



HAL
open science

Relation entre édentement et qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire : état de la littérature

Marion Stephan

► **To cite this version:**

Marion Stephan. Relation entre édentement et qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire : état de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04478543

HAL Id: dumas-04478543

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04478543>

Submitted on 26 Feb 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

Année 2023

N° (complété par la scolarité)

Relation entre l'édentement et la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire : état de la littérature

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée
et soutenue publiquement par

Marion STEPHAN

le 6 novembre 2023 devant le jury ci-dessous

Président : Madame le Professeur Anne-Gaëlle CHAUX

Assesseur : Monsieur le Docteur Yoann MAITRE

Assesseur : Madame le Docteur Fabienne JORDANA

Assesseur : Madame le Docteur Victoire-Eugénie QUINSAT

Directeur de thèse : Madame le Professeur CHAUX Anne-Gaëlle

 Nantes Université	Présidente Pr. BERNAULT Carine
 Pôle Santé UFR Odontologie	Doyen Pr. SOUEIDAN Assem
	Vice-Doyens Pr GAUDIN Alexis (1 ^{er} vice-doyen) Pr LE GUEHENNEC Laurent (Pédagogie) Pr LESCLOUS Philippe (Recherche)

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (x11)	
ALLIOT-LICHT Brigitte AMOURIQ Yves CHAUX Anne-Gaëlle GAUDIN Alexis LABOUX Olivier LE GUEHENNEC Laurent	LESCLOUS Philippe LOPEZ Serena PEREZ Fabienne SOUEIDAN Assem WEISS Pierre

Professeur des Universités (x1)
BOULER Jean-Michel

Maitre de conférences (x1)
VINATIER Claire

Professeur Emérite (x1)
GIUMELLI Bernard

Enseignants Associés (x3)	
GUIHO Romain (Professeur Associé) LOLAH Aoula (MCU Associé)	AMICHIA ALLOH Yomin Cécile (Assistante Associée)

Maitres de conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers (x20)	Chef de Clinique des Universités - Assistant des Hôpitaux des (x14)
AMADOR DEL VALLE Gilles ARMENGOL Valérie BLERY Pauline BODIC François CLOITRE Alexandra DAJEAN-TRUTAUD Sylvie ENKEL Bénédicte HASCOET Emilie HOORNAERT Alain HOUCHMAND-CUNY Madline JORDANA Fabienne MAITRE Yoann NIVET Marc-Henri PRUD'HOMME Tony RENARD Emmanuelle RENAUDIN Stéphane RETHORE Gildas SERISIER Samuel STRUILLLOU Xavier VERNER Christian	BECHINA Camille BLEU Oriane CETINKAYA Volkan EVRARD Lucas HEMMING Cécile IBN ATTYA Zakarie LEROY Camille LIEPPE Thibault LUCAS Juliette MORCEL Marion PREVOT Diane QUEMARD Valentin QUINSAT Victoire Eugenie REMAUD Thomas

Praticiens Hospitaliers Universitaires	
CLOUET Roselyne	

Praticiens Hospitaliers	
DUPAS Cécile	HYON Isabelle

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Anne-Gaëlle CHAUX,
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Docteur de l'Université de Grenoble, habilitée à diriger les recherches
Département de Chirurgie Orale

- NANTES -

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de présider ce jury. Merci d'avoir cru en mon sujet, même si celui-ci relève à la fois des sciences médicales et sociales ; vos encouragements ont permis ce lien osé entre ces deux disciplines. Votre accompagnement et votre soutien ont été précieux, tout au long de ce travail, et ce malgré les difficultés rencontrées. Votre réactivité sans faille et vos conseils ont favorisé l'avancée de cet écrit.

Merci également pour les quelques vacations cliniques passées sous votre direction, j'en garde un souvenir joyeux. Votre humanité envers les patients et votre gentillesse auprès des étudiants ont été source de réconfort et d'une réelle inspiration.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et de ma considération.

A Monsieur le Docteur Yoann MAITRE,
Maître de conférences des Universités associé
Département de Santé Publique

- NANTES -

Merci de votre présence au sein de ce jury et de l'intérêt porté à ce travail. Votre expertise en santé publique éclaire la notion de qualité de vie et ajoute une réelle valeur à ce travail.

Merci pour la qualité de vos enseignements et la passion avec lesquelles vous les animez.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Madame le Docteur Fabienne JORDANA,
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Docteur de l'Université de Bordeaux, habilitée à diriger les recherches
Département des Sciences Anatomiques

- NANTES -

Merci de votre présence au sein de ce jury et de l'intérêt porté à ce travail. Vos savoirs permettent de mettre en valeur l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire.

Merci de votre disponibilité en clinique et d'avoir eu à cœur de transmettre vos connaissances avec bienveillance. Je me souviens encore de mon tout premier cours. N'ayant aucune base en anatomie dentaire, la description que vous avez faite de l'organe dentaire m'a semblé impressionnante, marquant ainsi le début d'une nouvelle aventure. Je suis donc émue que vous soyez présente pour la conclusion de ces années universitaires.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Victoire-Eugénie QUINSAT,
Assistant des Hôpitaux
Département d'Odontologie Conservatrice - Endodontie

- NANTES -

Merci de votre présence au sein de ce jury et de l'intérêt porté à ce travail. Votre approche clinique permet de donner une dimension concrète à ce travail, et de l'inscrire ainsi dans une démarche professionnelle.

Merci pour les vacations cliniques durant lesquelles vous m'avez accompagnée. Votre gentillesse m'a été chère, tandis que votre pédagogie m'a encouragée à développer ma rigueur réflexive et pratique en clinique et lors de l'encadrement des travaux pratiques d'endodontie.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude.

TABLES DES MATIÈRES :

Introduction :	13
I. Définition du cadre d'étude :	15
1. Concept de Qualité de Vie (QdV) :	15
1.1. Émergence du concept de qualité de vie :.....	15
1.2. Définitions de la qualité de vie :.....	15
1.2.1. Définition usuelle de la qualité de vie :.....	15
1.2.2. Proposition d'une conceptualisation de la qualité de vie (fin du XXème siècle) :.....	15
1.2.2.1. La qualité de vie : conditions de vie, satisfaction personnelle et valeurs personnelles : .	15
1.2.2.2. La qualité de vie, un concept multidimensionnel :.....	17
1.2.2.3. La qualité de vie, un concept intégratif, multidimensionnel, en interaction :.....	18
1.2.3. La qualité de vie : conceptions objectives, subjectives et intégratives (2014) :.....	19
1.2.4. Limites liées à la définition de qualité de vie :.....	20
1.2.5. Intérêt d'une définition consensuelle de la qualité de vie :.....	20
1.2.6. Attentes concernant la définition de qualité de vie :.....	21
1.3. Conclusion : qualité de vie	21
2. Concepts de qualité de vie liée à la santé et de qualité de vie liée à la santé orale :	21
2.1. Contexte d'émergence des concepts de la QdVS et QdVSO :.....	21
2.2. Définition de la qualité de vie liée à la santé :.....	22
2.3. Définitions de la qualité de vie liée à la santé orale :.....	22
3. Outils de mesure de la qualité de vie liée à la santé orale :	24
3.1. Catégorisation des outils de mesure de la QdVSO :.....	24
3.2. Utilité des outils de mesure de la QdVSO :.....	24
3.3. Propriétés nécessaires à l'utilisation des outils de mesure de la QdVSO :.....	25
3.4. Outils de mesure de la QdVSO les plus fréquemment utilisés :.....	25
3.4.1. OHIP :.....	25
3.4.1.1. OHIP-49 :.....	25
3.4.1.2. OHIP-14 :.....	28
3.4.1.3. OHIP-EDENT :.....	30
3.4.2. GOHAI :.....	31
3.4.3. OIDP :.....	34
3.5. Conclusion : outils de mesure de la QdVSO :.....	36
4. La denture chez l'adulte :	37
4.1. Formule dentaire :.....	37
4.2. Rôles des dents :.....	37
4.2.1. Rôle des incisives :.....	38
4.2.2. Rôle des canines :.....	38
4.2.3. Rôle des prémolaires :.....	38
4.2.4. Rôle des molaires :.....	38
4.3. Étiologies de la perte dentaire :.....	39
II. Impacts de la diminution du nombre de dents sur la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire.....	40
1. Types d'impacts :	40
1.1. Impacts fonctionnels :.....	40
1.1.1. Impact sur la mastication :.....	40
1.1.2. Impact sur l'élocution :.....	40
1.2. Impact esthétique :.....	41
1.3. Impact social :.....	41
1.4. Impact psychologique :.....	41
1.5. Impact financier :.....	42

2.	Pondération des différents impacts :	43
2.1.	Caractéristiques cliniques :	43
2.1.1.	Nombre de dents manquantes :	43
2.1.2.	Disposition des dents restantes :	43
2.2.	Variables sociodémographiques :	44
2.2.1.	Âge :	44
2.2.2.	Genre / sexe :	44
2.2.3.	Niveau d'éducation :	45
2.2.4.	Catégorie socio-professionnelle :	46
2.2.5.	Lieu de résidence :	46
2.2.5.1.	Pays :	46
2.2.5.2.	Zones urbaines et zones rurales :	46
2.3.	Perception subjective individuelle :	47
III.	<i>Influence de la qualité de vie sur la perte de dents :</i>	48
1.	Influence de la condition sociale sur la perte dentaire :	48
1.1.	Niveau de revenus :	48
1.2.	Éducation :	48
1.3.	Profession :	49
1.3.1.	Lésions carieuses :	49
1.3.2.	Lésions traumatiques :	49
1.3.3.	Pratique d'instruments à vent :	50
1.4.	Situation sociale :	50
1.4.1.	Influence des cercles sociaux de proximité :	50
1.4.2.	Influence de la communauté :	51
1.5.	Soutien social :	52
1.5.1.	Rôle des proches :	52
1.5.2.	Rôle de l'employeur :	52
1.6.	Accès à l'eau et aux produits d'hygiène :	52
1.6.1.	Nécessité de l'accès à l'eau :	52
1.6.2.	Produits d'hygiène nécessaires à la santé bucco-dentaire :	52
1.6.3.	Les personnes sans domicile en première ligne de la précarité :	53
2.	Influence de l'environnement sur la perte dentaire :	53
2.1.	Composition de l'eau :	53
2.1.1.	Rôle du fluor contenu dans l'eau :	54
2.1.2.	En pratique... :	54
2.2.	Lieu de résidence :	54
2.2.1.	Inégalités à l'échelle internationale :	54
2.2.2.	Inégalités à l'échelle nationale :	55
2.2.2.1.	En zone rurale :	55
2.2.2.2.	Dans les quartiers défavorisés :	56
3.	Influence du système de santé sur la perte dentaire :	56
3.1.	Accès aux soins :	56
3.1.1.	Déplacements :	56
3.1.2.	Enjeux linguistiques :	57
3.2.	Qualité des soins :	57
4.	Influence génétique sur la perte dentaire :	57
4.1.	Facteurs génétiques et lésions carieuses :	57
4.2.	Facteurs génétiques et maladies parodontales :	57
5.	Influence des comportements sur la perte dentaire :	58
5.1.	Hygiène bucco-dentaire :	58
5.2.	Alimentation :	58
5.2.1.	Adopter un régime alimentaire adapté :	58
5.2.2.	Troubles du comportement alimentaire (TCA) et risques pour la santé bucco-dentaire :	58
5.2.2.1.	Effets avérés :	58
5.2.2.2.	Effets incertains :	59
5.3.	Exercice physique et pratique sportive :	59
5.3.1.	Apports bénéfiques :	59

5.3.2.	Risques induits :	59
5.4.	Consommation de substances exogènes :	60
5.4.1.	Médicaments :	60
5.4.2.	Alcool :	60
5.4.3.	Tabac :	60
5.4.4.	Drogues :	61
6.	Influence des caractéristiques cliniques sur la perte dentaire :	61
6.1.	Âge :	61
6.2.	Genre :	61
6.2.1.	Cisgenre :	62
6.2.2.	Transgenre :	62
6.3.	Origine ethnique :	63
6.4.	État de santé :	63
6.4.1.	Présence d'un risque nécessitant l'éradication des foyers infectieux bucco-dentaires :	63
6.4.1.1.	Risque infectieux :	63
6.4.1.2.	Risque d'ostéonécrose :	64
6.4.2.	Présence d'une vulnérabilité particulière nécessitant une surveillance accrue :	65
6.4.2.1.	Anomalies dentaires :	65
6.4.2.2.	Hyposialie :	65
6.4.2.3.	Pathologies psychiatriques :	65
6.4.2.4.	Handicap mental :	65
6.4.2.5.	Séropositivité :	66
Conclusion :		67
BIBLIOGRAPHIE :		69

LISTE DES ABBRÉVIATIONS :

AME : Aide Médicale d'État

CAO : nombre de dents adultes Cariées, Absentes et Obturée

CD4 : Cluster de Différenciation 4

GOHAI : Geriatric Oral Health Assessment Index = indice d'évaluation orale gériatrique

Gy : Gray

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ISOQOL : International Society for Quality of Life Research = société internationale pour la recherche sur la qualité de vie

OHIP : Oral Health Impact Profile = profil d'impact sur la santé bucco-dentaire

OHIP-14 : Oral Health Impact Profile 14 = profil d'impact sur la santé bucco-dentaire 14

OHIP-49 : Oral Health Impact Profile 49 = profil d'impact sur la santé bucco-dentaire 49

OHIP-EDENT : Oral Health Impact Profile for EDENTelous subjects = profil d'impact sur la santé bucco-dentaire pour les personnes édentées

OIDP : Oral Impact on Daily Performance = impact bucco-dentaire sur les performances journalières

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PMR : Personnes à Mobilité Réduite

PNN : PolyNucléaires Neutrophiles

QdV : Qualité de Vie

QdVS : Qualité de Vie liée à la Santé

QdVSO : Qualité de Vie liée à la Santé Orale

RANKL : Receptor Activator of Nuclear factor-KB Ligand = récepteur activateur du facteur nucléaire KB ligand

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

WHOQoL-Bref : World Health Organization Quality of Life Brief Version = qualité de vie de l'Organisation Mondiale de la Santé version brève

Introduction :

Dès l'Antiquité, Hippocrate et Galien mentionnent l'un des actes les plus courants de la dentisterie : l'avulsion dentaire (1). Cette procédure chirurgicale était très souvent mise en place dans le but de palier une douleur. Pourtant, avant l'avènement de l'anesthésie dentaire au XIX^{ème} siècle (2), cet acte pouvait être vécu très douloureusement par le patient. C'est dans ce contexte qu'est née l'expression : « mentir comme un arracheur de dents », faisant ainsi référence à la douleur engendrée en cas d'avulsion, mais pour laquelle le patient n'avait pas forcément été prévenu. L'histoire de la dentisterie est donc à l'origine d'un imaginaire collectif, encore empreint, de nos jours, d'une certaine appréhension.

Pour autant, l'avulsion dentaire ne résulte pas seulement d'un acte médico-technique. Néanmoins, la dichotomie entre les préoccupations des soignants (liées à des connaissances médico-chirurgicales) et des patients (liées à des représentations collectives) créent parfois un décalage dans la relation de soin. En effet, le chirurgien-dentiste s'interroge sur l'existence d'un risque particulier (hémorragique, infectieux ostéonécrotique, ...), le matériel à utiliser (type de syndesmote, de davier, ...) et la technique à mettre en place (séparation de racines, alvéolectomie, ...) tandis que le patient est davantage focalisé sur des aspects relationnels (confiance en le chirurgien-dentiste dans l'exécution de l'acte et la prise en compte des ressentis), sensationnels (expérience de la douleur), ou encore factuels (déroulement de l'intervention, suites opératoires, ...). Il apparaît donc essentiel de placer l'humain au cœur de la prise en charge, au-delà des considérations médico-techniques.

Le concept de qualité de vie émerge ainsi dans cette volonté de prendre en compte le patient dans sa globalité, en incluant ses perceptions subjectives (intégrant ainsi une dimension personnelle, centrée sur le patient, à la réussite d'un acte). La qualité de vie désigne un concept multidimensionnel et subjectif, incluant des notions de bien-être physique, social et émotionnel. Elle s'inscrit au croisement de plusieurs disciplines universitaires, puisqu'elle relève aussi bien de la médecine que des sciences humaines et sociales : philosophie, sociologie, psychologie, Cependant, nous nous intéresserons spécifiquement à la qualité de vie liée à la santé, et par effet d'entonnoir, à la santé orale, en lien avec l'édentement.

Ainsi, s'il est évident que la perte de dents a des conséquences physio-pathologiques sur la denture (version des dents adjacentes, égression des dents antagonistes, ...), il convient de s'intéresser à l'existence d'impacts de la perte de dents sur la qualité de vie, afin de prendre davantage en charge l'individu dans son entièreté et son individualité.

De même, afin d'étudier les patients atteints d'édentements, il est essentiel de s'interroger sur l'existence de profils à risque, afin de renforcer la prévention à leur égard, et en leur portant une attention particulière en cas de prise en charge.

Dans un premier temps, nous commencerons par définir le cadre de cette étude analytique, basée sur la littérature existante, grâce à l'explication de plusieurs concepts : la qualité de vie, la qualité de vie liée à la santé, la qualité de vie liée à la santé orale, ainsi que l'établissement de la formule dentaire et du rôle des dents. En second lieu, nous mettrons en évidence les impacts de la diminution du nombre de dents sur la qualité de vie. Pour finir, nous nous attacherons à étudier l'influence de la qualité de vie sur la perte de dents. Il convient de préciser que nous concentrerons nos recherches sur un public adulte.

I. Définition du cadre d'étude :

1. Concept de Qualité de Vie (QdV) :

1.1.Émergence du concept de qualité de vie :

« La notion de qualité de vie apparaît pour la première fois à la fin des années 1950 dans quelques textes et plus officiellement dans Les Annales de médecine interne en 1966 » (3). Au cours des années 1960, les indicateurs socio-économiques (produit intérieur brut, niveau d'éducation, espérance de vie, ...) apparaissent pour évaluer les conditions de vie des populations. C'est dans ce contexte que le concept de QdV se développe, et connaît un essor depuis les années 1980 – 1990.

En 1986, Landesman (4) alerte sur la nécessité de définir le concept de QdV.

1.2.Définitions de la qualité de vie :

La QdV est : « une notion complexe, multidimensionnelle et multidisciplinaire » (3) qui concerne notamment les sciences économiques et politiques, la médecine ainsi que les sciences sociales.

1.2.1. Définition usuelle de la qualité de vie :

La définition la plus communément citée pour décrire la QdV est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ainsi, en 1994, l'OMS définit la QdV comme : « la perception qu'un individu a de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, attentes, ses normes et ses préoccupations » (5).

