



HAL
open science

**Analyse des obstacles représentationnels chez les
personnes autonomes concernant leur santé
bucco-dentaire Contribution À la conception de modÈle
de programme d'Éducation pour la santé
bucco-dentaire : Contribution à la conception de modèle
de programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire**
Cécile Hvostoff

► **To cite this version:**

Cécile Hvostoff. Analyse des obstacles représentationnels chez les personnes autonomes concernant leur santé bucco-dentaire Contribution À la conception de modÈle de programme d'Éducation pour la santé bucco-dentaire : Contribution à la conception de modèle de programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire. Sociologie. Université Sorbonne Paris Cité, 2017. Français. NNT : 2017USPCD032 . tel-02918069

HAL Id: tel-02918069

<https://theses.hal.science/tel-02918069>

Submitted on 20 Aug 2020

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

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

UNIVERSITE PARIS 13

Ecole doctorale ERASME

N° attribué par la bibliothèque

□□□□□□□□□□□□

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITE PARIS 13

Discipline: Sciences de l'éducation

présentée et soutenue publiquement

par

Cécile AKODJENOU HVOSTOFF

Le 13 décembre 2017

TITRE

**Analyse des obstacles représentationnels chez les personnes âgées autonomes
concernant leur santé bucco-dentaire**

**Contribution à la conception de modèle de programme d'éducation
pour la santé bucco-dentaire**

JURY

Monsieur le Professeur Joël ANKRI

Université de Versailles Saint Quentin

Président

Madame le Professeur Stéphanie TUBERT JEANNIN

UFR Odontologie Université Clermont Auvergne

Rapporteur

Madame le Professeur Véronique DUPUIS

UFR des Sciences Odontologiques, Université de Bordeaux

Rapporteur

Monsieur le Professeur Pierre LOMBRAIL

Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité

Membre

Monsieur le Professeur Gérard LEVY

UFR Odontologie, Paris Descartes

Membre

Monsieur le Professeur Rémi GAGNAYRE

Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité

Directeur

REMERCIEMENTS

Je tiens à témoigner ma gratitude aux membres du jury :

Monsieur Joël ANKRI

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Faculté de Médecine Université de Versailles Saint Quentin

Chef de service Centre de Gériatrie, Hôpital Sainte Péline

Directeur de l'UMR 1168 INSERM-UVSQ

Pour nous avoir fait l'honneur d'accepter d'être le Président du jury.

Veillez trouver l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Madame Stéphanie TUBERT JEANNIN

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, UFR Odontologie Université Clermont Auvergne

Doyen de l'UFR Odontologie Université Clermont Auvergne

Pour nous avoir fait l'honneur d'accepter d'être rapporteur.

Veillez trouver l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect pour l'intérêt porté à mon travail et pour votre patience.

Madame Véronique DUPUIS

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, UFR des Sciences Odontologiques, Université de Bordeaux

Chef de Pôle d'Odontologie et de Santé Buccale, Responsable de l'Unité de Médecine bucco-dentaire GH Saint André

Pour nous avoir fait l'honneur d'accepter d'être rapporteur.

Veillez trouver l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect pour l'intérêt porté à mon travail et pour votre patience.

Monsieur Pierre LOMBRIL

Professeur des Universités, Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité

Directeur Adjoint Laboratoire Educations et Pratiques de Santé EA 3412

Chef du Département de Santé Publique, GH Paris Seine St-Denis AP-HP

Pour nous avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre du jury.

Veillez trouver l'expression de mon profond respect et ma gratitude pour avoir accepté d'accompagner ce travail de recherche, pour vos remarques constructives, vos encouragements.

Monsieur Gérard LEVY

Professeur Emérite des Universités, UFR Odontologie, Paris Descartes

Doyen Honoraire UFR Odontologie, Paris Descartes

Pour nous avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre du jury.

Veillez trouver l'expression de mon profond respect et mes sincères remerciements d'avoir soutenu mon entrée au LEPS et d'avoir accepté d'accompagner ce travail de recherche.

Monsieur Rémi GAGNAYRE

Professeur des Universités, Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité

Directeur Laboratoire Educations et Pratiques de Santé EA 3412

Pour avoir accepté de diriger cette thèse.

Veillez trouver l'expression de mon profond respect et ma gratitude pour vos remarques précieuses, subtiles et pertinentes, pour votre discernement, pour l'intérêt porté à ce travail de recherche. Mes remerciements les plus sincères.

Je tiens à remercier sincèrement ici les nombreuses personnes qui ont contribué à cette entreprise collective qu'est une thèse de doctorat :

Mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont acceptées d'être interviewées dans le cadre de cette recherche.

Au Docteur Sylvie Azogui-Levy, d'avoir accepté d'être dans mon comité d'accompagnement, à qui j'exprime ici ma gratitude.

A toute l'équipe du LPES, pour tous ces échanges et cette convivialité dans le travail. Au Professeur Jean-François d'Ivernois, à Claire Marchand et à Vincent De Andrade pour leurs apports constructifs à mon travail. Merci Anne, Frédérique et Olivia de votre soutien !

A mes confrères et consoeurs en gériatrie, j'exprime ma plus sincère reconnaissance :

Au Docteur Jean-Claude Tavernier, toujours présent dans mon parcours professionnel depuis ma 4^{ème} année, de nombreux échanges variés, intéressants, beaucoup d'humour et de gentillesse. J'éprouve un profond respect pour notre lien amical.

Au Professeur Louis Maman, pour avoir toujours soutenu avec persévérance ma pratique spécifique et ouvert les portes des hôpitaux pour que l'odontologie gériatrique s'y développe. Je vous exprime ici ma profonde et sincère gratitude. Merci beaucoup.

Au Docteur Agnès Finet, pour m'avoir ouvert les portes de l'odontologie gériatrique internationale. A ton travail sans relâche, à tes valeurs et à ta modestie.

Au Docteur Jean-Louis Charvet, pour la construction ensemble d'une pratique d'odontologie gériatrique respectueuse de l'individu et de notre déontologie. De nombreux échanges drôles ou tumultueux mais toujours dans l'intérêt du patient et dans le respect de l'autre. J'éprouve un grand respect pour notre amitié. Sans toi, ma pratique ne serait pas la même!

Au Docteur Amina Lahlou, pour m'avoir initiée au monde de la gériatrie médicale.

A Alexandre Gautier, Maxime Bibaut, Halima Benderdouch, à cet intérêt commun et cette bataille permanente au quotidien pour le développement de la prise en charge de la personne âgée dépendante et des personnes vulnérables.

A tous les étudiants du DU de la consultation d'odontologie gériatrie et les externes depuis 2010 : enseigner oblige à mieux comprendre, approfondir ses connaissances et sa pratique. Un grand merci à Marie-Claire et Nicole, de votre implication avec chaleur et professionnalisme dans cette consultation. Vous me manquez.

Au Docteur Radia Benbelaïd pour m'avoir insufflée son énergie d'avancer et au Docteur Philippe Tramba, pour m'avoir remis le pied à l'étrier et redonné le goût de la pratique libérale.

LAST BUT NOT LEAST, je remercie :

Mes parents, pour leurs disponibilités, leur soutien, avec discrétion et simplicité, depuis tant d'années, et pour m'avoir éduquée au respect du parcours de vie de chacun.

Les piliers de ma vie : Gregory, le père de mes enfants, mon compagnon de vie et mon époux, pour tous ces moments de joie et ces événements traversés. Ce lien fondamental qui nous unit est inaltérable. A mes enfants, Polyana, Oxana et Ilyana, les mots sont insuffisants pour décrire ce que vous êtes dans ma vie et combien je vous remercie de m'avoir soutenue, à votre mesure, au long de ce travail de recherche.

Ma famille : Sophie, Willi, Juliette, Cyrille, Priscila, Emilio, Maylis, Ravi, Leïla, Aude, Ismaël. Merci d'être là et de former une famille. A ma sœur Sophie, pour ses encouragements indéfectibles si précieux.

Mes amies : Lucile, Françoise, Thanh-Giao et Ruxandra qui m'ont acceptées avec mes défauts, mes qualités et mon originalité depuis si longtemps. Nos « silences radio » ne sont que la preuve de notre amitié sans faille.

Ceux, enfin, qui ne sont plus visibles aujourd'hui, mais dont les actions et les échanges m'ont permis d'aboutir à l'ensemble de ce travail. L'éternité réside dans le cœur de chacun.

SOMMAIRE

Liste des figures	9
Liste des tableaux	11
Liste des annexes	12
Liste des abréviations	13
Introduction	14
1 . Constats	18
1.1 La santé bucco-dentaire chez les personnes âgées	18
1.1.1 Les recommandations nationale et internationale.....	18
1.1.2 Les liens entre santé générale et santé bucco-dentaire.....	21
1.1.3 La santé bucco-dentaire des personnes âgées en France	25
1.2 Difficultés de définir la personne âgée autonome	27
1.2.1 Hétérogénéité de la population « personne âgée ».....	28
1.2.2 Modèle de vieillissement.....	30
1.2.3 Une première approche de définition de la personne âgée autonome	35
1.3 L'existence des croyances et des représentations en santé bucco-dentaire	36
1.3.1 Sur la bouche et les dents	37
1.3.2 Les différents types de représentations autour de la personne âgée.....	41
1.3.3 De la nécessité d'explorer les représentations cognitives de la personne âgée autonome sur sa santé bucco-dentaire.....	46
1.4 Les interventions d'éducation pour la santé bucco-dentaire	48
1.4.1 Les interventions d'éducation existantes dans le champ de la santé bucco-dentaire.....	48
1.4.2 L'apprentissage chez le sujet âgé	55
1.4.3 La nécessité de l'élaboration de programmes d'éducation en santé bucco-dentaire.....	61
2 . Problématique et question de recherche	64
2.1 Le modèle de planification Precede comme cadre structurant de la problématique	66
2.1.1 Choix du modèle de planification Precede	66
2.1.2 Les facteurs pré-disposants dans le modèle de Precede.....	71
2.1.3 Articulation entre les différents modèles théoriques de référence	74
2.2 Recension des écrits et collection des données variées selon le modèle de planification Precede	83
2.2.1 Analyse des données de la recension des écrits par le modèle de planification Precede	84
2.2.2 Résultats des étapes 1 et 2 (social et épidémiologique)	88
2.2.3 Résultats des étapes 3 et 4 (comportemental/environnemental/éducatif/organisationnel)	92
2.2.4 Résultats de l'étape 5 (politique et administratif)	101
2.3 Nécessité de recherches sur les facteurs pré-disposants selon le modèle de planification Precede	103
2.4 Objectif de la recherche	104

3	.Cadre théorique et méthode	106
3.1	Choix des modèles théoriques pour l'étude des représentations	106
3.1.1	Définition des représentations cognitives	106
3.1.2	Health Belief Model mise en relation avec le modèle Précède	110
3.2	Population	115
3.2.1	Définition de la population cible	115
3.2.2	Echantillonnage et population de l'étude	116
3.3	Technique de recueil des données	118
3.3.1	Entretien individuel semi-directif et technique d'analyse	118
3.3.2	Traitement des données par théorisation ancrée	121
3.3.3	Le GOHAI	125
3.4	Conditions éthiques	126
4	.Résultats des entretiens	128
4.1	Caractéristiques de l'échantillon d'étude	128
4.1.1	Caractéristiques générales	128
4.1.2	Scores GOHAI dans l'échantillon	130
4.2	Etape de codification	131
4.2.1	Démarche	131
4.2.2	Résultats	133
4.2.3	Commentaires	151
4.3	Etape de catégorisation	152
4.3.1	Démarche	152
4.3.2	Résultats	153
4.3.3	Commentaires	157
4.4	Etape de mise en relation	158
4.4.1	Démarche	158
4.4.2	Résultats	159
4.4.3	Commentaires	162
4.5	Etape de l'intégration	163
4.5.1	Démarche	163
4.5.2	Résultats	163
4.5.3	Commentaires	165
5	.Discussion générale	168
5.1	Discussion de proximité	168
5.1.1	Les représentations cognitives en santé orale	169
5.1.2	Le comportement de santé orale dans notre échantillon	171
5.1.3	La mise en évidence de nombreuses catégories	176
5.2	Discussion générale	178
5.2.1	Discussion sur les modèles choisis	178
5.2.2	Une vision plus large de la santé orale	183
5.2.3	Les apports pour un programme d'éducation pour la santé orale des personnes âgées autonomes	184
5.3	Interroger les politiques de santé orale en France	187
5.4	Les limites de ce travail de recherche	190

6 .Perspectives	192
6.1 Pistes pour la proposition d'un programme d'éducation pour la santé orale des personnes âgées.....	192
6.1.1 Proposition d'un modèle participatif adossé aux représentations.....	192
6.1.2 Propositions pour l'élaboration d'un programme de santé orale pour les personnes âgées.....	193
6.2 Pistes de recherche	195
6.2.1 Caractérisation du comportement de santé orale.....	195
6.2.2 Quels types d'éducatons, quels types d'interventions en santé	196
Conclusion	202
BIBLIOGRAPHIE	205
ANNEXES.....	226
Annexe I : Guide d'entretien.....	227
Annexe II : Tableaux des résultats de l'étude.....	237
Annexe III : Liste détaillée des catégories	244
Annexe IV : Verbatim des entretiens de 1 à 12	259

Liste des figures

Figure 1 Modèle de fonctionnement maximal de J.W. Rowe et R.L. Kahn (1987, 1988)	31
Figure 2 Modèle de l'optimisation sélective avec compensation de P. et M. Baltes (1990)	32
Figure 3 Modèle de l'ajustement de la personne âgée à son environnement de T.A. Glass et J.L. Balfour (2003)	33
Figure 4 Modèle de l'actualisation optimale du potentiel en lien avec le sens de la vie de G.Leclerc (2007)	34
Figure 5 Recension d'écrit qualitative sur les programmes d'éducation en santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes	51
Figure 6 Modèle de planification PRECEDE/PROCEED de M.C.Green & M.W.Kreuter (1991). Health promotion Planning (2 nd ed.)	67
Figure 7 Modèle de planification PRECEDE/PROCEED de Green & Kreuter (1991). Health promotion Planning (2 nd ed.). Focus sur le manque de données concernant les facteurs prédisposants	73
Figure 8 Articulation des modèles théoriques de référence pour l'élaboration d'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes quelques soit la nature du focus	76
Figure 9 Modèle écologique de développement humain de Urie Bronfenbrenner	81
Figure 10 Articulations des différents modèles théoriques dans le choix d'un focus sur les facteurs prédisposants	83
Figure 11 Présentation des résultats de la recension d'écrits en s'appuyant sur le modèle PRECEDE de Green et Kreuter	87
Figure 12 Exemple de la pomme pour illustrer la définition d'une représentation cognitive	108
Figure 13 Health Belief Model (Rosenstock, 1966,1974 ; Becker et Mainman 1975, Becker et Rosenstock,1984)	112
Figure 14 Organisation des modèles théoriques et des concepts de l'étude de recherche. Choix d'un focus sur les représentations cognitives dans le comportement de santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes	115
Figure 15 Structure du guide d'entretien s'adossant sur le HBM	120
Figure 16 Répartition par maladie du nombre d'évocation au thème concernant l'attribution causale (12 entretiens)	134
Figure 17 Répartition par maladie du nombre d'évocation au thème concernant le mécanisme d'apparition (12 entretiens)	135
Figure 18 Répartition par maladie du nombre d'évocation au thème concernant la croyance en une action efficace (éviter) (12 entretiens)	136
Figure 19 Répartition par maladie du nombre d'évocation au thème concernant la croyance en une action efficace (soigner) (12 entretiens)	137
Figure 20 Répartition du nombre d'évocation de chaque thème par maladie concernant la perception de la gravité (12 entretiens)	138

Figure 21 Répartition par thème du nombre d'évocation concernant « avoir une mauvaise santé bucco-dentaire » (12 entretiens)	141
Figure 22 Répartition par thème du nombre d'évocation concernant « être en bonne santé bucco-dentaire » (12 entretiens)	143
Figure 23 Répartition par thème du nombre d'évocation concernant « avoir une sensation de confort dans la bouche » (12 entretiens)	143
Figure 24 Répartition par thème du nombre d'évocation concernant « à quoi ressemble une dent en bonne santé » (12 entretiens)	144
Figure 25 Répartition par thème du nombre d'évocation concernant « à quoi ressemble une gencive en bonne santé » (12 entretiens)	145
Figure 26 Graphique des thèmes en tenant compte du phénomène de saturation (12 entretiens)	154
Figure 27 Répartition du nombre d'évocation représentations favorables (RF) et non favorables (RNF) selon les différentes parties des 12 verbatim	155
Figure 28 Mise en relation en faveur du phénomène de l'effet générationnel (12 entretiens)	161
Figure 29 Etape d'intégration faisant apparaître un comportement de santé orale de cet échantillon (12 entretiens)	164

Liste des tableaux

Tableau 1 Tableau de synthèse de la situation socio-économique des répondants	129
Tableau 2 Tableau des scores explorés par le GOHAI dans notre échantillon	130
Tableau 3 Les 21 thèmes récurrents avec en gras ce qui arrivent à saturation dès les premiers entretiens	149
Tableau 4 Répartition des thèmes selon les questions de santé bucco-dentaire	238
Tableau 5 Utilité d'une bonne santé bucco-dentaire	240
Tableau 6 Tableau avec les réponses concernant les questions sur le lien entre santé générale et santé bucco-dentaire	242
Tableau 7 Tableau de synthèse du recours aux soins des répondants	243
Tableau 8 Catégories par le nombre de présence par verbatim	246

Liste des annexes

- Annexe I :** *Guide d'entretien : Version initiale
Version finale*
- Annexe II :** *Tableaux des résultats de l'étude*
- Annexe III :** *Liste détaillée des catégories*
- Annexe IV :** *Verbatim des entretiens de 1 à 12
Présentation de la population de l'étude
Entretiens retranscrits*

Liste des abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
HAS : Haute Autorité de Santé
BD : Bucco-Dentaire
BPS : Biopsychosocial
HBM : Health Belief Model
HL : Health Literacy
OHL : Oral Health Literacy
GOHAI : Geriatric Oral Health Assessment Index
ETP : Education Thérapeutique du Patient
ESF : Education à la Santé Familiale
ARS : Agence Régionale de Santé
DN : Dental Neglect
SE : Self-efficacy
CAO : Indice sur le nombre de dents Cariées, Absentes, ou Obturées par individu
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
CD : Chirurgien-Dentiste

Introduction

Ce travail se propose de préciser les hiatus constatés entre l'état de la connaissance scientifique, les politiques de prévention impulsées par les institutions françaises et internationales et l'état de santé bucco-dentaire réel des personnes âgées avec comme objectif à court terme de concevoir un comportement de santé et des objectifs de santé bucco-dentaires possibles pour cette population. Et à moyen et long terme, de contribuer à la conception, dans une perspective de promotion de la santé, d'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes.

Un tel programme en France semble intéressant dès qu'il s'appuie sur une analyse précise des obstacles qui empêchent actuellement son implantation. Au vu de l'ensemble des paramètres entrant en jeu, le choix de l'approche guidant le programme s'avère fondamental.

Notre première partie posera un ensemble de constats d'actualités sur les paramètres entrant en jeu dans le domaine de l'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées. Ce dernier est un enjeu de santé publique qui est partagé au niveau international, de l'OMS-monde à la HAS en France, et fait l'objet de nombreuses recommandations. Cependant, malgré les interactions attestées par la littérature entre la santé bucco-dentaire et la santé générale, malgré les connaissances scientifiques et odontologiques actuelles, nous observons que l'état bucco-dentaire de la population âgée est globalement mauvais. D'autant plus quand la personne est âgée, dépendante et en institution. Nous nous situons dans le cadre de la prévention, en amont de la dépendance et de la dégradation importante de l'état bucco-dentaire dans ce moment de vie, quand l'individu peut encore agir par lui-même sur sa santé. Abstraction faite, dans notre recherche, de la population dépendante, la notion de personne âgée autonome reste encore vaste. Nous proposons de la définir dans une approche de vieillissement réussi en s'appuyant

sur le modèle de l'actualisation optimale du potentiel en lien avec le sens de la vie de G. Leclerc (2007). A ce stade, un autre constat doit être fait sur les représentations et les croyances existantes en santé bucco-dentaire et notamment par rapport à la personne âgée. Elles sont nombreuses et variées. Aussi nous allons les aborder sous différents angles. D'abord celles portant sur la cavité buccale, la bouche et les dents. Puis sur la personne âgée du point de vue de la personne elle-même et de l'environnement qu'il soit professionnel de santé ou non. Cette constatation donne naissance à une interrogation concernant la place des représentations dans le comportement de santé bucco-dentaire de la personne âgée autonome, surtout dans une perspective d'éducation pour la santé. Une recension qualitative des écrits sur les interventions existantes d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes souligne la faible quantité de travaux sur la thématique de l'éducation et encore plus sur celle des représentations. Deux revues de littérature soulèvent les limites des interventions actuelles avec en filigrane le manque de prise en compte des capacités d'apprentissage de la personne âgée et la nature des approches qui ne semblent pas suffisamment systémique. L'ensemble de ces constats montre la nécessité d'élaborer des programmes d'éducation en santé bucco-dentaire pour les personnes âgées autonomes.

Les problématique et question de recherche sont l'objet de la seconde partie et se lisent dans une perspective de promotion de la santé reposant sur le modèle biopsychosocial interactionniste au sens de Watzlawick (1975). La complexité de cette recherche ainsi que son caractère innovant nous incite à choisir le modèle de planification PRECEDE PROCEED de Green et Kreuter (1990). Il est décliné comme cadre structurant notre problématique dans une première sous-partie puis comme outil d'analyse de notre recension d'écrits dans une deuxième sous-partie. En effet, ce modèle est une référence pour l'élaboration d'une intervention en santé par sa vision structurante et globale. Il tient compte de nombreux facteurs influençant cette conception comme les facteurs pré-disposants qui incluent les représentations et les croyances. Il est adaptable à différents types d'interventions par sa capacité à

accueillir le ou les modèles de références adaptés(s) à l'intervention en santé choisie. L'approche socio-écologique de notre recherche se réfère au modèle écologique de développement humain de Bronfenbrenner (1994). Cette approche dans le cadre de ce modèle de planification selon un modèle de vieillissement réussi de notre population, nous permet de présenter de façon organisée le résultat de notre collection de données variées émanant d'une recension d'écrits qualitative. Il est mis en évidence le manque de travaux sur les facteurs pré-disposants en santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes. Nous terminerons ce chapitre en présentant les objectifs et question de recherche qui consistent à mettre en évidence la place des représentations cognitives dans le comportement de santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes.

L'étude dans notre recherche fait l'objet de la troisième et quatrième partie. En s'adossant au modèle de planification Précède de Green et Kreuter, et dans la perspective de l'élaboration d'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes, nous introduisons le concept de représentations cognitives de Meunier (2002) et le modèle de croyance en santé ou *Health Belief Model (HBM)* (1984) pour caractériser les représentations cognitives dans le comportement de santé orale. Notre méthodologie de recherche est de type qualitatif. A partir d'un recueil de données basé sur 12 verbatim, obtenu en utilisant un guide d'entretien semi-directif et le questionnaire GOHAI, notre méthode d'analyse se présente selon les étapes de la théorisation ancrées décrites par Paillé (1994) de l'étape de codification à celle de l'intégration. Il est mis en évidence la place relative des représentations et des connaissances autour de la santé bucco-dentaire, le positionnement de la mauvaise santé bucco-dentaire comme état de référence dans les discours des répondants, la reconnaissance unanime de l'utilité d'avoir une bonne santé bucco-dentaire, la définition de nombreuses catégories qui participent à la définition du comportement de santé de l'individu et enfin la place des représentations cognitives dans ce comportement de santé orale.

Dans la 5^{ème} partie sont discutés les apports des résultats de l'étude, les choix de postures et de méthodologie de notre recherche ainsi que ses limites. Une interpellation des politiques de santé va ouvrir sur les perspectives développées dans la 6^{ème} partie. Elles se présentent sous deux angles. Le premier est dans la suite logique de notre travail de contribution à la conception d'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées. Le deuxième pose les questions de la caractérisation actuelle du comportement de santé orale et dans quelles types d'interventions en éducation en santé les apports de notre travail de recherche peuvent être pertinents.

1 . Constats

La santé bucco-dentaire des personnes âgées est une thématique désormais présente à de multiples plans de notre société : individuel, familial, médiatique et administratif [HAS, 2010], [Dupuis, 2010], [Ettinger, 2007], [van der Putten et al, 2014]. Pour autant, les réponses tardent à se concrétiser. Aussi, avant de poser la problématique de notre recherche, il est nécessaire de contextualiser le problème de santé publique, la définition de notre population cible, les capacités d'apprentissage de cette population ainsi que l'existence de croyances et représentations hétérogènes et enfin les limites dans les programmes de promotion de la santé bucco-dentaire recensés pour cette population.

