgée.*	Affective attitude	Attitudes affectives
13. Les personnes âgées n'ont pas vraiment besoin d'utiliser les installations sportives de la collectivité.	Separation	—
14. On ne devrait pas faire confiance à la plupart des personnes âgées pour s'occuper d'enfants.*	Stereotypes	Stéréotypes
15. Beaucoup de personnes âgées sont plus heureuses lorsqu'elles sont en compagnie de personnes de leur âge.	Stereotypes	—
16. Il est préférable que les personnes âgées vivent là où elles ne gênent personne.*	Separation	Séparation
17. La plupart des personnes âgées sont d'agréable compagnie. (I) *	Affective attitude	Attitudes affectives
18. Il est triste de constater la situation difficile dans laquelle se trouvent les personnes âgées dans la société actuelle. (I)	Affective attitude	—
19. On devrait encourager les personnes âgées à exprimer leurs idées politiques. (I)	Affective attitude	—
20. La plupart des personnes âgées sont intéressantes car chacune possède sa propre identité. (I) *	Affective attitude	Attitudes affectives
21. Beaucoup de personnes âgées auraient une mauvaise hygiène corporelle.*	Stereotypes	Stéréotypes
22. La plupart des personnes âgées peuvent être agaçantes car elles racontent sans cesse les mêmes histoires.*	Stereotypes	Stéréotypes
23. Les personnes âgées se plaignent davantage que les autres.*	Stereotypes	Stéréotypes

Notes. (I) = items à inverser ; * = items retenus pour la FSA-14.

5.2.DANS LE DOMAINE DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE

Aucune échelle spécifique dans le domaine de la santé bucco-dentaire n'existait. Ainsi, des chercheurs américains et européens spécialisés en gérontologie se sont intéressés à la mise en œuvre d'une échelle d'âgisme pour les étudiants en odontologie (ASDS)(12). Ils ont conçu cette échelle après une revue de la littérature. De nouveaux items ont été créés pour traiter des situations spécifiquement liées aux soins dentaires. L'échelle ASDS comporte 27 éléments. Elle a été validée de manière préliminaire dans une faculté d'odontologie américaine.

Elle est disponible en anglais, grec, brésilien et roumain. Il est apparu important de disposer de cette échelle en français en réalisant la traduction et la validation préliminaire de l'échelle d'âgisme à destination des étudiants en odontologie français. Celle-ci a pour objectif de mettre en évidence la nécessité ou non de développer un enseignement en odontologie pour aborder les problèmes de prise en charge liés à l'âge en pratique dentaire.

Il sera aussi possible grâce à cette étude de mettre en évidence et d'étudier les différences culturelles entre les différents pays où ce questionnaire a été appliqué.

La notion de **différences culturelles** est une notion importante à définir car elle va interférer avec le processus de traduction d'un questionnaire.

En effet, l'imprégnation culturelle façonne notre manière de percevoir le monde, nos pensées, nos comportements et notre façon de communiquer avec autrui. Chaque personne a sa propre culture et chaque culture est différente. C'est pourquoi adapter un questionnaire créé dans un pays peut mettre en évidence un certain nombre de différences qu'il est intéressant de souligner.

De ce fait, lorsque des chercheurs ne disposent pas de questionnaires appropriés dans leur propre langue ils ont alors deux choix(17):

- développer un nouveau questionnaire,
- ou traduire un questionnaire validé dans une autre langue avec un processus d'adaptation interculturelle.

Un instrument utilisé dans un pays autre que celui dans lequel il a été développé peut nécessiter une adaptation si les populations concernées ont une autre culture avec une langue similaire ou non. Par exemple, l'anglais britannique devrait être utilisé en Grande-Bretagne plutôt que l'anglais américain. Il existe des différences sémantiques, usuelles et culturelles suffisamment significatives entre les cultures britannique et américaine pour nécessiter la modification de certains éléments et la validation d'une mesure dans son nouveau contexte. Par conséquent, une attention particulière doit être accordée à l'adaptation des mesures interculturelles à ces populations.

L'adaptation interculturelle a deux composantes : la traduction du questionnaire et son adaptation. C'est une combinaison de traduction littérale de mots et de phrases individuelles d'une langue à l'autre associée à une adaptation en fonction de l'idiome, du contexte culturel et du mode de vie.

II- MATERIEL ET METHODE

1. METHODOLOGIE DE TRADUCTION ET DE VALIDATION

L'élaboration d'une version française du questionnaire Ageism Scale for Dental Students (ASDS) permet de créer un outil équivalent à sa version en langue anglaise utilisé aux Etats Unis. Elle comprend une phase de traduction puis une phase de validation.

Une revue de la littérature a été réalisée pour comprendre l'évolution des pratiques relatives à la traduction d'échelles. Une synthèse méthodologique a été faite. La méthodologie est la même que celle utilisée pour le questionnaire grecque, brésilien et roumain.

La revue de littérature met en évidence les recommandations de *Guillemin et al* concernant les adaptations transculturelles de questionnaires mesurant la qualité de vie (17) ainsi que l'article de *Gana et al* (16) concernant quant à lui l'adaptation et la validation de la Fraboni Scale of Ageism-Revised (FSA-R). Ces recommandations s'ajoutent à l'étude des quatre travaux déjà réalisés aux Etats Unis, en Grèce, au Brésil et en Roumanie (8,12,18,19).

Cette méthodologie comporte plusieurs étapes :

- Une première phase de traduction initiale permet d'obtenir une version française du questionnaire ASDS.
- Puis une rétro traduction est réalisée pour mettre en avant les incohérences de traduction.
- Un pré test est ensuite réalisé sur la population cible de l'étude pour que le questionnaire soit examiné par un comité d'experts afin de discuter et de valider l'adaptation culturelle de l'échelle.