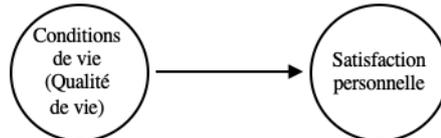
1.2.2. Proposition d'une conceptualisation de la qualité de vie (fin du XXème siècle) :

1.2.2.1.La qualité de vie : conditions de vie, satisfaction personnelle et valeurs personnelles :

En 1992, Borthwick-Duffy propose 4 perspectives différentes au sujet de la QdV :

- « (a) la QdV est définie comme la qualité des conditions de vie d'une personne,

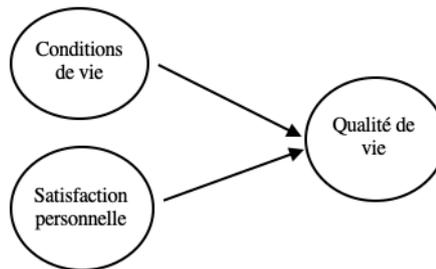
- (b) la QdV est définie comme la satisfaction des conditions de vie d'une personne,
 - (c) la QdV est définie comme une combinaison des conditions de vie et de la satisfaction personnelle,
 - (d) la QdV est définie comme une combinaison des conditions de vie et de la satisfaction, mais souligne la nécessité de prendre en compte les valeurs personnelles »
- (4) (afin de pondérer les conditions de vie et la satisfaction selon l'échelle d'importance de l'individu)



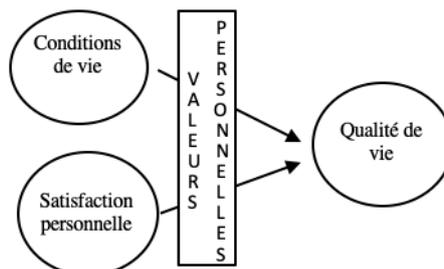
(a) Qualité de vie définie en termes de condition de vie



(b) Qualité de vie définie en termes de satisfaction de vie



(c) Qualité de vie définie comme la combinaison des conditions de vie et de la satisfaction de vie



(d) Qualité de vie définie comme la combinaison des conditions de vie et de la satisfaction de vie pondérée par l'importance des valeurs

III. 1 : Conceptualisations de la QdV (4)

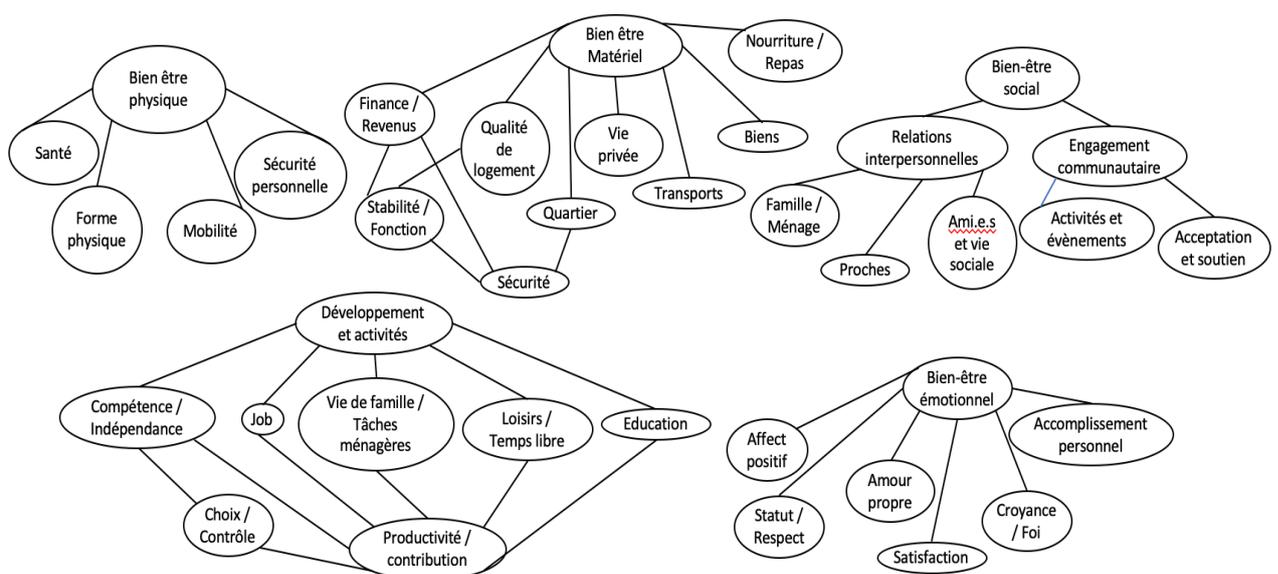
Dans la dernière définition de Borthwick-Duffy, les conditions de vie (objectivement mesurables : santé physique, richesse, ...) interagissent avec la satisfaction personnelle (subjective), selon le système de valeurs de l'individu, afin de déterminer la QdV.

Les conditions de vie et la satisfaction à l'égard de la vie ne peuvent être identiques d'un individu à un autre. Ces deux critères ne semblent pouvoir être parfaitement satisfaits pour chaque individu. Selon Felce et Perry, « pour considérer qu'une qualité de vie acceptable a été atteinte, il faudrait que la satisfaction exprimée à l'égard de divers aspects de la vie et les descripteurs objectifs de ces aspects soient comparables (ou du moins non inférieurs) à ce qui est typique de la société » (4). La QdV est donc un concept individuel, mais est influencée par la société dans laquelle évolue l'individu.

1.2.2.2. La qualité de vie, un concept multidimensionnel :

Divers auteurs s'accordent sur le fait que la QdV est un concept multidimensionnel. En regroupant les différents aspects mentionnés dans 15 sources bibliographiques, Felce et Perry (4) identifient 5 domaines qui composent la QdV :

- Le bien-être physique : la santé, la forme physique, la mobilité et la sécurité
- Le bien-être matériel : les finances ou revenus, la qualité du logement, le quartier, la vie privée, les transports, les biens et les repas ou la nourriture
- Le bien-être social : les relations interpersonnelles et l'engagement communautaire
- Le développement et l'activité : les compétences ou l'autonomie, le travail, les tâches domestiques, les loisirs et l'éducation
- Le bien-être émotionnel : l'humeur, le statut social, la satisfaction, l'épanouissement, la foi / les croyances et l'estime de soi

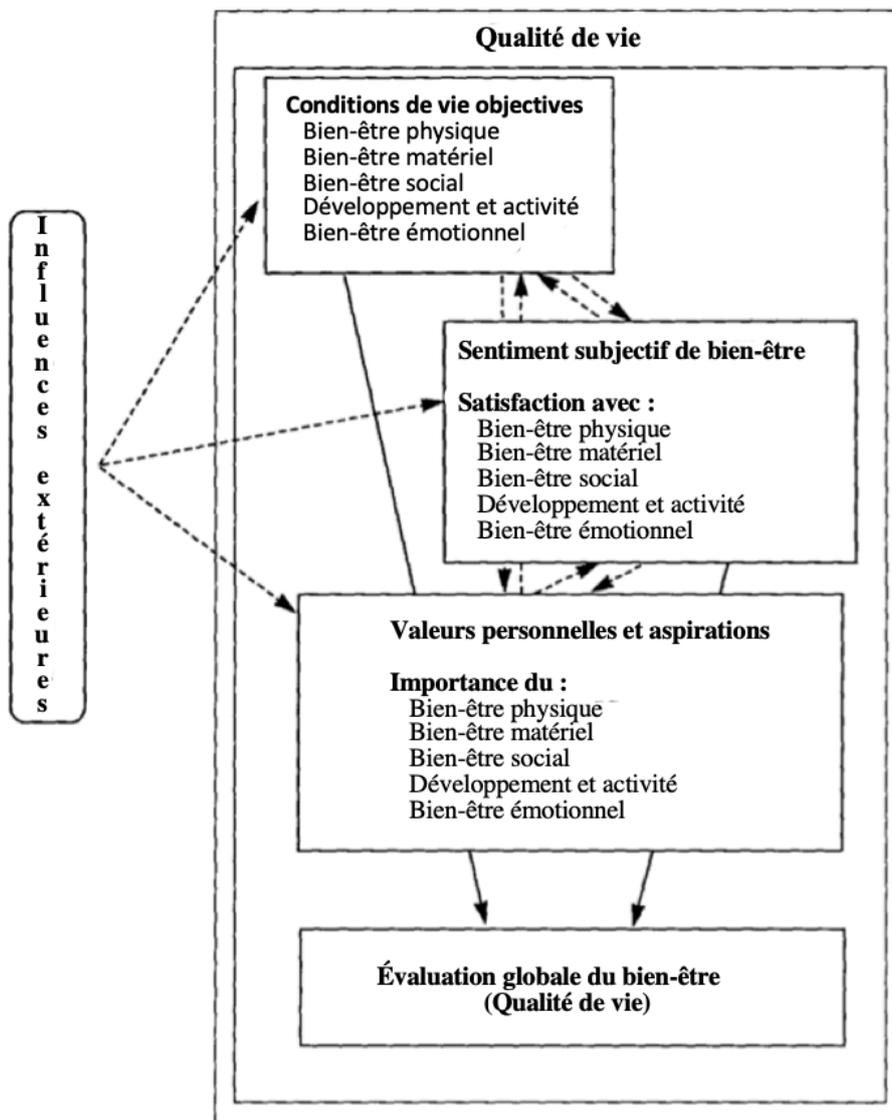


Ill.. 2 : Domaines composant la QdV (4)

Aussi, la qualité de vie : « a souvent été confondue avec des notions voisines, comme le bonheur, d'origine philosophique, le bien-être matériel (*welfare*) d'origine économique, le bien-être subjectif (*well-being*) d'origine psychologique et sociologique, la santé physique, d'origine médicale et la santé mentale, d'origine psychiatrique » (3).

1.2.2.3. La qualité de vie, un concept intégratif, multidimensionnel, en interaction :

Felce et Perry (4) proposent ainsi de mettre en interaction les 3 éléments de la QdV (conditions de vie, satisfaction et valeurs personnelles) proposés par Borthwick-Duffy avec les différents domaines de la QdV (fig. 2), afin de définir un modèle (fig. 3).



Ill. 3 : Un modèle de la QdV (4)

Comme le montre ce schéma, la QdV prend ici en compte : les conditions de vie (selon les 5 domaines identifiés sur la fig. 2) qui peuvent être évaluées objectivement, et les sentiments subjectifs de bien-être (classés selon les mêmes domaines que pour les conditions objectives). Les conditions de vie et les sentiments subjectifs de bien-être sont alors pondérés par un ensemble de valeurs propres à l'individu (elles-mêmes liées aux 5 domaines).

Ces 3 éléments sont en interaction les uns avec les autres et peuvent être modifiés par des influences extérieures telles que : « le patrimoine génétique, l'héritage social et matériel, l'âge et la maturité, l'histoire du développement, le travail, l'influence des pairs et les repères, ainsi que d'autres variables sociales, économiques et politiques » (4).

1.2.3. La qualité de vie : conceptions objectives, subjectives et intégratives (2014) :

Plus récemment, Bruchon-Schweitzer et Boujut (3), toutes deux spécialistes en psychologie de la santé, ont proposé une autre façon d'appréhender la QdV en distinguant les conceptions objectives, subjectives et intégratives.

Comme mentionné précédemment (1.1.), jusque dans les années 1960, la QdV reposait principalement sur des indicateurs économiques objectifs (taux de pauvreté, taux de chômage, PIB, ...). Il n'était donc pas réalisable de déterminer quelles sont les ressources qui permettraient de satisfaire les besoins individuels. En effet, les besoins varient d'un individu à un autre et sont hiérarchisés en fonction de l'échelle d'importance de chacun. Selon Bognar, ces indicateurs étant collectifs, ils ne fournissaient pas de renseignements quant à la manière dont les individus « évaluent leurs conditions de vie et si celles-ci correspondent à leurs besoins et désirs » (3).

A partir de la fin du XX^{ème} siècle, les conceptions objectives, évaluées par des indicateurs économiques, laissent place aux conceptions subjectives, évaluées par des indicateurs psychosociaux. La dimension collective est remplacée par la dimension individuelle, la perception de l'individu tend à être privilégiée (prise en compte de la satisfaction des besoins grâce aux ressources, selon l'importance accordée aux différents besoins).

Enfin, des conceptions intégratives associent des aspects objectifs et subjectifs. Ces conceptions peuvent être statiques, lorsque le modèle intégratif est seulement additionnel (somme des aspects objectifs et subjectifs) ou dynamiques, dans le cas où la QdV est considérée comme un ensemble de dimensions pondérées selon l'individu. Les conceptions intégratives dynamiques semblent être les plus pertinentes au regard de la recherche.

1.2.4. Limites liées à la définition de qualité de vie :

La QdV est un concept complexe, pouvant être défini de différentes manières. Toute interprétation dépend donc de la façon dont la QdV est caractérisée. Pourtant, la définition de la QdV est rarement explicitée dans les études scientifiques. L'absence d'une définition claire entraîne un manque de clarté conceptuelle, et par conséquent un débat conceptuel et méthodologique (6). « Idéalement, toute affirmation sur la QdV devrait pouvoir être interprétée directement et sans ambiguïté par le lecteur, et être interprétée de la même façon par tous les lecteurs » (7).

Par ailleurs, l'absence d'une définition consensuelle limite l'établissement de comparaisons significatives entre les études.

De plus, la QdV est un terme souvent utilisé à tort pour désigner la Qualité de Vie liée à la Santé (QdVS). Pourtant, la société internationale pour la recherche sur la qualité de vie (ISOQOL) souligne que la QdV et la QdVS ne sont pas interchangeables (7). Dans certaines études, la QdV et la QdVS sont même remplacées par les termes : bien-être, utilité et état de santé (7).

Enfin, les recherches sur la QdV sont essentiellement menées dans les pays occidentaux. Selon Shek, il serait intéressant d'étudier la QdV notamment en Chine. En effet, la population chinoise représente environ un cinquième de la population mondiale et l'existence de différences socio-politico-économiques et culturelles peuvent modifier la conceptualisation de la QdV ainsi que son vécu (8). Toutefois, cela tend à changer (6).

1.2.5. Intérêt d'une définition consensuelle de la qualité de vie :

L'amélioration de la clarté conceptuelle permettrait d'améliorer la validité des mesures (en les fondant sur la théorie) et de pouvoir ainsi comparer les résultats. La compréhension de la QdV serait améliorée, et de nouvelles connaissances pourraient alors être établies.

Pourtant, l'existence d'une multitude de définitions semble justifiée. En effet, elle permet de saisir la complexité du concept dans son ensemble et d'adapter la recherche au contexte, ainsi qu'aux objectifs. Un accord universel paraît donc difficilement envisageable.

1.2.6. Attentes concernant la définition de qualité de vie :

Idéalement, il faudrait que les concepts soient systématiquement explicités, définis et que toute déclaration s'y réfère avec une terminologie cohérente. Les instruments choisis devraient également être conformes à ces définitions (7).

« Des approches qualitatives et théoriques de la QdV sont nécessaires pour ouvrir le concept à la discussion et au changement » (6). En effet, définir la QdV uniquement par un score ne permet pas de prendre en compte des aspects plus subjectifs, spécifiques à chaque patients. Il apparaît donc nécessaire d'étendre l'étude de la QdV à une vision davantage qualitative, en théorisant les concepts nécessaires.

1.3.Conclusion : qualité de vie

La QdV s'est donc construite à partir des concepts de satisfaction, de bien-être et aussi de santé. Ce concept est plus difficile à définir qu'il n'y paraît de prime abord, car c'est une notion complexe et multidimensionnelle. La QdV peut être conceptualisée de diverses manières selon que l'on privilégie les aspects objectifs (conditions de vie, état de santé, ...), subjectifs (satisfaction, bien-être, ...), séparément ou additionnellement (3).

La notion de QdV, que nous venons d'aborder, permet de faire émerger les concepts de QdVS et de Qualité de Vie liée à la Santé Orale (QdVSO).

2. Concepts de qualité de vie liée à la santé et de qualité de vie liée à la santé orale :

2.1.Contexte d'émergence des concepts de la QdVS et QdVSO :

A partir de la seconde moitié du XXème siècle, le modèle biomédical basé sur des critères objectifs simples (morbidité, mortalité, longévité) évolue (3). Selon Slade, la santé n'est plus caractérisée seulement par l'absence de maladie ou d'infirmité (9), mais prend davantage en compte l'individu dans sa globalité. En 1948, l'OMS définit la santé comme : « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » (10). Les progrès médicaux sont à l'origine de l'augmentation de l'espérance de vie, mais aussi du nombre de maladies chroniques. Ces dernières ayant des conséquences physiques, psychologiques et sociales, il devient primordial de développer des traitements et prises en charge qui permettent de rétablir ou préserver la QdV.

Ces évolutions permettent l'émergence du concept de QdVS au cours des années 60. A travers cette notion, on cherche à prendre en compte les effets des traitements ou prises en charge non seulement d'un point de vue quantitatif (nombre d'années de vie gagnée) mais aussi qualitatif (bien-être des patients) (3), afin d'envisager l'ensemble des répercussions sur la vie des patients.

Ce n'est qu'une vingtaine d'années plus tard que se développe la notion de QdVSO. L'une des hypothèses à ce décalage temporel est le faible impact perçu des affections bucco-dentaires sur la QdV. Ainsi, en 1967, Davis décrit la plupart des problèmes dentaires comme étant « assez mineurs » et « loin d'être invalidants » (11). Pour lui, le problème dentaire typique (tel que le mal de dents) résulte « davantage d'une indisposition que d'une maladie ou d'un malaise » et la responsabilité des affections bucco-dentaires incombe, généralement, au patient. De ce fait, la dentisterie a longtemps privilégié une approche essentiellement clinique.

2.2. Définition de la qualité de vie liée à la santé :

La QdVS peut être définie par l'impact de l'état de santé sur les différents domaines de la qualité de vie. La QdVS est un sous-groupe de la QdV et en fait donc partie intégrante. Cette notion peut être modifiée selon l'état de santé et surtout selon l'état perçu par le sujet. La santé peut être décrite comme bonne (exemple : absence de pathologie) mais être perçue et vécue autrement par l'individu et inversement.

2.3. Définitions de la qualité de vie liée à la santé orale :

Il existe plusieurs définitions de la QdVSO.

Concernant la définition simple, il s'agit d'un « concept multidimensionnel qui reflète (entre autres) le confort des personnes lorsqu'elles mangent, dorment et participent à des interactions sociales, leur estime de soi et leur satisfaction à l'égard de leur santé bucco-dentaire » (12).

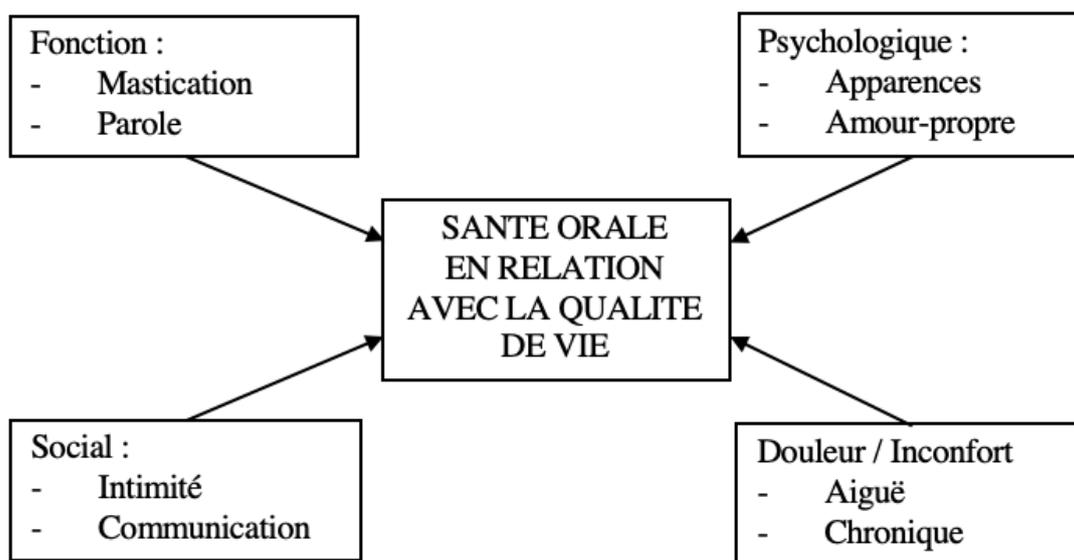
Les définitions plus complexes de la QdVSO sont conceptualisées à partir de modèles existants de QdVS.