1.1 La santé bucco-dentaire chez les personnes âgées

Ce thème est complexe de part sa forte composante multidimensionnelle : sociale, culturelle, économique, accès au service de santé, qualité de vie [Petersen, 2010], [Garcia, 2008], [Maida, 2012], [Scambler, 2008]. Par conséquent, il est nécessaire, tout au long de cette 1^{ère} partie, de mettre en exergue les points principaux que sont les recommandations existantes, les liens entre santé générale et santé bucco-dentaire et enfin les données disponibles sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées en France.

1.1.1 Les recommandations nationale et internationale

Apparus dès les années 1980, les enjeux relatifs à la santé bucco-dentaire des personnes âgées ont été relativement rapidement identifiés au niveau international. Nous allons donc, d'abord, mettre en avant les recommandations existantes. Comme le contexte politique de santé bucco-dentaire concernant les personnes âgées en France reste imprécis [HAS, 2010], [Rapport Cours des Comptes, 2010], [AGIRC et ARRCO, 2014], nous tenterons ensuite de montrer les contours des actions existantes sur le territoire français.

Depuis 2010, l’OMS-Monde recommande vivement aux pays d’établir des programmes de santé bucco-dentaire pour répondre aux besoins des personnes âgées [Petersen, 2010]. En effet, il a été noté que les systèmes de prise en charge bucco-dentaire des pays développés sont peu utilisés par cette tranche de la population; le manque d’implication politique des gouvernements ou de participations financières des assurances maladies ou complémentaires rendant en grande partie inabordable l’accès aux soins.

L’OMS-Monde constate que les programmes de prévention cherchant à toucher la population âgée sont rares et reflètent le défaut de politique de santé bucco-dentaire dans ce domaine. Elle préconise l’intégration de la santé bucco-dentaire dans un programme national de santé générale pour améliorer la qualité de vie de cette population [Petersen, 2010].

Avant de poursuivre, il est nécessaire de faire un aparté pour mettre en parallèle cette recommandation de programme de santé bucco-dentaire avec quelques points caractéristiques de la Charte d’Ottawa (1986) et de la Déclaration de Sundsvall (1991). Ces dernières insistent en effet sur certains facteurs incontournables pour élaborer un programme de santé : la définition de milieux favorables, l’importance de l’éducation et de l’empowerment pour permettre aux communautés et aux individus de contrôler leur santé et leur environnement et, enfin, le renforcement de la coopération entre les programmes et les stratégies de promotion de la santé [Absil, 2004] [Bourbillon, 2004].

Les pays européens n’échappent pas au constat dressé par l’OMS-monde. En effet, ils montrent que la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dans les différents pays d’Europe présente des caractéristiques communes [Anatassia, 2011]. Les politiques de santé bucco-dentaire tendent à être dissociées des autres politiques de santé. Par ailleurs, elles ont été centrées ces dernières années sur la santé bucco-dentaire des enfants. La situation des personnes âgées a été, pour sa part, négligée, bien qu’il s’agisse de la tranche d’âge croissant le plus rapidement. Les auteurs recommandent une formation multidisciplinaire aux soins pour la personne âgée

(médecin, dentiste, personnel soignants, aide à domicile) [Anatassia, 2011] [Nitschke, 2005].

En France, il existe un hiatus réel entre la prise de conscience de cette question et les mesures effectivement mises en œuvre. En 2010, la Haute Autorité de Santé (HAS) reconnaissait que les populations à risque de caries élevé étaient les personnes âgées dépendantes, à domicile et en institution, ainsi que les populations en situation socio-économique défavorisée. Pourtant, et dans le même temps, elle admettait que les programmes actuels de prévention bucco-dentaire touchaient la population avant 18 ans et portaient sur une stratégie de prévention secondaire [HAS, 2010].

De la même façon, les mesures mises en place tendent à être incomplètes ou non systématisées. Ainsi le Plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009 [Livre des plans de santé publique, 2009] a-t-il proposé des mesures expérimentales précises, telles que la prise en charge de la santé bucco-dentaire des résidents de 12 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Dans ces établissements, répartis dans 3 départements, le personnel devait bénéficier d'une formation le sensibilisant à l'hygiène bucco-dentaire et les résidents d'un examen systématique ainsi que de soins de base. A ce jour, aucun résultat n'est disponible sur cette expérimentation. Durant cette même période, la HAS recommandait également aux professionnels de santé et aux personnes intervenant auprès des personnes âgées de dispenser des conseils d'éducation pour la santé bucco-dentaire, sans toutefois préciser le contenu ni les modalités de formation initiale et continue des professionnels [Livre des plans de santé publique, 2009]. Aujourd'hui, plusieurs projets, portés par différentes Agences Régionales de Santé (ARS) de France, sur la santé bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes sont en cours d'élaboration ou de réalisation.

Enfin, comme l'observait la Cours des Comptes en 2010, il n'existe pas de cohérence nationale quant à la prise en charge bucco-dentaire [Rapport Cours des Comptes, 2010], notamment de la personne âgée et encore moins quand elle est autonome. Et ceci ne va pas en s'améliorant [Rapport Cours des Comptes, 2016].

Cependant, des actions de promotion de la santé bucco-dentaire des personnes âgées doivent être activement mis en œuvre. Le vieillissement de la population fait apparaître, dans cette population, des maladies bucco-dentaires qui ont un impact sur la santé générale, comme nous allons le voir dans les 2 prochaines sous parties.

1.1.2 Les liens entre santé générale et santé bucco-dentaire

La cavité buccale constitue un miroir de la santé générale et une des premières étapes de défense de l'organisme vis-à-vis des agressions extérieures. Certaines maladies générales favorisent l'apparition, la progression ou la gravité de maladies buccodentaires. Inversement, certaines maladies bucco-dentaires peuvent avoir des conséquences à plus ou moins long terme et favoriser l'apparition, la progression ou l'aggravation de certaines maladies générales [Menard, 2016].

Depuis une décennie, les travaux qui établissent les répercussions d'un mauvais état bucco-dentaire sur la qualité de vie des personnes âgées se sont multipliés [Petersen, 2005]. Des recherches ont ainsi mis en évidence des liens entre la santé bucco-dentaire et la dénutrition [HAS, 2007] [Léonard et Dupuis, 2010] [Yoshida, 2011], les candidoses [Webb, 2005] [Evren, 2011] [Léonard et Dupuis, 2010], les pneumopathies [Etude IDAS, 2008] [El-Solh, 2011], le diabète [Hintao, 2007] [Chàvarry, 2009] [Charon, 2010], la polymédication [Alcino Gueiro, 2009] [Léonard et Dupuis, 2010] et la démence [Ettinger, 2010]. Une corrélation est observée entre les infections orales et la mortalité précoce [Hämäläinen, 2005], [Etude IDAS, 2008].

Nous passerons ici en revue chacune de ces différentes pathologies pour faire une brève synthèse de l'état de la recherche et expliciter ce lien entre santé orale et certaines pathologies générales. Ceci afin de mieux mettre en évidence l'importance de maintenir un bon état de santé bucco-dentaire chez les personnes âgées atteintes de ces pathologies ou susceptibles d'en être atteints.

Concernant la **dénutrition**, nous n'aborderons que les troubles de la mastication et de la déglutition parmi les origines de la dénutrition bien que la HAS ait défini dix situations à risque de dénutrition chez la personne âgée [HAS, 2007]. Les troubles de la déglutition ont pour causes possibles des pathologies ORL, neurodégénératives ou vasculaires. Mais une bonne déglutition sous-entend également un calage de la mandibule par des contacts postérieurs dento-dentaires naturels ou prothétiques [Léonard et Dupuis, 2010].

Le nombre de dents saines présentes en bouche est un facteur important de la mastication et de la déglutition. Il existe une corrélation forte entre le nombre de paires de dents opposables (unités fonctionnelles masticatoires) et les mécanismes de mastication-déglutition. S'il y a moins de 6 groupes prémolo-molaires, ces mécanismes deviennent difficiles [Léonard et Dupuis, 2010]. La bonne capacité fonctionnelle masticatoire d'un individu le protège de la dénutrition ou de la malnutrition [Tavitian, 2010]. Il a également été observé [Yoshida, 2011] que la perte de contact entre les dents naturelles postérieures affecte l'absorption de vitamine C et l'ingestion d'aliments riches en fibres, entraînant une diminution de la consommation de légumes et une augmentation de la consommation de sucre. De plus, une forte association a été mise en évidence entre un mauvais état bucco-dentaire et un état de malnutrition [Poisson, 2014].

La présence de prothèses amovibles ne prévient ces troubles de la mastication que de façon partielle car en présence de ce type de prothèse, la capacité masticatoire diminue d'environ 50% par rapport à une dentition intacte [Léonard et Dupuis, 2010]. La capacité d'un individu à bien s'alimenter est fortement liée à son état bucco-dentaire.

Concernant les **candidoses**, la relation positive entre une hygiène insuffisante de la prothèse et la présence de candidoses buccales est confirmée par plusieurs études [Webb, 2005] [Evren, 2011]. Il en est de même entre l'hyposialie et la présence de candidose [Poisson, 2014].

Si ce type de candidose (stomatite prothétique) liée à une hygiène insuffisante de la prothèse s'étend à tout le tractus digestif, l'état général du sujet est altéré dû à l'apparition d'un état infectieux entraînant une perturbation de l'apport alimentaire [Webb, 2005] [Léonard et Dupuis, 2010].

Il est démontré également que le nettoyage quotidien de la prothèse et sa désinfection permettent de diminuer significativement la présence de *Candida* en bouche et sur la prothèse [Webb, 2005].

Les **pneumopathies** sont parmi les premières causes de mortalité chez les résidents d'établissements médicalisés gériatriques [El-Solh, 2011]. Le développement et la maintenance d'un programme d'hygiène bucco-dentaire ont un impact bénéfique dans la prévention des pneumonies d'inhalation [Etude IDAS, 2008] [El-Solh, 2011]. Selon van der Maarel-Wierink et *al.*, la meilleure intervention pour diminuer le risque d'apparition de pneumopathie d'inhalation est le brossage des dents après chaque repas avec un nettoyage de la prothèse amovible au moins une fois par jour. L'ensemble associé, pour les personnes âgées dépendantes, à un soin d'hygiène buccal fait une fois par semaine par un personnel soignant [van der Maarel-Wierink, 2012].

Des études montrent également que le **diabète** de type 2 est un facteur de risque des maladies carieuses avec une prévalence plus importante des caries radiculaires [Hintao, 2007] et des maladies parodontales [Chàvarry, 2009]. La présence d'une parodontite active peut poser des difficultés pour contrôler la glycémie chez le diabétique. Les problèmes parodontaux représentent la 6^{ème} complication la plus fréquemment provoquée par le diabète [Charon, 2010].

Une personne diabétique doit donc se rendre régulièrement dans l'année chez son chirurgien-dentiste, d'autant plus s'il est porteur d'une maladie parodontale.

Les effets de la **polymédication** sur la santé orale des patients sont désormais bien documentés (van der Putten et al, 2014) en terme d'effet sur les muqueuses buccales, le goût et l'os alvéolaire. Les traitements médicamenteux multiples pour un même individu sont la principale cause de réduction du flux salivaire engendrant la xérostomie, particulièrement dans les traitements à long terme ou chez les malades chroniques [Alcino Gueiro, 2009].

Or, la salive participe aux fonctions orales d'élocution, de mastication et de déglutition. Elle apporte également un effet anti-carieux et anti-fongique, une protection physique et immunologique de la muqueuse buccale et gastro-intestinale [Alcino Gueiro, 2009] [Léonard et Dupuis, 2010]. Aussi l'hyposialie contribue à l'apparition de sensation de brûlures buccales, un changement des tissus mous, l'halitose, l'intolérance aux aliments épicés, la diminution de la rétention des prothèses amovibles, une altération du goût, des difficulté à mastiquer et déglutir, l'apparition de candidoses, de maladies parodontales et carieuses [van der Putten et al, 2014].

Concernant la **démence**, les données recueillies dans plusieurs études montrent que les patients atteints de démence ont plus de caries coronaires et radiculaires, plus de dents à l'état de racine et plus de dents restaurées ou manquantes comparé au reste de la population des personnes âgées [Ettinger, 2010].

Par conséquent, une surveillance bucco-dentaire accrue devrait être réservée à ces personnes atteintes de démence.

Enfin, il a été observé un **risque de mortalité** multiplié par 3,9 chez des personnes présentant une infection orale, en comparaison à des individus sans infection orale [Hämäläinen, 2005].

Dans leur étude, les auteurs ont observé qu'en cas de mauvais état bucco-dentaire lors d'un internement à l'hôpital, les patients présentent un risque doublé de survenue d'une infection générale [Etude IDAS, 2008].

Cette revue synthétique des principaux liens rappelle que la santé bucco-dentaire fait partie de la santé générale de chaque individu. En partant du constat de l'état bucco-dentaire des résidents dans les Ehpad, *van der Putten* et al [van der Putten et al, 2014] mettent en exergue que le mauvais état oral est potentiellement le nouveau syndrome gériatrique. Face à ce constat, ils préconisent une prise en charge selon les moyens actuels disponibles dans le champ de la médecine par une transformation de la dentisterie en une médecine bucco-dentaire afin que les soins de santé orale soient mieux intégrés dans le système de soins de santé générale. Ceci permettrait que les programmes ou actions de promotion de la santé des personnes âgées, par exemple dans les Ehpad, incluent la santé bucco-dentaire: développer et appliquer des directives sanitaires bucco-dentaires, fournir des aides à l'hygiène orale personnalisée, des prestations de soins de santé orale à domicile, visites d'infirmières ou d'hygiénistes, promouvoir la télédentisterie pour la surveillance de l'état et l'hygiène orale.

1.1.3 La santé bucco-dentaire des personnes âgées en France

Les personnes âgées connaissent des problèmes bucco-dentaires, concomitants ou non, liés à leur état. Ces derniers ont été recensés [Petersen, 2005] comme suit : la perte de dents, la présence ou non de prothèses amovibles, la présence de caries de la surface dentaire radiculaire et du collet, la présence de maladies parodontales, les lésions muqueuses dont celles précancéreuses, les cancers de la cavité buccale, l'absence de salive et plus généralement la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire. Nous pouvons y ajouter les problèmes fonctionnels liés aux modifications accompagnant le vieillissement aux niveaux musculaire, articulaire et neurologique.

Si de nombreux travaux ont été menés sur les conséquences et les risques liés à l'état bucco-dentaires des personnes âgées en France, il n'existe pas, outre les données agrégées de l'OMS, d'état des lieux chiffré et représentatif de cette population au niveau national [Azogui-Levy, 2005].

De façon très globale nous pouvons avancer aujourd'hui que 61,5 % des personnes âgées entre 65 et 74 ans sont porteurs de prothèses amovibles [Dupuis, 2010] et ont donc un édentement partiel ou complet (absence totale de dents en bouche). Les données de l'enquête Handicap-Santé 2008-2009 menée par l'INSSE et la DRESS incluant 14 129 personnes âgées, réparties selon le lieu de vie, montre que parmi des personnes âgées portant ce type de prothèses 45,15% vivent dans leur domicile et 51,5% en institution [Maille, 2017].

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), 37% des personnes âgées vivants à domicile présentent une dent cariée à soigner [HAS, 2010]. En centre d'hébergement, 1/3 sont édentés et 30 à 40% des dentés ont besoins de soins conservateurs [HAS, 2010]. Il existe aussi de nombreux travaux, réalisés à l'échelle locale, sur l'état bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en France avec constats, risques et conséquences [Etude IDAS, 2008] [Martin, 2004] [Dumas, 2003]. L'ensemble de ces travaux met en évidence un mauvais état bucco-dentaire chez les personnes en institution ou hospitalisées.

Il est établi que la tranche de la population française âgée de 65 ans et plus, présente des besoins réels de soins, mais on ne connaît pas leur nature. Parallèlement il est établi que la maladie carieuse est une pathologie accessible à la prévention [HAS, 2010] or l'absence d'une dent a souvent pour cause initiale le manque de soins d'une carie.

La population concernée ici, est un groupe hétérogène. En effet, il est admis de faire une distinction parmi les personnes âgées entre personnes autonomes, personnes fragiles et personnes dépendantes [Ettinger, 2007]. En France, comme à l'international, les chiffres existants sur la santé orale de cette population sont orientés vers la personne âgée dépendante. Aussi, il manque des données nationales récentes permettant de faire un état des lieux chiffré et représentatif de l'état bucco-dentaire de l'ensemble de cette population selon ses caractéristiques, comme par exemple autonomie, fragilité et dépendance.

En France, selon l'Insee, 41.495 chirurgiens-dentistes étaient en activité en 2015 avec une densité de 63 / 100.000 habitants, relativement élevée au regard de la plupart des pays de l'OCDE. Les problèmes posés en termes de santé bucco-dentaire des

personnes âgées viennent donc plus de la répartition géographique des praticiens (sous représentés en zones rurales et périurbaines) et du mode d'exercice (orientés vers des actes rémunérateurs à honoraires libres) que d'une pénurie de soignants. Dans ce contexte, certains besoins de soins ne trouvent que difficilement une offre suffisante et adaptée. Et, en France, le système de rémunération basé sur l'acte de soins et non sur les actions de prévention pénalise notamment cette tranche de la population.

Depuis quelques années différentes associations et réseaux se sont créés pour participer à la prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes : une vingtaine ont été recensés par le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes [CNOCD, consultation web le 15/10/2011]. Leur objectif principal est l'accès aux soins avec, pour certains, l'ajout d'une formation du personnel soignant des établissements prenant en charge les personnes âgées dépendantes.

Aujourd'hui, les résultats quant aux mesures de prévention menées à ce jour et à différents niveaux (réseaux, EHPAD, hôpitaux) ne sont pas encore publiés.

1.2 Difficultés de définir la personne âgée autonome

Le vieillissement est un processus physiologique variable et très individuel. Il est important de pouvoir faire face à cette hétérogénéité sans se limiter à l'âge de l'individu et de tenir compte des changements médicaux, sociaux et psychologiques dans le vieillissement [Cardinal, 2008].

Il est difficile de caractériser cette population aussi nous allons l'envisager sous différents points de vue avant d'aboutir à une première approche de définition de la personne âgée autonome en capacité d'apprentissage.

1.2.1 Hétérogénéité de la population « personne âgée »

La notion de vieillissement ne peut pas être envisagée dans la seule dimension biophysique de déclin universel. Une distinction doit être faite entre la sénescence et l'avancée en âge chronologique [Henrard et Ankri, 2003]. La sénescence est l'expression du déroulement du temps biologique, l'avancée en âge est celle du déroulement du temps chronologique. Elles sont étroites liées mais peuvent s'écarter au fonction des histoires de vies des individus et de l'époque et le lieu où ils vivent [Henrard et Ankri, 2003].

Aussi, une des caractéristiques, la moins pertinente, de cette population peut être l'âge. L'OMS, en référence aux Nations Unies, désigne toute personne ayant plus de 60 ans dans un pays développé comme personne âgée (WHO, site internet consulté le 12/02/2015). Cette définition, comme celle par l'âge de la retraite, est retenue pour définir administrativement la population âgée. Mais elle n'est pas opérante dans le domaine de la santé [Henrard et Ankri, 2003]. On peut aussi parler de 3^{ème} âge, 4^{ème} âge, voir même de 5^{ème} âge. Mais la définition de ces derniers termes reste floue. Cette classification par l'âge est trop généraliste et ne reflète en rien l'état de santé ni les capacités de la personne [Cardinal,2008]. L'âge chronologique est un mauvais indicateur des capacités fonctionnelles et des modes de vies. Il est souvent confondu avec les attentes sociales et les valeurs culturelles par lesquelles un individu ou un groupe est étiqueté d'âgé [Henrard et Ankri, 2003]. En parallèle, il existe une caractérisation médicale de la personne âgée. Elle distingue les individus selon leur niveau d'autonomie et remplace la notion de vieillesse par celle de perte d'autonomie. Une personne en perte d'autonomie présente des incapacités physiques, psychiques ou sociales qui peuvent s'accompagner de maladies aiguës ou chroniques. Bien plus que la nature des incapacités, ce sont leur simultanéité, leur intensité, leur durée, leurs répercussions fonctionnelles négatives et les possibilités de les compenser qui déterminent la perte d'autonomie [Cardinal, 2008]. On a donc des personnes âgées autonomes, fragiles et dépendantes hors de toute distinction d'âge.

Le concept de fragilité se définit comme une forme de vulnérabilité que présente la personne face aux défis que pose son environnement. Les phénotypes de la fragilité ne correspondent à aucune pathologie particulière mais plutôt à un ensemble de facteurs de vulnérabilité fortement prédictif de l'apparition de problèmes de santé et d'incapacités physiques, physiologiques et sociales [Cardinal, 2008].

Toutefois cette classification est réductrice sur deux plans. Il n'y a pas de prise en compte de la vision subjective du vieillissement ni de la nature des incapacités. Ces dernières sont toutes deux mises au même niveau.

Aujourd'hui en gérontologie, deux approches existent [Dictionnaire du corps, 2007]. La plus ancienne envisage le vieillissement comme un processus linéaire caractérisé par des pertes et des déficits. Les discours de prévention qui y sont associés débouchent sur de la culpabilisation puisqu'actuellement il existe des moyens d'actions pour éviter cette dégradation. L'autre envisage le vieillissement comme un processus où l'organisme peut récupérer et s'adapter nécessitant une intervention plus importante de l'environnement. Cette approche centrée sur le « bien vieillir » est particulièrement intéressante dans la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées [Baranès, 2008] car elle ouvre un champ possible sur la prévention du vieillissement oral et l'amélioration de la qualité de vie.

Cependant, sur le plan social, deux conceptions contradictoires du statut d'aîné apparaissent: d'une part la valorisation d'une certaine expérience, d'une certaine sagesse, d'un temps libéré et d'autre part, une exclusion sociale non négligeable et insidieuse qui s'insinue dans les différents domaines de la vie quotidienne [Bourdessol, 2009].

Nous pouvons caractériser, comme Leroy [Doumont, 1999], les « personnes âgées » comme des adultes matures en continuel devenir et confrontés à des périodes de crise. Cette crise comporte trois dimensions : la crise d'identité (rapport à soi-même et aux valeurs), la crise d'autonomie (rapport à la satisfaction des besoins) et la crise d'appartenance (rapport à la société et au courant même de la vie). Nous pouvons rapprocher ces propos aux travaux de Erik Erikson (1986) sur les dernières étapes de la vie qui décrit un processus de déroulement des étapes du parcours de vie par une succession de crises lors du passage de l'une à la suivante. Si

ces crises ont été imparfaitement résolues, elles laissent des traces qui peuvent être réactivées en fin de vie [Henrard et Ankri, 2003].

Amyot [Doumont, 1999] révèle qu'il existe une confusion entre vieillissement qu'il définit « comme un processus qui se poursuit toute notre existence » et la vieillesse qu'il définit « comme un état qui se constate ».

La personne vieillissant ne peut donc pas être réduit à un âge ou à un être biologique. C'est un être pensant et sensible, un être social [Henrard et Ankri, 2003] qui souhaite poursuivre sa vie dans les meilleurs conditions possibles.

1.2.2 Modèle de vieillissement

Parmi les nombreux auteurs ayant proposés des modèles conceptuels pour un vieillissement réussi, nous pouvons citer : Rowe et Kahn (1987,1988), Baltes (1990), Glass et Balfour (2003), Leclerc (2007), Cardinal et al. (2008).

Le modèle de fonctionnement maximal de J.W. Rowe et R.L. Kahn (1987, 1988) (*Figure 1*) repose sur une étude longitudinale s'échelonnant sur 10 ans avec un suivi de 1000 participants de 65 ans et plus [Arcand et Hébert, 2007]. Ce modèle repose sur 2 postulats, à savoir qu'il faut établir une différence entre le vieillissement normal et le vieillissement réussi et redéfinir la manière de comprendre le concept de réussite. Les auteurs conçoivent alors le vieillissement réussi comme un fonctionnement biopsychosocial au dessus de la normale et qu'il n'est pas dû au hasard mais est le fruit de nos efforts et de nos choix. Pour eux, une bonne définition du vieillissement réussi doit tenir compte de tous les aspects du vieillissement et pas seulement l'absence de maladies ou d'incapacités, et mettre en évidence la part de responsabilité personnelle dans la manière de vieillir [Arcand et Hébert,2007]. Il peut être reproché à ce modèle de présenter une vue idéale du vieillissement entraînant la proposition d'un modèle restrictif et élitiste de l'avancée en âge qui finit par exclure du vieillissement réussi toutes les personnes malades, en perte d'autonomie, moins actifs intellectuellement ou socialement [Arcand et Hébert,2007] [Cardinal,2008].