1.1.METHODOLOGIE DE TRADUCTION

1.1.1. *Traduction directe*

Il a été demandé à une professeure certifiée d'anglais de la faculté de Clermont Ferrand, une assistante hospitalo-universitaire de la faculté d'odontologie, à une coordinatrice technique d'un laboratoire de recherche attachée à la faculté d'odontologie et à une étudiante en dernière année universitaire (6^{ième} année TCC) d'odontologie de réaliser la traduction du questionnaire ASDS (T0) en français. Ainsi quatre traductions ont été obtenues (T1a, T1b, T1c, T1d). Après une réunion de consensus des 4 traductrices, une version en langue française a été obtenue (T2) (Annexe 1). Elle va subir la rétro traduction.

1.1.2. *Rétro traduction*

Cette étape est un contrôle de la validité de la traduction en français T2. Elle permet de mettre en avant les incohérences. Elle est à l'origine d'une nouvelle version en français (RT1). Le traducteur doit être natif de la langue originale du questionnaire. Le rétro traducteur est un praticien hospitalier du CHU de Clermont Ferrand dont la langue native est l'anglais. Il n'a pas lu la version originale (T0). Il ignore l'objectif du travail et le thème étudié. Il s'agit d'une confrontation mot à mot de la rétro traduction de T2 face à la version originale T0. Une synthèse a été réalisée pour produire la version finale (RT1). Les désaccords sont notés et classés selon des recommandations (figure ci-dessous) dans un tableau.

Figure 3. IADH Toolbox for measuring attitudes and intended behaviours: Guidelines for translation and cultural adaptation of questionnaires

DISCREPANCY	ACTION
An ERROR in meaning introduced during the initial translation	Correction in the final translation by consensus
LINGUISTIC EQUIVALENCE ○ Vocabulary equivalence Single word inexistent in target language so several words used instead ○ Semantic equivalence The word can be translated into a word with the same meaning (e.g. assessment and evaluation) ○ Idiomatic equivalence An expression with same meaning is used ○ Experiential equivalence An equivalent term is used that is relevant to the target culture ○ Conceptual equivalence The concept is the same but the words used are different	Discrepancy accepted in final translation Discrepancy accepted in final translation Discrepancy accepted in final translation Discrepancy accepted in final translation Discrepancy accepted in final translation
OTHER DISCREPANCIES related to standard or accepted language usage (e.g. recognised terms for certain disciplines in certain languages; use of verbs in a more or less directive form – may do; must do)	Discrepancy accepted or corrected in final translation after discussion and by consensus

1.1.3. Traduction finale

La traduction finalisée (RT1) permet de poursuivre l'adaptation culturelle du questionnaire.

1.2.METHODOLOGIE DE L'ADAPTATION CULTURELLE

1.2.1. Pré-test

La version obtenue suite à la retro traduction (RT1) est testée sur un échantillon d'étudiants en odontologie de la faculté de Clermont-Ferrand. Quarante étudiants parmi les trois années d'études ont été sollicités de manière aléatoire pour répondre au questionnaire avec des échelles de Likert associées à chacune des questions.

L'échelle de Likert consiste en une ou plusieurs affirmations (énoncés ou items) pour lesquelles la personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord. L'échelle de Likert choisie (6 propositions) va de « désaccord total » à « accord total » quant à la compréhension des items sur la syntaxe et sur le sens. Le questionnaire doit garder son idée principale, mais il faut pouvoir répondre aux questions sans ambiguïté. Les résultats ont été enregistrés dans un tableau Excel pour s'assurer de la clarté des énoncés.

1.2.2. Comité d'experts

Le comité d'experts est constitué de deux professeurs universitaires de la faculté de Clermont Ferrand et d'un chirurgien-dentiste avec plus de 15 ans de pratique dans un cabinet de chirurgie dentaire. A cette étape, les items sont évalués pour s'assurer qu'ils sont culturellement adaptés. On a demandé aux experts d'évaluer la cohérence interne du questionnaire, avec la même échelle de Likert que pour le pré-test et un champ en dessous des questions pour noter leurs commentaires. Il leur a été demandé de déterminer si les items évaluent correctement l'âgisme dans la population française.

Des changements additionnels peuvent être réalisés en suivant l'étape précédente et en trouvant un consensus avec les experts. La version finale de l'ASDS-FR (T3) est alors obtenue.

Ce protocole est schématisé dans la figure ci-dessous.

Figure 4. Résumé du protocole de traduction et validation préliminaire du questionnaire ASDS-FR

Etape 1 : Traduction - Production de plusieurs traductions T1a, T1b, T1c, T1d - A la langue cible (en français) - Traducteurs informés ou non du contexte Etape 2 : Relecture - Relecture et correction des T1 - Mise en commun et obtention d'une T2 - Enlever toutes les incohérences et désaccord et faire des choix Etape 3 : Rétro traduction - A la langue originale (en anglais) - Travailler à partir de T2 - Obtention de RT1 en français Etape 4 : Pré-test - Echantillon = 40 étudiants - Tester la compréhension des items (sens, syntaxe) Etape 5 : Comité d'experts (adaptation culturelle) - Méthodologistes, traducteurs, experts... - Revoir toutes les étapes - Trouver un consensus - Produire une version finale T3
--

Il faut distinguer traduction et adaptation. Ces deux processus sont mêlés, mais ils sont distincts sur le plan théorique. En effet, il est possible de se trouver dans la situation où l'adaptation est nécessaire mais la traduction ne l'est pas. C'est le cas par exemple, d'un questionnaire Canadien en langue française dont on voudrait se servir en France. En revanche dans toute situation où la traduction est souhaitée, l'adaptation est nécessaire. En effet les locuteurs de deux langues différentes possèdent chacun une culture propre. L'adaptation est la production d'une version combinée de traduction littérale et d'adaptation en ayant pris en compte les idiomes, le contexte culturel et le style de vie.