En 1988, Locker y inclut les conséquences des pathologies bucco-dentaires. Selon lui, la maladie peut être à l'origine d'un « affaiblissement de la fonction », d'une « incapacité », voire d'un « handicap » (13).

7 ans plus tard, Gift et Atchison élaborent une définition basée sur la structure de la QdVS proposée par Patrick et Erickson (9). Ce modèle de QdVSO comprend : « la survie (absence de cancer buccal, présence de dents) ; l'absence de déficience, de maladie ou de symptômes ; un fonctionnement physique approprié à la mastication et à la déglutition et l'absence d'inconfort et de douleur ; un fonctionnement émotionnel associé au sourire ; un fonctionnement social associé à des rôles normaux ; la perception d'une excellente santé buccale ; la satisfaction à l'égard de la santé orale ; et l'absence de désavantage social ou culturel dû à l'état buccal » (14).

Les définitions les plus complexes sont aussi les plus complètes. Elles sont plus à même d'être utilisées pour développer des outils de mesure de la QdVSO.

La QdVSO est donc liée à des facteurs fonctionnels, psychologiques et sociaux, ainsi qu'à l'expérience de la douleur ou de l'inconfort (15) (fig. 4).



Ill. 4 : Facteurs associés à la QdVSO (15)

Suite à la définition des concepts de QdVS et de QdVSO, nous nous intéresserons aux instruments de mesure de cette dernière.

3. Outils de mesure de la qualité de vie liée à la santé orale :

3.1. Catégorisation des outils de mesure de la QdVSO :

Selon Slade, les outils de mesure de la QdVSO peuvent être classés en 3 catégories : les indicateurs sociaux, les auto-évaluations globales de la QdVSO et les questionnaires à items multiples de la QdVSO (9).

Les indicateurs sociaux sont utilisés auprès de la population. Par le biais de grandes enquêtes, ils permettent de transcrire l'effet des pathologies bucco-dentaires. Ils sont quantifiés sous la forme de jours d'activité restreinte, de perte d'emploi ou encore d'absences scolaires dus aux affections bucco-dentaires. Ce type d'indicateur social présente des limites car la perte d'emploi ne peut être évaluée qu'auprès de personnes ayant une activité professionnelle (enfants, adolescents, chômeurs, retraités, parents au foyer, personne en invalidité, ...).

Les auto-évaluations globales de la QdVSO consistent à poser une question générale aux individus, sur leur santé bucco-dentaire. La réponse peut se faire sous forme de catégories, allant, par exemple de pas du tout à beaucoup (selon l'échelle de Likert), ou via une échelle visuelle analogique.

Les questionnaires à items multiples sont le type d'outil de mesure de la QdVSO le plus utilisé. Ils regroupent les questionnaires à items multiples génériques qui mesurent la santé bucco-dentaire de manière générale, et ceux spécifiques destinés à évaluer des dimensions particulières (pathologies spécifiques, publics particuliers, ...).

Le nombre de questions et le format de questions et des réponses varient considérablement selon les différents instruments de mesure de la QdVSO (9).

3.2. Utilité des outils de mesure de la QdVSO :

Les outils de mesure de la QdVSO remplissent plusieurs objectifs dans la pratique clinique. Ils permettent d'identifier et hiérarchiser les problèmes, de faciliter la communication, la prise de décision commune et le suivi des changements en réponse à un traitement (15).

3.3. Propriétés nécessaires à l'utilisation des outils de mesure de la QdVSO :

Dans la pratique clinique, les outils de mesure de la QVSO requièrent certaines propriétés : la validité, la pertinence et l'acceptabilité, la fiabilité, la réceptivité au changement et l'interprétabilité (15). La validité est la capacité d'un instrument à étudier ce qu'il annonce mesurer, tandis que la fiabilité est caractérisée par la reproductibilité des mesures (16).

3.4. Outils de mesure de la QdVSO les plus fréquemment utilisés :

Divers outils existent pour mesurer la QdVSO. Dans une revue systématique publiée en 2021 (17), 74 instruments ont été identifiés, au sein de 326 articles. Dans la majorité des cas, il s'agit de l'OHIP (profil d'impact sur la santé bucco-dentaire) : OHIP-14 à 26,8% ou OHIP-49 à 11,7%, ou du GOHAI (indice d'évaluation orale gériatrique) : à 14%, ou de l'OIDP (impact bucco-dentaire sur les performances journalières) : à 9,7%.

3.4.1. OHIP :

L'OHIP est un outil de mesure de la QdVSO évaluant la perception de l'impact des troubles bucco-dentaires.

3.4.1.1. OHIP-49 :

L'OHIP est développée par Slade et Spencer (18), en 1994. Elle est initialement évaluée à partir de 49 questions réparties en 7 dimensions : limitation fonctionnelle, douleur physique, gêne psychologique, incapacité physique, incapacité psychologique, incapacité sociale et handicap. Les réponses doivent se rapporter à la situation vécue durant le mois précédent.

Dimensions	Questions	
Limitation fonctionnelle	Q°1	Difficultés à mâcher
	Q°2	Difficultés à prononcer les mots
	Q°3	A remarqué qu'une dent semble anormale
	Q°4	Apparence affectée
	Q°5	Haleine fétide
	Q°6	Goût altéré
	Q°7	Aliments qui s'accrochent

	Q°8	Digestion plus difficile
	Q°9	Prothèses non ajustées
Douleur physique	Q°10	Douleurs
	Q°11	Mâchoire douloureuse
	Q°12	Maux de tête
	Q°13	Dents sensibles
	Q°14	Douleurs dentaires
	Q°15	Douleurs gingivales
	Q°16	Inconfort pour manger
	Q°17	Points douloureux / zones sensibles
	Q°18	Prothèses inconfortables
Gêne psychologique	Q°19	Préoccupé / inquiet par les problèmes dentaires
	Q°20	Complexé
	Q°21	Malheureux à cause de problèmes dentaires
	Q°22	Mal à l'aise à cause de son apparence
	Q°23	Tendu
Incapacité physique	Q°24	Discours peu clair
	Q°25	Incompréhension des autres
	Q°26	Moins de saveurs dans les aliments
	Q°27	Incapacité à se brosser les dents
	Q°28	Évite de manger certains aliments
	Q°29	Régime alimentaire insatisfaisant
	Q°30	Incapacité à manger à cause des prothèses dentaires
	Q°31	Évite de sourire
	Q°32	Interrompt les repas
Incapacité psychologique	Q°33	Sommeil interrompu
	Q°34	Bouleversé
	Q°35	Difficultés à se détendre
	Q°36	Déprimé
	Q°37	Concentration affectée
	Q°38	Été gêné
Incapacité sociale	Q°39	Évite de sortir
	Q°40	Moins tolérant envers les autres
	Q°41	Difficultés à s'entendre avec les autres
	Q°42	Irritable avec les autres

	Q°43	Difficultés à faire des tâches habituelles
Handicap	Q°44	État de santé général détérioré
	Q°45	Pertes financières
	Q°46	Incapacité à apprécier la compagnie des autres
	Q°47	Vie moins satisfaisante / agréable
	Q°48	Incapacité à fonctionner / handicapé
	Q°49	Incapacité à travailler

Tabl. 1 : Questionnaire OHIP-49 (19) selon les 7 dimensions

Les réponses se font selon une échelle de Likert, souvent en 5 points : 0 = jamais, 1 = presque jamais, 2 = occasionnellement, 3 = assez souvent, 4 = très souvent (20). Plus le score est faible, meilleure est la QdVSO.

L'OHIP-49 est un questionnaire de référence présentant une bonne fiabilité. Ses 49 items le rendent assez complet. L'OHIP-49 concerne la santé dentaire et plus généralement buccale. Certaines questions n'ont donc pas de rapport avec les dents. Néanmoins, les principales fonctions dentaires que sont la mastication (questions 1, 16, 30 et 32), la phonation (questions 2 et 24) et le sourire (question 31) sont néanmoins évaluées. La longueur du questionnaire permet d'évaluer la douleur et d'en préciser le type. Toutefois, l'utilité de la question 10 peut être discutée, puisque les questions suivantes abordent différentes localisations possibles de la douleur.

La classification en 7 dimensions permet une certaine exhaustivité mais est à l'origine d'items assez similaires (entre lesquels la limite peut parfois être floue). Par exemple, les questions 19 (préoccupé / inquiet), 23 (tendu) et 35 (difficultés à se détendre) évoquent la capacité à être détendu vis-à-vis de santé bucco-dentaire. Les questions 20 (complexé), 22 (mal à l'aise à cause de son apparence) et 38 (gêné) concernent le fait d'être à l'aise. Quant aux questions 40 (moins tolérant avec les autres), 41 (difficultés à s'entendre avec les autres) et 42 (irritable avec les autres), elles pourraient être regroupées en une seule question. Ainsi, il pourrait être demandé aux patients si ses relations avec les autres sont altérées. D'autres rapprochements peuvent être mis en évidence entre des questions, notamment sur la capacité à parler (Q°2 et 24), à ressentir le goût des aliments (Q°6 et 26) et à se sentir bien (Q°21 et 36).

Certaines questions nécessiteraient davantage de précisions pour comprendre le choix de catégorie dans lesquelles elles sont classées et ainsi obtenir des réponses plus objectives. En quoi une dent anormale (Q°3), une apparence affectée (Q°4), une haleine fétide (Q°5) ou encore des aliments qui s'accrochent (Q°7) sont responsables d'une limitation fonctionnelle ? De même, un inconfort pour manger (Q°16) ou des prothèses inconfortables (Q°18) ne sont pas forcément douloureuses. La question sur le sommeil (Q°33) est, quant à elle, classée dans la catégorie incapacité psychologique. Il est possible que le sommeil soit perturbé par des facteurs psychologiques, mais également douloureux. On peut donc remettre en question le choix de catégorie de cette question.

Enfin, certaines questions (Q°22, 36, 39, 41 et de la dernière dimension) ne permettent d'évaluer qu'un impact important sur la QdVSO et peuvent ainsi altérer la sensibilité du test.

3.4.1.2.OHIP-14 :

L'OHIP a ensuite été décliné en de multiples versions abrégées. La plus utilisée est l'OHIP-14, constituée de 14 questions.

Dimensions	Questions	
Limitation fonctionnelle	1	Avez-vous des difficultés à prononcer certains mots à cause de problèmes de dents, de bouche ou de prothèses dentaires ?
	2	Avez-vous eu l'impression que votre sens du goût a été altéré par des problèmes de dents, de bouche ou de prothèses dentaires ?
Douleur physique	3	Avez-vous des douleurs dans la bouche ?
	4	Avez-vous des difficultés à manger certains aliments à cause de problèmes de dents, de bouche ou de prothèses dentaires ?
Inconfort psychologique	5	Avez-vous été complexé à cause de problèmes de dents, de bouche ou de prothèses dentaires ?
	6	Avez-vous été tendu à cause de problèmes de dents, de bouche ou de prothèses dentaires ?
Incapacité physique	7	Votre régime alimentaire est-il insatisfaisant à cause de problèmes de dents, de bouche ou de prothèses dentaires ?

	8	Avez-vous dû interrompre vos repas à cause de problèmes de dents, de bouche ou de prothèses dentaires ?
Incapacité psychologique	9	Avez-vous des difficultés à vous détendre à cause de problèmes de dents, de bouche ou de prothèses dentaires ?
	10	Avez-vous été un peu gêné à cause de problèmes de dents, de bouche ou de prothèses dentaires ?
Incapacité sociale	11	Avez-vous été un peu irritable avec d'autres personnes à cause de problèmes de dents, de bouche ou de prothèses dentaires ?
	12	Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail habituel à cause de problèmes de dents, de bouche ou de prothèses dentaires ?
Handicap	13	Avez-vous eu l'impression que la vie en général était moins insatisfaisante à cause de problèmes de dents, de bouche ou de prothèses dentaires ?
	14	Avez-vous été totalement incapable de fonctionner à cause de problèmes de dents, de bouche ou de prothèses dentaires ?

Tabl. 2 : Questionnaire OHIP-14 (21) selon les 7 dimensions

Sa création avait pour objectifs d'en faciliter l'utilisation et de fusionner certaines questions jugées trop restrictives. Dans ce sens, les questions sur la douleur ont été regroupées en une seule : « A quelle fréquence avez-vous des douleurs dans la bouche ? ».

L'OHIP-14 (22) est également analysée selon les 7 dimensions détaillées précédemment et reprend 2 items de l'OHIP-49 par dimension (fig. 5 : items en gras) pour évaluer la QdVSO. La réponse aux questions se fait également selon le dernier mois et grâce à une échelle de Likert. Plus le score est faible, meilleure est la QdVSO.

D'après Slade, Allen et Locker (23), l'OHIP-14 présente une bonne fiabilité et validité. L'analyse des différentes questions rejoint celle de l'OHIP-49. Toutefois, l'OHIP-14 semble présenter un biais lorsqu'elle est utilisée pour évaluer des personnes n'ayant pas de déficiences graves. En effet, la QdVSO peut être affectée sans que le patient ne se retrouve dans l'incapacité de faire des tâches habituelles (incapacité sociale) ou en situation de handicap.

3.4.1.3.OHIP-EDENT :

Tel l'OHIP-14, l'OHIP-EDENT est un questionnaire issu de l'OHIP-49. C'est un instrument spécifique aux personnes édentées. Il permet de pallier les manquements de l'OHIP-14, en incluant des questions sur la fonction masticatrice et les prothèses dentaires.

Le questionnaire comporte 19 questions réparties initialement selon les 7 dimensions de l'OHIP-49 (24). Possebon simplifie cette classification par l'identification de 3 dimensions : physique, psychologique et sociologique (25).

Dimensions		Questions	
Physique	Limitation fonctionnelle	Q°1	Difficultés à mastiquer
		Q°2	Prise alimentaire
		Q°3	Prothèses dentaires non adaptées
	Douleur physique	Q°4	Sensation de douleur
		Q°5	Inconfort pendant les repas
		Q°6	Points douloureux
		Q°7	Prothèses inconfortables
	Incapacité physique	Q°10	Évite de manger
		Q°11	Incapable de manger
Q°12		Interrompt les repas	
Psychologique	Inconfort psychologique	Q°8	Inquiet
		Q°9	Complexé
	Incapacité psychologique	Q°13	Contrarié
		Q°14	Gêné
Sociologique	Incapacité sociale	Q°15	Évite de sortir
		Q°16	Moins tolérant
		Q°17	Irritable
	Handicap	Q°18	Incapable d'apprécier la présence de d'autres personnes
		Q°19	La vie, en général, est moins satisfaisante

Tabl. 3 : Questionnaire OHIP-EDENT (26) selon les différentes dimensions identifiées

Les réponses se font selon une échelle de Likert, souvent en 5 points (27) : 0 = jamais, 1 = presque jamais, 2 = occasionnellement, 3 = assez souvent, 4 = très souvent. Plus le score est faible, meilleure est la QdVSO.

L'OHIP-EDENT présente une bonne validité (28). Parmi les 3 fonctions essentielles des dents, la mastication est largement évaluée par cet outil. En effet, les questions 1, 2, 5, 10, 11 et 12 abordent l'alimentation, soit plus de 30% des items du questionnaire.

La question concernant l'adaptation des prothèses (Q°3) pourrait fournir davantage de précisions sur le type d'adaptation (alimentation, phonation, esthétique, ...).

Ce questionnaire intègre la notion de douleur (Q°4 : « [...] sensation de douleur » et Q°6 : « [...] points douloureux ? »), mais il existe une certaine répétition entre les 2 questions. On observe également une prise en compte de l'impact psychologique, mais la sémantique des items 9 (« [...] complexé ? ») et 14 (« gêné ? ») peut prêter à confusion. Certaines questions pourraient suggérer des éléments d'explication à l'inconfort ou à l'incapacité psychologique. Par exemple, l'évaluation de l'inquiétude du patient (Q°8) pourrait permettre de distinguer l'inquiétude liée à l'accomplissement des fonctions dentaires (alimentation, phonation, sourire), de celle liée au regard des autres (édentement, absence de rétention des prothèses, ...), ou encore du coût d'une prise en charge odontologique.

Les questions concernant le handicap (Q°18 et 19) semblent justifiées puisqu'il s'agit d'objectiver la QdVSO chez des patients édentés. Toutefois, aucune question ne prend directement en compte l'impact sur la capacité à parler ou à sourire.

3.4.2. GOHAI :

Le GOHAI est un outil initialement destiné à mesurer la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées. Le GOHAI est développé par Atchison et Dolan, en 1990. Le GOHAI est évalué à partir de 12 questions réparties en 3 dimensions : fonction physique, douleur ou inconfort et fonction socio-psychologique. La réponse aux questions se fait selon les 3 derniers mois.

Dimensions	Questions	
Physique	Q°1	À quelle fréquence avez-vous limité le type ou la qualité d'aliments que vous mangez en raison de problèmes avec vos dents ou vos prothèses dentaires ?
	Q°2	À quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à mordre ou à mâcher des aliments, comme de la viande ferme ou une pomme ?
	Q°4	À quelle fréquence vos dents ou vos prothèses vous ont-elles empêché de parler comme vous le souhaitiez ?
Douleur ou inconfort	Q°3	À quelle fréquence avez-vous été capable d'avaler confortablement ?
	Q°5	À quelle fréquence avez-vous été capable de manger quoi que ce soit sans ressentir de gêne ?
	Q°8	À quelle fréquence avez-vous utilisé des médicaments pour soulager la douleur ou la gêne autour de votre bouche ?
	Q°12	À quelle fréquence vos dents ou vos gencives ont-t-elles été sensibles au chaud, au froid ou aux sucreries ?
Socio-psychologique	Q°6	À quelle fréquence avez-vous limité les contacts avec des gens à cause de l'état de vos dents ou de vos prothèses dentaires ?
	Q°7	Avez-vous été satisfait ou content de l'aspect de vos dents, de vos gencives ou de votre prothèse dentaire ?
	Q°9	À quelle fréquence avez-vous été inquiet ou préoccupé par les problèmes de vos dents, de vos gencives ou de vos prothèses dentaires ?
	Q°10	À quelle fréquence vous êtes-vous senti nerveux ou gêné à cause de vos problèmes de dents, de gencives ou de prothèses dentaires ?
	Q°11	À quelle fréquence vous êtes-vous senti mal à l'aise en mangeant devant des gens à cause de vos problèmes de dents ou de prothèses dentaires ?