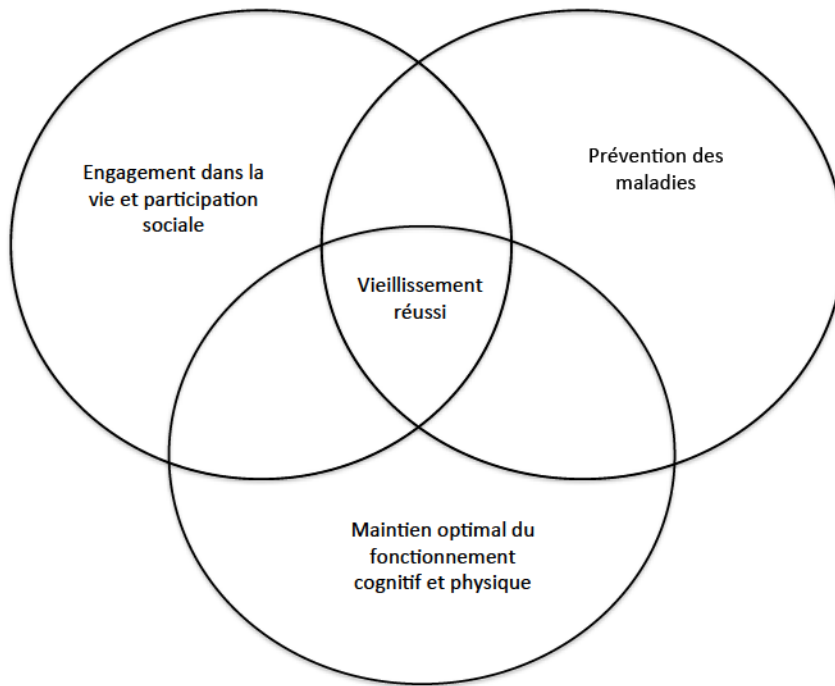


Figure 1 *Modèle de fonctionnement maximal de J.W. Rowe et R.L. Kahn (1987, 1988)*

Le modèle de l'optimisation sélective avec compensation de Paul et Margaret Baltes (1990) (Figure 2) fait intervenir un processus d'adaptation en s'appuyant sur 2 concepts, à savoir celui de la variabilité interindividuelle et celui de la plasticité intra-individuelle, s'articulant autour de trois processus : la sélection, l'optimisation, la compensation. Ce modèle est pertinent quant à la spécificité de la promotion de la santé des personnes âgées et explique bien le mécanisme d'adaptation [Arcand et Hébert,2007] [Cardinal,2008]. Cependant, il reste muet quant aux conditions pour que ce mécanisme se déroule et sur les critères qui permettent d'en évaluer la valeur et l'efficacité. De même quant aux critères subjectifs ou objectifs qui permettent de déterminer si le processus a été réussi [Arcand et Hébert,2007]. Ce modèle de l'optimisation sélective avec compensation sous entend que l'environnement physique et social de l'individu ne présente pas d'obstacles à ce processus mais en facilite le plus possible sous peine d'échec [Arcand et Hébert,2007].

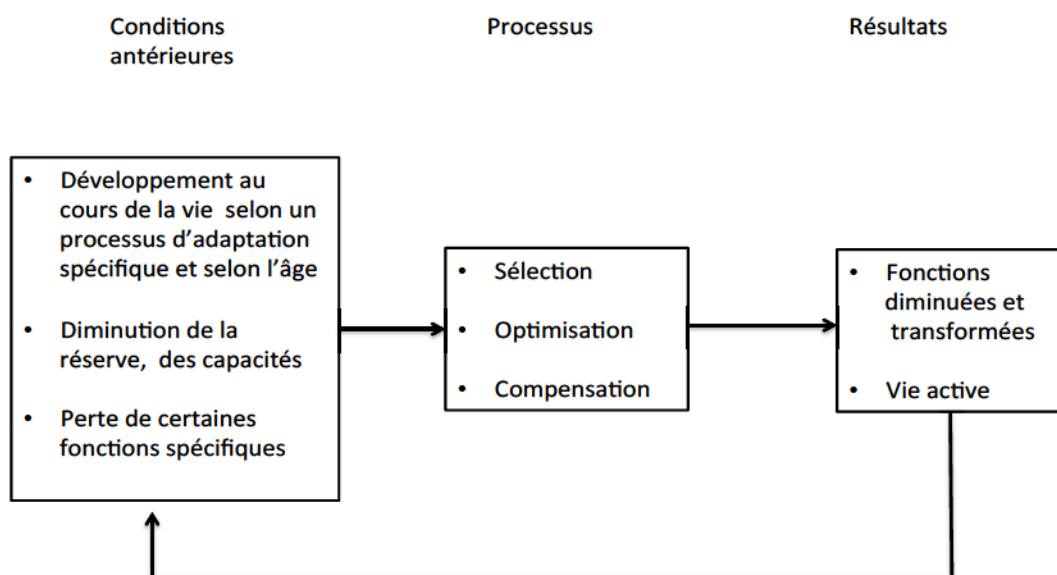


Figure 2 *Modèle de l'optimisation sélective avec compensation de P. et M. Baltes (1990)*

Ce à quoi le modèle de l'ajustement de la personne âgée à son environnement de T.A Glass et J.L Balfour (2003) (*Figure 3*) est intéressant car il propose un modèle basé sur la relation entre la personne et son environnement en caractérisant concrètement les facteurs favorables et non favorables à un vieillissement en santé et sans incapacité [Cardinal,2008]. Ce modèle met en valeur la complexité du phénomène de développement humain dont les valeurs, les idéologies, l'environnement. Le corollaire est de suggérer une certaine impression de perte d'emprise sur les facteurs déterminants et laisser un sentiment d'impuissance chez les acteurs car ils ne détiennent qu'une partie de la solution [Cardinal, 2008].

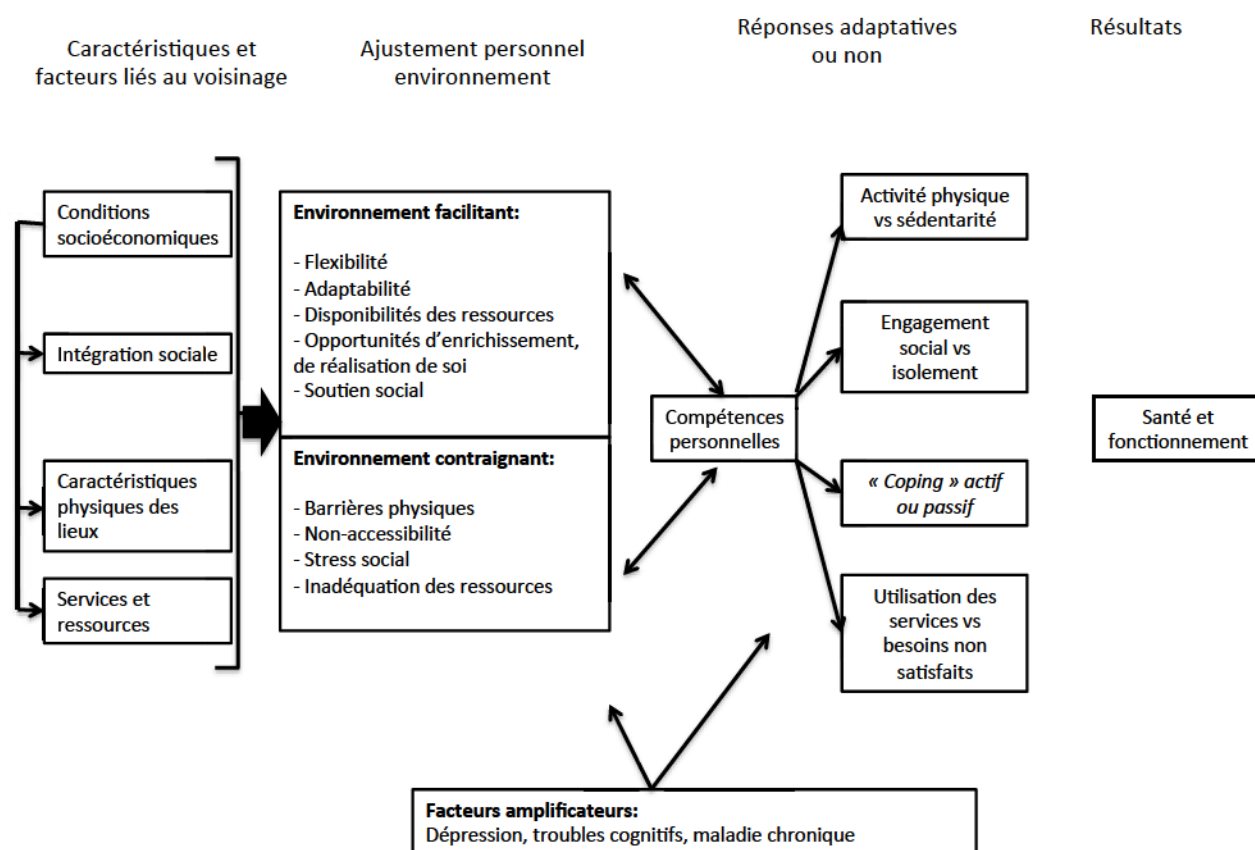


Figure 3 *Modèle de l'ajustement de la personne âgée à son environnement de T.A. Glass et J.L. Balfour (2003)*

Aussi, pour mieux définir la population âgée pouvant bénéficier d'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire, il nous semble important de faire appel au Modèle d'actualisation optimal du potentiel en lien avec le sens de la vie de G. Leclerc. Ce modèle de vieillissement est dynamique et positif. Il s'appuie sur les travaux de Rowe et Kahn (1987,1988) ainsi que Baltes (1990). Il tient compte des nombreux facteurs incluant ceux biologiques, dans ce processus complexe qu'est le vieillissement.

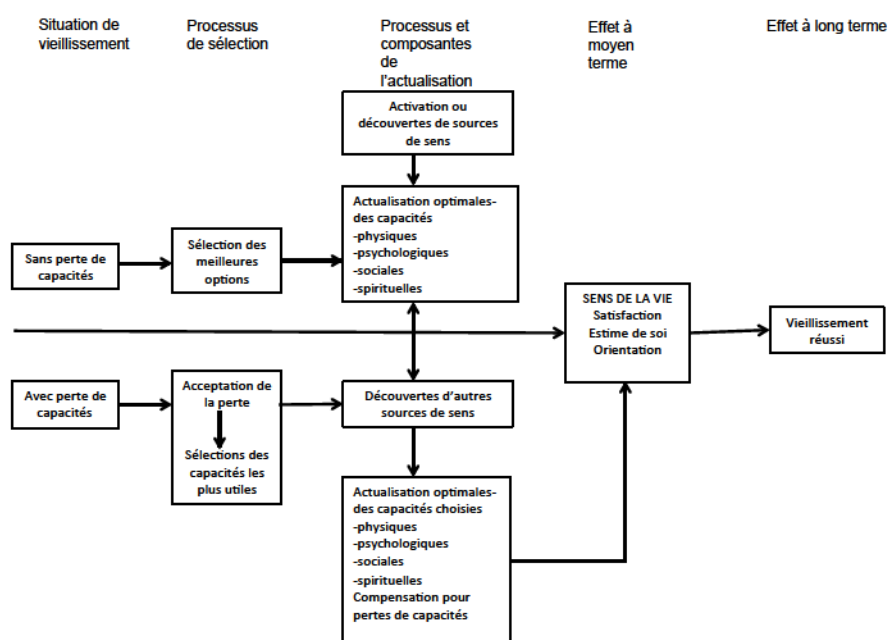


Figure 4 *Modèle de l'actualisation optimale du potentiel en lien avec le sens de la vie de G.Leclerc (2007)*

Le modèle de l'actualisation optimale du potentiel en lien avec le sens de la vie de G. Leclerc (2007) (Figure 4) prend en compte la perte ou non de capacité, les ressources de l'individu vieillissant et surtout le sens donnée à la vie et l'estime de soi [Arcand et Hébert,2007].

Ce modèle ne doit pas être considéré comme un résultat à atteindre ni une performance à réaliser mais un processus à maîtriser [Arcand et Hébert,2007]. Il peut être défini comme « l'idéal optimal que chacun peut se fixer, compte tenu de ses

ressources et de celles de son environnement ». Il donne une part importante au sens de la vie et à l'estime de soi.

Ce modèle nous semble particulièrement pertinent en santé bucco-dentaire pour trois raisons principales. Premièrement il existe des liens entre estime de soi et santé bucco-dentaire comme nous allons le voir dans la sous-partie 1.4.2. Une personne ayant une faible estime de soi s'intéressera moins à sa santé bucco-dentaire avec le risque d'observer une dégradation rapide de son état oral. Deuxièmement, la réalisation autonome des actes d'hygiène dentaire dépend des capacités physiques manuelles et visuelles. Ces dernières subissent des modifications physiologiques avec l'âge, l'individu doit donc mettre en place des processus d'actualisation. Troisièmement, la perte d'une ou plusieurs dents qui est assimilable à une perte de capacité pour l'individu, est aussi une étape psychologiquement marquante pour toute personne. Elle peut être assimilée aux 5 étapes du deuil : déni, colère, dépression, marchandage, acceptation [Mysore, 2011]. Il a pu être mis en exergue dans une étude sur 496 résidents d'Ehpad que la résilience peut agir comme un agent potentiel d'adaptation positive face à la perte de dents [Martin, 2011].

1.2.3 Une première approche de définition de la personne âgée autonome

Dans le cadre de notre travail, la définition de la personne âgée comme personne autonome ne peut pas se limiter au fait d'être une personne ni dépendante ni fragile. Cette vision médicale de l'autonomie est vaste et insuffisamment caractérisée. En effet, nous rappelons que nous souhaitons souligner la capacité qu'à un individu âgé à élaborer des stratégies pour mener une vie qui, pour lui, garde un sens. Nous entendons que ce sens est indispensable pour que ce même individu reste mobilisé dans un apprentissage.

Nous proposons donc une définition de la personne âgée autonome comme suit:

Individu âgé d'au moins 65 ans dont l'état de santé médical lui permet d'être autonome dans la plupart de ses tâches quotidiennes. Cet individu peut avoir

expérimenté ou non une perte de capacités, mais conservera la capacité à mettre en place des stratégies pour mener une vie qui garde un sens selon lui.

Comme nous avons commencé à le voir, les problèmes de santé bucco-dentaire peuvent affecter la vie d'un individu. Aussi le maintien d'une bonne santé orale, avec l'âge et de façon autonome, demande des capacités physiques et cognitives ainsi que la mobilisation de ressources afin de s'adapter aux modifications. Face à ces dernières, quel que soit leur nature, l'individu doit mettre en place un processus d'actualisation de ses capacités pour maintenir un vieillissement réussi. Ce processus d'actualisation a différentes composantes (physique, psychologique, sociale et spirituelle) sur lesquelles l'individu va s'appuyer, entre autres, ses expériences, ses connaissances et ses représentations mais aussi l'environnement dans lequel il vit.

1.3 L'existence des croyances et des représentations en santé bucco-dentaire

Les notions de représentation et de croyance sont souvent mal différenciées. Pour des raisons didactiques, nous allons dans un premier temps nous appuyer sur les définitions selon le Larousse [Larousse, 2007]. Une représentation est une image mentale dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation du monde dans lequel vit le sujet. A la différence d'une croyance qui est ce que l'on croit, à savoir une opinion professée en matière religieuse, philosophique ou politique. Nous voyons paraître, ce qui sera développé dans la sous partie 3.1.1., que les représentations prennent forme dans notre mental à travers un objet qui le constitue alors que les croyances n'ont pas d'objet spécifique et sont plus diffuses [Apostoldis, 2002].

Il est à noter que la notion de perception aussi est mal différenciée de celle de représentation. Selon le Larousse, une perception est une idée, une compréhension plus ou moins nette de quelque chose, et une représentation l'acte par lequel l'esprit reproduit en lui une image.

La bouche, les dents, les personnes âgées sont des thématiques qui ont inspirées à bien des égards, quelques soient l'époque et la société. Nous devons donc tenir compte des écrits existants sur ces sujets pour mieux situer la place des représentations dans l'enjeu de santé publique qu'est la santé orale des personnes âgées. Nous allons ici, de façon non exhaustive, tâcher d'en montrer la diversité d'un point de vue historique, symbolique et social, d'une part et en s'appuyant sur des données scientifiques concernant la perception que la personne âgée a de sa santé d'autre part.

1.3.1 Sur la bouche et les dents

Les dents font souffrir l'Homme depuis longtemps puisque l'on trouve des traces écrites dès 1534 av JC. Cette douleur est si forte, qu'il a toujours été à la recherche des remèdes. Au vu de l'abondance des thérapeutiques, on peut penser que leurs efficacités étaient limitées.

La carie dentaire et le saignement des gencives sont des maux qui sont décrits sous le règne d'Amenothep en Egypte [La douleur dentaire, 2002] :

Les traitements suivants sont inscrits sur un papyrus égyptien [La douleur dentaire, 2002]

- pour obturer les dents cariées : résine de thérébinthe, terre de Nubie et « collyre vert ».
- pour raffermir les gencives : pulpe de datte, bière douce et « plume de Thot » à mâcher puis à cracher.

Jusqu'au 17^{ème} siècle, les ouvrages restent centrés sur la douleur dentaire, les soins des caries et des saignements gingivaux en proposant des traitements peu efficaces. L'arrivée de Pierre Fauchard (1678-1761) marque un tournant. Il est considéré comme le père de la dentisterie moderne. Il écrivit un ouvrage « Le Chirurgien-dentiste » de 600 pages avec création d'instrumentation, de recommandations [Bull. Acad. Natle Chir. Dent, 2007, 50.111]. Il commença un travail de lutte contre les charlatans et notamment contre l'utilisation d'acide citrique et d'acide sulfurique

pour blanchir les dents. On voit donc apparaître un troisième souci dentaire universel : l'esthétisme dentaire.

Les remèdes resteront d'efficacité variable, notamment lorsqu'ils préconisent l'utilisation de bain de bouche à base d'urine.

A partir du 19^{ème} siècle, le remplacement des dents et l'esthétisme deviennent des critères importants. Il est décrit à cette époque un trafic de dents humaines de différentes provenances extraites chez les pauvres ou récupérées sur les champs de bataille (Guerre de Waterloo - Guerre de Sécession). En parallèle la dent en porcelaine fait son apparition.

L'amalgame dentaire pour obturer les cavités des caries apparaît à partir du 1818 et l'invention de la brosse à dents date de 1870.

La prise en charge de la douleur de façon efficace a été très tardive puisque l'innervation dentaire sera précisée vers 1850 ainsi que la connaissance de sa structure (émail, dentine, pulpe) [Bull. Acad. Natle Chir. Dent, 2007, 50.111]. Aussi, il peut être remarqué que jusqu'au 18^{ème} siècle, une prise en charge plus aléatoire de la douleur s'était instituée en lien avec les chants, la musique, le spectacle. L'iconographie populaire témoigne largement de ces arracheurs de dents arrivant à la foire du village précédés de musique, dans un costume théâtral (bonnet, épée et collier de dents). La musique permettaient d'appeler les souffrants et la population, couvrait aussi les hurlements du patient et contribuait peut-être à l'efficacité thérapeutique, «en scandant les efforts de l'arracheur de dents, en transformant l'opération en spectacle et le malade anonyme en héros du jour » (Loux 1981) [Dictionnaire du corps, 2007]. L'anesthésie dentaire fait ses début en 1842 avec l'éther puis le protoxyde d'azote vers 1844, le chloroforme en 1847. L'anesthésie locale débute vers 1889. [Bull. Acad. Natle Chir. Dent, 2007, 50.111].

La pratique généralisée et la bonne mise en œuvre, à destination de l'ensemble de la population, de chacune de ces découvertes seront longues à mettre en place. Cette note historique tend à soulever l'existence d'un inconscient collectif lourd et douloureux autour de la dentisterie et des dents.

La bouche et les dents remplissent d'autres fonctions que celles de l'alimentation, de l'élocution et de la mimique. Au travers des pays et des époques, une culture complexe s'est construite autour de la dent. Elle est porteuse de nombreux symboles, nous n'évoquerons que les plus connues :

- **la valeur magique autour des dents.** D'abord les colliers de dentition en ambre ou corail qui ont pour vertu de diminuer les douleurs liées à l'apparition des dents chez le nourrisson. Ensuite les colliers en dents d'animal ou la dent du pendu qui ont des vertus de protection [Dictionnaire du corps, 2007].

- **La menace, l'agression ou sa réponse, la défense.** On représente volontiers un pirate avec un couteau serré entre les dents. La canine est souvent le siège de ces symboles. Plusieurs cultures relient ces symboles à la vie. Par exemple, dans la Grèce Antique, la dent est synonyme de jeunesse, force et agressivité : quand Cadmos tua le dragon, selon les conseils d'Athéna, il lui arracha les dents. De ces dents jetées sur le sol naquirent des hommes et la création de la ville de Thèbes [Dictionnaire des symboles, des mythes et des mythologies, 2003]. La tradition védique semble accorder un sens aux dents et spécialement aux canines, auxquelles elle donne la charge de la **force agressive**. Perdre ses dents, c'est être dessaisi de force agressive, de jeunesse, de défense : c'est un symbole de frustration, de castration, de faillite. C'est la perte de l'énergie vitale, tandis que la mâchoire saine et bien garnie atteste la force virile et confiante en elle-même [Le dictionnaire des symboles, 1982].

- **La douleur dentaire.** Elle, plus qu'une autre, renvoie à un corps fragile et éphémère. [Dictionnaire du corps, 2007]. Les dents ne sont pas innocentes, elles entraînent l'homme du côté périlleux de la mort et vers l'animalité [La douleur dentaire, 2002]. Ces craintes et ces fantasmes sont clairement explicités dans les légendes et l'art pictural. L'art s'est emparé de la dent et de sa douleur par la peinture, la littérature et la cinématographie. Dans un chapitre des « *Misérables* », Victor Hugo décrit le trafic de dent existant à l'époque où Fanny, la mère de Cosette, vend ses incisives centrales pour sauver sa fille. Ce sera le début de sa déchéance.

J.M. Le CLEZIO publie en 1965 « *Le jour où Beaumont fit connaissance avec sa douleur* ». L'auteur s'appuie tout au long du livre sur une douleur dentaire pour

raconter la difficulté physique et psychologique de l'individu face à de très fortes douleurs.

De nombreuses peintures montrent des scènes désagréables avec des « arracheurs de dents ».

Chez les Chrétiens sont répertoriés le martyre de Sainte Appoline et le Christ aux maux de dents. Sous l'empereur Décus, de grandes persécutions sévirent à Alexandrie contre les chrétiens. Appoline refusa de blasphémer, ses bourreaux lui arrachèrent toutes les dents avant de la jeter au bûcher. Depuis, Sainte Appoline, patronne des dentistes, est invoquée pour soulager les douleurs dentaires [La douleur dentaire, 2002].

Dans le cinéma, nombreux sont les films qui utilisent les dents pour susciter une émotion : « Les dents de la mer » de Steven Spielberg, « Marathon man » de John Schlesinger et plus comique dans « Les Visiteurs » de Jean Marie Poiré .

- **la sexualité.** La bouche a un caractère érogène. L'éthologiste Jaram Van Hoff a reconstruit l'histoire du sourire par comparaison avec les primates. Le comportement le plus primitif serait constitué par le *silent bared-teeth display* (exposition des dents en silence, signe de soumission), suivi par le *vocalized bared-teeth display* (mise en vue des dents avec émission de sons) et le comportement d'invitation au jeu est connu par le *relaxed open mouth display*. Le parallèle peut être fait avec l'image d'une femme qui serre un crayon ou un doigt entre ses dents en présence d'un homme, comportement puéril censée stimuler des sentiments paternels et protecteurs de la part de l'homme [Dictionnaire du corps, 2007].

Si on revient sur le caractère érogène et psychanalytique de la bouche, on peut voir une évolution de la représentation du dentiste liée à l'évolution de la prise en charge et des techniques de soins. Car malgré l'angoisse liée à ces fantasmes érogènes, aujourd'hui le dentiste est l'objet d'un transfert plus positif de la part du patient. Cela peut être dû au fait que le dentiste moderne n'est plus réduit au substitut de père castrateur. Si la perte d'une dent équivaut symboliquement à la castration, les soins dentaires sous anesthésie locale, la disparition de la douleur et la mise en place de prothèses transforment le dentiste en père protecteur [Dictionnaire du corps, 2007].