Ainsi ce travail consiste en deux étapes : la traduction puis l'adaptation culturelle. Ce travail est appelée par Guillemin et al «adaptation transculturelle»(17).

Le questionnaire final obtenu dans cette étude est à retrouver en annexe (Annexe 2).

2. PARTICIPANTS

Une fois le questionnaire traduit et adapté culturellement il s'agit de le faire tester à des étudiants en odontologie de 4, 5 et 6^{ième} années (DFASO1, DFASO2 et TCC). Cette étude est la validation préliminaire du questionnaire en français. La participation est anonyme, et volontaire avec un accord donné en répondant au questionnaire. Des questions complémentaires sont posées pour recueillir l'âge, le sexe, l'année d'étude, et si l'étudiant vit ou a déjà vécu avec une/ des personne(s) âgé(es), suivi de la description de l'objectif de l'étude et de l'échelle utilisée.

3. DESCRIPTION DE L'ETUDE

L'étude a été réalisée sur une période allant de décembre 2019 à avril 2020 et le pré-test a été réalisé en juillet 2020. Le questionnaire ASDS-FR a été distribué aux étudiants de la faculté d'odontologie de Clermont-Ferrand (4, 5, 6^{ième} années).

4. ANALYSE STATISTIQUE

Les données de l'étude ont été analysées pour évaluer la structure interne du questionnaire à l'aide de l'analyse en composantes principales (ACP) avec une rotation orthogonale de Varimax. Les méthodes statistiques de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) et du test de sphéricité de Bartlett ont été utilisés pour évaluer l'adéquation de l'échantillon à l'analyse factorielle. Un KMO supérieur à 0,60 et la signification de Bartlett $p < 0,05$ ont été jugés acceptables. La fiabilité de la cohérence interne en utilisant l'alpha de Cronbach avec $\alpha \geq 0,60$ comme minimalement acceptable et $\alpha \geq 0,80$ comme idéal a permis de décider quels items à faible contribution pour l'évaluation de l'âgisme devaient être supprimés de l'échelle.

Enfin, les scores des composantes composites ont été comparé à travers des variables démographiques clés en utilisant des tests t d'échantillons indépendants et une analyse de variance unidirectionnelle entre les sujets (ANOVA), selon le cas. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de SPSS v25 (IBM, inc.), Toutes les comparaisons statistiques étaient bilatérales et $p < 0,05$ était considéré comme statistiquement significatif.

L'échelle de Likert choisie est codée de 1 à 6 pour « désaccord total » à « accord total ». Tous les items ont été codés de manière à ce qu'une valeur plus élevée indique davantage d'âgisme. Plus on tend vers une réponse code 6 plus on a de l'âgisme. Plus on tend vers une réponse code 1 moins on a de l'âgisme (figure 5). Il est indiqué dans les résultats chaque fois que l'un de ces items a été codé à l'envers pour plus de clarté. Le code 6 représente alors moins d'âgisme et le code 1 représente plus d'âgisme. Ils sont notés « item codé inversé en sens inverse ».

Figure 5. Echelle de LIKERT de l'échelle ASDS-FR

Désaccord total	Code 1	 - d'âgisme + d'âgisme
Désaccord	Code 2	
Plutôt en désaccord	Code 3	
Plutôt d'accord	Code 4	
D'accord	Code 5	
Accord total	Code 6	

5. METHODOLOGIE DU TEST- RETEST

La stabilité temporelle de l'échelle ASDS-FR est évaluée avec un test-retest. Il est effectué auprès d'un échantillon d'étudiants parmi les trois années d'études choisies aléatoirement sur la base du volontariat. Ils doivent répondre une nouvelle fois au questionnaire trois mois après le premier test.

III- RESULTATS

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

Les résultats décrits sont ceux de la pré validation du questionnaire ASDS traduit en français. La population d'étude de cette pré validation est composée de 180 participants. Parmi eux, 39,44% étaient des hommes et 60,55% des femmes. Leur âge moyen était de 23,58 ans. 42 étaient en 4e année, 75 en 5e année et 63 en dernière année d'étude à la faculté d'odontologie de Clermont Ferrand. 20% des participants vivaient ou vivent actuellement avec des personnes âgées. Tous les questionnaires ont été entièrement complétés.

2. PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES

2.1.RESULTATS D'ANALYSE EN COMPOSANTES PRINCIPALES (ACP)

Aucun item ne présentait un risque de biais. Cependant, 11 items n'ont pas réussi à établir une relation significative avec d'autres items, ils ont donc été supprimés avant le début de l'analyse en composante principale (ACP). La factorité des données a été confirmée avec un KMO (indice de Kaiser-Meyer-Olkin) égal à 0,636 et le test de sphéricité de Bartlett indiquait que les éléments étaient suffisamment interdépendants pour justifier l'utilisation de l'ACP ($p < 0,001$).

Le modèle ACP final a donné 10 items et 3 composantes qui, ensemble, représentaient 57,15% de la variance globale (tableau 1 ci-dessous). Les 3 composantes avaient une fiabilité acceptable allant de 0,62 (composant 3) à un maximum de 0,67 (composant 2). Bien qu'ils ne soient pas idéaux, ces coefficients pourraient probablement être dus au petit nombre d'items dans chaque composante, car le nombre d'items dans une échelle a un impact direct sur l' α de Cronbach.