Tabl. 4 : Questionnaire GOHAI (29) selon les 3 dimensions

Les réponses se font selon une échelle de Likert, souvent en 5 points : 0 = très souvent, 1 = assez souvent, 2 = occasionnellement, 3 = presque jamais, 4 = jamais. A l'inverse de l'OHIP, plus le score est élevé, meilleure est la QdVSO.

Le GOHAI est un questionnaire de référence présentant une bonne validité (30). Bien que cet indice ait été développé auprès de personnes âgées, il semble être adapté dans l'évaluation de l'impact des troubles bucco-dentaires sur une population relativement en bonne santé.

Le GOHAI est un outil relativement concis, ce qui rend son utilisation aisée. Ici, les items relevant de la psychologie et de la sociologie sont regroupés. Ces deux domaines étant étroitement liés, il est parfois difficile de les distinguer. Cette méthodologie peut être justifiée par le fait que la manière dont se perçoit un individu impacte sa relation aux autres, et inversement. Toutefois, la fusion des items psychologiques et sociologiques tend à diminuer la prise en compte de chaque aspect. Pourtant, le GOHAI semble être pensé selon une certaine volonté de définition de l'impact socio-psychologique. En effet, les adjectifs employés dans les questions 7, 9 et 10 ont pour vocation l'identification de l'impact sur la QdVSO. Il est également intéressant de souligner que ce questionnaire cherche à évaluer les retentissements de la douleur sur la QdVSO.

Le GOHAI prête une attention particulière à l'alimentation (Q°1 : « [...] avez-vous limité le type ou la qualité d'aliments que vous mangez [...] ? », Q°2 : « [...] avez-vous eu des difficultés à mordre ou mâcher des aliments [...] ? », Q°3 : « [...] avez-vous été capable d'avaler confortablement », Q°5 : « avez-vous été capable de manger quoi que ce soit sans ressentir de gêne » ?). Par soucis de praticité, il pourrait être envisageable de grouper les questions 1, 2 et 5 en une seule question : « A quelle fréquence avez-vous été capable de manger quoi que ce soit, sans restriction alimentaire liée à une difficulté à mâcher ? ».

Dans la question 6, le patient est interrogé sur une limitation des contacts avec d'autres personnes. Une restriction des contacts sociaux traduit un certain niveau de gêne. Pourtant, le patient peut être vraiment mal à l'aise mais ne pas limiter ses interactions. Cette question peut donc entraîner une sous-estimation de l'impact psycho-social.

La question 8 nous renseigne sur la consommation de médicaments à but antalgique. Consommer des médicaments ne donne pas d'indication précise sur le niveau de douleur. En effet, certains patients ont des douleurs mais ne consomment pas de médicaments, car ils préfèrent supporter la douleur que d'ingérer une substance exogène. Bien que s'enquérir de la consommation médicamenteuse du patient permette d'obtenir une réponse plus objective, il pourrait être plus pertinent de demander à quelle fréquence la douleur était dérangeante.

Cela permettrait d'inclure les patients qui ont ressenti une douleur conséquente, mais qui n'ont pas eu recours à une médication.

Les questions 7, 9 et 10 sont intéressantes pour objectiver le retentissement psychologique mais n'indiquent pas l'origine de ces ressentis. Il pourrait être envisagé de les compléter par des suggestions concrètes de situations dans lesquelles se produisent ces ressentis (santé, relations, emploi, finances, ...).

La question 11 (« [...] vous êtes-vous senti mal à l'aise en mangeant devant des gens [...] ? » est concrète et se rapproche de la question 4 (« [...] vos dents ou vos prothèses vous ont-elles empêché de parler comme vous le souhaitiez ? »).

Concernant la question 12, le retrait de : « au chaud, au froid, ou aux sucreries » permettrait d'inclure davantage de sensibilités.

3.4.3. OIDP :

L'OIDP est un outil qui permet de mesurer la QdVSO en évaluant l'impact de la santé bucco-dentaire sur les activités quotidiennes (31). L'OIDP est développé par Adulyanon (32), en 1996. Il est évalué à partir de 9 items, répartis en 3 dimensions : l'impact de la santé bucco-dentaire sur les performances quotidiennes physiques, psychologiques et sociales. Pour cela, on demande aux patients si leurs dents, bouche ou prothèses dentaires ont été affectées pour chacun de ses items, au cours des 6 derniers mois (33).

Dimensions	Items
Performances physiques	Manger et apprécier la nourriture
	Parler distinctement
	Se brosser les dents
	Effectuer des activités physiques légères
Performances psychologiques	Dormir et se détendre
	Sourire, rire et montrer ses dents sans gêne
	Avoir une stabilité émotionnelle
Performances sociales	Avoir un rôle ou une activité professionnelle importants
	Apprécier le contact avec les autres

Tabl. 5 : Questionnaire OIDP (34) selon les 3 dimensions

Pour chacune des performances quotidiennes, le score est calculé en multipliant le score de fréquence par le score de gravité (35).

Initialement (33), la fréquence a été évaluée à partir d'une échelle de Likert, en 6 points :

- 0 = jamais
- 1 = moins d'une fois par mois, sans dépasser 5 jours au total
- 2 = une ou deux fois par mois, ou de 5 à 15 jours au total
- 3 = une ou deux fois par semaine, ou de 15 à 30 jours au total
- 4 = trois ou quatre fois par semaine, ou de 1 à 3 mois au total
- 5 = tous les jours ou presque, ou plus de 3 mois au total

La gravité des problèmes bucco-dentaires sur les activités quotidiennes est quant à elle objectivée par une échelle de Likert en 6 points :

- 0 = aucun effet
- 1 = effet très faible
- 2 = effet relativement faible
- 3 = effet modéré
- 4 = effet relativement grave
- 5 = effet très grave

Le score total est obtenu par une équation intégrant les scores obtenus pour chaque item : multiplication de la fréquence par le score de gravité, divisé par le score maximal possible, exprimé en pourcentages (31). Plus le score est faible, meilleure est la QdVSO.

L'OIDP est un outil fiable et valide (36). C'est un instrument relativement concis, ce qui le rend pratique et facile à utiliser. Il a même été adapté pour les enfants.

Les principales fonctions des dents que sont la mastication, la phonation, le sourire sont bien incluses dans ce questionnaire.

Distinguer les dimensions psychologique et sociologique permet de leur accorder davantage d'importance. Néanmoins, certaines formulations sont vagues, comme par exemple : « la stabilité émotionnelle ». Nous pouvons nous interroger sur l'objectivité du patient à évaluer cet item, en l'absence de critères le définissant. De plus, l'OIDP est assez évasif concernant l'aspect social. Il évalue l'aspect professionnel ou occupationnel, ainsi que le contact avec les autres. Cette dernière formulation est assez floue et peu précise. Il pourrait être intéressant que l'OIDP distingue la capacité d'apprécier le contact en public et dans la sphère privée. Cela permettrait notamment une meilleure prise en compte de ce qui se joue au sein de l'intimité, le cercle privé étant un espace de vulnérabilité dans le rapport aux autres.

Enfin, les activités quotidiennes peuvent ne pas être perturbées car le patient ne les modifie pas, malgré une gêne ou une douleur existante. La QdVSO peut donc être interprétée comme satisfaisante alors que pour le patient elle ne l'est pas.

3.5. Conclusion : outils de mesure de la QdVSO :

Les différents questionnaires de référence que sont l'OHIP, le GOHAI et l'OIDP évaluent la QdVSO majoritairement par une approche fonctionnelle (alimentation, phonation, sourire) et la prise en compte directe de la douleur (excepté pour l'OIDP).

Dans l'ensemble, les questions qui concernent les dimensions socio-psychologiques sont assez peu précises. On peut souligner la difficulté de trouver un équilibre entre l'usage de questions simples facilitant les réponses, et la perte d'informations générée. En effet, une question évaluant une fréquence via une échelle de Likert renseigne uniquement sur la fréquence. Or cette dernière pourrait être complétée par des hypothèses explicatives présentées sous forme de questions à réponses multiples. Pour résumer, « si tous les documents font état de la fréquence des conséquences fonctionnelles et psychosociales des troubles bucco-dentaires, ils n'établissent pas de manière univoque la signification et l'importance de ces conséquences » (37).

De plus, au sein d'un même outil, les questions relatives à l'impact psychologique sont construites avec un lexique très proche. L'évaluation de la QdVSO peut donc être biaisée par un manque de compréhension des termes utilisés. La dimension psychologique ne permet d'objectiver que superficiellement les conséquences sur l'intime. Le rapport au corps de l'individu et notamment sa capacité à se trouver désirable et à se sentir désiré ne semblent que peu étudiés à travers les questions existantes.

Il apparaît donc essentiel de choisir l'instrument d'étude en fonction de la population et de l'objectif de l'étude. Un questionnaire réalisé pour l'étude d'une population n'est pas forcément applicable sans adaptation sur une autre population. Les mesures de la QdVSO doivent être représentatives du vécu des personnes sondées. Pour cela, Locker et Allen suggèrent le recours à des études qualitatives réalisées sous forme d'entretiens avec des échantillons de grande taille (37). De plus, il semble nécessaire de veiller à ce que les outils mesurent réellement ce qu'ils sont censés mesurer. Aussi, des définitions plus précises et consensuelles des concepts de santé, QdV, QdVS et QdVSO sont requises.

Enfin, l'accès aux questionnaires pourrait être simplifié, afin de donner du poids à la QdVSO dans la balance bénéfice – risque des décisions thérapeutiques.

Après avoir défini les concepts de QdV, de QdVS et QdVSO, ainsi que les instruments de mesure, nous allons nous intéresser à la denture de l'adulte et particulièrement à la formule dentaire, le rôle des dents et les motifs de leur perte.

4. La denture chez l'adulte :

4.1. Formule dentaire :

La formule dentaire définit le nombre et la nature des dents présentes chez un individu (38). Chez l'adulte, elle est normalement composée de :

- 8 incisives : 4 incisives centrales (11, 21, 31 et 41) et 4 incisives latérales (12, 22, 32 et 42)
- 4 canines (13, 23, 33 et 43)
- 8 prémolaires : 4 premières prémolaires (14, 24, 34 et 44) et 4 deuxièmes prémolaires (15, 25, 35 et 45)
- 12 molaires : 4 premières molaires (16, 26, 36 et 46), 4 deuxièmes molaires (17, 27, 37 et 47) et 4 troisièmes molaires (18, 28, 38 et 48)

Les troisièmes molaires, également appelées dents de sagesse, font souvent l'objet d'agénésies. Selon Carter et Worthington, au moins une dent de sagesse est absente chez 22,63% de la population (39). Les troisièmes molaires sont fréquemment considérées comme des dents bonus. Elles ne sont donc pas remplacées lorsqu'elles sont absentes et sont souvent extraites même lorsqu'elles sont saines. D'après Sands, l'avulsion des dents de sagesse est l'acte de chirurgie orale et maxillo-faciale le plus couramment pratiqué (40). Ainsi, nous ne les prendrons pas en compte dans les analyses suivantes.

4.2. Rôles des dents :

Les dents ont plusieurs rôles essentiels. Elles participent à l'alimentation, à l'élocution (avec les lèvres, la langue et les joues), et à l'expression des sentiments (joie, colère, étonnement, ...) (41). La fonction varie selon le type de dents.

4.2.1. Rôle des incisives :

De par leur position centrale sur l'arcade, les incisives participent grandement à l'expression faciale et à l'esthétique du visage. Elles jouent également un rôle dans le soutien des lèvres. Elles permettent la phonation des sons « v », « f » et « s », ainsi que du « th » anglo-saxon. Dans le cadre de la mastication, elles servent à la section du bol alimentaire. En propulsion, elles rendent possible la désocclusion des dents postérieures (prémolaires et molaires).

4.2.2. Rôle des canines :

Tout comme les incisives, les canines participent à l'expression faciale et à l'esthétique du visage. Elles jouent également un rôle dans le soutien des lèvres et des tissus oro-faciaux. Elles contribuent à la phonation. Dans le cadre de la mastication, elles servent au déchiquetage du bol alimentaire. Elles sont capables de supporter des forces importantes et orientent la mandibule dans le mouvement de diduction, ce qui permet la désocclusion des dents postérieures. On parle alors de fonction canine. Enfin, les canines interviennent dans la proprioception desmodontale, grâce à leur longue racine.

4.2.3. Rôle des prémolaires :

Par rapport aux groupes de dents précédents, les prémolaires ont un rôle minoré dans l'expression faciale et l'esthétique du visage, mais toutefois plus important que les molaires. Il en est de même pour la phonation. Dans le cadre de la mastication, elles servent à l'écrasement et au broyage du bol alimentaire.

4.2.4. Rôle des molaires :

Les molaires sont les dents qui participent le moins à l'expression faciale et à l'esthétique du visage, ainsi qu'à la phonation. Dans le cadre de la mastication, elles servent à l'écrasement et au broyage du bol alimentaire, avec les prémolaires. Pendant la déglutition, elles permettent le calage de la mandibule avec le maxillaire. Elles assurent aussi le maintien de la dimension verticale et peuvent supporter des forces importantes.

4.3.Étiologies de la perte dentaire :

Les principales étiologies pouvant conduire à la perte de dents sont : les lésions carieuses, les maladies parodontales (parodontites), l'orthodontie, les traumatismes (42).

A travers ce travail, nous chercherons à mettre en évidence l'influence réciproque des concepts de qualité de vie et de perte dentaire. Nous étudierons les impacts possibles d'une diminution du nombre de dents sur la QdVSO.

II. Impacts de la diminution du nombre de dents sur la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire

1. Types d'impacts :

1.1. Impacts fonctionnels :

1.1.1. Impact sur la mastication :

Un nombre de dents réduit a un impact négatif sur la mastication, la rendant ainsi plus compliquée (43). Cela corrobore les résultats qui indiquent que le fait d'avoir plus de dents est associé à des scores plus élevés dans le domaine physique du WHOQoL-Bref (44). Par ailleurs, le nombre de dents manquantes semblent moins impactant que la capacité de mastication (45). Comparativement, cela signifie qu'il est préférable d'avoir 14 dents en occlusion (exemple : de 17 à 11 et de 47 à 41), que d'avoir une arcade dentaire complète (et l'autre édentée). En effet, un calage postérieur paraît indispensable pour assurer une stabilité des mouvements de diduction, inhérents à la mastication.

De plus, la capacité masticatoire semble avoir des répercussions sur l'alimentation. Il a été suggéré que la prise alimentaire et notamment l'ingestion de nutriments peuvent être affectées par une denture incomplète, ce qui a des conséquences négatives sur la nutrition. Les noix, les pommes et les carottes figurent parmi les aliments les plus difficiles à manger (46). La qualité de l'alimentation devenant moins bonne, un vieillissement accéléré est observé (47). Il a même été suggéré qu'un nombre de dents altéré diminue l'espérance de vie (48).

1.1.2. Impact sur l'élocution :

Les personnes édentées sont plus souvent confrontées à des difficultés d'élocution que les personnes ayant un nombre de dents intact (49) : « la parole devient troublée », « la prononciation des mots est différente » (46). Ces effets rapportés semblent cohérents avec le rôle de la langue dans la prononciation. En effet, les dents permettent son bon positionnement notamment pour former les phonèmes tels que les sons : [n], [t] et interviennent dans les sons : [s], [f]. L'absence des dents antérieures paraît la plus préjudiciable pour parler.

1.2.Impact esthétique :

Si beaucoup d'études s'intéressent à l'impact esthétique des prothèses dentaires et particulièrement de la solution implantaire en secteur antérieur maxillaire, peu étudient l'impact esthétique d'un sourire édenté.

Selon les idéaux sociétaux, un beau sourire comprend la présence de toutes les dents ; des dents alignées, de forme calibrée selon leur type, et de couleur claire et homogène ; ainsi qu'une certaine symétrie entre les dents situées de part et d'autre du plan sagittal médian.

En cas de perte d'une ou plusieurs dents, l'équilibre du sourire est atteint, particulièrement en cas de perte de dents antérieures puis de dents médianes.

1.3.Impact social :

La perte de dents a des retentissements négatifs sur les relations sociales : « après l'avulsion de mes dents, je ne pouvais plus voir mon partenaire, j'avais honte pour lui » (46), « mon petit-fils ne veut plus venir me voir, parce qu'il dit que je ne suis pas beau car je n'ai plus de dents ». Ces propos témoignent d'un sentiment de honte de la part de la personne édentée, et d'un certain rejet de l'entourage.

Être jugé comme beau est socialement valorisé (50) ; par extension, un beau sourire l'est donc aussi. On peut donc imaginer que les personnes dont le sourire est atteint se mettent en retrait de leurs activités sociales et peuvent être sujettes à une mise en retrait de la société, par dépréciation et dévalorisation. Il a été constaté que les individus capables de ne mastiquer que 4 aliments maximum étaient 3,9 fois plus souvent insatisfaits de leurs interactions sociales (51).

1.4.Impact psychologique :

Un nombre de dents intact contribue à une image de soi positive, ainsi qu'à l'estime de soi (52). A l'inverse, la perte de dents dessert l'état psychologique de l'individu. Elle peut être à l'origine d'inquiétude (43), voire même d'une réelle dévalorisation ayant des conséquences plus importantes sur la vie de l'individu : « les personnes édentées ne valent rien, être édenté signifie être laid, horrible » (46). La gêne psychologique est le domaine contenant les valeurs les plus élevées des différentes dimensions de l'OHIP-14 et est donc le plus impacté (53).

La cavité buccale, de par son anatomie concave et contenue à l'intérieur du corps, touche à l'intimité. La perte de dents peut donc être vécue comme une atteinte à l'intégrité corporelle. De plus, le fait d'être perçu comme beau a un rôle dans l'attirance physique portée par les autres individus. Le sourire est un des éléments contribuant à l'attrait et au désir pour l'autre. Aussi, la cavité buccale est empreinte d'une implication sexuelle, puisqu'elle peut constituer un organe du plaisir, par l'action d'embrasser ou la pratique du sexe oral. On peut donc imaginer l'importance d'avoir un sourire jugé esthétique pour se sentir bien avec soi-même, désirable aux yeux des autres, voire même à l'aise dans sa sexualité (54).

1.5.Impact financier :

Bien que la littérature ne semble pas fournir de données à ce sujet, on peut estimer qu'il existe un impact financier de la perte de dents.

Plusieurs postes de dépenses sont identifiables. Contrairement à une personne n'ayant pas de pathologies dentaires, un individu sujet à la perte de dents peut déboursier de l'argent pour obtenir des médicaments analgésiques afin de calmer ses douleurs (55). En cas de consultations dentaires, il est possible que ces dernières empiètent sur le temps de travail, créant ainsi un manque à gagner. Des dépenses de santé non remboursées sont parfois engendrées en cas de réhabilitation prothétique non remboursée. Les personnes les plus pauvres ayant des complémentaires moins chères mais moins performantes, elles se retrouvent alors avec des restes à charge plus importants.

Enfin, on peut supposer que la perte de dents contribue à ce qu'un individu soit perçu comme moins beau, soit ainsi moins socialement valorisé et qu'il ait donc plus de difficultés à prétendre à un poste à hauts revenus, particulièrement s'il s'agit d'un emploi dans lequel la représentation est importante.

Nous venons d'évoquer les différents impacts sur la QdVSO qui font suite à la perte de dents. Nous allons désormais nous intéresser aux caractéristiques cliniques et sociodémographiques qui pondèrent ces impacts.