Cet éventail non exhaustif des symboles, croyances et représentations existants autour des dents et de la bouche tend à soulever que tout individu pourrait construire un lien ou des liens psychiques avec sa propre bouche et ses propres dents, en sus des liens physiques. Par contre, à ce stade de notre travail, nous pouvons nous demander si chaque individu a une compréhension psychique claire et consciente de ce lien à sa bouche et à ses propres dents.

1.3.2 Les différents types de représentations autour de la personne âgée

Pour mieux évaluer les difficultés à la mise en place de programmes d'éducation et/ou de prévention de la santé bucco-dentaire des personnes âgées, il est nécessaire de noter les freins existant au niveau populationnelle : populations des personnes âgées comme des professionnels de santé. En effet, les deux sont des facteurs influençant dans un programme d'éducation pour la santé orale. La façon de concevoir la santé peut être très différente selon la catégorie sociale, le sexe ou le parcours de vie de la personne. Mais la santé est vécue comme une condition indispensable à une fin de vie autonome et digne [Bourdessol, 2009].

La société dans laquelle l'individu évolue influence la vision de la vieillesse. A partir de l'invention de l'âgisme par le gérontologue Robert Bulter et des travaux sur ce terme, J-C.Henrard et J.Ankri (2003) décrivent précisément un racisme anti-vieux de la société occidentale productiviste. L'âgisme est défini comme une forme répandue de préjugés relatifs au vieillissement et aux personnes âgées, source de discrimination sociale reposant sur de fausses croyances et stéréotype [Henrard et Ankri, 2003]. C'est quand l'organisation sociale, conférant à chaque âge une fonction principale (âge de la formation, âge de l'activité professionnelle, âge de la retraite), donne ainsi un rôle de producteur dans le secteur de l'économie formelle et dévalue les autres rôles : familial, social, citoyen... Une telle démarche entraîne une perte d'identité personnelle de la personne âgée et la transforme en un objet d'assistance [Henrard et Ankri, 2003].

L'âge influence la perception qu'une personne a de sa propre qualité de vie, mais l'effet est différent selon la dimension considérée. On constate avec l'avancement en âge une péjoration dans la perception de la santé physique, de l'estime de soi, de l'anxiété et de la douleur. Par contre, on observe un meilleur score de santé mentale entre 65 et 74 ans par rapport aux tranches d'âge plus jeunes [Gautier, 2005].

De l'étude qualitative [Bourdessol, 2009], il ressort des représentations différentes selon les groupes de personnes âgées. D'un part les personnes âgées autonomes considèrent le vieillissement comme fortement anxiogène et déclarent sentir un décalage entre leur âge biologique et leur âge mental, d'autre part les personnes fragiles et dépendantes, quant à elles, ressentent plus les effets du vieillissement qui influencent fortement leur vie quotidienne, entraînant souvent une sensation de rupture avec des modes de vie antérieurs et des réaménagements à opérer.

Le vieillissement semble donc une phase de la vie vécue comme anxiogène avec un risque de péjoration de l'estime de soi et une nécessité de réaménagements. Le modèle de l'actualisation optimale du potentiel en lien avec le sens de la vie de G. Leclerc (2007) permet de tenir compte de ces représentations et perceptions et propose un processus pour que l'individu puisse les modifier.

L'adoption de comportement favorable à la santé serait étroitement liée au vécu antérieur de maladie (et plus particulièrement dans le cadre de maladies chroniques) mais également au degré de fréquentation des services de santé, favorisant ainsi la participation des individus à divers programmes de santé.

La santé subjective a une relation étroite avec la chance de survie et influence la morbidité, le statut fonctionnel de l'invalidité et la consommation de soins. L'auto-perception de la santé est souvent évaluée par rapport à l'état de santé d'autres personnes du même âge, mais aussi par comparaison avec son propre état de santé antérieur [Doumont, 1999].

Après cette vision subjective de la santé, nous allons nous intéresser à la façon dont certains auteurs ont mis en exergue les représentations de cette population

face à des problèmes de santé objective. Cette dernière correspond à l'état de santé orale tel que décrit dans un examen clinique.

Auparavant, il ne faut pas oublier que les personnes âgées actuelles, pour en avoir eu l'expérience dans leur enfance, associe au chirurgien dentiste une image d'arracheur de dents et de douleur [Dictionnaire du corps, 2007]. Avec l'évolution des techniques de soins et de l'anesthésie, le chirurgien dentiste est l'objet d'un transfert plus positif de la part du patient car il ne souffre plus (ou presque plus) de douleur lors du soin et les dents manquantes sont remplacées par des prothèses esthétiques. Mais des représentations persistent qui peuvent être des freins à une bonne santé orale.

Fiske et al. [McCord, 1994] rapportent que presque 22% de leur échantillon expriment des freins aux soins bucco-dentaires et que 35% disent pouvoir identifier ces freins s'ils perçoivent un besoin de soin bucco-dentaire. Mais souvent cette perception du besoin de soin est motivée par la douleur. Outre le coût et l'accès aux soins, la peur est un vrai frein pour les personnes âgées (Todd et Ladder). *Locker et al.* démontrent de façon significative que par rapport à leurs homologues, de nombreux patients édentés identifient la peur comme un frein aux soins et que plus le niveau d'anxiété est haut, plus bas est le niveau d'utilisation des services de soins.

La perception de la santé orale influence la probabilité d'un individu à suivre des soins dentaires [Mendes, 2010].

Pour mieux comprendre ces représentations, nous allons nous intéresser aux patients édentés. Selon une étude conduite par *Fiske et al (1998)* [Mysore, 2011], l'effet émotionnel de perte de dents est proche des 5 étapes du deuil : le déni, la colère, la dépression, le marchandage, l'acceptation.

Handy propose que la perte des dents (comme la perte d'autres parties du corps) affecte la personnalité ou la psyché. Ceci peut apparaître lors d'extraction dentaire et/ou réalisation d'une prothèse et n'est pas inhérent à un défaut de constitution psychologique du patient [Mysore, 2011].

Heartwell (1969) [Mysore, 2011] expose que les patients âgés s'attendent rarement à voir avec un œil artificiel mais fréquemment s'attendent à avoir, par une prothèse amovible, le duplicata en forme et en fonction de leurs dents naturelles. Si la

prothèse n'est pas exactement comme décrite ou promis par le dentiste, les patients vont se plaindre invariablement.

En odontologie, l'attitude du patient est fonction de ses expériences précédentes, de son point de vue sur l'importance de la dentisterie et de sa « conscience dentaire » [Mysore, 2011].

La croyance que la perte de dent est naturelle avec l'âge n'a plus de fondement possible à notre époque. Mais il existe un manque de conscience sur l'importance de sauver les dents naturelles parmi les professionnels comme parmi la population âgée. Aussi les personnes âgées ont tendance à souvent sous-reporter leur symptomatologie et ne venir se faire traiter que lorsque s'est développé un abcès ou une pulpite aiguë [Shah, 2004].

Chaque individu entretient bien un rapport subjectif avec sa cavité buccale et ses dents. Par contre, nous pouvons nous demander dans quelle mesure l'individu a conscience que la mauvaise santé bucco-dentaire correspond à la présence de maladies dans la cavité buccale. Plus largement, la question se pose de savoir si l'individu a conscience que le mauvais état de la cavité buccale correspond à un mauvais état de santé générale et que les caries et les parodontites sont des maladies infectieuses.

Les professionnels de santé dans le domaine de la santé bucco-dentaire ne sont pas exempts de croyances ou représentations sur cette population. Ils connaissent des freins à la prise en charge de la cavité buccale des personnes âgées. Trois types de freins peuvent être distingués :

- les freins liés aux institutions ou au matériel : que ce soit le personnel soignant dans les hôpitaux pour la réalisation de soins de bouche [Etude IDAS 2, 2008] ou les chirurgiens-dentistes pour la prise en charge en cabinet [Nitschke, 2005], les auteurs mettent en avant les difficultés liées au manque de temps (cette population nécessite des temps de rendez-vous souvent plus longs) et de matériels adaptés. Ces patients ont fréquemment des problèmes de mobilités or un grand nombre de dentistes ne font pas de soins à domicile par manque de matériel. De plus, quand c'est

légalement possible, les honoraires pour payer les soins à domicile sont trop faibles et n'attirent pas les dentistes [McCord, 1994].

- les freins liés à la formation : le personnel soignant manque de connaissances sur la pratique des soins de bouche [Unfer, 2011] [Jablonski, 2009] [McCord, 1994]. De plus, les chirurgiens-dentistes énoncent des manques de connaissances qui freinent la prise en charge de cette population dans leur cabinet [Nitschke, 2005] et qui leur font ressentir de l'embarras [McCord, 1994]. De nombreux auteurs proposent un renforcement des enseignements sur l'odontologie gériatrique pendant la formation initiale des étudiants en chirurgie dentaire [Nitschke, 2013] [Kossioni, 2009] [Ettinger, 2010]. A l'heure d'aujourd'hui, suite aux travaux, regroupant plusieurs universités de faculté d'Odontologie de part le monde, réalisés sur l'évolution des méthodes d'apprentissages lors de la formation initiale des étudiants en Odontologie [Lévy, 2009] [Rohlin, 2002] [Oliver, 2008], il est possible de mettre en place et structurer l'apprentissage d'une prise en charge pertinente de cette population âgée alors qu'elle peut sembler complexe de prime abord. Les chirurgiens-dentistes ayant le plus de connaissance sur la prise en charge de la personne âgée semblent exercer dans le secteur public. Plusieurs études montrent que les femmes seraient plus attentives aux personnes âgées [Nogueira Moreira, 2011]. Il est aussi mis en exergue que les dentistes jeunes seraient plus réticents à prodiguer des soins à cette population que leurs confrères plus âgés [De Visschere, 2006]. Suite à l'ensemble de ces constats, il semble que les prédispositions d'attitudes positives [Nogueira Moreira, 2011] envers la population âgée peuvent venir d'expérience personnelle et d'influence sociale. Selon l'auteur, le profil des dentistes qui acceptent de traiter les personnes âgées est relativement bien décrit dans la littérature. Cependant, les raisons qui amènent ces dentistes à cette attitude sont bien élusives. Des études qualitatives seraient nécessaires.

-Ceux liés aux représentations : en milieu hospitalier, le personnel soignant éprouve des difficultés dans la réalisation du soin liées à la représentation de la bouche, aux perceptions éthiques, au dégoût mais aussi à l'agressivité de la part du patient (Etude IDAS 2, 2008). Chez les dentistes [Nitschke, 2005], seul 5% relèvent la confrontation avec le vieillissement et la mort comme une barrière substantielle. Du fait de leur âge,

ces patients auraient une prise en charge moins complète par les dentistes. Les bilans bucco-dentaires seraient moins complets avec une diminution de l'accès aux soins et une augmentation de la réalisation de prothèses. Plus les ressources financières de ces patients sont faibles, moins ils reçoivent des soins dentaires avancés [McCord, 1994].

La santé orale des personnes âgées est donc le siège de nombreuses croyances, représentations qui ne peuvent être négligées. Elles sont une base à la conception de représentations ou de croyances propres à chaque individu et potentiellement à un groupe social qui peut être professionnel.

L'ensemble de ces représentations et croyances fait partie des éléments qui participent à l'élaboration d'un comportement de santé plus ou moins favorable à une bonne santé bucco-dentaire.

1.3.3 De la nécessité d'explorer les représentations cognitives de la personne âgée autonome sur sa santé bucco-dentaire

Ce travail de recherche souhaite contribuer à l'élaboration d'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes donc à modifier le comportement de santé. Pour cela, la connaissance seule a peu de chance d'entraîner des changements de pratique. Les représentations, les perceptions subjectives, les motivations et les attitudes doivent aussi être prises en compte [Billon, 2000].

« Il s'agit de considérer un sujet construisant de nouvelles compétences à partir de ses savoirs par l'examen critique de ses connaissances actuelles et de ses expériences qui évoluent dans sa perception de la réalité, en donnant au sujet la possibilité d'interpréter et d'intégrer de nouvelles connaissances dans le contexte de sa vie propre, sachant que ces informations nouvelles peuvent créer une dissonance cognitive, en créant de nouvelles tensions qui rompent ou déplacent l'équilibre jusque là réalisé. » [Billon, 2000].

Nous restons dans le domaine cognitif, c'est-à-dire qui se rapporte à la faculté de connaître. Les sciences cognitives ont pour objet d'essayer d'analyser le fonctionnement de l'esprit et des connaissances : Elles ont connues deux développements majeures de leur modèle : le cognitivisme et le connexionnisme [Coste, 2003].

Le premier modèle est inspiré des travaux de Jerry Fodor (*The language of Thought, Cambridge, Havard Univeristy Press, 1975*), élève d'Hilary Putman qui a pour hypothèse que le « langage de la pensée » est une sorte de langage algébrique qui convertirait les représentations ordinaires en langage abstrait constitué de symboles, sur lesquels s'effectueraient des calculs et computations ; la cognition serait la manipulation de symboles à la manière des ordinateurs digitaux. Penser, ce serait manipuler des symboles, la cognition serait des représentations mentales » [Coste, 2003].

Le deuxième modèle est celui de l'émergence. Il consiste « à assimiler le fonctionnement du cerveau à un modèle en réseau : de nombreuses tâches cognitives semblent s'effectuer de manière optimale par des systèmes consistant en un grand nombre de composants simples, qui, quand ils sont connectés selon des règles appropriées, donnent lieu à un comportement global ; une opération cognitive est le résultat émergeant de petites unités interconnectées qui interagissent entre elles, sans pilote central (...). La représentation consiste en la correspondance entre un état global émergeant et des propriétés du monde » [Coste, 2003].

A ces stades, nous pouvons déjà observer que la représentation cognitive peut être définie différemment selon le champs d'études. Dans notre travail nous restons sur sa dimension psycho-cognitive [Denis et Dubois, 1976] en introduisant ce terme comme « la représentation en tant que réalité psychologique sera définie en première approximation comme l'ensemble des acquisitions d'un individu traduites au plan de ses structures mentales », cependant ce « terme de représentations peut être renvoyer à une certaines expérience subjective » [Denis et Dubois, 1976]. Ici et avant de revenir sur ce concept en sous partie 3.1.1. , il faut donc retenir que les représentations cognitives sont un ensemble complexe de significations qui prennent une forme mentale à travers un objet qui les constituent comme telles et

qu'elles structurent [Apostoldis, 2002]. Cette élaboration complexe peut être assimilée à une forme de connaissance construite en dehors du champ du rationnel [Apostoldis, 2002].

Au terme de ces données, nous pouvons avancer que l'état de la cavité buccale et sa santé chez la personne âgée sont, plus que dans d'autres domaines médicaux, influencés par de nombreux facteurs très divers et présents au sein de la société. Pour l'individu âgé, il est nécessaire que cette construction de nouvelles compétences ait un sens dans sa vie et puisse apporter une satisfaction et une estime de soi pour l'amener à un vieillissement réussi.

« La démarche pédagogique va alors avoir pour objectif de créer de nouvelles consonances cognitives et conatives à partir des connaissances, des motivations, des pratiques et des représentations de la santé dans l'histoire de vie du sujet » [Billon, 2000].

Cette notion de représentation sera à nouveau abordée dans la sous-partie suivante 1.4.4, concernant la capacité d'apprentissage de la personne âgée. Comme nous pouvons le constater, la notion de représentation cognitive est un concept présent et répétitif à différents niveaux de notre recherche.

1.4 Les interventions d'éducation pour la santé bucco-dentaire

1.4.1 Les interventions d'éducation existantes dans le champ de la santé bucco-dentaire

Dans un premier temps, nous avons cherché sur MeSH les termes déjà définis par ce descripteur. Concernant la santé bucco-dentaire, seuls les termes « *Oral Health* », « *Health education, dental* » et « *Dental health survey* » existent depuis 1965 et 1972. Les termes suivants n'ont pas été trouvés : *oral health promotion*, *oral health attitudes*, *oral health perception*, *oral health belief*. Concernant, les personnes âgées, le terme de « *Older adults* » est associé à celui de « *Frail adults* ». Le terme « *Independant elderly* » fait référence à « *housing for eldelry* ». Les termes *old people*, *autonomous elderly* n'existent pas.

Nous n'avons pas trouvé de descripteur de mot clé approprié aussi nous avons fait le choix de réaliser notre recherche en texte courant sur « *titre et résumé* ».

Nous avons ouvert notre recherche bibliographique à d'autres moteurs de recherche : Cochran Library, Google Scholar, Pubmed, Dentistry and Oral sciences sources (DOSS), SUDOC, et à une revue spécialisée : *Gerodontology*.

Dans un deuxième temps et afin de définir les mots clés de notre recension d'écrits, une recherche fût effectuée en croisant des termes divers tels que *ageing*, *elderly*, *olders* pour caractériser la population et *oral health education*, *oral health program*, *independant* pour caractériser le thème sur les moteurs de recherche Pubmed et DOSS ainsi que sur la revue *Gerodontology*. De nombreux articles sont apparus concernant l'éducation du personnel soignant, des hygiénistes ou des chirurgiens-dentistes, pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il en est de même dans la recherche sur les actions menées en France. Or, notre travail s'intéresse à la personne âgée autonome.

Pour cette raison, nous avons étendu la recherche au terme de *oral promotion* et *oral health promotion* puisque selon la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé inclus l'éducation pour la santé. Ce choix s'est révélé le plus pertinent quand au type d'interventions recherches. Par contre, les mots-clés « *elderly* » et « *independent adult* » ne sont pas suffisamment discriminatoires sur les moteurs de recherche.

Nous avons travaillé avec les mots clés suivants sur l'ensemble des moteurs de recherche et revue cités plus haut:

Oral Health education and elderly

Oral health promotion and elderly and education

Oral health promotion and elderly

Oral health interventions and elderly

Oral health promotion and independent adult

Promotion de la santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes

Programme d'éducation pour la santé et santé bucco-dentaire et personne âgée autonome

Ici, il faut noter que l'ensemble de ces croisement de mots clés sur le moteur de recherche Cochran Library a donné entre 0 et 4 résultats avec 1 article pertinent déjà proposé par Pubmed , DOSS et *Gerodontology*.

Par contre, la base de donnée CAIRN.INFO a permis d'identifier un article pertinent dans notre recherche datant de 2001.

Il était nécessaire de faire des recherches sur d'autres supports que les moteurs de recherche. L'inclusion d'une revue spécialisée dans notre recension d'écrits nous a permis d'identifier de nombreux articles pertinents pour l'ensemble de notre recherche. De plus, sur les 16 articles retenus, 9 étaient publiés dans cette revue. Sur ces 16 articles retenus, nous avons trouvé deux revues de littérature qui nous ont permis un apport de 3 articles. Il est à noter que notre démarche de recherche de mots-clés est proche de celle des articles des revues de la littérature citées.

Force est de constater que ce travail de recherche est donc dans un champ du domaine biomédical encore peu développé. Notre recension d'écrits n'a pas la prétention de l'exhaustivité. Elle est de type qualitative, à la recherche d'écrits pertinents sur le domaine.

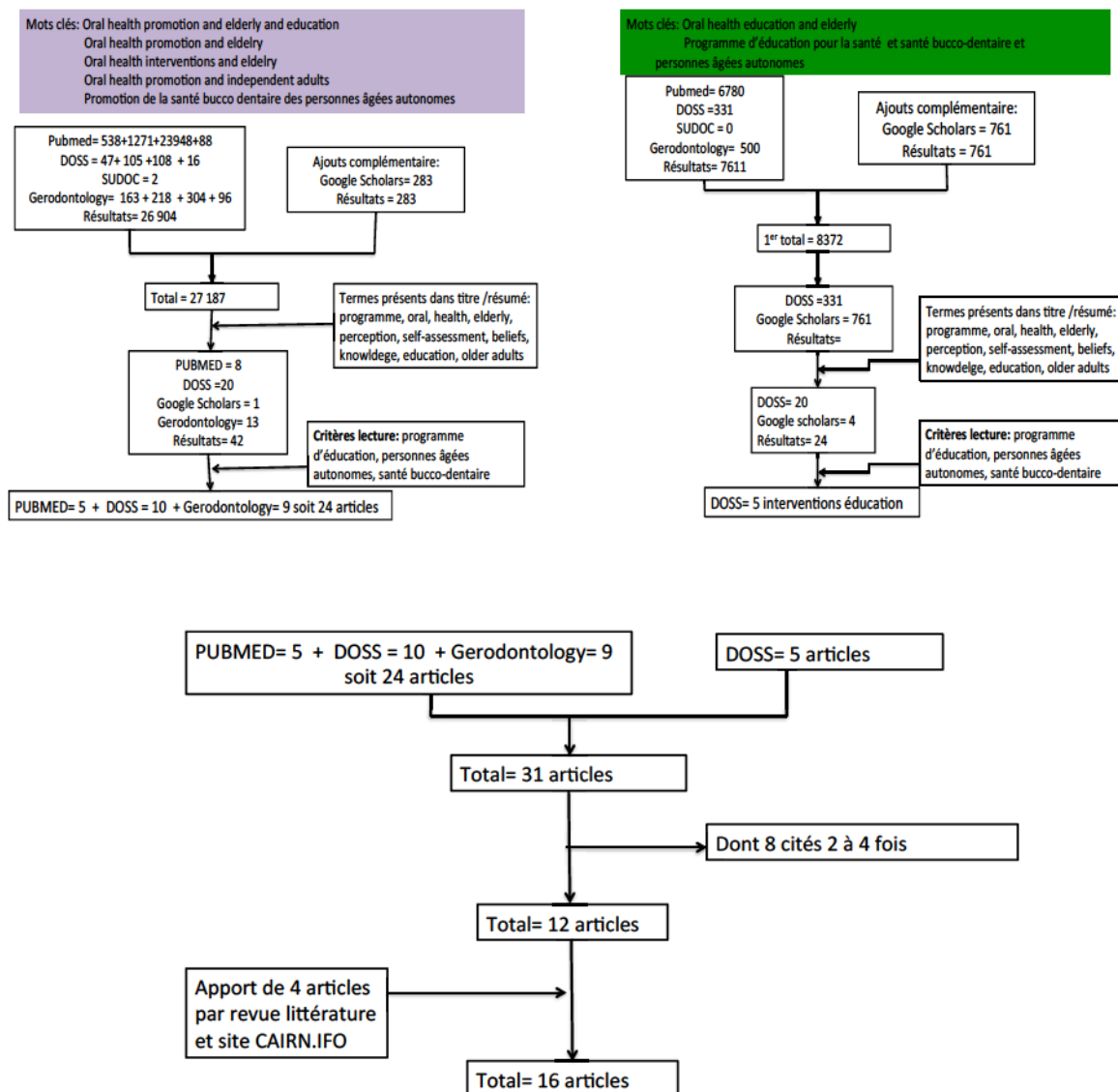


Figure 5 Recension d'écrit qualitative sur les programmes d'éducation en santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes

Seize articles entre 1993 et 2016 [McGrath, 2009] [Schwantes de Souza, 2014] [Naka, 2011] [Konishi, 2010] [Hakuta, 2009] [Mariño, 2004] [Matthews, 2011] [Ikebe, 2002] [Mariño, 2016] [Martensson, 2006] [Slaughter, 2007] [Ojofeitimi, 2007] [Tashiro, 2011] [Carvalho, 2006] [Baat, 1993] [Pizem, 2001] présentant un des termes dans le titre ou dans les mots-clés et dont le résumé rassemble les critères pertinents, ont été retenus. Deux sont une revue de littérature [McGrath, 2009] [Schwantes de Souza, 2014]. Un article est en langue brésilienne [Carvalho, 2006].

Un article n'est pas exploité ici car trop ancien par rapport à l'évolution dans ce domaine [Baat, 1993].

Nous avons pu observé plusieurs points suivants que nous allons détailler ensuite : l'absence de référence à un modèle théorique de pédagogie ou d'éducation pour la santé, des objectifs peu précisés, des programmes non centrés sur le patient.

Aucun de ces articles ne fondent leur travail sur un modèle théorique en pédagogie de la santé. Seuls deux articles avancent un modèle théorique :

- le modèle conceptuel d'Anderson [Naka, 2011], qui a pour objectif de démontrer les facteurs qui mènent à l'utilisation de services de santé.
- le *Psychological General Well-being schedule* [Konishi, 2010] qui est un instrument évaluant le bien-être psychologique.