Tableau 1. Modèle d'Analyse en Composante Principale final ASDS-FR

Item (Le total α pour tous les items= 0.68)	Composantes		
	1 ($\alpha = 0.65$)	2 ($\alpha = 0.67$)	3 ($\alpha = 0.62$)
Q14 Les patients(es) âgés(ées) ne respectent habituellement pas les conseils de prévention ou de soins dentaires.	0.785		
Q13 Les personnes âgées ne prennent pas bien soin de leurs dents.	0.769		
Q11 Les personnes âgées ont des idées bien arrêtées sur ce que doit être un soin dentaire.	0.656		
Q10 Les patients(es) âgés(ées) n'acceptent habituellement pas le plan de traitement recommandé.	0.488		
Q17 Les patients(es) âgés(ées) ne vivent pas assez longtemps pour que ça vaille la peine d'investir de l'argent dans des traitements dentaires coûteux.		0.898	
Q16 Les patients(es) âgés(ées) ne vivent pas assez longtemps pour que ça vaille la peine d'investir du temps et des efforts dans des traitements dentaires complexes.		0.877	
Q15 Le gouvernement a la responsabilité de garantir l'accès aux soins dentaires aux personnes âgées. (item codé en sens inverse)		0.470	
Q22 Mon expérience clinique en dentisterie gériatrique est appropriée et je me sens formé(e) et prêt(e) à prendre en charge des patients(es) âgés(ées). (item codé en sens inverse)			0.790
Q26 Je me sens à l'aise pour prendre en charge un(e) patient(e) qui est polymédiqué. (item codé en sens inverse)			0.701
Q25 Les patients(es) âgés(ées) devraient être soignés par quelqu'un qui a une formation avancée en dentisterie gériatrique.			0.660

La composante 1 (4 items) contient des items qui évoquent une opinion négative générale des patients âgés avec des items tels que Q14 «Les patients(es) âgés(ées) ne respectent habituellement pas les conseils de prévention ou de soins dentaires» et Q13 «Les personnes âgées ne prennent pas bien soin de leurs dents».

La composante 2 contient 3 items qui abordent le thème de la déresponsabilisation des étudiants à fournir des soins aux patients âgés tels que Q16 «Les patients(es) âgés(ées) ne vivent pas assez longtemps pour que ça vaille la peine d'investir du temps et des efforts dans des traitements dentaires complexes» et Q15 «Le gouvernement a la responsabilité de garantir l'accès aux soins dentaires aux personnes âgées (item codé en sens inverse) ».

Enfin, la composante 3 contient trois items qui traitent de la sensibilisation autour des soins aux personnes âgées, comme Q22 " Mon expérience clinique en dentisterie gériatrique est appropriée et je me sens formé(e) et prêt(e) à prendre en charge des patients(es) âgés(ées) (item codé en sens inverse) » et Q25 « Les patients(es) âgés(ées) devraient être soignés par quelqu'un qui a une formation avancée en dentisterie gériatrique».

2.2.COMPARAISONS DEMOGRAPHIQUES

Chaque composante a été convertie en un score en additionnant les réponses de chaque participant à tous les éléments de chaque composante, de sorte que le score maximum que l'on pouvait atteindre (c.-à-d. Toujours répondre «6») était de 24, 18 et 18 pour les composantes un, deux et trois, respectivement. Les tableaux ci-dessous présentent les résultats des comparaisons démographiques entre les trois composantes.

Les hommes ($H = 9,93$, $SD = 2,37$) obtiennent un score significativement plus bas pour la composante 3 par rapport aux femmes ($F = 10,89$, $SD = 2,33$), $p = 0,008$. Il y a également deux différences significatives entre les trois années d'études pour la composante 1 ($p = 0,032$) et la composante 3 ($p = 0,002$). Une analyse post-hoc de la composante 1 a révélé que la significativité se situe entre DFASO1 ($H = 11,00$, $SD = 2,24$) et DFASO2 ($H = 12,21$, $SD = 2,63$), $p = 0,026$. La même analyse pour la composante 3 montre des différences significatives entre DFASO1 et TCC ($p = 0,002$) ainsi qu'entre DFASO2 et TCC ($p = 0,042$).

Tableau 2. Comparaisons démographiques de la moyenne des groupes (SD) pour chaque composante¹

Composante	Sexe				Histoire de vécue avec une/des personnes âgés (ées)			
	H (n = 71)	F (n = 109)	Différence moyenne (95% CI)	Valeur p	Oui (n = 36)	Non (n = 144)	Différence moyenne (95% CI)	Valeur p
1 (Max = 24)	11.89 (2.49)	11.61 (2.42)	0.28 (-0.45 - 1.02)	0.451	11.86 (2.39)	11.68 (2.46)	0.18 (-0.72 - 1.08)	0.693
2 (Max = 18)	5.9 (2.31)	6.06 (2.2)	-0.15 (-0.83 - 0.52)	0.454	5.94 (2.53)	6.01 (2.17)	-0.06 (-0.89 - 0.76)	0.689
3 (Max = 18)	9.93 (2.37)	10.89 (2.33)	-0.96 (-1.67 - -0.25)	0.008	10.33 (2.27)	10.56 (2.42)	-0.22 (-1.1 - 0.66)	0.619
¹ Groupes comparés à l'aide de tests t indépendants								

Tableau 3. Analyse unidirectionnelle omnibus ANOVA entre les sujets de la variance pour chaque composante et année d'étude