2. Pondération des différents impacts :

2.1. Caractéristiques cliniques :

2.1.1. Nombre de dents manquantes :

Plus le nombre de dents manquantes est important, plus la QdVSO est affectée.

Néanmoins, le seuil du nombre de dents à partir duquel la QdVSO est perturbée est variable (56). Une étude menée au Congo précise qu'une moins bonne qualité de vie est observée chez les patients ayant perdu plus de 5 dents (43). Une étude réalisée en Corée montre, quant à elle, que les personnes dotées de 21 à 28 dents ont des scores de qualité de vie supérieurs à ceux qui en comptent entre 0 et 15 (57). Enfin, une étude comparative effectuée en Australie et au Royaume-Uni met en évidence des scores de qualité de vie moins bons lorsque le nombre de dents est respectivement inférieur à 21 et 17 dents (58).

A la lumière de ces différents résultats, même s'il semble difficile d'établir un seuil à partir duquel la QdVSO est diminuée, on peut établir une corrélation entre QdVSO et édentement. A l'échelle individuelle, il est possible que la valeur varie considérablement d'un individu à l'autre.

2.1.2. Disposition des dents restantes :

L'emplacement des dents restantes joue un rôle important sur la QdVSO. La perte de dents antérieures impacte majoritairement l'esthétique et l'élocution, tandis que la perte de dents postérieures est majoritairement responsable de difficultés à mastiquer, surtout en cas de perte de paires occlusives (56). Dans l'étude menée au Congo, il a été mis en évidence que les patients ayant perdu des dents antérieures et présentant moins de 4 paires occlusives postérieures étaient sujets à une qualité de vie moins bonne.

Dans ce contexte, il semble important de prêter une attention au principe d'arcade courte, qui correspond à l'absence des dents les plus postérieures sur une même arcade (a minima les deuxièmes molaires). A priori, il n'existe pas d'altération de la QdVSO lorsque cette alternative est privilégiée (56).

2.2. Variables sociodémographiques :

2.2.1. Âge :

Quel que soit l'âge, une importance est accordée à l'accomplissement des différentes fonctions dentaires que sont les actions de manger, parler, sourire.

Néanmoins, il semble que les préoccupations majeures ne soient pas les mêmes selon les générations. A priori, les personnes les plus jeunes accordent davantage d'importance à l'esthétique, alors que les personnes les plus âgées privilégient la fonction masticatrice. En effet, les personnes âgées (ici de 60 à 79 ans) ont indiqué être davantage inquiétées par l'aspect physique que social, après avoir perdu leurs dents (46).

Pour les plus jeunes, l'apparence a une grande importance. A l'heure où le passage d'un réseau social à l'autre se fait en quelques mouvements de pouce, les contenus des influenceurs défilent sur le téléphone en un temps record. L'image d'un corps parfait s'en trouve d'autant plus mise en avant (59). Une apparence socialement valorisée apparaît ainsi nécessaire à l'estime de soi et à celles des autres, particulièrement lorsqu'il s'agit de plaire (60).

La capacité masticatoire semble être également un critère substantiel, puisqu'une certaine volonté de réhabilitation prothétique est observée chez les adultes en cas de pertes dentaires. On peut supposer que ce public envisage la denture sur le long terme et souhaite donc au maximum préserver son capital dentaire numéral afin de pouvoir l'utiliser fonctionnellement le plus longtemps possible.

2.2.2. Genre / sexe :

Préalablement, il convient de préciser qu'il y a une tendance à l'indifférenciation entre sexe (critère biologique) et genre (critère sociologique) dans la grande majorité des études.

La perception de la perte des dents et de la santé bucco-dentaire est individuelle. Toutefois, des différences liées au genre ont été mises en évidence.

Souvent, pour les hommes, prendre soin de sa santé bucco-dentaire est considéré comme un paramètre de santé (61) ; et est donc pensé de manière pragmatique.

Pour les femmes, il s'agit généralement d'une notion davantage chargée émotionnellement, et pouvant faire référence au concept plus global de bien-être. Cela est confirmé par le fait que les femmes perçoivent la santé bucco-dentaire comme ayant un retentissement plus important sur la qualité de vie (62).

De plus, les femmes sont plus à même de subir les retentissements négatifs de manière plus importante que les hommes. Par exemple, elles perçoivent leur santé bucco-dentaire comme leur causant plus de douleurs, plus de gêne, et comme étant davantage attentatoire à leurs finances que les hommes (62).

Cette différence peut être expliquée par la socialisation genrée amenant l'individu « à intérioriser les normes et les codes sociaux relatifs au masculin et au féminin » (63), dès son plus jeune âge (64). Les personnes identifiées comme filles ou femmes sont encouragées à développer des compétences relationnelles : communication, écoute, empathie, ... La masculinité encourage quant à elle une certaine résistance à l'épreuve, ainsi qu'une dissimulation voire un déni des émotions vécues (65). Les femmes sont donc plus habituées à prêter attention à leurs ressentis, à les nommer et à les considérer. Il est possible que leur santé bucco-dentaire leur apparaissent plus préjudiciable pour leurs finances car leurs revenus demeurent plus faibles que ceux des hommes. En effet, dans le secteur privé français, les femmes ont, en moyenne, un salaire inférieur de 24,4% par rapport aux hommes (66). Plusieurs explications permettent d'expliquer cet écart : les femmes occupent davantage d'emplois précaires, de temps partiels (souhaités ou subis de par la charge physique et mentale extérieure à l'environnement professionnel), et sont victimes d'inégalités salariales (à responsabilités égales).

Par ailleurs, les femmes éprouvent plus intensément les impacts positifs que les hommes. « Les femmes percevaient leur santé bucco-dentaire comme améliorant leur qualité de vie, leur humeur, leur apparence, et leur bien-être, davantage que les hommes » (62).

2.2.3. Niveau d'éducation :

La littérature étudiée n'a pas permis de mettre en évidence des données concernant l'influence du niveau d'éducation sur la façon dont le patient perçoit sa QdVSO. Il semblerait donc qu'il existe un vide littéraire à cet égard.

On peut toutefois présumer qu'un niveau d'éducation plus élevé est associé à davantage de connaissances (notamment médicales), une certaine volonté de bien faire (puisque les qualités scolaires encouragées sont l'excellence, la rigueur, la motivation, la persévérance, ...) et donc de maîtrise de sa santé. De plus, les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé occupent davantage de postes à responsabilité dans lesquels sont valorisés une certaine exigence de l'apparence. Dans cette hypothèse, à pertes dentaires égales, une personne ayant un niveau d'éducation plus élevé percevrait sa QdVSO comme étant moins bonne qu'un individu ayant un niveau d'éducation plus faible.

2.2.4. Catégorie socio-professionnelle :

A l'instar du niveau d'éducation, il n'existe pas, à notre connaissance, de littérature au sujet de l'influence de la catégorie socio-professionnelle sur l'impact perçu de la perte de dents sur la QdVSO.

Une corrélation importante est observée entre le niveau d'éducation et la catégorie socio-professionnelle. En effet, des statistiques de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) montrent qu'avoir son baccalauréat multiplie par 2 les chances d'être cadre ou d'exercer une profession intermédiaire, mais divise par 2 la probabilité d'être ouvrier (67). On peut donc en déduire que l'hypothèse émise pour l'influence du niveau d'éducation est également la même pour la catégorie socio-professionnelle. Cela signifierait donc plus la catégorie socio-professionnelle est dite « élevée », plus l'impact de la perte de dents sur la QdVSO est important.

2.2.5. Lieu de résidence :

2.2.5.1. Pays :

Bien qu'il n'existe pas de données permettant de comparer les pays concernant l'impact perçu de la perte dentaire sur la QdVSO, on peut imaginer qu'il existe des disparités dans le monde entre les populations.

2.2.5.2. Zones urbaines et zones rurales :

Ici encore, l'absence de données empêche de statuer sur la réelle existence d'une différence d'impact perçu de la perte de dents sur la QdVSO, selon la zone d'habitation.

En zone rurale, le niveau d'étude est moins élevé notamment de par l'éloignement des structures de service publique. En effet, les jeunes de zones rurales s'orientent généralement plus souvent vers des études courtes ou des apprentissages (68) et sont : « plus éloignés du monde du travail » (69). A partir de ces statistiques, on peut supposer que la différence de perception entre zones urbaines et zones rurales est surtout liée à l'écart d'éducation ainsi que de catégorie socio-professionnelle, et notamment à l'occupation de postes dans lesquels la représentation est importante.

Enfin, on peut émettre l'hypothèse qu'une certaine facilité d'accès aux soins entretient une exigence vis-à-vis de la santé bucco-dentaire, et que les personnes résidant dans une zone médicalement sous-dotée feraient davantage preuve d'abnégation en cas de pertes dentaires, de par la difficulté d'accès aux soins.

2.3. Perception subjective individuelle :

Il a été prouvé que la QdVS est davantage impactée par la perception subjective qu'a l'individu de sa santé bucco-dentaire que par l'état clinique : en l'occurrence le nombre de dents naturelles présentes (70).

La perception subjective individuelle est modulée par la personnalité, les expériences, les croyances, les attentes, ... L'influence des expériences fait notamment écho à la capacité d'adaptation déployée grâce aux différentes stratégies : centrée sur le problème, centrée sur les émotions ou encore d'évitement (71). On peut également imaginer que la perception subjective individuelle soit influencée par la possibilité de remplacement des dents.

A l'image des accompagnements psychologiques pour les pathologies médicales graves, une prise en charge pourrait être envisagée pour aider les patients vivant la perte de leurs dents comme un deuil.

Cette première partie nous renseigne sur les retentissements d'un nombre de dents diminué sur la QdVSO. Nous allons ensuite analyser l'influence de la qualité de vie sur le nombre de dents.

III. Influence de la qualité de vie sur la perte de dents :

La catégorisation des déterminants sociaux de la santé de Kinding a permis d'établir des axes de recherche, après adaptation à la santé bucco-dentaire (72).

1. Influence de la condition sociale sur la perte dentaire :

1.1. Niveau de revenus :

Le niveau de revenus est un des déterminants de l'édentement (46). Les personnes ayant un revenu plus faible présentent un risque plus élevé de perte de dents (73). Il semblerait que le nombre de dents manquantes suive un gradient social établi notamment selon le niveau de revenus (74).

L'existence d'un niveau de revenu universel à partir duquel la perte de dents est augmentée semble impossible à déterminer. En effet, la valeur du revenu nécessaire est à considérer dans un contexte, tel que le coût de la vie du pays dans lequel réside l'individu. Aux États-Unis, avoir un revenu annuel inférieur à 25 000 dollars multiplie par 2 le risque d'avoir une perte de dents jugée importante (75). Il semblerait toutefois que le fait d'avoir un revenu inférieur ou égal à la moitié du salaire minimum soit négativement corrélé avec la perte de dents (76).

La différence de nombre de dents manquantes est liée aux revenus, car ces derniers ont une influence directe sur le recours aux services dentaires (76). En ayant des revenus plus élevés, il est plus facile de pouvoir financer ses soins, d'être en capacité financière d'avoir une complémentaire santé permettant un remboursement conséquent, de payer les transports pour se rendre au(x) rendez-vous, d'assumer un manque à gagner en cas de rendez-vous empiétant sur le temps de travail, ... Avoir des revenus décents permet de ne pas avoir à choisir entre des besoins vitaux tels manger ou se soigner.

1.2. Éducation :

L'éducation a un rôle important sur le nombre de dents. En effet, les personnes ayant un faible niveau d'éducation sont statistiquement plus édentées (76). Le niveau d'éducation peut être identifié comme un facteur de risque de perte de dents (49). Un manque d'éducation est à l'origine de pertes dentaires prématurées et lourdes (55).

Niveau d'études et niveau de revenus sont liés car avec un faible niveau d'éducation, il est plus difficile d'accéder aux professions à hauts revenus. En France, le salaire horaire moyen d'une personne ayant un niveau Bac+5 ou plus est de 26,3 euros contre 14,9 euros pour une personne ayant un niveau baccalauréat (77). Or, nous avons mis en évidence des inégalités dans la préservation dentaire selon le niveau de revenus...

L'éducation est essentielle puisqu'elle permet l'enseignement des consignes préventives d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, et d'ainsi mettre en place des habitudes favorables à la santé bucco-dentaire dès le plus jeune âge. Si un suivi régulier est instauré dans l'enfance, il sera plus facile à poursuivre à l'âge adulte.

La dentisterie n'est pas exempte de l'adage : « mieux vaut prévenir que guérir ». Il est plus facile de prendre en charge une lésion carieuse débutante ou une gingivite qu'une lésion carieuse infra-gingivale ou une parodontite installée, l'idéal étant de pouvoir seulement réaliser des contrôles réguliers. Le premier soin à apporter n'est pas celui du professionnel de santé, mais celui du patient (hygiène bucco-dentaire quotidienne).

1.3. Profession :

Certaines professions sont davantage exposées à la perte de dents.

1.3.1. Lésions carieuses :

Les activités professionnelles en lien avec l'alimentation sont responsables d'un nombre exacerbé de lésions carieuses. Le sucre, même en suspension dans l'atmosphère, entraîne une augmentation du nombre de glucides fermentescibles qui se fixent à la plaque dentaire, provoquant une acidification et la prolifération des bactéries desquels résultent une dissolution de l'émail (78). La profession de boulanger-pâtissier est particulièrement touchée, d'autant que ce métier exige de goûter les préparations générant ainsi un apport de sucre régulier et que les prises alimentaires sont souvent démultipliées par le rythme de travail.

1.3.2. Lésions traumatiques :

Un choc important peut provoquer une fracture corono-radulaire profonde ne permettant pas la conservabilité de la dent, ou encore la perte de la dent en cas d'expulsion totale à l'issue de laquelle la dent n'est pas retrouvée.

Les métiers les plus exposés concernent les sportifs professionnels, et notamment ceux qui pratiquent des sports de contact (rugby, hockey, sports de combat, ...) (78), ainsi que les personnes manipulant des machines ou des charges lourdes, comme les personnes travaillant dans le domaine du Bâtiment et Travaux Publics (BTP) ou les ouvriers.

1.3.3. Pratique d'instruments à vent :

La pratique d'instruments à vent représente un risque pour la santé bucco-dentaire.

De nombreux joueurs d'instruments à vent font état d'une pression sur les dents, due à l'embout de l'instrument. Cela provoquerait, selon eux, une mobilité des dents et la résorption de l'os alvéolaire (79).

La littérature évoque l'existence d'un syndrome pulpaire chez les pratiquants d'instruments à vent. Celui-ci correspondrait à une pulpite chronique, puis à une nécrose, et toucherait principalement les dents antérieures (78). Néanmoins, aucun lien de cause à effet ne semble énoncé pour en expliquer la physiopathogénie...

1.4. Situation sociale :

Le déterminant de situation sociale peut être compris de différentes manières. Il peut s'agir à la fois de : « la position, le rang, l'importance qu'occupe une personne dans la société » (80).

La place de l'individu se joue à plusieurs échelles : familiales ou amicales et communautaires, en fonction des cercles de proximité.

1.4.1. Influence des cercles sociaux de proximité :

Une éducation parentale qualitative influence positivement le développement psychosociale de l'individu, et à terme sa santé bucco-dentaire. En effet, les adultes qui ont été élevés avec soutien avaient des scores plus élevés pour les paramètres : sentiment de contrôle, soutien social et satisfaction de vivre. Ils étaient alors plus à même de déclarer que leur état bucco-dentaire perturbait moins souvent leur qualité de vie (81).

De même, on peut imaginer que l'entourage proche de l'individu (famille et/ou amis) a un impact direct sur le sentiment de bien-être, influence la perception des soins ainsi que les connaissances et comportements en matière d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, ... et qu'indirectement cela a des retentissements sur la capacité et la détermination à prendre soin de sa santé bucco-dentaire. De même, en cas de violences physiques intrafamiliales, le risque de pertes de dents est majoré. Une étude réalisée aux États-Unis montre que parmi les victimes de violences conjugales, 50% avaient consulté un chirurgien-dentiste, mais seules 11,4% d'entre elles ont été interrogées par le praticien au sujet d'abus (82). On peut difficilement imaginer que cela soit différent en France... Nous pouvons donc affirmer que le chirurgien-dentiste est un acteur majeur de prise en charge des victimes de violence.

1.4.2. Influence de la communauté :

Une étude menée au Japon a montré que vivre dans une communauté avec un capital social riche est associé à une perte de dents moins importante (83). Le capital social correspond aux ressources auxquelles accèdent les individus en raison de leur appartenance à un réseau ou à un groupe. Il a été analysé selon 3 paramètres :

- La participation civique incluant la participation à des groupes de bénévoles, à des groupes sportifs et à des activités de loisirs
- La cohésion sociale incluant la confiance et l'attachement à la communauté
- La réciprocité incluant le fait de recevoir un soutien émotionnel, la capacité de fournir un soutien émotionnel et de recevoir un soutien instrumental

Deux hypothèses explicatives ont été avancées. L'impact positif du capital social sur le nombre de dents pourrait être dû à un aspect comportemental : les comportements de santé seraient aussi influencés par mimétisme et volonté de conformité au groupe. L'autre explication relève de l'impact psycho-social : le fait d'appartenir à une communauté permet de réduire le stress, facteur de risque des pathologies bucco-dentaires.

1.5.Soutien social :

1.5.1. Rôle des proches :

Le rôle des proches est multiple, puisqu'il peut être moral et physique. Lorsque les proches ont une influence positive sur la santé bucco-dentaire de l'individu, ils vont l'inciter à prendre soin de lui et donc à réaliser des bilans régulièrement ou à réaliser les soins. Le soutien d'un proche est parfois déterminant pour se rendre chez le dentiste. Cela peut permettre de débiter le parcours de soin avant que les caries ou les pathologies parodontales n'aient eu le temps de s'installer.

Il est important de souligner que l'entourage peut être un frein aux soins dentaires, notamment par transmission de l'anxiété ou d'informations erronées.

1.5.2. Rôle de l'employeur :

On pourrait sous-estimer le rôle de l'employeur. Pourtant, il est essentiel : en facilitant la disponibilité de son salarié, il lui permet de se rendre à ses rendez-vous, et d'ainsi prendre soin de sa santé bucco-dentaire avant que la conservabilité des dents soit compromise.

1.6.Accès à l'eau et aux produits d'hygiène :

1.6.1. Nécessité de l'accès à l'eau :

Pour prendre soin de sa santé bucco-dentaire, il est primordial d'avoir accès l'eau potable et aux produits d'hygiène. Bien que les recommandations ne préconisent plus de se rincer la bouche après le brossage (84), il est toutefois nécessaire de nettoyer la brosse à dents après chaque utilisation. Même en France, l'accès à l'eau n'est pas une évidence pour tous, notamment pour les personnes sans domicile fixe ou celles qui vivent dans des bidonvilles.

1.6.2. Produits d'hygiène nécessaires à la santé bucco-dentaire :

Les produits d'hygiène indispensables à la santé bucco-dentaire sont la brosse à dent et le dentifrice. Le brossage classique doit idéalement être complété d'un nettoyage interdentaire quotidien, réalisé à l'aide de brossettes et fil dentaire.