Six travaux [Hakuta, 2009] [Mariño, 2004] [Matthews, 2011] [Ikebe, 2002] [Slaughter, 2007] [Mariño, 2016] proposent une action de promotion de la santé orale. La nature de l'ensemble de ces actions repose sur la transmission d'informations lors d'entretien ou lors de séminaire en petit groupe ou par e-learning. Le contenu de ces derniers est soit un échange d'informations sur les connaissances demandées en santé bucco-dentaire, soit un apprentissage des gestes d'hygiène bucco-dentaire à réaliser quotidiennement à la maison.

Ces programmes ne font donc pas appel à des méthodes d'apprentissage centrées sur le patient. Elles semblent centrées sur des indicateurs reconnus comme ceux de la qualité de vie ou du niveau de connaissance requis. Dans les programmes sans e-learning [Hakuta, 2009] [Mariño, 2004] [Matthews, 2011] [Ikebe, 2002], le support de la transmission d'information est souvent l'acte du praticien ou l'acte d'hygiène (pertinence de la réalisation de bain de bouche fluoré ou d'une technique de brossage avec utilisation de fil et de brossette interdentaire, pose de verni fluoré sur les dents) et non le patient lui-même. Nous pouvons donc conclure que dans ces études, il s'agit plus de transmission et d'échange d'information que de transmission de connaissances avec modification des compétences amenant à une modification du comportement.

Concernant, les deux travaux s'appuyant sur le e-learning [Slaughter, 2007] [Mariño, 2016], nous observons une construction du programme souhaitant être plus

participative, avec une possibilité pour le participant de constater son changement de réponses avant-après le programme.

L'étude de *Mariño et al.* (2016) explore d'autres variables à partir d'une intervention basée sur le programme e-ORHIS (Oral Health Informations Sheets) : les connaissances en santé orale, les attitudes, les pratiques, l'auto-efficacité. Sur 55 participants, les résultats vont vers l'amélioration de chaque paramètre [Mariño, 2016]. Cependant, cette étude est courte dans le temps pour le participant et reste sur un système d'information et non d'éducation, on part de la connaissances des professionnels de santé et non de celles des répondants. L'apprentissage par internet se fait à l'aide de quizz et de support. Et le message est centré sur l'hygiène orale au quotidien : le brossage dentaire et quel aliment éviter. Cependant, une construction de type participative a été réalisée pour la mise en place de ce programme e-ORHIS puisque l'expérience et les attentes des participants ont été prises en compte dans le développement du matériel. Le bénéfice de l'élaboration participative d'une intervention en santé bucco-dentaire est aussi décrit dans les travaux de *Pizem et al.* (2001).

L'étude de *Slaughter et al.* (2007) explore des variables identiques en s'appuyant sur la technique MAP-IT qui est un guide de planification en santé proposé par le *US Department of Health and Human Service* [Slaughter, 2007]. Sur 111 participants, il est observé une amélioration significative du résultat moyen des scores (avant et après programme) pour 6 items. Ici aussi, l'étude est courte dans le temps et évalue seulement l'amélioration des connaissances par rapport à certaines thématiques de santé bucco-dentaire.

McGrath et al. (2009), dans leur revue de littérature sur l'efficacité des actions de promotion de la santé orale parmi les personnes âgées, conclut qu'il existe peu d'études se concentrant sur les changements de connaissances, d'attitudes ou de comportements en santé orale chez le patient comme résultats des actions de promotion. Bien qu'il accepte que l'évaluation des connaissances et des attitudes soit quelque peu complexe, il remarque qu'il existe un besoin de standardiser les mesures pour faciliter les actions de promotion de la santé bucco-dentaire.

Il pointe aussi un besoin en études plus longues pour déterminer si les changements de comportements en santé orale sont simplement des phases de changements temporaires ou des changements plus durables [McGrath, 2009].

Schwantes de Souza et al. (2014) propose une revue de littérature sur l'éducation en santé bucco-dentaire quelque soit l'âge. Les mots clés utilisés sont « *dental health education* », « *oral health education* » et « *oral health promotion* ». Dans cette revue, cinq études sont citées pour une intervention d'éducation pour la santé bucco-dentaire chez des personnes âgées encore autonomes [Schwantes de Souza, 2014]. Sur les 61 articles retenus, les auteurs soulignent que le support d'instruction le plus fréquent est la brochure puis des instructions verbales, des posters et des démonstrations sur macro-modèle. Quant à l'évaluation, elle repose le plus souvent sur un questionnaire ou la combinaison d'un questionnaire et d'un examen clinique voir uniquement d'un examen clinique. Les auteurs concluent qu'il est nécessaire de repenser les aspects éducationnels de nos interventions d'éducation pour la santé bucco-dentaire. Ces dernières devraient développer l'autonomie et le respecter des individus en partant des besoins de la population ciblée et en prenant en compte les connaissances pré-existantes.

L'ensemble de ces travaux réduit la prévention en santé bucco-dentaire à la prévention de la carie ou à l'amélioration des actes d'hygiène bucco-dentaire. Or de nombreuses autres pathologies existent en santé bucco-dentaire, comme entre autres les pathologies parodontales et l'hyposialie.

De plus, les objectifs de ces programmes ne sont pas clairement définis. La prévention ou la promotion de la santé bucco-dentaire ne peut pas être un objectif dans un programme d'éducation pour la santé.

Enfin, *Hakuta et al* [Hakuta, 2009] ont défini que la santé bucco-dentaire ne se limite pas au nombre de dents présentes ni au niveau d'hygiène orale. L'étude cas/témoin sur une population de patients âgés vivant à domicile montre une amélioration de la santé de la cavité buccale en associant les soins d'hygiène à un programme de promotion de la fonction orale.

Nous pouvons constater des approximations au niveau des objectifs, méthodes, évaluations des interventions d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées non dépendantes. Aussi, l'ensemble de ces écrits sur la santé bucco-dentaire de ces personnes âgées ne reposent pas sur une action d'éducation à proprement parlé mais sur des actions de promotion de la santé bucco-dentaire en s'appuyant sur la caractérisation des états bucco-dentaires des participants, la transmission de connaissances faite par les intervenants et la capacité physique à réaliser les actes de santé qui leur incombent.

Ce domaine d'intervention en éducation pour la santé en est donc encore à ses balbutiements. On observe un manque de prise en compte de la globalité de l'individu : sa vie quotidienne, sa vision de son propre état de santé bucco-dentaire et général, sa capacité à élaborer un raisonnement, sa motivation face à un apprentissage ...

1.4.2 L'apprentissage chez le sujet âgé

Notre travail cherche à participer à l'élaboration d'un programme pertinent d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes. Dans cette perspective d'éducation, il est ici nécessaire de comprendre qu'elles sont les capacités d'apprentissages des personnes âgées.

Nous pouvons d'abord citer un courant de pensées qui s'est mise en place dans les années 60 : la géragogie [Petzold, 1965]. Elle peut être ainsi définie comme une nouvelle approche dans l'apprentissage du vieillissement, tout aussi bien destiné à la vieillesse que pour la vieillesse. Le terme a été créé par analogie avec la pédagogie (éducation de l'enfant) et l'andragogie (éducation de l'adulte). Son contenu et ses buts sont bien plus proches de la vie pratique. Ils visent l'assistance, l'acceptation des processus et situations liés au vieillissement, le développement et la réalisation personnels, la communication et la participation. Le rôle du formateur ne consistera pas tant en une transmission frontale de connaissances qu'en une forme de stimulation et de conseil, de mise à disposition d'informations et de techniques d'apprentissage.

G.B. Peterson (1976) constate que les activités proposées aux personnes âgées sont peu anticipatrices et plus réactives, c'est-à-dire qu'elles cherchent à répondre aux besoins exprimés par les participants. Elles ne sont pas conceptualisées sur une base théorique favorisant l'expérience d'une maturation tout au long de la vie (Peterson, 1976, p. 62) [Kern, 2011].

La personne âgée a donc un mode d'apprentissage qui lui est spécifique.

Celui-ci a fait l'objet de travaux après une reconnaissance récente du lien particulier entre apprentissage et personne âgée. Le rapport de l'UNESCO rédigé pour l'Assemblée mondiale sur le vieillissement de 1982 stipule que l'apprentissage reste possible à tous les âges de la vie : « parler d'éducation, c'est dire que tout individu est porteur de potentialités physiques, affectives, intellectuelles, morales et conviviales...qui se retrouvent à tous les âges de la vie, avec des modulations propres au développement de chaque être humain, dans le respect de son autonomie » [Douriez, 1985, p.114] [Trevidy, 2013].

Avant de discuter sur la partie cognitive dans le domaine de l'apprentissage, il est nécessaire de situer les trois principaux paradigmes psychologiques de l'apprentissage existant selon J. Tardif (1993): le paradigme associationniste, le paradigme humaniste et le paradigme constructiviste.

Le paradigme associationniste considère les connaissances comme des éléments qui s'associent automatiquement. Elles sont hiérarchisées car certaines sont préalables à d'autres et les contenus de l'enseignement sont morcelés. L'évaluation s'applique au produit (mesurable) et non au processus développé par l'apprenant. L'évaluation porte sur sa performance et non sur sa façon d'évoluer.

Le paradigme humaniste met l'accent sur l'environnement porteur de sens et qui va être moteur dans l'apprentissage par l'apprenant. « L'enseignant est essentiellement un animateur qui met en place un environnement de tâches complètes et signifiantes» (Tardif, 1993). Grâce à l'observation, l'enseignant évalue les apprentissages mais aussi l'évolution et le cheminement de l'apprenant.

Le paradigme constructiviste définit l'apprentissage comme un processus actif et

constructif. Il concerne tant les connaissances (déclaratives, conditionnelles ou procédurales) que les stratégies (cognitives et métacognitives). L'apprenant met en oeuvre des stratégies pour sélectionner les informations selon le sens qu'il pourra y trouver. Pour être significatives ces informations doivent être reliées aux connaissances antérieures.

Le monde n'est donc pas extérieur au sujet. Il alimente la personne de ressources qui sont reconstruites par elle-même et qui lui permettent de s'adapter aux situations. C'est dans l'élément contextuel que la personne pourra puiser les ressources «adaptatives» [Trevidy, 2013]. Notre travail se situe dans ce paradigme constructiviste.

Maintenant, il est nécessaire de comprendre le développement cognitif d'un individu à travers la vie. Celui-ci n'est pas linéaire. Warner Schaie (1977-1978) a élaboré un modèle intégrant quatre stades : la stade de l'acquisition (enfance-adolescence), le stade de l'accomplissement (jeune adulte), le stade de la responsabilité (force de l'âge), le stade de la réintégration (vieillesse). La vieillesse est donc une étape particulière de la vie. Comme lors du premier stade, ce dernier stade présente la plus importante variabilité du développement intellectuel. Concernant la vieillesse, ceci s'explique par l'influence de facteurs autres que cognitifs dans la détermination de la performance de l'intelligence [Le Rouzo, 2008].

Avant de poursuivre sur les spécificités cognitives de la personne âgée et afin de mieux les comprendre, il faut relever que plusieurs auteurs incluent la notion d'environnement, de contexte dans l'apprentissage et de développement cognitif. L'activité intellectuelle se mobilise dans des situations signifiantes pour la personne. Le sens est déterminé selon plusieurs variables propres à chaque individu : niveau d'étude, évènements vécus, statut social, vie familiale, activités, mode de vie, interactions sociales. [Trevidy, 2013]. « Pour Schaie, le statut social et les interactions sociales, qui seules sont susceptibles de donner un sens aux activités intellectuelles, sont un moteur fondamental de l'évolution intellectuelle » [Fontaine, 2007, p108].

Piaget identifie 3 types de facteurs qui sont impliqués :

- le biologique lié à la maturation du système nerveux
- le socio-affectif lié au contexte social et affectif
- l'équilibration, liée à l'activité du sujet, est un facteur innovant de ce processus qui considère que l'environnement crée un déséquilibre chez le sujet qui choisira de ne pas répondre ou de modifier sa structure mentale créant un nouvel équilibre. L'environnement a donc un rôle majeur de stimulation puisqu'en créant le déséquilibre chez l'individu, il l'incite à développer une activité d'équilibration faisant progresser son intelligence.

Selon le modèle de Schaie, le contexte joue un rôle sur le développement de l'intelligence. La structure mentale se modifie selon les différents stades de développement jusqu'au « stade de réintégration » définissant la vieillesse. A ce stade, la personne âgée possède un vécu. Sa structure cognitive s'est construite selon son éducation, son mode de vie, ses apprentissages, etc. Sur la base de sa structure cognitive, la personne âgée donne du sens aux situations, condition nécessaire à la mobilisation de son intelligence.

Ce modèle nous amène à envisager l'apprentissage chez les personnes tout au long de la vie. Dorénavant, il convient de nous rapprocher des sciences de l'éducation pour choisir les théories tenant compte des significations que la personne âgée accorde à la situation vécue au cours de son processus d'apprentissage.

Dans ce travail, nous nous appuyons sur les travaux suivants [Trevidy, 2013] [Tardif, 2000] [Reinhart, 2001] quant à la théorie de la cognition et les apprentissages situés. C'est donc dans son contexte que la personne donne des significations à la situation qu'elle rencontre. L'apprentissage a lieu lorsque les représentations ou les conceptions produites par la personne ne permettent plus de donner un sens à la situation vécue. Il y a apprentissage dès qu'il y a adaptation par une transformation des conceptions antérieures permettant de redonner une signification à la situation dans le contexte nouveau.

« Les personnes âgées les moins vulnérables seront celles qui, ayant l'habitude de décontextualisation et recontextualisation multiples auront le plus de facilités à

changer de référents contextuels » [Reinhart ,2001].

C'est dans son contexte que la personne va construire ses ressources. Celles-ci ne sont jamais neutres car même si elles sont puisées dans un environnement extérieur au sujet, elles vont être reconstruites par lui. «Les ressources externes ne sont ni neutres, ni dissociées de la personne, car celle-ci les reconstruit nécessairement en les adaptant aux exigences de la situation » [Jonnaert, 2005].

Les apprentissages situés s'inscrivent en situation dans un contexte signifiant pour le sujet. Tardif décrit les apprentissages situés comme des « apprentissages en action » et « apprentissages à partir de l'action » permettant aux apprenants de construire et développer leurs compétences et leurs connaissances dans un environnement qui a du sens pour eux [Tardif, 2000].

L'apprentissage situé découle de la théorie de l'action située développée par Suchman (1987) qui stipule que l'action est conçue dans son ancrage en situation, en dehors de laquelle elle n'aurait pas la même signification. « Suchman conteste la pertinence d'une planification rationnelle décontextualisée ou d'un plan d'action élaboré a priori hors situation, devant être exécuté tel quel par la suite » [Masciotra, 2008].

Selon Jonnaert, les situations sont sources d'apprentissage parce qu'elles amènent le sujet à confronter ses connaissances aux exigences de la situation. Elles sont aussi un critère d'apprentissage. En effet, c'est parce le sujet est efficace dans la situation donnée que ses connaissances sont pertinentes [Jonnaert, 2009].

La personne âgée, de part la vieillesse, est confrontée à une nécessité répétée dans le temps d'adapter son autonomie, son environnement, comme proposé dans le modèle de l'actualisation optimale du potentiel en lien avec le sens de la vie de G. Leclerc (2007). Elle va donc chercher à s'adapter à des changements de contexte ce qui peut engendrer une démarche d'apprentissage. Cette dernière est dans une situation donnée avec un sens donné pour la personne.

A travers la théorie de la cognition située, les cognitivistes ont fait le lien entre les représentations construites par la personne et l'apprentissage en situation. Les théories cognitives sont liées aux théories du traitement de l'information (réception,

sélection et traitement de l'information). Elles ont comme fondement l'étude des activités cognitives définies principalement à travers les représentations mentales et les symboles [Jonnaert, 2009].

« L'importance qu'ont les connaissances existantes pour les nouvelles acquisitions découle du rôle fondamental qu'elles ont dans la construction des représentations et de l'idée que l'acquisition passe nécessairement par ces représentations » [Richard, 1995].

Selon Jonnaert, l'approche cognitiviste peut être qualifiée de constructiviste car elle répond aux trois critères suivants [Jonnaert, 2009] :

- L'apprenant est acteur de l'apprentissage.
- L'apprenant réalise ses apprentissages sur la base de ses propres connaissances.
- L'apprentissage a du sens pour l'apprenant.

Clancey présente la théorie de la cognition située, partant du fait que chaque pensée ou action humaine est adaptée à son environnement c'est-à-dire inscrite en situation. Il existe un couplage direct entre la perception, la conception et l'action. Parler est aussi en soi une activité de représentation car donner le nom aux choses et les rendre signifiantes permet de faire évoluer ses conceptions [Clancey, 1997].

Trois principes sont mis en évidence par Clancey :

- Les actions prévues à court terme changent le flux des données sensorielles (ouïe, vue...).
- La perception et la conception sont dynamiquement couplées (un obstacle peut être perçu comme un défi ou un danger selon la manière de le concevoir)
- Les buts et les significations sont re-conçus selon la manière dont les transformations faites à l'environnement sont re-perçues avec le temps (l'empreinte de l'action crée une situation différente et donc de nouvelles conceptions).

Un apprentissage, adéquat par rapport à un individu et une situation, ne peut donc pas se mettre en place sans la prise en compte de ses représentations cognitives.

La théorie de la cognition située nous permet d'envisager l'apprentissage chez les personnes âgées en situation. L'apprentissage selon l'approche constructiviste et la théorie de la cognition située se décline de la façon suivante [Trevidy, 2013] :

- L'apprentissage est construit par la personne âgée sur la base de ses propres connaissances et représentations.
- L'apprentissage se traduit par une transformation des conceptions antérieures.
- L'apprentissage se réalise en situation, dans un contexte signifiant pour la personne.
- La perception, la conception et l'action sont couplées en situation.

Le cadre de technique pédagogique est caractérisé concernant cette population. Il est nécessaire de partir de ses connaissances et de ses représentations selon une situation qui a un sens pour la personne et inscrit cet apprentissage dans cette situation.

La personne âgée est donc un apprenant avec ses spécificités et ses ressources. Elle présente une histoire de vie avec des composantes qui lui sont propres. Les plus citées sont le niveau d'étude, les événements vécus, le statut social, la vie familiale, les interactions sociales, le mode de vie. L'anamnèse, l'histoire médicale dont odontologique, de la personne a une place importante dans le cadre d'une intervention en éducation pour la santé. Cette dernière se construit à partir d'expériences personnelles. Elle influence le comportement de santé de l'individu. Or, l'individu âgé actuel n'a pas bénéficié d'interventions en éducation pour la santé bucco-dentaire.

Nous savons maintenant qu'il est possible et surtout indispensable de concevoir des programmes d'éducation pour la santé en direction des personnes âgées autonomes.

1.4.3 La nécessité de l'élaboration de programmes d'éducation en santé bucco-dentaire

Nous voyons ici que de nombreux thèmes se croisent dans cette 1^{ère} partie autour de la personne âgée autonome : l'état de santé bucco-dentaire à améliorer, la capacité d'apprentissage, la nécessité de donner un sens aux actions à mener propres à cette population, la place importante des représentations sur les thématiques de la

personne âgée et de la santé bucco-dentaire et plus particulièrement des représentations cognitives dans un processus d'apprentissage.

La santé bucco-dentaire des personnes âgées est un enjeu de santé publique au vu du vieillissement de la population et des connaissances médicales actuelles [HAS, 2010], [Dupuis, 2010], [Ettinger, 2007], [van der Putten et al, 2014], [Petersen, 2010], [Petersen, 2005]. Elle fait l'objet de différentes recommandations [Anatassia, 2011], [Petersen, 2010], [AGIRC et ARRCO, 2014], [HAS, 2010]. Elle n'est pas isolée mais en interaction avec le reste de la santé générale. Il est donc indispensable que des actions soient mises en place pour maintenir une bonne santé bucco-dentaire et une bonne santé générale chez ces individus. Il est reconnu que la prévention bucco-dentaire est efficace. Il est donc nécessaire de la promouvoir chez les personnes âgées. L'éducation pour la santé est une action de promotion de la santé qui est pertinente dans ce champ médical.

Nous avons vu que la personne âgée autonome a la capacité d'apprentissage à partir du moment où cette dernière tient compte les particularités de cette population. Ce que n'ont pas réussi à mettre en place les propositions de programmes actuels. De plus, dans le champ de l'apprentissage de la personne âgée, il est nécessaire d'appréhender, entre autres, les représentations. Cette 1^{ère} partie a tenté de les mettre en lumière. Elles sont variées. En effet, nous les avons combinées avec les croyances portées par la société dans laquelle l'individu vit ou par l'individu lui-même ou par le professionnel de santé. Plus particulièrement, nous mettons en exergue les représentations cognitives qui sont une construction mentale individuelle relative à la connaissance.

Il est donc nécessaire aujourd'hui d'élaborer des programmes d'éducation pour la santé bucco-dentaire et plus particulièrement pour cette population « personne âgée autonome ».

Mais avant d'aller plus loin dans cette élaboration, il est indispensable de s'interroger sur l'existence, la caractérisation et le rôle des représentations cognitives en santé bucco-dentaire chez la personne âgée. Car comme nous l'avons vu, elles sont présentes dans les processus d'apprentissage.

Le thème de cette recherche est, démontré dans cette 1^{ère} partie, vaste et complexe. De plus, elle est innovante car il n'existe pas de ligne prédéfinie par un autre travail de recherche ou article scientifique. Nous posons un sujet exploratoire et pionnier dans son approche. De ce fait, ce travail de recherche propose un cadre qui sera défini et argumenté par de nombreux choix par manque de recherches scientifiques sur lesquelles s'adosser. Dans la présentation de ce travail, nous avons eu la volonté, d'ordre général, d'être relativement succinct et concis. Ceci pour éviter la tendance naturelle de décrire ce qui est déjà su pour compenser l'absence de données. Ensuite, pour conserver l'attention du lecteur sur le déroulement de cette recherche exploratoire qui demande un changement de paradigme. Et enfin pour mettre en place sa contextualisation dans le champs de la santé publique afin qu'elle ne soit pas isolée mais puisse être située, donc plus rapidement incluse, dans le domaine de la santé publique bucco-dentaire.

Cette 1^{ère} partie a permis de poser l'ensemble des éléments constitutifs de cette thématique et d'en dégager la complexité. Il est donc nécessaire de poser des objectifs clairs, constitutifs et de la contextualiser via un cadre théorique pour ne pas se perdre.

2 .Problématique et question de recherche

La 1^{ère} partie souligne l'impact de la santé bucco-dentaire sur la santé générale et la vie de l'individu, ainsi que la nécessité, soutenue par des recommandations nationales et internationales, de mettre en place des actions de promotion pour faire face aux insuffisances actuelles des programmes de prévention et d'organisation de soins bucco-dentaires autour de la personne âgée.

La santé publique bucco-dentaire a cette caractéristique de rassembler de nombreux enjeux, tels que l'accès aux soins ou l'accès à la prévention, et d'être fortement impactée par les inégalités sociales en santé. Toutefois, notre système de soins français présente une réelle difficulté à appréhender la dimension sociale des problèmes de santé [Lombrail, 2005]. Depuis les années 2000, plusieurs auteurs ont mis en évidence le mauvais état de santé bucco-dentaire, d'abord des personnes âgées dépendantes [Dorin, 2000] [Etude IDAS, 2008] [Thomas, 2011], puis celui des personnes âgées autonomes [Blanchoz, 2011] [Roland, 2011] [Vincelet, 2008] [Pourteau, 2014], que nous allons détailler plus loin. Nous avons donc à notre disposition la description, argumentée par des écrits scientifiques, d'un mauvais état de santé d'une tranche de notre population dont le nombre de personnes va en augmentant. Dans notre travail, nous nous plaçons, non pas dans la perspective de l'accès aux soins, mais dans le champ de la promotion de la santé face à l'émergence de cette problématique de santé publique bucco-dentaire. Cependant, les inégalités en santé doivent aussi être prises en compte dans le domaine précis de l'éducation pour la santé. Elles seront abordées dans la 6^{ème} partie traitant des perspectives.

Au vu de notre population d'étude, de ses capacités d'apprentissage et notre choix de nous placer dans un modèle de vieillissement réussi, il s'avère donc pertinent de favoriser une prévention « positive » (où l'on part du sujet que l'on cherche à protéger) s'intégrant à une promotion de la santé qui concerne le sujet et s'appuie sur sa participation active [Bourbillon, 2004]. Aussi, l'éducation pour la santé visant les compétences et les comportements humains pour amener à une

modification de la santé et de la maladie [Deccache, 1989] s'inscrit parfaitement dans la perspective de ce travail de recherche.