Composante	Moyenne du groupe (SD)			Valeur p
	DFASO1 (n = 42)	DFASO2 (n = 75)	TCC (n = 63)	
1 (Max = 24)	11 (2.24)	12.21 (2.63)	11.6 (2.23)	0.032
2 (Max = 18)	5.98 (2.27)	6.16 (2.41)	5.81 (2.01)	0.659
3 (Max = 18)	11.36 (2.29)	10.69 (2.05)	9.73 (2.61)	0.002

Tableau 4. Analyse post-hoc des composantes un et trois par an

Composante	Comparaison		Différence moyenne A – B (95% CI)	valeur p^1
	Groupe A	Groupe B		
1 (Max = 24)				
	DFASO1	DFASO2	-1.21 (-2.31 - -0.12)	0.026
	DFASO1	TCC	-0.6 (-1.74 - 0.53)	0.421
	DFASO2	TCC	0.61 (-0.36 - 1.58)	0.302
3 (Max = 18)				
	DFASO1	DFASO2	0.66 (-0.39 - 1.72)	0.299
	DFASO1	TCC	1.63 (0.54 - 2.72)	0.002
	DFASO2	TCC	0.96 (0.03 - 1.9)	0.042
¹ Comparaisons effectuées à l'aide des tests post-hoc de Tukey.				

3. NIVEAU D'AGISME

Le niveau d'âgisme en fonction de l'année d'étude et des questions a été calculé en regroupant les résultats dans un tableau. Les résultats obtenus sont que les étudiants en 4^{ièmes} années (23%) obtiennent le moins d'âgisme dans leurs réponses puis les 6^{ièmes} années (26%) et enfin les 5^{ièmes} années (29%).

4. REPRODUCTIBILITE DU QUESTIONNAIRE

La stabilité temporelle de l'échelle ASDS-FR a été évaluée avec un test-retest, sur une période de trois mois. Il est effectué auprès d'un échantillon de 38 étudiants. La corrélation obtenue, est de 0,52.

IV- DISCUSSION

Une bonne prise en charge en odontologie des personnes âgées repose d'une part sur les connaissances médicales et dentaires avec une prise en charge pluri disciplinaire ; d'autre part sur l'empathie, l'humanisme et la compréhension du contexte social dans lequel elles vivent. Etudier l'attitude des étudiants en odontologie à l'égard des personnes âgées se révèle important. Ceci permettra d'améliorer les programmes de formation en odontologie gériatrique.

1. INTERPRETATION DES RESULTATS DE L'ETUDE

L'étude statistique met en évidence une échelle à 10 items avec 3 composantes. Trois axes en ressortent :

- Le premier (4 items) tend vers une opinion négative des personnes âgées.
- Le deuxième (3 items) aborde le thème de la déresponsabilisation des étudiants à fournir des soins aux patients âgés.
- Le troisième (3 items) aborde la sensibilisation des étudiants aux soins envers les personnes âgées.

Les résultats de l'étude montrent un score significativement plus faible pour les hommes pour la composante 3 (sensibilisation aux soins). Autrement dit, les hommes se sentent moins formés à prendre en charge les personnes âgées. Le même constat est fait dans l'étude roumaine pour cette composante (19).

Les trois années d'étude répondant au questionnaire ont obtenu des scores significativement différents pour les composantes 1 (opinion négative envers les personnes âgées) et 3 (sensibilisation aux soins). Ceci peut s'expliquer par l'expérience antérieure différente d'un étudiant de sixième année par rapport à un étudiant de quatrième et de cinquième année d'étude.

En revanche aucune différence significative liée à l'âge ou au fait de vivre ou d'avoir vécu avec une personne âgée n'a été mise en évidence. Le manque de différences liées aux facteurs démographiques peut être expliqué par le fait que l'âgisme est un phénomène universel que l'on retrouve à tous les âges et à tous les niveaux de la société.

2. COMPARAISONS AUX RESULTATS DES AUTRES ETUDES

Les versions validées aux Etats-Unis ASDS, en Grèce ASDS-GR au Brésil ASDS-BRAZ et en Roumanie ASDS-ROM permettent de comparer les résultats de l'échelle française ASDS-FR.

L'échelle validée aux **Etats-Unis** produit une échelle à 5 items et 2 composantes (20). La première concerne l'observance des patients âgés, la seconde les idées préconçues sur les traitements dentaires. Parmi les items français, 4 items sont communs avec les 5 items des Etats-Unis. Ces items sont: Q13 Q14, Q16 et Q17. Ces 4 items apparaissent dans la validation de la version grecque (ASDS-Gr) et 3 de ces items sont communs avec la validation de la version brésilienne (ASDS-Braz) et roumaine (ASDS-Rom). Ils pourraient avoir le potentiel d'une application universelle.

L'échelle validée en **Grèce** comprend 15 items et 4 composantes (8) (valeur et éthique envers les personnes âgées, observance des patients, barrières par rapport aux soins dentaires et interaction dentistes/patients âgés). Les échelles grecques et françaises traduites partagent 7 items incluant Q10, Q11, Q13, Q14, Q16, Q17 et Q25. La composante 2 grecque est la même que la composante 1 française (Q10, Q11, Q13, Q14). Cette forte similitude montre que les étudiants grecs et français partagent le même avis sur l'observance et l'opinion des personnes âgées envers les soins dentaires. De plus les composantes 1 et 4 grecques comportent des items avec une composante culturelle forte sur le rôle des personnes âgées dans notre société et sur la sympathie qu'ils reçoivent par la population plus jeune. Ceci ne se retrouve pas autant dans l'échelle française et peut s'expliquer par une histoire de vie avec une/des personne(s) âgée(ées) beaucoup moins importante chez les étudiants français (20% des étudiants français vivent ou ont déjà vécu avec une/des personne(s) âgée(ées) contre 51,3% chez les étudiants grecs).