Toutefois, ces produits ont un coût qui ne peut être assumé par tous les ménages. Par exemple, le dentifrice est largement utilisé dans les pays occidentaux, mais beaucoup moins dans d'autres pays (85). De plus, à l'échelle d'un pays, il existe aussi des inégalités principalement dues aux disparités économiques. On peut supposer que les populations les plus défavorisées sont celles qui rencontrent le plus de difficultés pour financer leurs produits d'hygiène ; or ce sont aussi les plus sujettes à la perte de dents.

1.6.3. Les personnes sans domicile en première ligne de la précarité :

Les personnes sans domicile fixe font partie des populations les plus exposées aux inégalités. Elles présentent un risque plus important d'être en moins bonne santé bucco-dentaire. Dans la tranche d'âge des 35-59 ans, 40% des personnes sans domicile déclarent avoir perdu au moins une dent, contre 27% dans la population générale (86). Cette différence s'explique notamment par un moindre recours aux soins. L'âge, la consommation d'alcool, de tabac et de drogues sont des facteurs de risque de perte de dents (87).

De plus, des inégalités sont observées au sein de la population de personnes sans domicile fixe. Les hommes consultent moins que les femmes (30% versus 40% dans les 2 dernières années). Les personnes sans domicile étrangères sont également moins nombreuses à se rendre en consultation (46% au cours des 2 dernières années, contre 42% pour l'ensemble des personnes sans domicile). Cette inégalité est davantage marquée pour les personnes sans domicile fixe ne disposant pas d'une couverture complémentaire, et encore plus pour celles n'ayant aucune couverture maladie (86). Les personnes sans domicile étrangères représentent donc un public extrêmement vulnérable.

2. Influence de l'environnement sur la perte dentaire :

2.1.Composition de l'eau :

La composition de l'eau de boisson semble avoir un rôle essentiel dans la prévention des lésions carieuses.

2.1.1. Rôle du fluor contenu dans l'eau :

En effet, le fluor contenu dans l'eau de boisson a une action systémique lors de la minéralisation des dents, et une action topique après l'éruption des dents. Par voie topique, le fluor a 3 types d'effet : une action bactéricide sur les germes de la plaque dentaire, une diminution du seuil de la solubilité de l'émail en milieu acide et une reminéralisation des lésions carieuses initiales (88) (par incorporation de fluoroapatite, plus résistante que l'hydroxyapatite). L'absence de fluorures est à l'origine de pertes dentaires prématurées et lourdes (55).

2.1.2. En pratique... :

En France, la teneur maximale autorisée dans les eaux de boisson est de 1,5 mg/L. Contrairement aux États-Unis, au Canada et à l'Australie, la fluoration de l'eau n'est pas pratiquée en France. 85% des Français vivent dans une commune où la fluoration de l'eau est inférieure ou égale à 0,3 mg/L (89). Au Québec, la fluoration idéale est fixée à 0,7 mg/L, et la fluoration aurait permis une réduction de 20 à 40% des caries, au sein de la population (90).

Les politiques sanitaires en France, en matière de fluor, privilégient l'apport par le sel alimentaire (89).

2.2.Lieu de résidence :

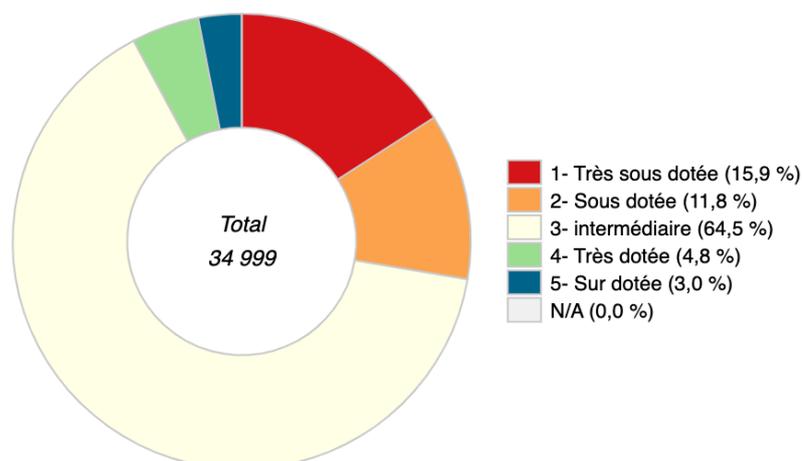
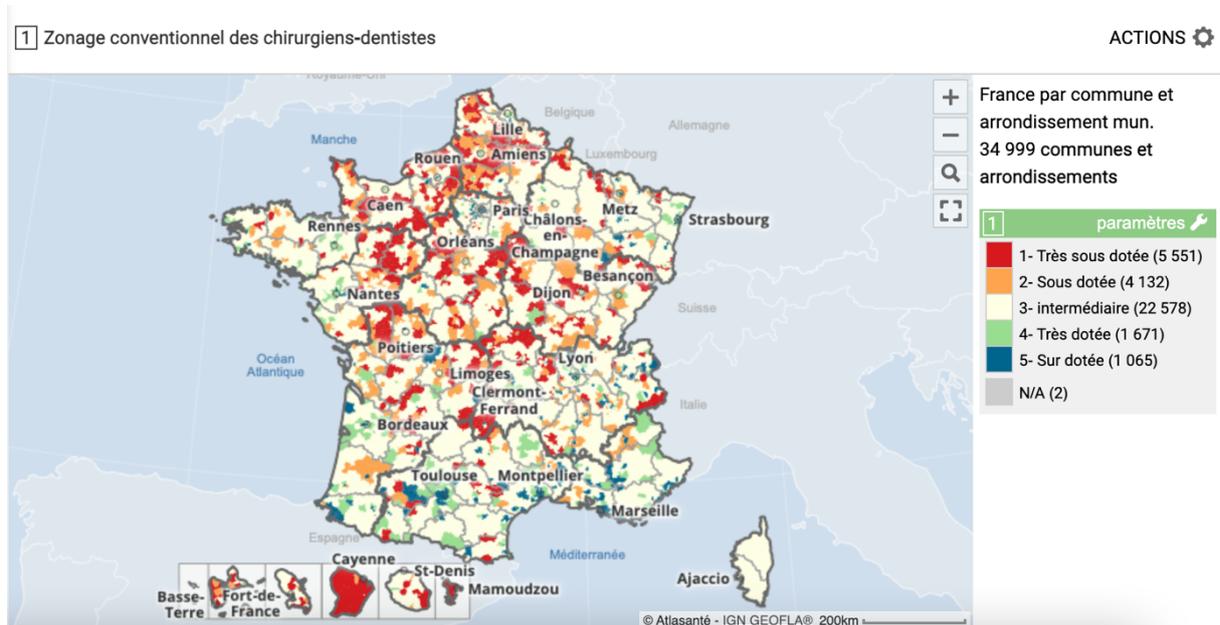
2.2.1. Inégalités à l'échelle internationale :

La prévalence de la perte de dents varie considérablement selon les régions du monde. Cela est corrélé avec le revenu national. Les habitants de pays à faibles revenus sont davantage exposés aux problèmes bucco-dentaires (85).

2.2.2. Inégalités à l'échelle nationale :

2.2.2.1. En zone rurale :

Les habitants de zones rurales sont statistiquement plus exposés à la perte de dents (76). Cette inégalité géographique est justifiée par une offre de soin plus faible, particulièrement dans les zones considérées comme des déserts médicaux. En France, sur 34 999 communes référencées, plus d'un quart de la population vit dans une commune très sous-dotées ou sous-dotées en chirurgiens-dentistes. Les seuls endroits relativement épargnés concernent les littoraux et les grandes aires urbaines (91). Cela corrobore les résultats d'une étude menée en Australie indiquant que la perte de dents est plus élevée en dehors des capitales (92).



Ill. 5 et 6 : Répartition géographique et dotation des chirurgiens-dentistes en France (91)

De plus, les habitants de zone rurale présentent un niveau d'éducation plus faible ce qui impacte l'adhésion à l'éducation thérapeutique et le niveau de revenus, compliquant ainsi l'accès aux soins. Or la perte de dents est statistiquement plus élevée chez les personnes ayant consulté un chirurgien-dentiste il y a plus de 3 ans (76).

2.2.2.2. Dans les quartiers défavorisés :

Les résidents de quartiers défavorisés (sur le plan socio-économique) sont plus à même de signaler un nombre de dents manquantes important. Cette inégalité trouve ses origines dans deux éléments déterminants : le statut socio-économique du quartier (manque d'infrastructures ou équipements de moins bonne qualité) et le statut socio-économique des personnes qui y vivent (93).

3. Influence du système de santé sur la perte dentaire :

3.1. Accès aux soins :

Comme dit précédemment, la perte de dents est statistiquement plus élevée chez les personnes ayant consulté un chirurgien-dentiste il y a plus de 3 ans.

Pourtant, les déterminants sociaux cités (III.1) ont mis en évidence des inégalités d'accès aux soins, liées aux revenus, à l'éducation, à la profession, à la situation sociale, à l'entourage social, ainsi qu'à l'accès à l'eau et aux produits d'hygiène. Le lieu de résidence est également à prendre en compte dans l'accès aux soins, tout comme le sont les déterminants biologiques tels que l'âge, le sexe, l'origine ethnique, l'état de santé, ...

3.1.1. Déplacements :

De manière pragmatique, l'accès aux soins passe aussi par la capacité de déplacement de l'individu (accessibilité PMR de la structure de soins et transports à proximité). La distance physique représente également un frein aux recours de soin, de par la volonté nécessaire pour parcourir le trajet et le coût des transports. Les dépenses non thérapeutiques ont des retentissements sur le recours aux soins des personnes vivant à distance des lieux de soin (92).

3.1.2. Enjeux linguistiques :

La barrière de la langue représente un frein à l'éducation thérapeutique et à l'accès aux soins. De fait, il est plus facile de comprendre et de se faire comprendre lorsque l'interlocuteur s'exprime dans la même langue.

3.2. Qualité des soins :

Dans certains pays, comme par exemple au Brésil, des services de soins d'urgence ont été créés avec pour vocation première de soulager la douleur. Les patients en bénéficiant sont décrits comme ayant été exclus des filières de soin classiques et font davantage l'objet de thérapies radicales. Pourtant, les avulsions pourraient être évitées dans la plupart des cas (76). Une étude menée au Guatemala (55) montre qu'une insuffisance particulière des services de soins dentaires existe et conduit à la perte de dents prématurément.

4. Influence génétique sur la perte dentaire :

4.1. Facteurs génétiques et lésions carieuses :

La littérature ne permet pas d'établir un consensus quant à l'implication de facteurs génétiques dans le développement des lésions carieuses. L'article de Shaffer et al (en 2012) cite deux études indiquant la participation de facteurs génétiques dans l'étiologie carieuse (94). Néanmoins, une étude menée en Australie sur des jumeaux indique que la génétique ne prédispose pas aux lésions carieuses (95).

4.2. Facteurs génétiques et maladies parodontales :

En revanche, les facteurs génétiques sont impliqués dans les maladies parodontales. En effet, il semble exister une prédisposition génétique pour le développement de maladies parodontales (96).

5. Influence des comportements sur la perte dentaire :

5.1. Hygiène bucco-dentaire :

Il est scientifiquement acquis que le fait de ne pas recourir aux moyens d'hygiène bucco-dentaire expose à la perte de dents.

5.2. Alimentation :

5.2.1. Adopter un régime alimentaire adapté :

Une alimentation cariogène (riche en sucres) entraîne des pertes de dents prématurées et lourdes (55). De plus, une alimentation pauvre en nutriments est associée à la perte de dents. La quantité de dents est positivement corrélée à la consommation de vitamines et minéraux, contrairement à l'apport en glucides (97). Adopter un régime anti-inflammatoire est également bénéfique pour le nombre de dents (98).

Une alimentation variée, équilibrée et faible en sucres est donc un moyen de participer à la prévention de la perte de dents. Pour réduire la consommation de boissons sucrées, une étude australienne a proposé de taxer les boissons sucrées, à hauteur de 20% de leur valeur. Par ce biais, elle a estimé une réduction de l'indice CAO (nombre de dents Cariées, Absentes et Obturées) de 3,9 millions sur 10 ans (99).

5.2.2. Troubles du comportement alimentaire (TCA) et risques pour la santé bucco-dentaire :

5.2.2.1. Effets avérés :

Les personnes sujettes aux TCA sont exposées à des effets bucco-dentaires. Lors de la régurgitation du contenu gastrique (acide intrinsèque), les dents subissent des phénomènes d'érosion et de déminéralisation (100) et (101). Ces attaques sont majorées en cas d'apport d'acides extrinsèques (consommation de boissons et d'aliments sucrés et acides).

Concernant la salive, les conséquences décrites sont multiples. Milosevic suggère que les vomissements entraînent une augmentation du flux salivaire (100).

5 ans plus tard, De Moor évoque la survenue de xérostomie suite aux vomissements ou à la prise de laxatifs, diurétiques, antidépresseurs... et d'acidose par réduction ou perte du pouvoir tampon (101).

5.2.2.2.Effets incertains :

Il ne semble pas exister de consensus sur le fait que les TCA augmentent la prévalence des caries (100). Le taux de lésions carieuses est variable (101). Cependant, en l'absence de données probantes, il pourrait être judicieux de considérer les personnes atteintes de TCA comme ayant un risque carieux élevé, surtout en cas de boulimie avec augmentation du nombre de prises alimentaires journalières.

Concernant le risque de maladie parodontale, De Moor évoque un manque de données. Il l'explique par le fait que les TCA touchent surtout des personnes jeunes, chez qui il est encore trop tôt pour constater les conséquences de maladies parodontales (101).

5.3.Exercice physique et pratique sportive :

5.3.1. Apports bénéfiques :

L'exercice physique est associé à une réduction importante des états dépressifs et anxieux (102). Or les adultes souffrant de dépression et d'anxiété sont plus susceptibles de perdre leurs dents (103). L'activité physique est donc à valoriser.

5.3.2. Risques induits :

Certains sportifs consomment des aliments et boissons sucrés et fractionnent leurs apports alimentaires, augmentant ainsi leur risque carieux et érosif. En cas d'effort, le flux salivaire diminue et la respiration est principalement buccale, ce qui diminue le rôle protecteur de la salive (104).

Comme pour les sportifs de haut niveau, la pratique d'une activité sportive peut être à l'origine de traumatismes dentaires, généralement consécutifs à un choc avec un autre sportif voire d'un accidenté sur lui-même (coup de genou). Il peut également s'agir d'un contact avec un équipement sportif (105). Le choc peut conduire à une fracture ou à l'expulsion de la dent.

Le manque d'information quant à la possibilité de réimplanter la dent (106) conduit à une perte de chance. Toutefois, il est important de souligner que la prévalence des traumatismes dentaires est plus faible chez les sportifs amateurs que chez les sportifs professionnels. Il serait intéressant d'évaluer la fréquence de la perte de dents dans les différentes disciplines sportives en distinguant sportifs amateurs et professionnels, afin d'orienter l'utilisation des équipements de protection dans la pratique sportive.

5.4. Consommation de substances exogènes :

5.4.1. Médicaments :

Certains médicaments présentent un risque pour la santé bucco-dentaire, particulièrement en cas de prises répétées. C'est notamment le cas de médicaments utilisés en traitement de l'asthme. Administrés majoritairement grâce à des inhalateurs, ils entrent en contact avec les dents et la muqueuse buccale, provoquant ainsi une acidose et une hyposialie (diminution des effets protecteurs de la salive et augmentation de certaines bactéries cariogènes : *Streptococcus Mutans* et *Lactobacillus Acidophilus*). De plus, pour améliorer le goût, du sucre est souvent ajouté au principe actif (107). Le risque carieux est donc décuplé, or les lésions carieuses sont l'une des étiologies les plus fréquentes de pertes de dent.

5.4.2. Alcool :

La dépendance à l'alcool augmente de 2,5 fois le risque de perte de dents (108). La consommation d'alcool a un impact d'autant plus important sur la perte de dents que les personnes ont un statut socio-économique défavorisé (109).

L'alcool est également un des deux principaux facteurs de risque de cancer oral (110), ce qui conduit parfois à la perte de dents prématurée : par mobilité excessive ou par nécessité d'élimination des foyers infectieux.

5.4.3. Tabac :

Le tabagisme accroît le risque de perte de dents (111) (112). Fumer entre 5 et 14 cigarettes par jour multiplie le risque par 2 par rapport à des personnes n'ayant jamais fumé tandis qu'une consommation supérieure à 45 cigarettes par jour multiplie le risque par 3 (113).

Néanmoins, le risque de pertes dentaires est réduit par l'arrêt du tabac, mais plusieurs décennies peuvent être nécessaires avant que l'individu revienne aux taux de perte observés chez les non-fumeurs (111).

5.4.4. Drogues :

Les personnes consommant de la drogue ont des scores de dents manquantes plus élevés, et le risque de problèmes de santé bucco-dentaire augmente avec la durée de consommation des stupéfiants (114). Un risque plus élevé de maladie parodontale et un indice CAO plus élevé sont retrouvés (115). « La difficulté à manger » est l'un des critères les plus couramment signalés (115).

Ces personnes sont particulièrement exposées à la perte de dents de par une consommation de boissons sucrées et de tabac importante, la difficulté à établir un brossage régulier, la xérostomie induite, l'absence de ressentis douloureux (masqués par la drogue), et un moindre accès aux soins (114). Les personnes consommant de la drogue consultent moins fréquemment chez le dentiste, car le mode de vie est plus irrégulier, et elles doivent souvent faire face à des difficultés économiques ainsi qu'à des problèmes de santé mentale (116).

6. Influence des caractéristiques cliniques sur la perte dentaire :

6.1. Âge :

La perte de dents est statistiquement plus élevée chez les personnes de 75 ans et plus (75), et de manière générale chez les personnes âgées (76). A l'instar du programme « MT' dents », des campagnes de promotion de la santé bucco-dentaire pourraient être envisagées à destination des personnes âgées.

6.2. Genre :

D'un point de vue sociologique, le genre est un concept qui renvoie à la dimension identitaire, historique, politique, sociale, culturelle, et symbolique des identités sexuées. Cette notion est en constante évolution (117).

6.2.1. Cisgenre :

Le terme fait référence à la concordance du sexe biologique (génital, gonadique, chromosomique, hormonal, ...) et du genre qui lui est attribué (« vulve » = femme / « pénis » = homme).

Il existe de nombreuses disparités entre les femmes et les hommes, dans une majorité de domaine – y compris la santé. Cela fait écho aux stéréotypes de genre (qualités et système de valeurs attribués à un genre). Ainsi, les femmes cisgenres ont davantage de difficultés à accéder à l'éducation ainsi qu'à l'emploi, et ont des salaires inférieurs, ce qui les place en situation de vulnérabilité pour leur santé bucco-dentaire. Les normes de masculinité encouragent les hommes cisgenres à affirmer leur virilité à travers certains comportements préjudiciables : consommation d'alcool et de tabac, prises de risque (accidents de la voie publique), ou violence, provoquant ainsi davantage de traumatismes dentaires (118).

La consommation des soins est différente en fonction des genres : les femmes se rendent plus régulièrement en consultation dentaire. L'expérience de la douleur n'est pas la même : à circonstances égales, les femmes ressentent davantage la douleur et/ou l'expriment (118). Cela fait écho aux différences femmes / hommes mises en avant précédemment (II.2.2.2) et notamment au rôle de la socialisation selon le genre, cette dernière pouvant être une explication aux écarts observés.