Pour déterminer les besoins de cette population en matière de prévention et d'éducation pour la santé bucco-dentaire, nous ne pouvons nous limiter à l'identification des problèmes de santé, qui sont nombreux (médicaux, psychologiques, sociaux, économiques, environnementaux, politiques) et font l'objet de nombreuses publications. Il est indispensable de les prendre en compte et ils vont donc être détaillés dans cette 2^{ème} partie. Cependant, dans ce travail, nous partirons de cet état des lieux pour mettre en exergue les besoins et les carences, dans l'objectif de contribuer à l'élaboration d'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes.

En effet, malgré une recension relativement exhaustive de la littérature qualitative dans ce domaine, nous n'avons pas eu accès à des programmes d'éducation pour la santé orale avec mobilisation, par le patient, de compétences et de ressources qui s'appuient sur des concepts de psychologie de la santé, afin de modifier le comportement de santé bucco-dentaire de l'individu. De plus, peut-être parce que ce champ de la recherche est récent, il n'existe pas d'approche systémique spécifique de cette thématique bucco-dentaire. Or il est fondamental de se référer à une telle approche pour les raisons évoquées plus haut.

Pour mettre en place un programme pertinent d'éducation pour la santé en odontologie, il nous apparaît donc indispensable d'appréhender l'individu autant dans son individualité, que dans ses interactions avec son environnement. Ce programme devra s'inscrire dans les approches actuelles d'éducation pour la santé, qui considèrent notamment à la fois l'apprentissage individuel et sa poursuite dans le cadre d'apprentissages collectifs. L'ensemble de ces apprentissages s'inscrit dans un contexte dans lequel prennent place des interactions de type « individu-groupe-environnement » [Ivernois et Gagnayre, 2016]. Au vu des nombreux freins existants et de l'approche actuelle en éducation pour la santé, cette thématique comporte plusieurs aspects qu'il nous faut envisager. Aussi, il nous semble pertinent de travailler en se référant à un modèle de planification avec une approche socio-écologique.

2.1 Le modèle de planification Precede comme cadre structurant de la problématique

2.1.1 Choix du modèle de planification Precede

Il est important de présenter le modèle de planification PRECEDE-PROCEED de *M.C. Green et M.W. Keuter* (1991) car il est fondé sur une approche socio-écologique. Il ne limite pas sa conception de la santé à une pathologie, mais à un comportement de « bonne santé » dans le but d'améliorer la qualité de vie.

Elaboré à partir de 1980, ce modèle nous semble particulièrement utile dans notre démarche de recherche. Il s'agit d'un modèle de planification basé sur les disciplines de l'épidémiologie, des sciences sociales, comportementales et de l'éducation. Un de ses principes majeurs est de montrer que la santé et les risques de santé (liés à des comportements de santé inadéquats) sont dépendants de facteurs multiples qui interagissent les uns avec les autres ; ce qui est particulièrement pertinent en santé bucco-dentaire [Crosby, 2011] [Petersen, 2005]. Il est souvent considéré comme un méta modèle car, comme tout modèle de planification, il sert comme plan de construction ou d'amélioration d'une intervention en éducation. De plus, sa structuration répond à une vision globale, ce qui présente deux avantages : pouvoir être utilisé quelque soit l'objet de l'intervention, et pouvoir intégrer dans la construction de la dite intervention les théories et modèles adéquats [Crosby, 2011].

Ce modèle PRECEDE-PROCEED de *M.C. Green et M.W. Keuter* (1991), qui postule que les comportements de santé sont complexes et multifactoriels, est constitué de 10 étapes et de deux parties (Figure 6). La première partie (étapes 1-5), dite PRECEDE (« Predisposing, Reinforcing and Enabling Construct in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation »), est basée sur le fait que, à l'instar de tout traitement médical qui exige un diagnostic médical préalable, toute intervention de promotion de la santé implique un diagnostic éducationnel préparatoire. La seconde partie (étapes 6 à 10), intitulée PROCEED (« Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development »), correspond aux étapes

6 à 9, soit à l'évaluation de l'intervention [Crosby, 2011] [Randsel, 2001]. Cette seconde partie ne sera pas abordée dans ce travail de recherche.

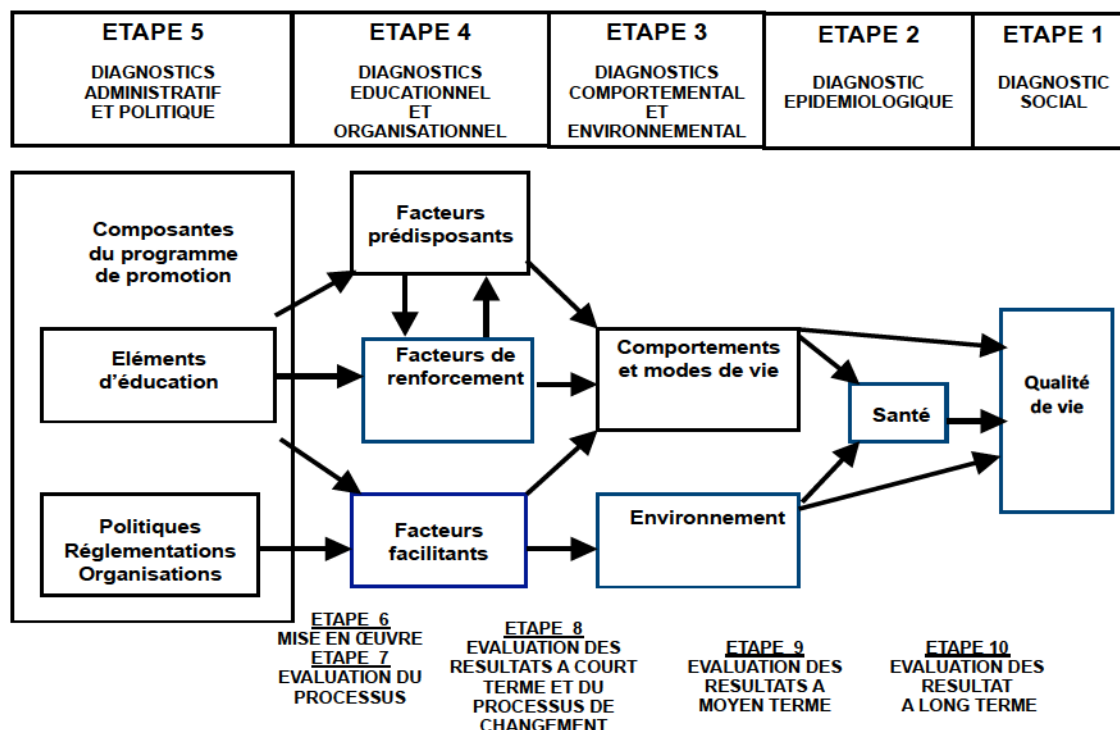


Figure 6 Modèle de planification PRECEDE/PROCEED de M.C.Green & M.W.Kreuter (1991). Health promotion Planning (2nd ed.)

Comme montré figure 6, les flèches illustrent les relations entre les étapes. On observe une inversion de la lecture du modèle permettant de débiter par l'objectif principal : l'amélioration de la qualité de vie, telle qu'elle est définie par la communauté [Crosby, 2011]. En effet, les auteurs de ce modèle insistent sur la nécessité de construire l'intervention à partir de la définition de l'objectif principal du programme en concertation avec la population cible. Ce modèle est donc de type participatif.

Nous précisons les principaux éléments de la partie PRECEDE du modèle, soient les cinq premiers diagnostics ou étapes [Crosby, 2011] :

Le diagnostic social, ou étape 1, s'intéresse aux problèmes sociaux rencontrés dans une communauté, et qui sont lus comme des indicateurs pertinents de la qualité de

vie de cette population. Deux dimensions doivent être intégrées, l'une quantitative (par exemple : emploi ou non, niveau d'éducation, densité de population, logement, services sociaux, densité de professionnels...) et l'autre qualitative (par exemple : perception de santé bucco-dentaire, habitudes en matière d'hygiène orale et alimentaire, confiance dans les professionnels de santé...).

Le diagnostic épidémiologique, ou étape 2, repose sur l'identification des problèmes spécifiques de santé, avec l'intention de construire des objectifs mesurables de santé. Certains d'entre eux pourront devenir des références du programme. Lors de cette étape, les données épidémiologiques collectées sont l'incidence, la prévalence et la distribution du problème de santé.

Dans le diagnostic comportemental et environnemental, ou étape 3, les relations entre les comportements et les problèmes identifiés doivent être définies et étudiées en vue de dégager la causalité multifactorielle de ces dits problèmes. A ce niveau, des groupes d'acteurs ayant une influence sur l'intervention vont se définir. De plus, lors de son élaboration, certains facteurs liés à l'environnement pourront être appréhendés avec l'intention de créer des objectifs secondaires. Ainsi, est-ce à cette étape que l'on voit émerger le partage des responsabilités face à une tâche commune et la nécessité d'un travail interdisciplinaire.

Le diagnostic éducationnel et organisationnel, ou étape 4, consiste à distinguer les comportements selon les causes et facteurs déterminants. Cette étape est une des plus complexes, tout en étant la pierre angulaire de la planification. On classe ces facteurs en 3 catégories : les facteurs « prédisposants » (connaissances, attitudes, valeurs, perceptions...), les facteurs « de renforcement » (feedback que la personne reçoit des autres tels que familles, pairs, soignants, médias... quant au comportement adopté, avec effet d'encouragement ou de découragement) et, enfin, les facteurs « facilitateurs » (aptitudes personnelles ou communautaires liées à l'accessibilité, aux finances, à la législation, aux programmes et services existants).

C'est le PRE de PRECEDE.

La partie organisationnelle prend une dimension plus concrète lorsque l'on visualise les jeux d'acteurs entre institutions et structures et au sein de la même structure (par exemple : l'accès à l'achat du matériel de soins d'hygiène, le choix de professionnels de santé accessibles, les aides aux transports, les publicités pour des aliments fortement sucrés...)

Le diagnostic administratif-politique (étape 5) consiste en l'analyse du contexte administratif, institutionnel, réglementaire et politique qui influence la mise en place d'un programme ou d'une intervention. Cette étape vise à évaluer la capacité et les ressources disponibles pour leur implantation.

Comme évoqué plus haut, ce modèle présente de nombreux attraits et permet d'envisager qu'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes est pertinent dès lors qu'il s'inscrit dans un modèle socio-écologique.

Ce modèle de planification est donc stimulant pour plusieurs raisons :

- son approche socio écologique : la santé est une partie intégrante d'un cadre plus large qui peut être plus clairement défini par le terme de « qualité de vie ». Et c'est dans ce cadre qu'elle doit être considérée. Ce modèle permet à l'utilisateur/chercheur d'engager la communauté cible dans une approche écologique saine pour prendre le problème en main [Crosby, 2011].
- son principe participatif : quand un individu s'engage dans des comportements et activités de promotion de la santé, il le fait presque toujours de façon volontaire. Aussi, la mise en œuvre d'une intervention de promotion de la santé doit impliquer ceux dont les comportements et actions doivent changer, c'est-à-dire son public cible. Ce modèle présume que les participants prendront une part active dans la définition de leurs problèmes et solutions ainsi que dans le choix des objectifs «..*fundamental principle of participation which states that success in achieving change is enhanced by the active participation of the intended audience...* » p 409 [Green et Kreuter, 1991]

- son utilisation partielle ou complète : ce modèle de planification présente l'intérêt d'être pertinent sur une problématique délimitée, tout en permettant l'exhaustivité lorsque nécessaire. Ainsi l'utilisateur/chercheur peut tout autant le mettre en oeuvre dans sa totalité que ne s'attacher qu'à certaines de ses composantes. Dans notre recherche, nous nous sommes limités à la partie PRECEDE car nous cherchons, via une étude sur les représentations cognitives, à contribuer à la conception d'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire envisagée dans une approche globale. Nous verrons, par la suite, qu'il est possible pour le chercheur de recentrer son utilisation sur l'étape 4 (diagnostic éducationnel et organisationnel) et, plus particulièrement, sur les facteurs « prédisposants ».

- sa guidance dans la conception d'un programme : la présentation du modèle (schématisé de façon linéaire et devant être lu, dans le même temps, dans le sens de la lecture comme dans le sens inverse) est, en soi, un guide dynamique répondant parfaitement au processus de construction d'un programme d'éducation. Il rappelle à l'utilisateur la nécessité d'un renversement d'attitude dans l'élaboration de ce type d'intervention. L'accent est ainsi mis sur la phase d'étude des problèmes et des besoins. Il permet au chercheur de travailler en amont de l'objectif final de la recherche, pour créer un plan de constitution de l'intervention ou de la stratégie. De plus, il guide l'intervenant dans l'utilisation des théories et modèles relatifs à l'élaboration du programme, tant sur leurs choix que sur leurs utilisations [Crosby, 2011]. Nous reviendrons sur cette guidance dans la 3^{ème} partie de ce travail de recherche.

L'utilisation d'un tel méta modèle ne va pas sans quelques difficultés ou points à clarifier. Dans cette perspective, nous pouvons souligner les points suivants :

- La nécessité de contextualisation de l'utilisation de ce modèle, car il s'agit d'un outil de conceptualisation et d'application qui dépasse largement le cadre de l'éducation pour la santé et s'étend à toute la problématique de la santé et des changements sociaux [Bury, 1988]. Il peut être utilisé dans tous les milieux qui ont un lien avec la santé, comme par exemple les écoles, les structures de santé, le réseau social. Il peut

aussi être utilisé pour favoriser une intervention orientée vers l'éducation ou vers la santé, voire vers la méthodologie de construction d'un programme d'intervention.

- La nécessité d'une vraie rigueur dans l'analyse des données, pour proposer un diagnostic pertinent lors des cinq étapes. En effet, cette recherche multidimensionnelle et multifactorielle entraîne la collecte de nombreuses données très variées, qui doivent être ensuite intégrées au bon endroit dans le modèle de planification afin que l'analyse soit cohérente. L'utilisateur/chercheur doit souvent mettre en parallèle des données qui n'ont pas de rapport direct entre elles, mais qui appartiennent à une même sous-partie du modèle. Et donc créer des « unités » dans ces sous-parties. De plus, il n'est pas toujours possible de s'appuyer sur l'utilisation de ce modèle de planification dans d'autres programmes, car en fonction de la nature de l'objectif, la mise en œuvre appellera d'autres données, voire d'autres contextualisations. L'analyse de données ne peut donc pas être faite de façon standardisée.

- La nécessité d'un temps d'apprentissage par l'expérience. Seule l'élaboration d'une intervention concrète, quelque soit sa nature, permet de comprendre les ressorts de l'utilisation de ce modèle de planification, ainsi que sa pertinence.

2.1.2 Les facteurs pré-disposants dans le modèle de Precede

Jusqu'ici, trois éléments du schéma de la partie PRECEDE n'ont pas été discutés : les facteurs prédisposants (*predisposing*), les facteurs de renforcement (*reinforcing*) et les facteurs facilitants (*enabling*). Or, comme indiqué sur le schéma Figure 6, ces 3 facteurs influencent les comportements et le mode de vie, ainsi que l'environnement. Et ces comportements et modes de vie, tout comme l'environnement, influencent la santé et la qualité de vie. Il est donc périlleux d'élaborer un programme d'éducation pour la santé qui cherche à changer les comportements de santé, sans tenir compte de ces 3 facteurs. Il convient donc de les définir.

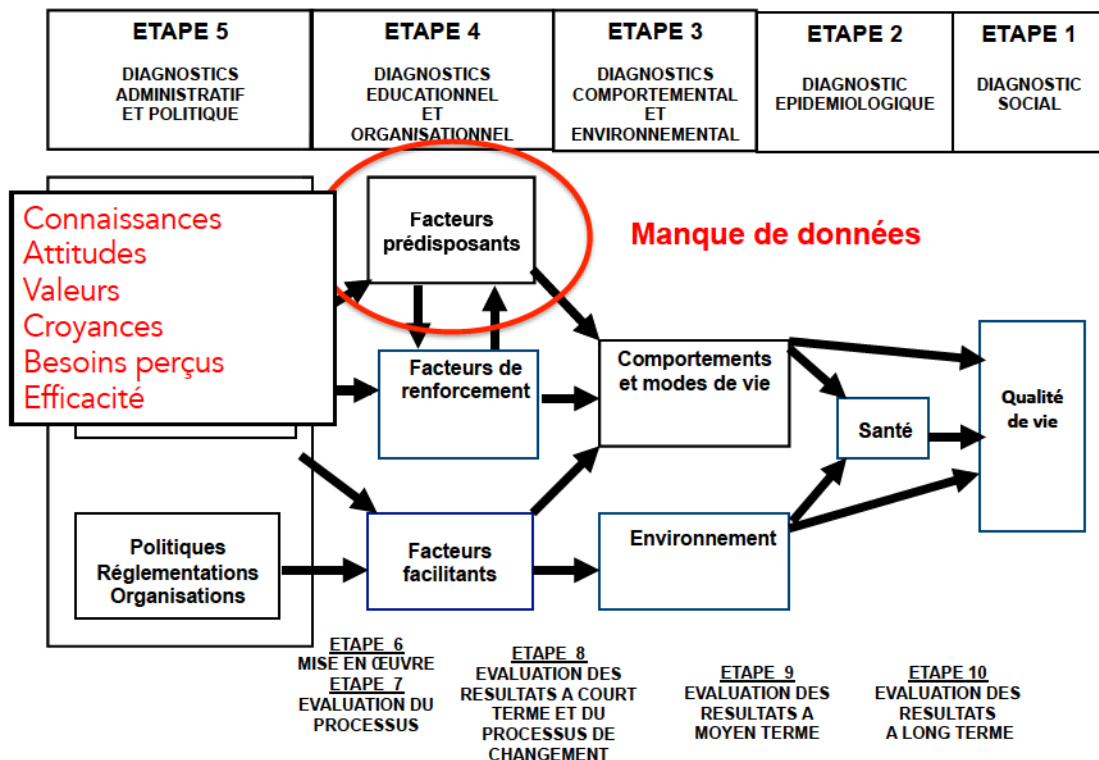
Les **facteurs prédisposants** sont ceux existants chez l'individu ou dans le groupe, telles que les connaissances, les attitudes, les valeurs, les croyances, les compétences... Ils sont à la base de tout comportement (particulièrement ici la motivation à changer), soit en poussant vers l'action, soit en l'inhibant. Ces facteurs sont déjà présents avant la modification du comportement. Ils peuvent aider à avoir une attitude logique et motivée pour ce nouveau comportement. Ces facteurs font appel, en grande partie, au domaine de la cognition [Crosby, 2011], [Bury, 1988].

Les **facteurs de renforcement** sont les retours positifs ou négatifs des pairs, de la famille, des professionnels de santé, des médias... Il s'agit donc du *feed-back* (rétroaction) que la personne reçoit des autres quant au comportement adopté. Ce sont les attitudes et les comportements de l'entourage du public visé par l'intervention d'éducation. Ces attitudes et comportements des personnes proches du public-cible peuvent encourager, aussi bien que décourager celui-ci face à l'adoption et/ou le maintien d'un comportement de santé déterminé. Ces facteurs englobent aussi, à un autre extrême, les effets imaginaires. Ces effets peuvent également accompagner le changement de comportement. Ils aident à récompenser ou à inciter à la répétition de ce nouveau comportement. Ces facteurs font appel, en grande partie, au champ psychosocial [Crosby, 2011].

Les **facteurs facilitants** sont les habiletés et les ressources (personnelles ou communautaires) nécessaires pour mettre en pratique un comportement de santé. Ils renvoient aux conditions nécessaires pour que le comportement de santé survienne, et recouvrent les ressources qui impactent le nouveau comportement (accessibilité, disponibilité, offre de soins), les programmes et les services (compétences, financement, temps...). Les habiletés personnelles proviennent le plus souvent des habitudes et aptitudes acquises au sein de la famille, de l'école, de l'entourage social... Il peut s'agir aussi des compétences physiques de l'adoption d'un nouveau comportement [Crosby, 2011]. Les ressources incluent des facilités en matière de soins de santé (professionnel de santé, cliniques, médicaments...) ainsi que l'accessibilité aux ressources (coût, distance, transport, heure d'ouverture...)

[Bury, 1988]. Ces facteurs facilitants font appel, en grande partie, au domaine écologique et politique [Crosby, 2011].

Force est de constater que les croyances, les représentations, les connaissances des individus sur leur santé ont été pris en compte dans ce modèle PRECEDE. Ce sont les facteurs prédisposants. Ces facteurs prédisposants dans le cadre de la santé bucco-dentaire ont été mis en exergue dans la littérature [Dimistrescu, 2011] [Arcury, 2009] [Chhabra, 2012] [Renz, 2007] [Niederman, 2007] [Freeman, 1999], mais rarement dans le cadre d'un programme d'éducation, comme nous l'avons vu dans la sous-partie 1.4.1. Aussi, nous pouvons dire qu'en santé bucco-dentaire, ils ont été très peu documentés, et tout particulièrement sur la personne âgée.



Modèle de planification PRECEDE / PROCEED de Green, L. & Kreuter, M. (1991). Health Promotion Planning. (2nd ed.). Mountain View: Mayfield Publishing Co.

Figure 7 *Modèle de planification PRECEDE/PROCEED de Green & Kreuter (1991). Health promotion Planning (2nd ed.). Focus sur le manque de données concernant les facteurs prédisposants*

2.1.3 Articulation entre les différents modèles théoriques de référence

Comme nous l'avons vu précédemment, notre travail de recherche s'interroge sur la conceptualisation d'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes, en tenant compte des représentations cognitives de la personne. Cet angle de recherche sort du cadre convenu des actions en santé bucco-dentaire.

Nous nous appuyons sur un méta modèle, PRECEDE, mais celui-ci ne peut pas être utilisé seul tel que décrit. Aussi, nous devons mettre en avant des modèles et concepts comme cadres de référence pour faire face à l'exhaustivité caractérisant un méta modèle et structurer notre recherche par rapport à une problématique cernée. En effet, PRECEDE est un guide marquant les étapes pour élaborer un programme d'éducation pour la santé. Toutefois, il ne se limite pas à un contexte et ne cherche pas à caractériser une population, mais un problème de santé donné lié à une population donnée. Il ne contient donc pas les détails spécifiques d'un programme. Il peut ainsi être envisagé comme une carte routière qui permet au chercheur d'être guidé dans la construction et les choix des modèles sur lesquels reposera le programme d'éducation [Crosby, 2011].

Avant d'aller plus dans l'explicitation des modèles et des concepts développés dans cette recherche, il nous semble important de resituer notre travail au sein du courant médical qui se revendique du modèle biopsychosocial. Au fur et à mesure de la formulation des modèles et concepts sur lesquels reposent ce travail de recherche, nous compléterons le schéma proposé avec nos références à des modèles socio-écologique, écologique puis sociocognitif et psychocognitif. Ceci est l'objet des schémas sur les Figure 8, Figure 10 et Figure 14.

Le choix du modèle biopsychosocial

Comme nous l'avons vu dans la sous-partie 1.4.1, la plupart des interventions de promotion de la santé bucco-dentaire ou d'éducation pour la santé bucco-dentaire reposent sur le système médical. En effet, la discipline médicale qu'est

l'odontologie est encore très influencée par le modèle Médical : l'approche est curative, dans un système fermé, la santé consiste en l'absence de maladie et les soins se font dans un lieu médical déterminé [Deccache, 1989]. Aussi les interventions de promotion de la santé bucco-dentaire, quel que soit leur nature, reposent très largement sur les connaissances du chirurgien-dentiste et sur son approche de la maladie. Il faut donc faire appel à un autre méta modèle pour resituer la démarche systémique de notre travail de recherche.

Nous nous inscrivons dans une perspective de santé reposant sur le modèle biopsychosocial interactionniste au sens de Watzlawick (1975), à mettre en opposition avec le modèle Médical. La santé ne peut pas être observée comme un objet indépendant du sujet percevant, mais résulte de facteurs complexes organiques, psychologiques et sociaux qui demandent une approche pluridisciplinaire dans un système ouvert, de l'éducation, de la prévention, ou de la réadaptation. L'approche est centrée sur la personne. La recherche de la multicausalité ou la construction de réseaux de relations entre phénomènes sont les entrées privilégiées pour comprendre la santé et/ou la maladie dans l'histoire de vie du sujet [Billon, 2000]. Le sujet observé n'est pas réduit à des variables mais considéré dans le contexte écologique dans lequel il évolue [Billon, 2000].

Ce modèle étant trop global, on ne peut pas en déduire des inférences précises et des recherches empiriques réalisables. Il représente l'approche (*Figure 8*) qui amorce le changement de paradigme insufflé dans ce travail de recherche.