Au **Brésil**, l'échelle validée a produit 12 items et 3 composantes (18) (a priori envers les personnes âgées, complexité de fournir des soins aux personnes âgées, aspect positif envers les personnes âgées). Cette échelle a en commun 4 items avec l'échelle française, Q10, Q14, et Q17. Cette similitude plus faible prouve l'influence des différences culturelles sur l'âgeisme entre le Brésil et la France.

Enfin la validation de l'ASDS en **Roumanie** produit une échelle à 10 items et 3 composantes (19). Les composantes traitent de la comparaison des avantages et inconvénients à fournir des soins envers les personnes âgées, de la perception des personnes âgées et de leur place dans la société et enfin de la sensibilisation des étudiants aux soins envers les personnes âgées. L'échelle roumaine a en commun avec l'échelle française 4 items: Q16, Q17, Q22 et Q26. La composante 3 française se retrouve aussi dans la validation roumaine (19), elle n'était pas présente dans les échelles précédentes (USA, Grèce, Brésil). Elle traite de la sensibilisation des étudiants face à la prise en charge des personnes âgées. Ceci montre la préoccupation des étudiants français et brésiliens quant à leur formation en gériatrie et conforte l'intérêt de ce questionnaire destiné aux étudiants en odontologie. En effet, ce questionnaire a été créé pour étudier l'âgisme chez les étudiants en odontologie. En France, de part cette composante, on constate que les étudiants en odontologie sont soucieux de prendre en charge une personne âgée de façon adaptée.

On remarque avec cette dernière validation de l'échelle d'âgisme que l'item 17 est présent dans chacune des études américaines, grecques, brésiliennes, roumaines et françaises (Q17 «Les patients(es) âgés(ées) ne vivent pas assez longtemps pour que ça vaille la peine d'investir de l'argent dans des traitements dentaires coûteux »). Cet item est lié à l'aspect financier de la prise en charge bucco-dentaire envers les personnes âgées. Cette préoccupation révèle les grandes inégalités d'accès aux soins dentaires, en particulier parmi les personnes fragiles et dépendantes. Elle persistera tant que les soins bucco-dentaires ne seront pas inclus dans les politiques générales de santé.

En France, de nouvelles mesures sont mise en place depuis le 1^{er} janvier 2020 avec le « reste à charge zéro ». L'objectif baptisé « 100 % santé », est de favoriser l'accès aux soins, notamment pour les assurés sociaux les plus démunis, et faire reculer les inégalités de santé. Cette mesure pourrait avoir un impact positif puisque l'aspect financier de la prise en charge bucco-dentaire occupe une place importante dans l'âgisme.

Le patient lui-même reste acteur de sa prise en charge bucco-dentaire et la formation des futurs chirurgiens-dentistes est capitale autant sur le plan humain que technique.

La reproductibilité du test a été vérifiée avec un test et re-test et donne un coefficient de Pearson de 0,52 entre les deux tests de l'ASDS-FR. Il n'y a pas de comparaison possible avec les autres validations, car aucun résultat n'est mentionné dans les articles publiés.

La petite taille de l'échantillon, limitée à une seule faculté d'odontologie, exclut une conclusion concernant la validité discriminante de l'instrument. Toutefois, les résultats de l'étude de validation préliminaire sont encourageants et méritent une étude de plus grande envergure avec un échantillon plus vaste (France entière).

V- CONCLUSION ET PERSPECTIVES

En conclusion, il apparaît que la version française de l'ASDS présente un intérêt majeur dans l'évaluation de l'âgisme chez les étudiants en odontologie.

La traduction de l'anglais au français a respecté les procédures d'adaptation culturelle. Cela permet d'assurer un maintien de la validité interne du questionnaire d'une culture à l'autre. Cette étude nous a permis de confirmer le besoin d'intégrer une formation en dentisterie gériatrique auprès des étudiants en odontologie en France.

Une poursuite d'étude sur un échantillon plus grand doit être réalisée afin de faire une analyse statistique plus complète et étudier l'ensemble des propriétés psychométriques de cette échelle d'âgisme. Il s'agira maintenant de vérifier si l'échelle ASDS-FR évalue correctement la mesure de l'âgisme. Il faut s'assurer que cette échelle mesure une variabilité. On fait tester l'échelle dans une population, puis on reforme la population et quand on refait le test de l'échelle, alors l'âgisme dans la population doit avoir diminué. Il faut que l'échelle soit un réel outil de mesure pour répondre au problème d'âgisme.

Ce travail pourrait aussi être réalisé auprès des chirurgiens-dentistes afin de faire une étude rétrospective et mettre au point l'enseignement nécessaire à la prise en charge des personnes âgées.