6.2.2. Transgenre :

Dans une société occidentale où la norme réside dans l'expression « cisgenre », les personnes transgenres (personnes ne se reconnaissant pas dans le genre qui leur a été attribué à la naissance selon le sexe identifié) font également l'objet de retentissements sur leur santé bucco-dentaire. Aux inégalités socio-économiques, à l'augmentation des comportements à risque et aux discriminations (119,120) s'ajoutent des obstacles liés aux soins. Le manque de formation des professionnels de santé peut entraîner la majoration de leurs a priori, des stéréotypes, de réticences aux soins, conduisant à des prises en charges peu inclusives. De plus, les personnes transgenres font régulièrement l'objet d'expériences négatives dans le domaine du soin : refus de soin, suppositions cisnormatives (préjugé selon lequel chaque individu est cisgenre (121)), questions intrusives, harcèlement, voire même des violences physiques. Cela conduit à un retard, à l'éviction ou l'abandon des soins (119).

Toutefois, il convient de préciser que d'un point de vue purement dentaire, la prise en charge médico-technique est la même peu importe le genre de l'individu, car il n'existe pas de particularités anatomiques entre la denture d'une personne cisgenre ou transgenre.

6.3. Origine ethnique :

L'analyse par les origines ethniques fait appel aux mêmes logiques que celles utilisées pour le genre ; c'est-à-dire que la marginalisation a pour conséquence directe des inégalités sociales (accès aux soins, à l'éducation, à l'emploi, ...).

Aux États-Unis, une étude a montré qu'une mauvaise santé bucco-dentaire est plus souvent observée chez les Afro-Américains, les Mexicains-Américains et les autres groupes ethniques minoritaires, que chez les Blancs-Américains. Cette inégalité est directement influencée par le niveau d'éducation et de revenus (122), et est le reflet de discriminations selon les origines.

En France, la réalisation de statistiques ethniques est interdite, raison pour laquelle il n'est pas possible de corréler ces données avec des statistiques nationales.

6.4. État de santé :

6.4.1. Présence d'un risque nécessitant l'éradication des foyers infectieux bucco-dentaires :

6.4.1.1. Risque infectieux :

Dans un contexte infectieux majoré, l'élimination des foyers infectieux d'origine bucco-dentaire est essentielle. Cela se traduit parfois par l'avulsion de dents qui auraient pu être conservées dans la population générale. Le risque infectieux peut être permanent ou temporaire.

Risque infectieux permanent :

Certaines pathologies exposent à un risque infectieux permanent : cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse, greffe ou leucémie entraînant une immunodépression, infection au VIH (présence d'un risque infectieux majoré lorsque le taux de CD4 est inférieur à 200 / mm³ ou que le nombre de PNN est inférieur à 500 / mm³) (123).

Risque infectieux temporaire :

Un risque infectieux temporaire peut être observé dans le cadre de certaines pathologies : diabète déséquilibré, chimiothérapie provoquant une immunodépression, intervention chirurgicale : cardiaque (TAVI), prothétique (prothèse de hanche, de genou, d'épaule), pathologies à risque de diffusion d'un germe d'origine dentaire (sinusite, méningite, pneumopathie, ...).

6.4.1.2. Risque d'ostéonécrose :

Le risque d'ostéonécrose peut être d'origine chimique ou faire suite à de la radiothérapie.

Risque d'ostéochimionécrose :

Dans le cadre de pathologies bénignes (ostéoporose) ou malignes (cancer), des traitements anti-résorbants tels que les biphosphonates ou les anti-RANKL peuvent être administrés par voie orale ou intraveineuse. Ils présentent un risque d'ostéochimionécrose, c'est-à-dire de nécroses des bases osseuses suite à un traitement médicamenteux. Pour prévenir ce phénomène, il convient d'éliminer les foyers infectieux d'origine dentaire.

Les pathologies nécessitant la mise en place d'un traitement par bisphosphonates ou par dénosumab ont un risque augmenté d'ostéonécrose et nécessitent donc l'absence de foyer infectieux d'origine dentaire.

Risque d'ostéoradionécrose :

Certains cancers de la face et du cou nécessitent un traitement par radiothérapie. Une certaine dose (exprimée en gray ou Gy) est alors délivrée au niveau du site à traiter, majorant le risque d'ostéoradionécrose. Préalablement à la mise en place de ce traitement, l'élimination des foyers infectieux doit être réalisée et une surveillance doit être envisagée à la suite de la thérapeutique.

6.4.2. Présence d'une vulnérabilité particulière nécessitant une surveillance accrue :

6.4.2.1. Anomalies dentaires :

Nous ne prendrons pas en compte pas les anomalies de nombre, puisque les dents sont absentes depuis la naissance (pour les dents temporaires) ou à partir de l'enfance (pour les dents définitives). En revanche, les anomalies de forme et de structure rendent les dents plus vulnérables face aux caries. Une attention particulière est donc nécessaire pour les patients ayant des anomalies dentaires. De plus, les anomalies d'éruption peuvent conduire à l'avulsion des dents ectopiques.

6.4.2.2. Hyposialie :

L'hyposialie peut être due à des médicaments (anticholinergiques, antidépresseurs, ...), à une maladie auto-immune (syndrome de Gougerot-Sjögren), ou à l'irradiation des glandes salivaires. Il semblerait que la diminution du débit salivaire affecte la QdVSO et augmente le risque de perte de dents par rapport aux personnes ayant un débit normal (124).

6.4.2.3. Pathologies psychiatriques :

Les patients atteints d'anxiété et de dépression sont plus susceptibles de perdre leurs dents (103), de par l'interaction des facteurs psychologiques (125). Ces derniers entraînent une détérioration de l'état parodontal (126). Le stress est associé à une augmentation des hormones du stress et provoque un dysfonctionnement du système immunitaire et la majoration du nombre de bactéries cariogènes (127). Or le niveau de cortisol salivaire est corrélé avec la perte de dents (128). De plus, lorsque le patient est sujet à un état dépressif en cours, il recourt statistiquement moins aux soins (103).

Il conviendrait également de prendre en compte les patients atteints d'autres pathologies psychiatriques.

6.4.2.4. Handicap mental :

Nous avons déjà évoqué les difficultés d'accessibilité des personnes en situation de handicap physique, nous allons donc nous concentrer sur les personnes en situation de handicap mental (cognitif, intellectuel, psychique et sensoriel).

Les personnes ayant une déficience intellectuelle présentent une moins bonne hygiène bucco-dentaire, une prévalence plus élevée de lésions carieuses et une atteinte parodontale généralement plus grave. Parmi elles, les personnes atteintes de trisomie 21 et ne pouvant coopérer lors des soins sont les plus à risque (129). Le handicap mental complique l'accès aux soins (130). Pourtant, peu de dentistes sont formés à la prise en charge spécifique de publics en situation de handicap.

6.4.2.5.Séropositivité :

La perte de dents ne semble pas être augmentée en cas d'infection par le VIH. Néanmoins, il est important de dénoncer des pratiques discriminantes dans la prise en charge des personnes séropositives. En effet, ces dernières ont mis en évidence des statistiques alarmantes : 3,6% des dentistes ont manifesté un refus direct et 30% ont mis en place un refus déguisé (coûts annoncés augmentés, ...) (131).

Conclusion :

Tout au long de ce travail, nous avons pu établir la réciprocity entre édentement et qualité de vie. Il apparaît essentiel de penser ces notions en interrelation, en privilégiant une approche individuelle.

Ainsi, la première partie a permis la définition des concepts et a mis en évidence l'existence de limites concernant les outils utilisés pour évaluer la QdVSO. En effet, bien que les évaluations quantitatives permettent de révéler des conséquences concrètes, il semble difficile de réduire les perceptions d'un individu à un score.

Dans un second temps, nous avons montré que la diminution du nombre de dents a de multiples retentissements sur la QdVSO : fonctionnel, esthétique, social, psychologique et financier. L'intensité de ces impacts varie en fonction du nombre de dents perdues et de la localisation des dents restantes, de variables sociodémographiques et de la perception subjective individuelle.

Pour terminer, nous avons étudié l'influence de la qualité de vie sur le nombre de dents, via l'angle des déterminants de la santé : sociaux, environnementaux, système de santé, génétiques, comportementaux et cliniques ; ce qui a permis d'objectiver des profils à risque.

Ce travail peut avoir plusieurs implications dans la pratique de la dentisterie.

Tout d'abord, il pourrait être judicieux de repenser les questionnaires d'évaluation de la QdVSO, pour simplifier leur utilisation, tout en intégrant une évaluation qualitative.

L'impact de l'édentement sur la QdV nous invite à être davantage conservateur dans nos prises en charge, et procéder à l'avulsion uniquement en dernier recours. D'un point de vue intellectuel, cela revient à moins banaliser le geste chirurgical. Cette approche s'inscrit dans une démarche de validation des ressentis du patient, dans la prise en charge de retentissements survenant tant lors de l'intervention chirurgicale qu'en dehors du cabinet. En effet, une avulsion dentaire peut conduire à des pleurs au fauteuil, mais aussi avoir des retentissements sur la vie quotidienne. Aussi, il pourrait être intéressant de s'interroger sur l'accompagnement psychologique global que nous pouvons proposer aux patients.

De plus, la mise en évidence de publics à risque permet d'améliorer leur prise en charge, à plusieurs échelles. Que ce soit à l'échelle locale (dentiste traitant) ou nationale (politiques publiques), identifier les publics fragiles permet de renforcer la prévention : des consultations régulières incluant des conseils personnalisés semblent indispensables, tandis que des dispositifs ciblés peuvent permettre de toucher particulièrement ces populations (bilan bucco-dentaire gratuit pour les personnes âgées, filière PASS pour les patients AME ...).

Il semble également important de collaborer avec les associations travaillant sur le terrain, comme par exemple la Croix Rouge dont l'une des priorités est la santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables et précaires (132), afin de réduire au mieux l'impact de la QdV sur la denture, et de réorienter le patient vers un parcours de soin. Pour prendre en compte le patient dans sa globalité, il est nécessaire d'intégrer ses spécificités, l'objectif étant de décentrer la santé d'une approche purement biomédicale, et d'intégrer les dimensions psycho-sociales.

Les études existantes présentent des limites. La dimension personnelle de la perte de dents sur la QdVSO est difficile à intégrer puisqu'elle fait référence au vécu intime de l'individu. De plus, nous manquons de données sur l'impact financier de la perte de dents (coût ?) et sur les variables sociodémographiques qui pondèrent les différents impacts. Concernant l'influence de la QdV sur la perte de dents, il serait intéressant d'étudier le lien entre entourage et nombre de dents, les freins à l'accès aux soins, et le rôle des facteurs génétiques dans le développement des lésions carieuses et maladies parodontales.

De même, ce travail fait l'objet de limites. Devant la multitude d'études menées, il ne peut être exhaustif. Il est donc possible que certains aspects soient manquants ou que des données viennent contredire celles qui sont avancées. De plus, il est réalisé à partir d'une vision occidentale de la santé et de la QdV. Or, peut-être qu'une autre approche serait privilégiée en ayant une culture différente. Enfin, ce sujet étant multidisciplinaire, il fait appel à un champ d'expertise qu'il est complexe d'acquérir. Il pourrait être utile de former davantage les étudiants en santé à la psychologie et sociologie de la santé, en proposant des enseignements conjoints, dans l'objectif de meilleure intégration des dimensions socio-psychologiques au sein des prises en charge.

In fine, la réduction des inégalités sociales passe par la réduction des inégalités dentaires, et réciproquement. La santé bucco-dentaire doit faire partie intégrante de la santé. La prévention est fondamentale pour conserver le nombre de dents intact. En cas de perte de dents, la réhabilitation prothétique peut permettre de rétablir la QdVSO. Toutefois, il pourrait être intéressant de comparer la capacité de recouvrement d'une QdVSO optimale à l'aide des différentes solutions thérapeutiques.

Enfin, une dent ne pourra jamais être aussi bien remplacée que par une autre dent. C'est dans cette optique que des chercheurs japonais tentent de mettre au point un traitement permettant la repousse des dents (133). La solution idéale se trouve peut-être à portée de main...

BIBLIOGRAPHIE :

1. Fauchet C. La dentisterie, de l'antiquité au 19e siècle.
2. Weaver JM. The History of the Specialty of Dental Anesthesiology. *Anesth Prog.* 2019;66(2):61-8.
3. Bruchon-Schweitzer M, Boujut É. Bonheur, satisfaction de la vie, bien-être, santé et qualité de vie. In: *Psychologie de la santé* [Internet]. Paris: Dunod; 2014 [cité 28 oct 2022]. p. 3-82. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-sante--9782100557103-p-3.htm>
4. Felce D, Perry J. Quality of life: its definition and measurement. *Res Dev Disabil.* févr 1995;16(1):51-74.
5. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1982. nov 1995;41(10):1403-9.
6. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* oct 2019;28(10):2641-50.
7. Costa DSJ, Mercieca-Bebber R, Rutherford C, Tait MA, King MT. How is quality of life defined and assessed in published research? *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* août 2021;30(8):2109-21.
8. Shek DTL. Introduction: Quality of Life of Chinese People in a Changing World. *Soc Indic Res.* 1 févr 2010;95(3):357-61.
9. Al Shamrany M. Oral health-related quality of life: a broader perspective. *East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit.* nov 2006;12(6):894-901.
10. Constitution [Internet]. [cité 30 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
11. Davis P. Compliance structures and the delivery of health care: The case of dentistry. *Soc Sci Med* 1967. juin 1976;10(6):329-37.
12. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services; 2000. 342 p.
13. Locker D. Measuring oral health: A conceptual framework.... - Google Scholar [Internet]. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=Locker+D.+Measuring+oral+thealth%3A+A+conceptual+framework.+Community+dental+health%2C+1988&btnG=
14. Gift HC, Atchison KA. Oral Health, Health, and Health-Related Quality of Life. *Med Care.* 1995;33(11):NS57-77.
15. Bennadi D, Reddy CVK. Oral health related quality of life. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2013;3(1):1-6.
16. Martins AMC, Guimarães LS, Campos CH, Kückler EC, Pereira DMS, Maia LC, et al. The effect of complete dentures on edentulous patients' oral health-related quality of life in long-term: A systematic review and meta-analysis. *Dent Res J.* 1 janv 2021;18:65.
17. Riva F, Seoane M, Reichenheim ME, Tsakos G, Celeste RK. Adult oral health-related quality of life instruments: A systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2022;50(5):333-8.
18. Anagnostopoulos F. Oral Health Impact Profile. In: Michalos AC, éditeur. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014 [cité 11 nov 2022]. p. 4506-10. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2019
19. Kuo HC, Chen JH, Wu JH, Chou TM, Yang YH. Application of the Oral Health Impact Profile (OHIP) among Taiwanese elderly. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* 1 avr 2011;20:1707-13.
20. Azami-Aghdash S, Pournaghi-Azar F, Moosavi A, Mohseni M, Derakhshani N, Kalajahi RA. Oral Health and Related Quality of Life in Older People: A Systematic Review

and Meta-Analysis. Iran J Public Health. 1 avr 2021;50(4):689-700.

21. Titre : OHIP-14 questionnaire. | Download Scientific Diagram [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur:
https://www.google.com/imgres?imgurl=https%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F309875550%2Ffigure%2Ffig1%2FAS%3A427299599327242%401478887571479%2FOHIP-14-questionnaire.png&tbnid=d6JZU2BM-300zM&vet=1&imgrefurl=https%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Ffigure%2FOHIP-14-questionnaire_fig1_309875550&docid=8-YrKp8ikybvYm&w=672&h=907&source=sh%2F%2Fim%2Fcan%2F1
22. Mijiritsky E, Lerman Y, Mijiritsky O, Shely A, Meyerson J, Shacham M. Development and Validation of a Questionnaire Evaluating the Impact of Prosthetic Dental Treatments on Patients' Oral Health Quality of Life: A Prospective Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. janv 2020;17(14):5037.
23. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 8 sept 2003;1(1):40.
24. Keenanasseril A, Matthew A, Muddappa S. Effectiveness of Tele-guided Interceptive Prosthodontic treatment in rural India: A comparative pilot study. *Online J Public Health Inform*. 7 nov 2011;3.
25. Possebon AP da R, Faot F, Machado RMM, Nascimento GG, Leite FRM. Exploratory and confirmatory factorial analysis of the OHIP-Edent instrument. *Braz Oral Res* [Internet]. 29 oct 2018 [cité 27 févr 2023];32. Disponible sur:
<http://www.scielo.br/j/bor/a/sMvzbZmshdbTY3kdM3N7qhQ/?lang=en>
26. ResearchGate [Internet]. [cité 6 août 2023]. Table 4 : Comparison of OHIP -EDENT scores before and after treatment... Disponible sur:
https://www.researchgate.net/figure/Comparison-of-OHIP-EDENT-scores-before-and-after-treatment-group-2_tbl3_236141030
27. He S lin, Wang J hua. Reliability and validity of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile for edentulous subjects. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. avr 2015;24(4):1011-6.
28. Duale JMJ, Patel YA, Wu J, Hyde TP. A Systematic Review and Meta-Analysis of Baseline Ohip-Edent Scores. *Eur J Prosthodont Restor Dent*. 1 mars 2018;26(1):17-23.
29. Mathur V, Jain V, Pillai R, Kalra S. Translation and validation of Hindi version of Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology*. 11 déc 2013;33.
30. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31(4):275-84.
31. Amilani U, Jayasekara P, Perera I, Carter H, Senanayake S, Kularatna S. Oral impact on daily performance (OIDP) scale for use in Sri Lankan adolescents: a cross sectional modification and validation study. *BMC Oral Health*. 21 janv 2020;20.
32. Simangwa LD, Johansson AK, Johansson A, Minja IK, Åstrøm AN. Oral impacts on daily performances and its socio-demographic and clinical distribution: a cross-sectional study of adolescents living in Maasai population areas, Tanzania. *Health Qual Life Outcomes*. 12 juin 2020;18(1):181.
33. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1996;24(6):385-9.
34. ResearchGate [Internet]. [cité 6 août 2023]. Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) frequency according to dimensions*. Disponible sur:
https://www.researchgate.net/figure/Oral-Impacts-on-Daily-Performance-OIDP-frequency-according-to-dimensions_tbl3_325035336
35. Kakoei S, Shokoohi M, Barghi H. Oral impact on daily performance in Iranian adults. *J Oral Health Oral Epidemiol*. 28 avr 2013;2(1):6-12.
36. Montero J, Bravo M, Albaladejo A. Validation of two complementary oral-health related quality of life indicators (OIDP and OSS 0-10) in two qualitatively distinct samples of