Nous l'envisageons ici, car la santé bucco-dentaire d'un individu ne peut être envisagée qu'à travers ce modèle biopsychosocial. D'abord, car l'état oral d'un individu est influencé par de nombreux déterminants socio-économiques, culturels, psychologiques et par son état de santé général. Ensuite, même s'il existe des maladies bucco-dentaires universelles, l'état oral (avec l'expression ou non de certaines de ces maladies séparément ou de façon concomitantes) est très variable d'un individu à l'autre et ce au cours de la vie d'un même individu. Aussi, pour que l'action de prévention soit efficace, il est nécessaire que l'approche soit centrée sur l'individu et non sur la maladie. Enfin, comme nous l'avons souligné, chaque individu a une histoire avec sa bouche, de la naissance à la mort. La cavité buccale est, à

l'inverse d'autres parties du corps, composée de plusieurs organes et tissus. Elle est active plusieurs fois par jour pour assurer différentes fonctions, en lien avec l'extérieur comme avec l'intérieur de notre corps. L'élaboration d'un programme d'éducation pour la santé doit s'inscrire dans cette dynamique globale de santé orale.

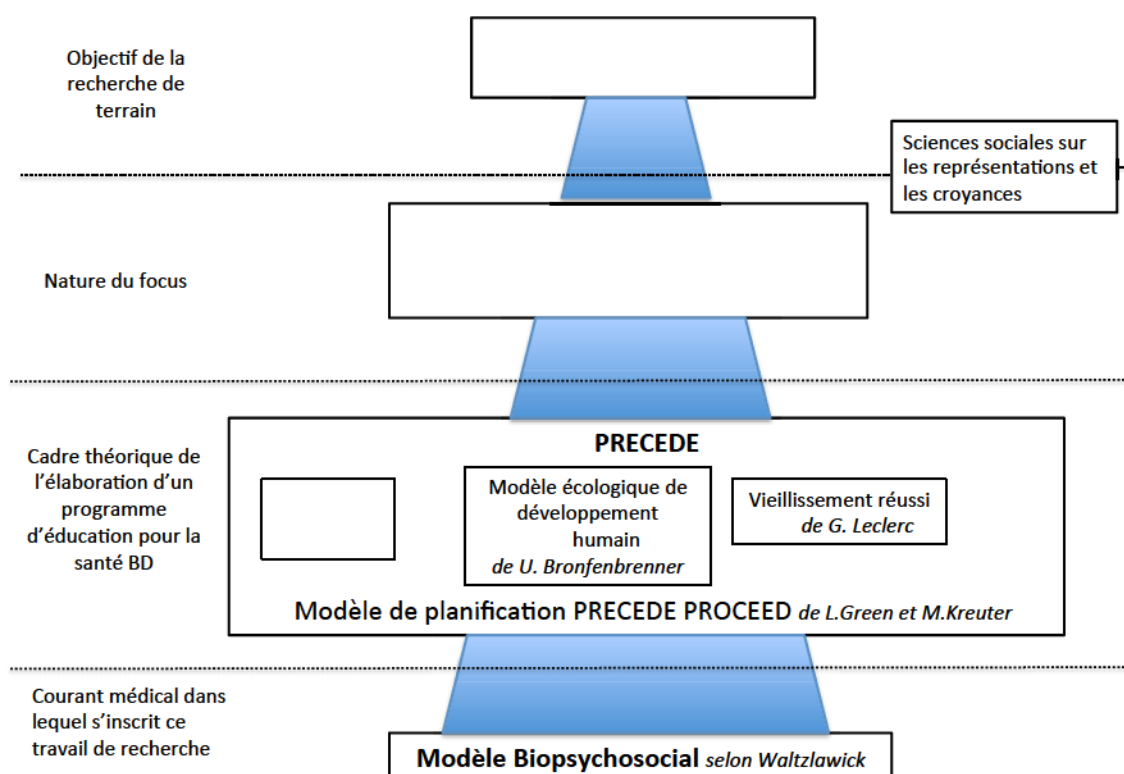


Figure 8 Articulation des modèles théoriques de référence pour l'élaboration d'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes quel que soit la nature du focus

Comme schématisé dans les Figure 8 et Figure 10, dans le cadre propre de ce travail, nous convoquons plusieurs modèles à l'intérieur du modèle de planification choisi. Le modèle PRECEDE PROCEED de Green et Kreuter rappelle au chercheur l'importance de mettre la communauté/population cible au cœur du processus, pour répondre à ses besoins et la rendre participative. En tant que méta modèle, il ne pose pas de critères de définition de cette communauté/population cible. Et, comme nous l'avons vu dans la sous-partie 1.2, la population personne âgée est très hétérogène.

Le modèle de l'actualisation optimale du potentiel en lien avec le sens de la vie de G. Leclerc (2007), nous permet de mieux définir notre population cible.

De même, pour renseigner les étapes de diagnostics et plus particulièrement les étapes 3 et 4 de la partie PRECEDE (c'est-à-dire les diagnostics environnemental et organisationnel), il est nécessaire de s'appuyer sur le modèle écologique de développement humain de Bronfenbrenner (1979) afin d'argumenter l'approche socio-écologique proposée par ce méta modèle de planification.

Pour des raisons didactiques, les autres modèles convoqués dans le schéma de la Figure 10 puis de la Figure 14 seront présentés dans la 3^{ème} partie.

Le choix du modèle écologique de développement humain de Urie Bronfenbrenner

De nombreux facteurs extérieurs influencent donc le comportement de santé bucco-dentaire d'un individu. De plus, en fonction de l'âge, du lieu de vie, de l'environnement ou du genre, ces facteurs extérieurs seront souvent différents ; et pour ceux qui seraient de natures identiques, leur impact peut varier selon les individus. Un des postulats de ce travail est que le vieillissement devrait toujours être envisagé selon ces différentes dimensions interdépendantes. La vieillesse devrait toujours être vue dans la perspective du parcours de vie, au cours duquel environnement et individus sont dans des relations de réciprocités, tout en tenant compte de l'interdépendance entre les générations [Henrard et Ankri, 2003] [Cardinal, 2008].

Aussi, dans une démarche de recherche, il nous semble pertinent de faire appel au modèle socio-écologique de développement humain de Bronfenbrenner pour guider nos recherches concernant la construction des étapes 3 et 4, suivant leurs composantes de diagnostic environnemental et de diagnostic organisationnel. En effet, PRECEDE, comme tout méta modèle, est peu explicite sur les renseignements nécessaires à la pose de ces diagnostics. Le modèle de Bronfenbrenner permet de placer l'individu au centre de son environnement et de décliner toutes les possibilités propres à cet individu, quelques soient les évènements de la vie. Il nous indique donc un chemin pour la production de ces diagnostics.

Les travaux de recherches sur les processus socio-écologiques ont été mis en place par des psychologues s'intéressant au développement de l'enfant. Aujourd'hui, ces processus sont utilisés pour tous types de populations.

Tous les processus écologiques ont une approche commune [Malo, 2000] :

1. L'interdépendance. Tout changement dans l'une des composantes d'un écosystème naturel influence les autres composantes.
2. L'adaptation. Pour survivre tout organisme doit s'adapter aux changements environnementaux.
3. Le recyclage des ressources. Tout changement efficace doit tabler sur les ressources qui existent déjà de façon naturelle.
4. La succession. Tout changement est une suite structurée de modifications jusqu'à ce que l'écosystème retrouve un équilibre acceptable.

Selon le modèle écologique de développement humain de Urie Bronfenbrenner [Bronfenbrenner, 1994], deux postulats sont spécifiques d'un modèle écologique. Le premier postulat pose que, dans les tout débuts et dans les moments importants de la vie, le développement humain se réalise à travers des processus d'interactions réciproques et progressivement de plus en plus complexe, entre un organisme humain en développement biopsychologique et les personnes, objets et symboles de son environnement immédiat. Pour être effectives, ces interactions doivent avoir lieu régulièrement et sur de longues périodes. Cette forme d'interaction est nommée *processus proximal* (exemple : les activités enfant-parents, la lecture, l'apprentissage de tâches complexes).

Le deuxième postulat établit que les formes, pouvoirs, contenus ou directions de ces *processus proximaux* accomplissant le développement, varient systématiquement comme une fonction commune de la personne se développant.

Ce modèle écologique est donc dynamique et prend en compte les changements de l'individu dans son environnement. Ceci est particulièrement intéressant dans le cas de notre population cible, qui n'est pas exempte de l'obligation de faire face à des

changements. Par exemple, les personnes âgées mettent en place des stratégies d'adaptation aux changements physiologiques ou pathologiques de leurs corps, ainsi qu'aux changements de leur environnement.

Aussi, pour Urie Bronfenbrenner (*The ecology of human development : experiment by nature and design*, Cambridge, 1979), l'environnement se conçoit comme un ensemble de structures concentriques incluses les unes dans les autres et qui maintiennent entre elles et à l'intérieur d'elles des relations fonctionnelles à différents degrés.

A partir de ce constat, il distingue cinq niveaux systémiques [Bronfenbrenner, Gauvain, 1979] que nous allons caractériser selon notre thématique:

- a. l'ontosystème : c'est l'organisme lui-même, avec ses caractéristiques innées ou acquises, aux plans physique, émotionnel, intellectuel et comportemental...
Exemple : l'état bucco-dentaire de l'individu, sa perception de sa santé orale

- b. Le microsystème : c'est le lieu ou le contexte immédiat dans lequel l'individu a une participation active et directe (Exemple : famille, appartenance à une association,...). C'est à l'intérieur de l'environnement immédiat du microsystème que les processus proximaux s'opèrent pour mettre en place, de façon durable, le développement. Le pouvoir d'action de ces processus dépend du contenu et de la structure du microsystème.
Exemple : le discours de la famille ou des amis sur l'état bucco-dentaire de l'individu. La présence d'un dentiste à proximité. L'attention du médecin généraliste sur la santé bucco-dentaire de son patient.

- c. Le mésosystème : Ensemble de liens et processus qui prennent place entre deux ou plusieurs microsystèmes (transition écologique).
Exemple : l'entraide avec les voisins ou la famille pour aller chez le dentiste...

- d. L'exosystème : c'est le lieu ou le contexte dans lequel l'individu n'est pas directement impliqué, mais qui influence néanmoins sa vie. Il se réfère aux lieux physiques, mais aussi aux personnes et objets qui s'y trouvent, aux activités et rôles qui s'y déroulent et très souvent, aux décisions qui s'y prennent.

Exemple : les transports disponibles dans la ville, l'existence de réseaux de promotion de la santé, l'existence d'une maison médicalisée de proximité avec présence d'un chirurgien-dentiste, existence d'un large choix de matériel d'hygiène dentaire dans les pharmacies et parapharmacies...

- e. le macrosystème : c'est le recouvrement des différents systèmes (micro-, méso- et exosystème) qui sont caractéristiques d'une culture ou sub-culture donnée, en tenant compte des croyances, idéologies, valeurs, ressources matérielles, coutumes, styles de vie, dangers qui la caractérisent... C'est la toile de fond qui englobe et influence tous les autres niveaux systémiques. Il faut donc bien identifier les caractéristiques sociales et psychosociales au niveau du macrosystème, qui en fin de compte vont avoir un effet sur les processus et conditions particuliers qui ont lieu au niveau du microsystème. L'état de santé général comme bucco-dentaire sont influencés par le système de santé du pays et par ses politiques de santé (offre de soins, prévention, accès aux soins, financement...).

Exemple : Existence d'actions de promotion de la santé bucco-dentaire, valorisation de la santé de la personne âgée, ressources financières disponibles par les pensions de retraite, recherche d'informations sur la santé via internet ou via des forums de santé organisés dans les villes, culture gastronomique de la région...

- f. le chronosystème : la notion est introduite en 1986 pour se référer aux modèles qui examinent le changement développemental et l'influence cumulative des environnements au fil des années. Le modèle propose donc une perspective axée sur le cycle de la vie, qui permet de prendre en considération l'histoire, le développement et l'influence réciproques des environnements.

Exemple : Effets de l'expérience sur le comportement postérieur, développement de compétences liées à l'apparition de problèmes de gencive entraînant l'utilisation quotidienne de brossettes interdentaires chez les personnes de plus de 65 ans.

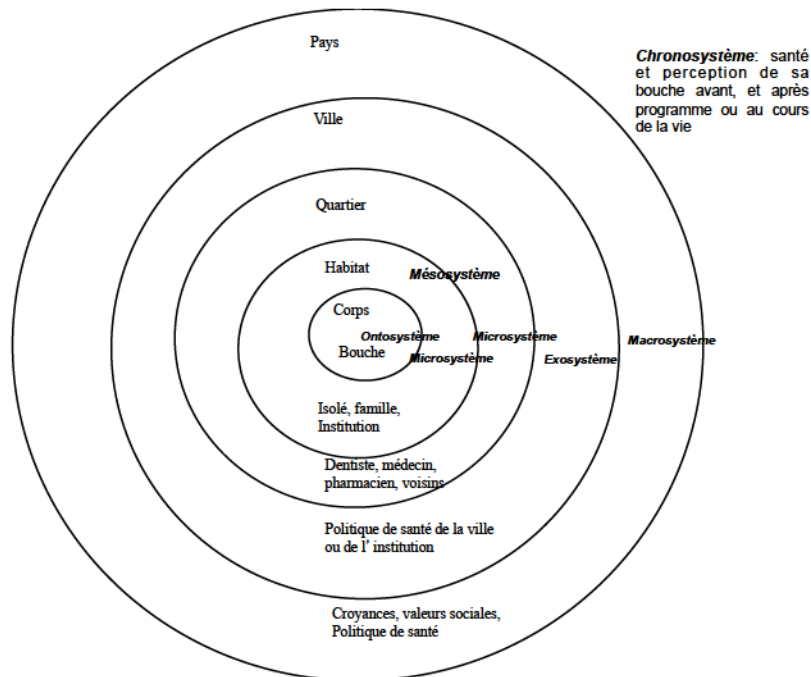


Figure 9 *Modèle écologique de développement humain de Urie Bronfenbrenner*

Nous nous intéressons à une population dont l'état de santé général peut varier rapidement, entraînant une modification de son rapport à son environnement de façon ponctuelle ou permanente. En parallèle, nous ne devons pas oublier l'effet générationnel [Ettinger, 2007]. En effet, la notion de temporalité est très importante à prendre en compte dans l'élaboration d'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes.

Nous avançons qu'il est pertinent, dans le cadre du modèle de planification de *Green et Kreuter* pour un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire, de s'appuyer sur le modèle écologique de *Bonfenbrenner*. Ce dernier nous permet d'avoir une vision large et guidée sur tous les éléments nécessaires à la construction des diagnostics des étapes 3 et 4. Il est à noter que l'utilisation de ce modèle permet aussi de mettre en évidence des liens initialement non évidents quant à notre population cible et au type de programme à élaborer.

Le schéma de la Figure 8 nous permet d'articuler, dans une approche type du modèle biopsychosocial et à l'intérieur du cadre défini par le méta-modèle PRECEDE PROCEED de Green et Kreuter, le modèle de l'actualisation optimale du potentiel en lien avec le sens de la vie de G. Leclerc (2007) (pour définir notre population cible), et le modèle écologique de développement humain de Bronfenbrenner (pour renseigner les diagnostics des étapes 3 et 4).

Cependant, ces mêmes étapes (3 et 4) s'inscrivent dans une perspective éducationnelle et comportementale. Aussi, nous chercherons à mieux les argumenter en nous appuyant sur le *Health Belief Model*, afin de développer notre réflexion sur l'enjeu des croyances et des représentations en santé bucco-dentaire. Cet axe sera développé dans la sous partie 3.1.2. Le schéma de la Figure 10 permet de mieux caractériser le cadre théorique de notre travail de recherche, puisqu'il met en lien les éléments développés jusqu'ici avec les éléments à venir dans les 3^{ème} et 4^{ème} parties de ce travail, dans le cadre desquels nous chercherons à identifier et à caractériser les représentations cognitives en santé bucco-dentaire à travers les discours d'un échantillon de 12 personnes âgées de 66 à 90 ans.

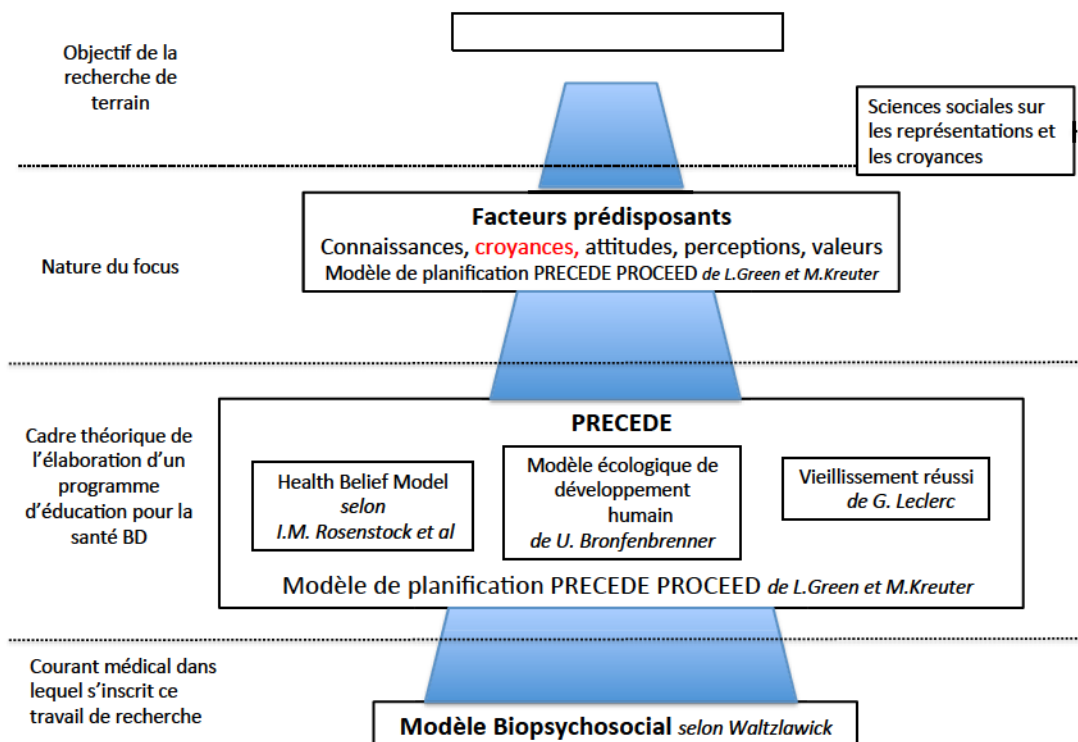


Figure 10 *Articulations des différents modèles théoriques dans le choix d'un focus sur les facteurs prédisposants*

2.2 Recension des écrits et collection des données variées selon le modèle de planification Precede

Les caractérisations de ce problème de santé publique, ainsi que notre première approche d'une définition de la personne âgée autonome, nous imposent de constater que pour élaborer un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées comme défini précédemment, de multiples facteurs et données de nature différentes doivent être pris en compte. Ainsi, cette sous-partie propose-t-elle la mise en place de la réflexion méthodologique à partir des données, conditions et outils nécessaires à la formulation d'un tel programme ciblé en éducation et prévention en matière de santé orale. Cette présentation de l'analyse des données s'appuie sur le modèle de planification PRECEDE.

2.2.1 Analyse des données de la recension des écrits par le modèle de planification Précède

L'éducation pour la santé et la santé bucco-dentaire sont des domaines où de nombreux facteurs sont à prendre en compte : médical, psychosocial, cognitif, environnemental, politique et pédagogique. Ce très large champ d'analyse nous empêche donc de prétendre à l'exhaustivité.

Autre difficulté, quelque soit l'angle pris pour aborder ces deux thématiques dans la population âgée, nous nous sommes retrouvés face à une absence d'identification de mots clés discriminatoires dans les différentes bases de données existantes : Pubmed, DOSS, Cochran Library, Google, Google Scholar, ISIDORE, CAIRN.INFO, Insee. Nous pouvons citer comme exemples :

Sur la base de données Google, nous trouvons 44.900 résultats en croisant les termes « programme d'éducation » et « santé bucco-dentaire » et « personne âgée autonome ». De même, nous trouvons 239.000 résultats en croisant les mots « perçu » et « personne âgée ».

Sur la base de données ISIDORE, nous trouvons zéro résultat en croisant les mots « éducation » et « santé bucco-dentaire » et « personne âgée ». Nous trouvons 65 résultats en croisant les mots « représentation cognitive » et « santé bucco-dentaire » et « personne âgée », toutefois aucun de ces résultats n'est pertinent pour notre recherche.

Dans la base de donnée CAIRN.INFO, nous trouvons 100 résultats en croisant « comportement en santé », « santé bucco-dentaire » et « personne âgée ». 34 résultats en croisant les mots « croyance » et « personne âgée » et « santé bucco-dentaire ». Ou encore 96 résultats en croisant les mots « représentation » et « personne âgée » et « santé bucco-dentaire ». Sur l'ensemble de ces résultats, nous n'avons trouvé qu'un seul article pertinent pour notre recherche, datant de 2001 et qui a été cité dans la sous partie 1.4.1.

La constitution de notre recension d'écrits dans le cadre de cette recherche s'est très vite inspirée d'une méthode heuristique, c'est-à-dire d'une méthode de résolution de problème qui ne s'appuie pas sur une analyse détaillée ou exhaustive du problème.

Nous avons cherché à repérer, sélectionner et hiérarchiser toute la documentation relative à un sujet donné, sans pour autant s'appuyer sur une modélisation formelle. Nous avons donc bien conscience des possibles limites de cette démarche.

Nous avons ouvert notre recherche à de nombreuses combinaisons de mots clés : « *personne âgée* », « *autonome* », « *santé bucco-dentaire* », « *éducation* », « *promotion de la santé* », « *comportement de santé* », « *perception* », « *croyance* », « *représentation* » « *niveau de vie* ». La recherche a été faite en version française et/ou anglaise, selon le site de recherche.

Pour déterminer ces mots clés, nous nous sommes appuyés sur des livres de références :

- *Information et éducation du patient* de Alain Deccache et Eric La Vendhomme,
- *Psychologie de la santé : Modèle, concepts et méthodes* de Marilou Bruchon-Schweiter,
- le Chapitre 2 rédigé par David Locker de *Sociology as applied to medicine*, dirigé par Graham Scambler,
- le modèle de planification PRECEDE-PROCEED de Green et Kreuter du livre *Health promoting planning*.

Puis nous avons cherché, par rapport à notre thématique de recherche, des données relatives à l'état de santé bucco-dentaire objectif et subjectif de cette population et, enfin, aux déterminants sociaux de la santé selon D.Locker, en nous appuyant d'abord sur le moteur de recherche Google. De ces résultats, trop nombreux et disparates pour être pertinents, nous avons consulté les 5 premières pages et conservé les articles pertinents dont la source était l'Insee, la Dress, CAIRN, ISIDORA. Pour avancer dans la recherche, nous avons étudié les références bibliographiques des différents articles sélectionnés. Nous avons lu les articles des références bibliographiques qui nous semblaient pertinentes par rapport à notre recherche. Et ainsi, nous avons construit une bibliographie de nature qualitative.

Les données sur la *Health Literacy (HL)* et sur la *Oral Health Literacy (OHL)* proviennent principalement de la veille documentaire réalisée au sein du Laboratoire Education et Pratique en Santé (LEPS - EA 3412).

Pour faire face à cette diversité d'écrits, il est indispensable de structurer et d'organiser cette recherche bibliographique. Aussi, cette recension va être présentée dans la suite de cette sous-partie en s'appuyant sur le modèle PRECEDE de Green et Kreuter (1991) comme outil d'analyse.

Nous avons organisé les données recensées selon les principaux éléments de la partie PRECEDE [Crosby, 2011], comme explicité dans la partie 2.2.1. Nous proposons un schéma synthétique, spécifique de notre recherche, de l'organisation de ces données recensées, toujours selon PRECEDE, mais sous une autre présentation.

Analyse des données de la recension des écrits par le modèle de planification Precede

En nous basant sur la première partie du modèle de planification de Green et Kreuter (partie PRECEDE), nous proposons, dans le schéma de la Figure 11, une organisation de notre recension d'écrits selon les 5 étapes-diagnostic proposées par les auteurs. Cette démarche a l'avantage de construire une vision globale intégrant les différents facteurs influençant la santé bucco-dentaire de notre population. Il synthétise en un schéma l'ensemble des constats. Il a la capacité d'être évolutif, et peut être complété selon les données disponibles.

.