VI- BIBLIOGRAPHIE

1. Espérance de vie – Mortalité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291>
2. Vieillesse et santé [Internet]. [cité 7 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Personne âgée. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 1 août 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Personne_%C3%A2g%C3%A9e&oldid=172264845
4. Odontologie gériatrique: Optimiser la prise en charge au cabinet dentaire - 2eme édition. Place of publication not identified: CDP; 2010. 243 p.
5. Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 7 juill 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-nombre-de-personnes-agees-dependantes-d-apres-l-enquete-handicaps>
6. MACSF.fr. Qui sont les acteurs du système de santé ? - MACSF [Internet]. MACSF.fr. [cité 7 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.macsfr.fr/actualites/Les-acteurs-du-systeme-de-sante>
7. Butler RN. Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist*. 1969;9(4):243-6.
8. Kossioni AE, Ioannidou K, Kalyva D, Marchini L, Hartshorn J, Kaufman L, et al. Translation and validation of the Greek version of an ageism scale for dental students (ASDS_Gr). *Gerodontology*. sept 2019;36(3):251-7.
9. Discrimination and negative attitudes about ageing are bad for your health [Internet]. [cité 7 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/29-09-2016-discrimination-and-negative-attitudes-about-ageing-are-bad-for-your-health>
10. OMS | Questions-réponses sur l'âgisme [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 7 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/ageing/features/faq-ageism/fr/>
11. Rosa RW, Samot J, Helmer C, Pourtau G, Dupuis V, Fricain J-C, et al. Important oral care needs of older French people: A cross-sectional study. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 avr 2020;68(2):83-90.
12. Rucker R, Barlow PB, Hartshorn J, Kaufman L, Smith B, Kossioni A, et al. Development and preliminary validation of an ageism scale for dental students. *Spec Care Dentist*. janv 2018;38(1):31-5.
13. Paltmore E. Facts on Aging: A Short Quiz. *The Gerontologist*. 1 août 1977;17(4):315-20.
14. Fitzgerald JT, Wray LA, Halter JB, Williams BC, Supiano MA. Relating medical students' knowledge, attitudes, and experience to an interest in geriatric medicine. *Gerontologist*. déc 2003;43(6):849-55.
15. Maxwell AJ, Sullivan N. Attitudes toward the geriatric patient among family practice residents. *J Am Geriatr Soc*. août 1980;28(8):341-5.
16. Rosencranz HA, McNevin TE. A factor analysis of attitudes toward the aged. *The Gerontologist*. 1969;9(1):55-9.
17. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. déc 1993;46(12):1417-32.

18. Rucker R, Barlow PB, Santos MBF dos, Malhao EC, Kossioni A, Marchini L. Translation and preliminary validation of an ageism scale for dental students in Brazil (ASDS-Braz) [Internet]. Vol. 37, Gerodontology. John Wiley & Sons, Ltd; 2020 [cité 7 juill 2020]. p. 87-92. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ger.12459>
19. Veenstra L, Barlow P, Kossioni A, Popescu SM, Mercur V, Tuculina MJ, et al. Translation and validation of the ageism scale for dental students in Romanian (ASDS-Rom). Eur J Dent Educ. 4 août 2020;
20. Rucker R, Barlow PB, Hartshorn J, Kaufman L, Smith B, Kossioni A, et al. Dual institution validation of an ageism scale for dental students. Spec Care Dentist. janv 2019;39(1):28-33.

VII- ANNEXES

Table des annexes

Annexe 1 Vingt-sept questions élaborées pour la première version de l'échelle d'âgisme des étudiants en odontologie.....	33
Annexe 2 Phase Pilote Echelle d'âgisme à destination des étudiants en odontologie 2019-2020	34

Annexe 1 Vingt-sept questions élaborées pour la première version de l'échelle d'âgisme des étudiants en odontologie.

1. Les fonds alloués à la recherche devraient aller majoritairement à l'étude des cas pédiatriques et non gériatriques.
2. Recueillir les antécédents médicaux des patients âgés prend souvent beaucoup de temps.
3. Recueillir les antécédents médicaux des patients âgés est souvent complexe.
4. Je préférerais soigner les patients âgés plutôt que les patients plus jeunes.
5. J'ai tendance à accorder plus d'attention à mes patients âgés plutôt qu'à mes patients plus jeunes.
6. J'ai tendance à avoir plus de sympathie pour mes patients âgés plutôt que pour mes patients plus jeunes.
7. En général, les personnes âgées contribuent beaucoup à la société.
8. Les patients âgés sont mieux dans des maisons de retraite.
9. Les patients âgés ont tendance à être plus reconnaissants des soins que je leur prodigue par rapport aux patients les plus jeunes.
10. Les patients âgés n'acceptent pas souvent le plan de traitement proposé.
11. Les personnes âgées ont des idées bien arrêtées sur ce qu'est un soin dentaire.
12. Ma planification des soins dentaires pour mes patients âgés est conforme avec celle pour mes patients d'âge moyen.
13. Les personnes âgées ne prennent pas bien soin de leurs dents.
14. Les patients âgés ne respectent habituellement pas les conseils dentaires.
15. Le gouvernement a la responsabilité de fournir un accès aux soins dentaires pour les personnes âgées.
16. Les patients âgés ne vivent pas assez longtemps pour que ça vaille la peine d'investir du temps et des efforts dans des traitements dentaires complexes.
17. Les patients âgés ne vivent pas assez longtemps pour que ça vaille la peine d'investir de l'argent dans des traitements dentaires coûteux.
18. Les traitements dentaires des patients âgés demandent trop de temps.
19. Cela coûte trop cher de procurer des soins dentaires au domicile des patients âgés.
20. Le coût est un obstacle majeur pour de nombreux patients âgés ayant besoin de soins dentaires.
21. Les traitements dentaires sont généralement réussis chez les patients âgés.
22. Mon parcours m'a permis d'acquérir suffisamment de connaissances en dentisterie gériatrique.
23. Il est normal que les patients âgés aient des problèmes de santé orale.
24. Si j'avais davantage de formation à ce sujet, je fournirai plus de soins dentaires à domicile ou en maison de retraite.
25. Les patients âgés devraient être pris en charge par quelqu'un qui a une formation avancée en dentisterie gériatrique.
26. Je me sens à l'aise pour prendre en charge quelqu'un qui est polymédiqué.
27. J'ai tendance à privilégier les extractions par rapport à des procédures de soins plus complexes lorsque je prévois un plan de traitement chez un patient âgé.