- the Spanish population. *Health Qual Life Outcomes*. 18 nov 2008;6(1):101.
37. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(6):401-11.
 38. Larousse É. formule dentaire - LAROUSSE [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/formule_dentaire/41614
 39. Carter K, Worthington S. Morphologic and Demographic Predictors of Third Molar Agensis: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res*. juill 2015;94(7):886-94.
 40. Sands T, Pynn BR, Nenniger S. Third molar surgery: current concepts and controversies. Part 1. *Oral Health*. 1 mai 1993;83(5):11-4, 17.
 41. UFSBD [Internet]. [cité 27 mai 2023]. Anatomie de la dent, nom et fonction des dents, éruption des dents... les dents n'auront bientôt plus aucun secret pour vous ! Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/espace-enfants/anatomie-et-fonction-de-la-dent/>
 42. Anand PS, Kuriakose S. Causes and patterns of loss of permanent teeth among patients attending a dental teaching institution in south India. *J Contemp Dent Pract*. 1 sept 2009;10(5):E057-064.
 43. Mayunga GM, Lutula PS, Sekele IB, Bolenge I, Kumpanya N, Nyengele K. [Impact of the edentulousness on the quality of life related to the oral health of the Congolese]. *Odonto-Stomatol Trop Trop Dent J*. juin 2015;38(150):31-6.
 44. Haag DG, Peres KG, Brennan DS. Tooth loss and general quality of life in dentate adults from Southern Brazil. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. oct 2017;26(10):2647-57.
 45. Rosenoer LM, Sheiham A. Dental impacts on daily life and satisfaction with teeth in relation to dental status in adults. *J Oral Rehabil*. juill 1995;22(7):469-80.
 46. Saintrain MV de L, de Souza EHA. Impact of tooth loss on the quality of life. *Gerodontology*. juin 2012;29(2):e632-636.
 47. Xu KH, Li L, Jia SL, Li Q, Hao JX, Ma S, et al. Association of Tooth Loss and Diet Quality with Acceleration of Aging: Evidence from NHANES. *Am J Med*. août 2023;136(8):773-779.e4.
 48. Friedman PK, Lamster IB. Tooth loss as a predictor of shortened longevity: exploring the hypothesis. *Periodontol 2000*. oct 2016;72(1):142-52.
 49. Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa M da LR, da Silva DD, Pucca GA. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*. juin 2007;35(3):224-32.
 50. Garner-Moyer H. La beauté : L'attention qui lui est allouée en phase de recrutement. Constat de discrimination établi à partir d'un test de correspondances. *Rev Int Psychosociologie*. 2011;XVII(41):185-206.
 51. Takata Y, Ansai T, Awano S, Fukuhara M, Sonoki K, Wakisaka M, et al. Chewing ability and quality of life in an 80-year-old population. *J Oral Rehabil*. mai 2006;33(5):330-4.
 52. Niesten D, van Mourik K, van der Sanden W. The impact of having natural teeth on the QoL of frail dentulous older people. A qualitative study. *BMC Public Health*. 2 oct 2012;12:839.
 53. Silva ME de SE, Villaça EL, Magalhães CS de, Ferreira EFE. [Impact of tooth loss in quality of life]. *Cienc Saude Coletiva*. mai 2010;15(3):841-50.
 54. Choukroun MG. [The fabulous history of the smile]. *Orthod Francaise*. juin 2019;90(2):137-48.
 55. Hunter JM, Arbona SI. The tooth as a marker of developing world quality of life: a field study in Guatemala. *Soc Sci Med* 1982. nov 1995;41(9):1217-40.
 56. Tan H, Peres KG, Peres MA. Retention of Teeth and Oral Health-Related Quality of Life. *J Dent Res*. nov 2016;95(12):1350-7.
 57. Park HE, Song HY, Han K, Cho KH, Kim YH. Number of remaining teeth and health-related quality of life: the Korean National Health and Nutrition Examination Survey 2010-2012. *Health Qual Life Outcomes*. 9 janv 2019;17(1):5.
 58. Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, et al. How do age and

- tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol.* avr 2004;32(2):107-14.
59. Eglem E. Représentations du corps et réseaux sociaux : réflexion sur l'expérience esthétique contemporaine. *Sociétés.* 2017;138(4):99-110.
 60. Beauté fatale - Mona Chollet - Éditions La Découverte [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: https://www.editionsladecouverte.fr/beaute_fatale-9782355220395
 61. Persson K, Axtelius B, Söderfeldt B, Ostman M. Oral health-related quality of life and dental status in an outpatient psychiatric population: a multivariate approach. *Int J Ment Health Nurs.* févr 2010;19(1):62-70.
 62. Mc Grath C, Bedi R. Gender variations in the social impact of oral health. *J Ir Dent Assoc.* 2000;46(3):87-91.
 63. Rouyer V, Croity-Belz S, Prêteur Y. Introduction. Socialisation de genre : le point de vue du sujet. In: *Genre et socialisation de l'enfance à l'âge adulte* [Internet]. Toulouse: Érès; 2010 [cité 2 oct 2023]. p. 7-13. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/genre-et-socialisation--9782749212937-p-7.htm>
 64. Cromer S, Dauphin S, Naudier D. L'enfance, laboratoire du genre. Introduction. *Cah Genre.* 2010;49(2):5-14.
 65. Octobre S. La socialisation culturelle sexuée des enfants au sein de la famille. *Cah Genre.* 2010;49(2):55-76.
 66. Dans le secteur privé, l'écart de salaire entre femmes et hommes est d'environ 4 % à temps de travail et à postes comparables en 2021 - Insee Focus - 292 [Internet]. [cité 28 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6960132>
 67. Des trajectoires professionnelles liées au diplôme et à l'origine sociale - Insee Analyses Auvergne-Rhône-Alpes - 96 [Internet]. [cité 29 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4305814>
 68. Scolarité en milieu rural : des élèves souvent plus éloignés de leur établissement, des études plus courtes - Insee Flash Occitanie - 115 [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6037783>
 69. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 29 juill 2023]. Est-il vrai que les ruraux sont plus jeunes que les urbains ? Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/faq/est-il-vrai-que-les-ruraux-sont-plus-jeunes-que-les-urbains/>
 70. Lee IC, Shieh TY, Yang YH, Tsai CC, Wang KH. Individuals' perception of oral health and its impact on the health-related quality of life. *J Oral Rehabil.* févr 2007;34(2):79-87.
 71. Mariage A. Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture. *Trav Hum.* 2001;64(1):45-59.
 72. Alla F. 3. Les déterminants de la santé. In: *Traité de santé publique* [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2016 [cité 6 août 2023]. p. 15-8. (Traités). Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-de-sante-publique--9782257206794-p-15.htm>
 73. Seerig LM, Nascimento GG, Peres MA, Horta BL, Demarco FF. Tooth loss in adults and income: Systematic review and meta-analysis. *J Dent.* sept 2015;43(9):1051-9.
 74. Sanders AE, Spencer AJ, Slade GD. Evaluating the role of dental behaviour in oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol.* févr 2006;34(1):71-9.
 75. Phipps KR, Katabi AF, Riter D, Lewis K. Oral Health of Older Adults in Washington State. *J Dent Hyg JDH.* févr 2020;94(1):39-48.
 76. Barbato PR, Muller Nagano HC, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. [Tooth loss and associated socioeconomic, demographic, and dental-care factors in Brazilian adults: an analysis of the Brazilian Oral Health Survey, 2002-2003]. *Cad Saude Publica.* août 2007;23(8):1803-14.
 77. Salaire horaire : l'importance de la catégorie socioprofessionnelle et du diplôme - Insee Focus - 116 [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3564663>

78. Penneau M, Ripault B. Maladies professionnelles et stomatologie. Maladies dentaires liées à un exercice professionnel. EMC - Stomatol. 1 juin 2005;1(2):116-25.
79. Herman E. Dental considerations in the playing of musical instruments. J Am Dent Assoc 1939. sept 1974;89(3):611-9.
80. SITUATION : Définition de SITUATION [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/situation>
81. Sanders AE, Spencer AJ. Childhood circumstances, psychosocial factors and the social impact of adult oral health. Community Dent Oral Epidemiol. oct 2005;33(5):370-7.
82. Monniello C. Le rôle du chirurgien-dentiste face aux victimes de violences conjugales.
83. Koyama S, Aida J, Saito M, Kondo N, Sato Y, Matsuyama Y, et al. Community social capital and tooth loss in Japanese older people: a longitudinal cohort study. BMJ Open. 5 avr 2016;6(4):e010768.
84. Lequart C. Conseils d'hygiène bucco-dentaire à l'officine. Actual Pharm. 1 janv 2022;61(614, Supplément):12-6.
85. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people--call for public health action. Community Dent Health. déc 2010;27(4 Suppl 2):257-67.
86. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/36-37/2015_36-37_2.html
87. Freitas DJ, Kaplan LM, Tieu L, Ponath C, Guzman D, Kushel M. Oral health and access to dental care among older homeless adults: results from the HOPE HOME study. J Public Health Dent. déc 2019;79(1):3-9.
88. VIDAL [Internet]. [cité 6 août 2023]. Fluor : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/fluor-1522.html>
89. fluoration ansm utilisation - Recherche Google [Internet]. [cité 7 août 2023]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?q=fluoration+ansm+utilisation&oq=fluoration+ansm&aqs=chrome.69i57j33i160.5018j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
90. Gouvernement du Québec [Internet]. [cité 6 août 2023]. Fluoration de l'eau potable. Disponible sur: <https://www.quebec.ca/agriculture-environnement-et-ressources-naturelles/eau-potable/fluoration-de-l-eau-potable>
91. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&view=map12>
92. Curtis B, Evans RW, Sbaraini A, Schwarz E. Geographic location and indirect costs as a barrier to dental treatment: a patient perspective. Aust Dent J. déc 2007;52(4):271-5.
93. Turrell G, Sanders AE, Slade GD, Spencer AJ, Marcenes W. The independent contribution of neighborhood disadvantage and individual-level socioeconomic position to self-reported oral health: a multilevel analysis. Community Dent Oral Epidemiol. juin 2007;35(3):195-206.
94. Shaffer JR, Feingold E, Wang X, TCuenco K, Weeks DE, DeSensi RS, et al. Heritable patterns of tooth decay in the permanent dentition: principal components and factor analyses. BMC Oral Health. 9 mars 2012;12(1):7.
95. L'Information Dentaire [Internet]. 2019 [cité 6 août 2023]. La génétique ne prédispose pas à la carie. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/actualites/la-genetique-ne-predispose-pas-a-la-carie/>
96. Timmerman M, van der Weijden G. Risk factors for periodontitis. Int J Dent Hyg. 2006;4(1):2-7.
97. Zhu Y, Hollis JH. Tooth loss and its association with dietary intake and diet quality in American adults. J Dent. nov 2014;42(11):1428-35.
98. Ga K, V C, N S, M W, J H, A K, et al. Diet-borne systemic inflammation is associated with prevalent tooth loss. Clin Nutr Edinb Scotl [Internet]. août 2018 [cité 6 août 2023];37(4). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28633943/>
99. Sowa PM, Keller E, Stormon N, Laloo R, Ford PJ. The impact of a sugar-sweetened beverages tax on oral health and costs of dental care in Australia. Eur J Public Health. 1 févr

2019;29(1):173-7.

100. Milosevic A. Eating disorders and the dentist. *Br Dent J.* févr 1999;186(3):109-13.

101. De Moor RJG. Eating disorder-induced dental complications: a case report. *J Oral Rehabil.* 2004;31(7):725-32.

102. De Matos MG, Calmeiro L, Da Fonseca D. Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression. *Presse Médicale.* 1 mai 2009;38(5):734-9.

103. Okoro CA, Strine TW, Eke PI, Dhingra SS, Balluz LS. The association between depression and anxiety and use of oral health services and tooth loss. *Community Dent Oral Epidemiol.* avr 2012;40(2):134-44.

104. Zunzarren R. L'érosion dentaire, un processus fréquent chez le sportif. *Actual Pharm.* 1 nov 2012;51(520):41-3.

105. Lamendin H. Conduite à tenir en cas de luxations dentaires complètes chez des sportifs. *Sci Sports.* 1 déc 2012;27(6):391-3.

106. Gass M, Kühl S, Connert T, Filippi A. Dental trauma in showjumping - A trinational study between Switzerland, France and Germany. *Dent Traumatol Off Publ Int Assoc Dent Traumatol.* juin 2016;32(3):174-9.

107. Pacheco-Quito EM, Jaramillo J, Sarmiento-Ordoñez J, Cuenca-León K. Drugs Prescribed for Asthma and Their Adverse Effects on Dental Health. *Dent J.* 26 avr 2023;11(5):113.

108. Pinto-Filho JM, Ribeiro LSF, Sartori L, Dos Santos JN, Ramalho LMP, Cury PR. Association between alcohol dependence and both periodontal disease and tooth loss: a cross-sectional study. *Environ Sci Pollut Res Int.* oct 2018;25(29):29089-95.

109. Oliveira LM, Pelissari TR, Moreira CHC, Ardenghi TM, Demarco FF, Zanatta FB. The alcohol harm paradox and tooth loss among Brazilian older adults. *Oral Dis.* 28 déc 2022;

110. Righini CA, Karkas A, Morel N, Soriano E, Reyt E. Facteurs de risque des cancers de la cavité buccale, du pharynx (cavum exclu) et du larynx. *Presse Médicale.* 1 sept 2008;37(9):1229-40.

111. Krall EA, Dawson-Hughes B, Garvey AJ, Garcia RI. Smoking, smoking cessation, and tooth loss. *J Dent Res.* oct 1997;76(10):1653-9.

112. Souto MLS, Rovai ES, Villar CC, Braga MM, Pannuti CM. Effect of smoking cessation on tooth loss: a systematic review with meta-analysis. *BMC Oral Health.* 12 nov 2019;19(1):245.

113. Dietrich T, Maserejian NN, Joshipura KJ, Krall EA, Garcia RI. Tobacco use and incidence of tooth loss among US male health professionals. *J Dent Res.* avr 2007;86(4):373-7.

114. Yazdanian M, Armoon B, Noroozi A, Mohammadi R, Bayat AH, Ahounbar E, et al. Dental caries and periodontal disease among people who use drugs: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health.* 10 févr 2020;20(1):44.

115. Amiri S, Shekarchizadeh H. Oral health-related quality of life among a group of patients with substance use disorders in rehabilitation treatment: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 19 août 2021;21(1):409.

116. Rossow I. Illicit drug use and oral health. *Addict Abingdon Engl.* nov 2021;116(11):3235-42.

117. Larousse É. Définitions : genre - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/genre/36604>

118. Doyal L, Naidoo S. Why dentists should take a greater interest in sex and gender. *Br Dent J.* 9 oct 2010;209(7):335-7.

119. Tamrat J. « Trans-forming » dental practice norms: Exploring transgender identity and oral health implications. *Can J Dent Hyg CJDH J Can Hyg Dent JCHD.* oct 2022;56(3):131-9.

120. Macri D, Wolfe K. My preferred pronoun is she: Understanding transgender identity and oral health care needs. *Can J Dent Hyg CJDH J Can Hyg Dent JCHD.* 1 juin 2019;53(2):110-7.

121. La langue française [Internet]. [cité 6 août 2023]. Définition de cisnormativité | Dictionnaire français. Disponible sur: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/cisnormativite>
122. Sabbah W, Tsakos G, Sheiham A, Watt RG. The effects of income and education on ethnic differences in oral health: a study in US adults. *J Epidemiol Community Health*. juill 2009;63(7):516-20.
123. recommandations_foyers_infectieux_texte_court_1.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: https://societechirorale.com/wp-content/uploads/2023/06/recommandations_foyers_infectieux_texte_court_1.pdf
124. Caplan DJ, Hunt RJ. Salivary flow and risk of tooth loss in an elderly population. *Community Dent Oral Epidemiol*. févr 1996;24(1):68-71.
125. Roohafza H, Afghari P, Keshteli AH, Vali A, Shirani M, Adibi P, et al. The relationship between tooth loss and psychological factors. *Community Dent Health*. mars 2015;32(1):16-9.
126. Goh V, Hassan FW, Baharin B, Rosli TI. Impact of psychological states on periodontitis severity and oral health-related quality of life. *J Oral Sci*. 19 janv 2022;64(1):1-5.
127. Sato Y, Saijo Y, Yoshioka E. Work stress and oral conditions: a systematic review of observational studies. *BMJ Open*. 28 mai 2021;11(5):e046532.
128. Mesa F, Magán-Fernández A, Muñoz R, Papay-Ramírez L, Poyatos R, Sánchez-Fernández E, et al. Catecholamine metabolites in urine, as chronic stress biomarkers, are associated with higher risk of chronic periodontitis in adults. *J Periodontol*. déc 2014;85(12):1755-62.
129. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: A systematic review. *Spec Care Dentist*. 2010;30(3):110-7.
130. Devinsky O, Boyce D, Robbins M, Pressler M. Dental health in persons with disability. *Epilepsy Behav*. 1 sept 2020;110:107174.
131. Rapport discriminations 2015 | Aides [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://www.aides.org/rapport-discriminations->
132. Rendre les soins dentaires accessibles aux personnes vulnérables et précarisées | Croix-Rouge française [Internet]. [cité 13 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.croix-rouge.fr/actualite/rendre-les-soins-dentaires-accessibles-aux-personnes-vulnerables-et-precarisees>
133. Au Japon, un traitement révolutionnaire promet de faire repousser les dents - Geo.fr [Internet]. [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://www.geo.fr/environnement/japon-traitement-revolutionnaire-promet-de-faire-repousser-les-dents-anticorps-monoclonal-215761>

TABLE DES ILLUSTRATIONS :

Illustration 1 – Conceptualisations de la QDV (4)

Illustration 2 – Domaines composant la QDV (4)

Illustration 3 – Un modèle de la QDV (4)

Illustration 4 – Facteurs associés à la QdVSO (15)

Illustration 5 – Répartition géographique et dotation des chirurgiens-dentistes en France (91)

Illustration 6 – Répartition géographique et dotation des chirurgiens-dentistes en France (91)

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1 – Questionnaire OHIP-49 (19) selon les 7 dimensions

Tableau 2 – Questionnaire OHIP-14 (21) selon les 7 dimensions

Tableau 3 – Questionnaire OHIP-EDENT (26) selon les différentes dimensions identifiées

Tableau 4 – Questionnaire GOHAI (29) selon les 3 dimensions

Tableau 5 – Questionnaire OIDP (34) selon les 3 dimensions

PERMIS D'IMPRIMER :

NANTES UNIVERSITÉ
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Vu le Président du Jury,

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Vu le Doyen,

Pr Assem SOUEIDAN

STEPHAN (Marion). – Relation entre édentement et qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire : état de la littérature – 77 f. ; 6 ill. ; 5 tabl. ; 133 réf. ; 30 cm
(Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2023)

RESUME

L'édentement et la qualité de vie sont des notions à penser en interrelation afin de prendre en compte le patient dans sa globalité et son individualité. Cette attention particulière rend possible une prise en charge optimale. A travers ce travail, nous chercherons à mettre en lumière les limites des questionnaires actuels visant à évaluer la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire. Nous déterminerons les impacts de l'édentement sur la qualité de vie et les facteurs pondérant ces retentissements. Réciproquement, nous étudierons l'influence de la qualité de vie sur l'édentement et identifierons ainsi les profils les plus à risque de pertes dentaires.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Odontologie – Santé publique

MOTS CLEFS MESH

Denture – Dentition
Perte dentaire – Tooth loss
Qualité de vie – Quality of life
Santé bucco-dentaire – Oral health

JURY

Président : Madame le Professeur Anne-Gaëlle CHAUX
Directeur : Madame le Professeur Anne-Gaëlle CHAUX
Assesseur : Monsieur le Docteur Yoann MAITRE
Assesseur : Madame le Docteur Fabienne JORDANA
Assesseur : Madame le Docteur Victoire-Eugénie QUINSAT