Annexe 2 Phase Pilote Echelle d'âgisme à destination des étudiants en odontologie 2019-2020

Echelle utilisée: désaccord total ; désaccord ; plutôt en désaccord ; plutôt d'accord ; d'accord ; accord total.

Dans ce questionnaire, différentes catégories d'âges sont utilisées et sont définies ci-dessous :

- Définition de personnes âgées : plus de 75 ans
- Définition de personnes d'âge moyen : 45 ans
- Définition de personnes plus jeunes : moins de 26 ans

1- Les fonds alloués à la recherche devraient aller majoritairement à l'étude des problématiques pédiatriques plutôt que gériatriques.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

2- Recueillir les antécédents médicaux des patients(es) âgés(ées) prend beaucoup de temps.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

3- Recueillir les antécédents médicaux des patients(es) âgés(ées) est complexe.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

4- Je préférerais effectuer des soins dentaires chez des patients(es) âgés(ées) plutôt que des patients(es) plus jeunes.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

5- J'ai tendance à accorder plus d'attention à mes patients(es) âgés(ées) plutôt qu'à mes patients(es) plus jeunes.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

6- J'ai tendance à avoir plus de sympathie pour mes patients(es) âgés(ées) plutôt que pour mes patients(es) plus jeunes.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

7- En général, les personnes âgées apportent beaucoup à la société.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

8- Les patients(es) âgés(ées) sont mieux dans des maisons de retraite.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

9- Les patients(es) âgés(ées) ont tendance à être plus reconnaissants des soins dentaires que je leur prodigue par rapport aux patients(es) les plus jeunes.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

10- Les patients(es) âgés(ées) n'acceptent habituellement pas le plan de traitement recommandé.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

11- Les personnes âgées ont des idées bien arrêtées sur ce que doit être un soin dentaire.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

12- Mes plans de traitement dentaire pour mes patients(es) âgés(ées) sont équivalents à ceux proposés pour mes patients(es) d'âge moyen.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

13- Les personnes âgées ne prennent pas bien soin de leurs dents.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

14- Les patients(es) âgés(ées) ne respectent habituellement pas les conseils de prévention ou de soins dentaires.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

15- Le gouvernement a la responsabilité de garantir l'accès aux soins dentaires aux personnes âgées.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

16- Les patients(es) âgés(ées) ne vivent pas assez longtemps pour que ça vaille la peine d'investir du temps et des efforts dans des traitements dentaires complexes.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

17- Les patients(es) âgés(ées) ne vivent pas assez longtemps pour que ça vaille la peine d'investir de l'argent dans des traitements dentaires coûteux.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

18- Les traitements dentaires des patients(es) âgés(ées) demandent trop de temps.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

19- Cela coûte trop cher de procurer des soins dentaires aux patients(es) âgés(ées) non mobilisables.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

20- Le coût est un obstacle majeur pour de nombreux(ses) patients(es) âgés(ées) en demande de soins dentaires.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

21- Les traitements dentaires sont généralement réussis chez les patients(es) âgés(ées).

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

22- Mon expérience clinique en dentisterie gériatrique est appropriée et je me sens formé(e) et prêt(e) à prendre en charge des patients(es) âgés(ées).

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

23- Il est normal que les patients(es) âgés(ées) aient des problèmes de santé orale.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

24- Si j'avais davantage de formation en dentisterie gériatrique, je me sentirais prêt(e) à fournir plus de soins dentaires à domicile ou en maison de retraite.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

25- Les patients(es) âgés(ées) devraient être soignés par quelqu'un qui a une formation avancée en dentisterie gériatrique.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

26- Je me sens à l'aise pour prendre en charge un(e) patient(e) qui est polymédiqué.

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

27- J'ai tendance à privilégier les extractions par rapport à des soins restaurateurs longs et/ou complexes lorsque je prévois un plan de traitement chez un(e) patient(e) âgé(e).

Désaccord total	désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
-----------------	-----------	---------------------	-----------------	----------	--------------

	N°
DOUBRE (Pauline) – « TRADUCTION ET PRE VALIDATION D’UNE ECHELLE D’AGISME CHEZ LES ETUDIANTS EN ODONTOLOGIE: ASDS-FR » 9 ill., 2ann. 30cm. - (Thèse : Chir. Dent. ; Clermont-ferrand ; 2020)- N° Résumé : Objectifs : Réaliser la validation préliminaire d’une échelle d’âgisme chez les étudiants en odontologie français. Méthode : La traduction et l’adaptation au français a été réalisée et évaluée sur un échantillon de 180 étudiants du Centre de Soins Dentaire de Clermont-Ferrand. Un test-retest a été ensuite réalisé sur un échantillon de 38 étudiants pour étudier la reproductibilité du questionnaire. Résultats : Les résultats sont satisfaisants et montrent des différences significatives entre étudiants d’une même faculté et entre étudiants d’autres pays où l’échelle a déjà été validée. Conclusion : Une poursuite d’étude sur un échantillon plus important est nécessaire afin d’étudier l’ensemble des propriétés psychométriques de ce questionnaire.	
RUBRIQUE DE CLASSEMENT : EPIDEMIOLOGIE	
MOTS CLES : âgisme, personnes âgées, odontologie gériatrique, échelle, validation	
MOTS CLES ANGLAIS : ageism, older adult, geriatric dentistry, scale, validation	
J U R Y : Président : Mme. Valérie ROGER-LEROI, Professeur des Universités Assesseurs : <u>Mme. PIATON Sophie, Praticien Hospitalier</u> Mme. TUBERT Stéphanie, Professeur des Universités Mme. MACHAT-PEGEON Estelle, Maître de Conférences des Universités.	