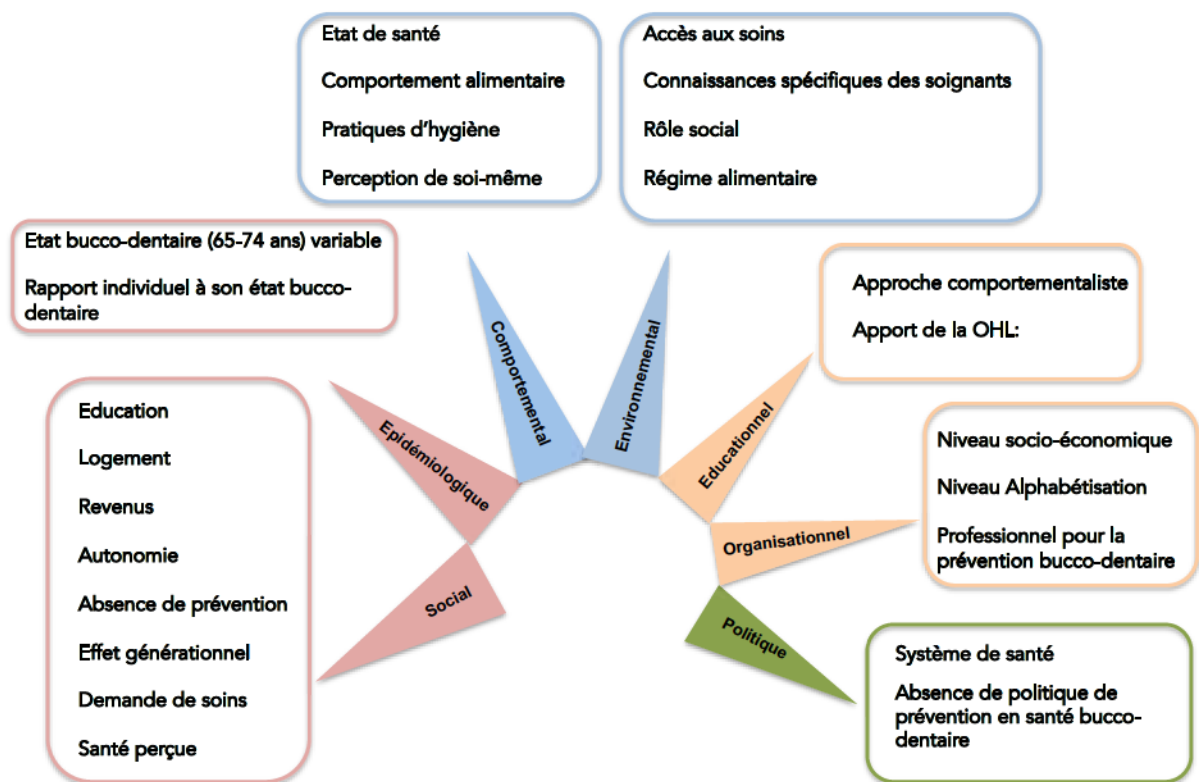


Figure 11 Présentation des résultats de la recension d'écrits en s'appuyant sur le modèle PRECEDE de Green et Kreuter

Ce schéma se propose de mettre en évidence les résultats trouvés au cours de la recension d'écrits en utilisant PRECEDE comme outil d'analyse structurant de la recherche comme de sa systématisation. Ainsi est-il possible d'associer à chaque étape-diagnostic un ensemble de thèmes spécifiques ou non de notre recherche. Nous pouvons donc présumer que l'élaboration d'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées reposant sur une approche socio-écologique s'avérerait pertinent.

Nous présenterons, ci-dessous, les résultats de chaque item proposé en face des différents diagnostics.

Ce schéma Figure 11 fut l'objet de la communication par Poster aux 12ème Journées de Gérontologie et de Gérodonologie- 2014- Lille (France)

Auteurs : Akodjenou-Hvostoff Cécile, Gagnayre Rémi

Titre: « De la nécessité d'un modèle théorique d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes. »

Résumé : Entre 2000 et 2005, en France, le constat est fait dans des établissements pour personnes âgées dépendantes sur leur très mauvais état bucco-dentaire et la quasi-absence de recours aux soins. Selon la HAS, en 2010, 30 à 40% des individus résidents ont besoin de soins conservateurs et 37% des personnes âgées vivant à domicile présentent au moins une dent cariée à soigner. Or, il est reconnu qu'un mauvais état bucco-dentaire a des répercussions sur la santé générale (Petersen et al., 2010). Malgré tout, dans la mesure où la carie est une pathologie accessible à la prévention (HAS, 2010) les programmes de prévention sont centrés sur cette pathologie et ne prennent pas ou peu en compte les maladies parodontales, la capacité masticatoire, l'hyposialie. De plus, en France, ils s'adressent aux personnes âgées dépendantes et n'incluent pas celles autonomes. Cette tranche d'âge de la population constitue un groupe hétérogène dont il est difficile de déterminer des caractéristiques générales. Elle n'a pas bénéficié de programme de prévention bucco-dentaire et l'accès aux soins dentaires au cours de leur vie est très variable. Au niveau individuel, il existe de fortes représentations sur la bouche.

Le but de la communication consistera à reprendre l'ensemble de ces constats pour fonder l'hypothèse selon laquelle un modèle théorique d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées reposant sur une approche socio-écologique s'avérerait pertinent.

Cette communication fut récompensée par le Prix GABA-Colgate du meilleur poster Odontologie.

2.2.2 Résultats des étapes 1 et 2 (social et épidémiologique)

- Concernant la composante diagnostic social, nous débutons par les données sociales de type quantitative puis nous aborderons celles de type qualitative :
Les déterminants de santé les plus souvent renseignés pour notre population sont le niveau d'éducation, le type de logement, les revenus et l'autonomie [Henrard et Ankri, 2003] [Arcand et Hébert, 2007].

Education. Selon l'Insee, la majorité de la population actuelle des 65 ans et plus n'a pas de diplôme et seul 13% d'entre eux a fait des études supérieures. Le niveau général d'éducation est donc faible pour cette génération. Par contre, la génération suivante (celle des 50-64 ans aujourd'hui) se démarquera nettement dans ce domaine : seul 27,6% de ces derniers n'a pas de diplôme et 21,5% a fait des études supérieures. Il sera donc, dans un futur proche, nécessaire de prendre en compte l'évolution du niveau d'éducation chez les personnes âgées. Nous pouvons voir ici un exemple de l'effet générationnel décrit plus loin.

Logement. En France, deux tiers des ménages âgés sont propriétaires de leur logement. Il faut noter que les propriétaires âgés consacrent une part moins importante de leur revenu au logement que les locataires [Insee, Fiche thématique *** Insee site 10 février 2015]. Les individus vivant chez eux –et non en institution– ont tendanciellement plus de chances d'avoir un meilleur accès aux soins [McGrath, 2009].

Revenus. Même si les personnes de 65 ans ou plus connaissent globalement une amélioration de leurs revenus depuis plusieurs années, les inégalités de vie augmentent, à la fois par tranche d'âge et au sein des tranches d'âge. Le taux de pauvreté est concentré sur les 75 ans et plus vivants seuls, pour la plupart des veuves [Arnold et Lelièvre, Dossier Insee, site internet le 10 février 2015].

Autonomie : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T14F096 il est nécessaire d'évaluer le niveau de dépendance de cette population. Il est à noter que de nombreux travaux ont été et sont menés sur l'état bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes. Selon l'Insee, au 1^{er} janvier 2012, 7,8% des 60 ans et plus sont dépendants. Au delà de 75 ans, 9% vivent en établissement d'hébergement. Plus le curseur avance sur la tranche d'âge, plus le pourcentage augmente. Cependant, nous constatons que la majorité des personnes âgées de plus de 75 ans conservent, aujourd'hui, une grande partie ou la totalité de leur autonomie. Pour des raisons de santé publique, il est nécessaire de s'intéresser à eux.

Pour élaborer un diagnostic pertinent, il est nécessaire de conjuguer ces données de type quantitatif, à des données qualitatives.

Absence de prévention : la tranche d'âge des 65 ans et plus est née avant 1950. Enfant pendant ou immédiatement après la Seconde Guerre Mondiale, cette population n'a pas connu la prévention bucco-dentaire lors de sa jeunesse. Adulte, cette génération a connu une nette amélioration de l'accès aux soins dentaire, à travers la meilleure formation des chirurgiens-dentistes, l'augmentation de leur nombre, l'amélioration des matériels et techniques de soins et l'amélioration de la prise en charge par les assurances de santé.

Demande de soins: aujourd'hui, les personnes âgées, soutenues par leur entourage, veulent vieillir avec des dents naturelles ou prothétiques. Il existe donc une augmentation de la demande de soins, plus ou moins associée à la capacité financière de la personne.

Santé perçue: la santé perçue dépend, entre autres choses, de la représentation que se fait la personne de la « bonne santé », de ses connaissances et exigences à cet égard, ainsi que des ressources dont elle dispose pour gérer sa santé. Cette perception comporte donc une dimension subjective [Montaut, 2010]. Des enquêtes ont mis en évidence que cette perception varie selon l'âge et le sexe : les hommes ont plus tendance que les femmes à percevoir positivement leur santé. Toutefois, à partir de 55 ans, cette perception se modifie un peu pour l'homme [Montaut, 2010] [Danet, 2011]. Environ 50% des 65-74 ans se disent en bonne santé ou en très bonne santé. Cependant, il faut noter qu'au delà de 64 ans, des problèmes de dents et de troubles de vue sont déclarés par 89% des personnes interrogées. Selon l'enquête de santé de 1991, *Sermet et al.* (1998) rapportent que le taux de prévalence de troubles de la bouche dans la classe d'âge des 65 ans et plus est de 86,3% chez les hommes et 96,6% chez les femmes [Henrard et Ankri, 2003]. On observe la persistance de ce type de troubles à travers les années.

Par ailleurs, la perception qu'un individu a de sa santé orale influence sa propension à suivre des soins dentaires [Mendes, 2010].

Effet générationnel: Enfin, la santé bucco-dentaire peut être corrélée à un effet générationnel [Ettinger, 2007] : les besoins, les demandes et les représentations changent d'une génération à l'autre. Les « vieux d'hier » ne sont pas ceux

d'aujourd'hui. Les « nouveaux vieux » ont des attitudes significativement plus favorables envers les soins dentaires. Ils ont, globalement, davantage bénéficié de technologies avancées et ont été mieux informés sur la santé et les soins bucco-dentaires disponibles [McCord, 1994].

- Concernant la composante diagnostic épidémiologique, nous aborderons également les données à partir de deux plans complémentaires : l'état bucco-dentaire et le rapport à l'état bucco-dentaire. Cette étape 2 du modèle de planification PRECEDE de *Green et Kreuter* est importante pour caractériser le problème de santé et donc pour contribuer à la prise de décision sur les objectifs d'amélioration de l'état de santé d'une population.

Etat bucco-dentaire : Sur le plan quantitatif, nous allons chercher à caractériser l'état bucco-dentaire de la population étudiée. Il est évidemment difficile de rendre compte d'un état bucco-dentaire global pour la population française de personnes âgées autonomes telle que nous l'avons défini. Toutefois, nous pouvons mettre en parallèle les études disponibles –relativement peu nombreuses– pour tenter de dégager des tendances significatives. En matière de santé bucco-dentaire des personnes âgées entre 65 et 74 ans, les principales caractéristiques sont donc les suivantes :

- Indice CAO (nombre de dent cariée, absente ou obturée) moyen et très variable : de 15,9 à 20 [Blanchoz, 2011] [Roland, 2011].
- Surface masticatoire insuffisante (de 11% à 19%) [Blanchoz, 2011] [Roland, 2011].
- CAO plus élevé chez les femmes, qui ont par ailleurs plus recours à des soins [Roland, 2011].
- Besoins de soins prothétiques : 67% de la population âgée de 64 à 74 ans, et 72% après 75 ans [Vincelet, 2008].

Nous pouvons ajouter :

- l'état bucco-dentaire d'une population vivant à domicile, d'âge moyen de 93,5 ans, présente un CAO moyen de 22,3. Parmi cette tranche de population, 86% des sujets

dentés présentent de la plaque dentaire et 55% présentent du tartre [Pourteau, 2014].

- selon l'enquête de santé et soins médicaux de 1991 sur les personnes de 65 ans et plus, 15,8% ont plus de 4 dents manquantes et non remplacées, 66,1% ont un dentier, 34,4% ont une prothèse dentaire fixe et 23% des plombages. Seules 9,7% déclarent aucun problème dentaire [Henrard et Ankri, 2003].

En France, l'état bucco-dentaire des « nouvelles » personnes âgées (nouvellement passées dans cette tranche d'âge) apparaît donc relativement perfectible: l'indice CAO n'est pas bon et présente une variation interindividuelle très importante. La surface masticatoire insuffisante peut toucher jusqu'à 19% des hommes. Il a été noté que les femmes ont un indice CAO plus élevé, mais avec un plus grand recours aux soins ; c'est-à-dire un comportement cherchant à améliorer leur état de santé bucco-dentaire.

Rapport à l'état bucco-dentaire : Sur le plan qualitatif, tout d'abord, il apparaît que les femmes sont moins satisfaites que les hommes de leur santé bucco-dentaire [Shah, 2004] [Mendes, 2010]. Pour *Shah et al.* (2004), la principale cause de ce manque de satisfaction est liée à la fonction masticatrice (diminuée par la perte des dents naturelles). Pour *Mendes et al.*, dont l'étude se situe au Brésil, il y a en effet plus de femmes édentées que d'hommes. Selon lui, traditionnellement dans ce pays, les femmes perdent leurs dents plus tôt que les hommes car elles peuvent/tendent à choisir un traitement prothétique pour des raisons esthétiques et non pour compenser des pertes de tissus dentaires suite à des maladies dentaires ou parodontales

2.2.3 Résultats des étapes 3 et 4 (comportemental/environnemental/éducatif/organisationnel)

Avant d'aller plus avant dans la présentation de notre collection de données, nous devons faire un point explicatif sur la *Oral Health Literacy* (OHL). Depuis quelques années, de nombreux articles ont été écrits dans ce domaine. Il est donc nécessaire d'interroger le lien entre OHL et l'éducation pour la santé bucco-dentaire.

Notre travail de recherche s'est donc intéressé à la *Health Literacy* (HL) ou Compétence Informationnelle en Santé selon Osborne et Rudd [Bisaillon, 2010].

Par définition, la HL repose sur 3 éléments :

- savoir se procurer une information crédible
- pouvoir comprendre correctement ladite information
- être capable de prendre une décision pour SA santé.

L'American Dental Association (ADA) affirme dans son plan d'action 2010-2015 qu'une *Health Literacy* (HL) limitée est une barrière potentielle à l'efficacité de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies orales. Elle ajoute qu'une communication claire, pertinente et efficace est une compétence essentielle d'un cabinet dentaire.

L'analyse de *Måtersson et al* (2012), lors de leur revue de la littérature dans ce domaine, distingue deux approches en HL qu'ils nomment : « la *health literacy* comme phénomène polarisé » et « la *health literacy* comme un phénomène complexe ». La première approche est centrée sur les capacités de bases comme la lecture, l'écriture et le calcul. Ces dernières sont considérées comme essentielles à la capacité de comprendre une information de santé ou de fonctionner dans un environnement de soins de santé. Cette approche ne considère que les impacts sur l'état de santé de la personne selon le niveau de HL : haute ou basse. La critique principale faite à cette approche est qu'elle est trop influencée par la médecine et ne tient pas suffisamment compte des aspects culturels et des capacités de communication du patient.

La deuxième approche associe à la HL un phénomène dynamique avec des corrélations multidimensionnelles dépendantes du contexte social ou culturel. D'autres capacités spécifiques sont pointées comme la pensée critique et la capacité de décision, d'analyse, de résolution de problème... l'ensemble en association avec les capacités sociales de communication et de questionnement du patient.

Dans un article sur les rapports conceptuels et méthodologiques entre HL et éducation thérapeutique du patient (ETP), Margat *et al.* (2014) souligne que les modèles de HL utilisés négligent souvent l'aspect multidimensionnel (influencée par

ces facteurs conjoncturels, des déterminants sociaux, environnementaux...) et font abstraction des facteurs individuels (tels que le niveau d'instruction de l'individu) [Margat, 2014]. Le nombre croissant de publications portant sur les outils d'évaluation des compétences de la HL atteste la tendance à privilégier la première approche décrite plus haut. Ceci amène donc à réduire la HL à un simple outil d'évaluation de la compréhension des individus sur un aspect de leur maladie [Margat, 2014].

Måtersson et al (2012) concluent qu'il est nécessaire de développer des interventions et des méthodes pour améliorer et, si possible stabiliser, le niveau de HL de chaque individu. Les auteurs précisent que le concept de HL peut être mis en relation avec d'autres concepts comme la *mental health literacy*, la *health competence* et la *health education*. Ils concluent qu'en concevant la HL comme une capacité fonctionnelle, l'éducation en santé peut être une stratégie intéressante pour améliorer le niveau des individus ayant une HL basse. Mais nous verrons dans la 6^{ème} partie portant sur les perspectives qu'il est toutefois nécessaire d'avoir une bonne HL pour que l'intervention d'éducation soit efficace.

Les étapes 3 et 4 du modèle PRECEDE sont importantes dans l'élaboration d'un programme d'éducation pour la santé. Dans notre travail, élaborer des diagnostics complets à ce stade est néanmoins difficile, car comme nous l'avons vu dans la partie 1.4.1, il n'existe pas de programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées en France. Aussi, nous sommes à la recherche des facteurs qui pourraient influencer un tel programme.

- Dans la composante diagnostic comportemental, plusieurs points ont été relevés.

Etat de santé et comportement alimentaire: sur les comportements personnels, cette tranche de la population n'échappe pas à la consommation de sucre, de tabac ou d'alcool. Or ces consommations altèrent la santé bucco-dentaire des individus. D'autre part, l'état de santé globale de l'individu âgé peut avoir une influence sur son

état de santé orale. Non seulement, car il existe des liens avec certaines pathologies, comme nous l'avons vu, sous partie 1.1.3., mais aussi car l'individu peut prioriser ses pathologies, et ce classement se fera en général aux dépens des maladies bucco-dentaires.

Pratique d'hygiène bucco-dentaire: elle est indispensable à une bonne santé bucco-dentaire présente et à venir. Nous avons déjà abordé le fait que cette génération n'a pas pu bénéficier jeune de la prévention et des actions de sensibilisation dans les écoles. Aussi, dans leur cas, l'hygiène bucco-dentaire était très dépendante de la culture familiale. Par ailleurs, il est observé que l'âge a un impact important sur les pratiques d'hygiène orale. Pour *Shah et al.*, en Inde, avec l'avancée en âge, l'utilisation de la brosse à dent diminue et l'utilisation de méthodes alternatives comme le rinçage seul augmente nettement. De même, il est observé que dans la tranche d'âge 65 ans et plus, l'utilisation de la brosse à dents va en diminuant, comparativement avec les autres tranches d'âge [Petersen, 2010]. En France, il est d'ailleurs reconnu qu'il existe une diminution de la dextérité manuelle liée à l'arthrose des mains et donc une difficulté à tenir correctement la brosse à dent lors du soin d'hygiène bucco-dentaire.

Perception de soi-même: l'influence de la perception de soi-même sur la santé bucco-dentaire a fait l'objet d'études. Plusieurs travaux menés sur une population plus jeune montrent une corrélation entre le comportement de santé bucco-dentaire et le sentiment d'efficacité [Lee, 2012] [Bulgar, 2010] et la confiance en soi [Dumitrescu, 2009]. Il existe ainsi des travaux fondés sur la *Théorie du Comportement Planifié* (TCP) et visant à améliorer le comportement de santé orale des individus [Dumitrescu, 2011] [Bulgar, 2010]; travaux qui confirment la nécessité de prendre en compte les croyances des individus.

Lee et al. (2012) s'intéressent au lien entre OHL, *self-efficacy* (SE : sentiment d'efficacité) et *dental neglect* (DN : négligence dentaire). C'est la première étude examinant la relation entre la *Health literacy* et le sentiment d'efficacité (SE). Chez les patients australiens, il a été montré une forte corrélation entre le SE et les comportements d'hygiène orale.

Les auteurs trouvent une pauvre corrélation entre OHL et DN mais une forte corrélation entre SE faible et DN qui persiste même après ajustement avec l'âge, la sub-culture, l'éducation et l'OHL. L'association entre l'OHL et le statut bucco-dentaire reste modeste même après ajustement avec l'âge, la sub-culture et l'éducation. Les auteurs concluent que l'augmentation de SE (sentiment d'efficacité) peut être un facteur possible d'engagement vers des comportements de santé bucco-dentaire positifs ce qui concorde avec les théories du comportement planifié (TCP), du locus contrôle et l'approche sociocognitive [Lee,2012]. Les auteurs concluent aussi que le SE est significativement inversement corrélé avec le DN tandis que l'OHL ne montre aucune association.

Il semble donc important qu'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire ne se base pas exclusivement sur la connaissance. Le sentiment d'efficacité est un facteur important. Il est à noter qu'il n'existe pas, à ce jour, d'études sur les représentations et les perceptions liées à la santé bucco-dentaire pour notre population cible (plus de 65 ans). Donc l'ensemble de ces facteurs est peu formalisé en France alors qu'ils sont importants à prendre en compte en éducation pour la santé.

- Dans la composante diagnostic environnemental, les points soulevés sont :

Accès aux soins : En effet, à part les régions du Sud-Est et de l'Île-de-France, la carte de répartition des dentistes et celle des personnes âgées de plus de 65 ans ne se superposent pas [sante.gouv, site consulté le 15 février 2015]. Plus contre-intuitivement, une étude de McCord établit également que les personnes âgées vivant en maison de retraite ont moins accès aux soins [McCord, 1994]. *Maille et al* (2017) ont comparé la santé bucco-dentaire subjective et l'accès aux soins de 2 groupes de personnes âgées, une vivant à domicile, l'autre en institution. Sur les douze derniers mois, 46,24% des personnes âgées vivant à domicile avaient vu un chirurgien-dentiste contre 18,49% pour ceux vivant en institution. De même, les personnes vivant à domicile déclaraient avoir un très bon état bucco-dentaire pour 48%, un état moyen pour 31,23% et médiocre pour 21%. Chez les personnes vivant

en institution, les chiffres sont respectivement 31%, 35,5% et 34% [Maille, 2017]. Les hypothèses avancées sur l'explication de cette différence sont le manque de financement ainsi que la faible culture de prévention bucco-dentaire [Petersen, 2010].

Connaissances spécifiques : les connaissances médicales des chirurgiens-dentistes sont moins développées vis-à-vis de la prise en charge des personnes âgées vieillissantes. Tous les UFR d'Odontologie en France ne disposent pas d'enseignement ou de prise en charge clinique en odontologie gériatrique. En plus, nous l'avons vu précédemment, la localisation géographique est un paramètre important de la santé bucco-dentaire de la personne âgée, particulièrement si celle-ci vit dans des zones rurales et périurbaines, ou la couverture en termes de praticiens et de réseaux de santé est moindre.

Rôle social: pour la personne âgée, la place qu'elle tient dans la société en tant qu'individu à la retraite a une influence. Conserve-t-elle un lien avec sa profession ? A-t-elle pris un rôle spécifique au sein de sa famille ou de sa communauté? Quelle attention elle et son entourage portent sur sa santé ? Plus l'individu est isolé, plus on observe une diminution de son état de santé bucco-dentaire [Doumont , 1999].

Régime alimentaire: En Inde [Shah, 2004], la première cause de perte de dent n'est pas la carie mais la maladie parodontale. Une étude menée dans ce pays sur 1052 sujets dentés [Shah, 2004] montre qu'un fort pourcentage des personnes âgées avec un régime alimentaire non végétarien présente des dents cariées et obturées. Ces patients omnivores présentent des taux de caries nettement supérieures à ceux ayant adopté un régime végétarien. Il est également intéressant de remarquer que la population présentant le plus de dents cariées, comme celle présentant des dents obturées et des caries récurrentes, sont celles qui utilisent brosse à dent et dentifrice [Shah, 2004]. Dans cet échantillon, les populations les moins exposées aux caries sont celles à faibles revenus qui n'ont pas accès à une alimentation cariogène.

En France, le constat tend à être inversé, car la nourriture la plus accessible financièrement est souvent de type cariogène.

- Dans la composante diagnostic éducationnel, les points soulevés sont :

Approche comportementaliste: en France, il n'existe pas d'études menées sur des programmes d'éducation en santé bucco-dentaire destinés aux personnes âgées dites autonomes. Aussi, sur ce point, allons-nous nous référer aux données venant d'autres pays [Hakuta, 2009] [McGrath, 2009] [Naka, 2009] [Mariño, 2004] [Matthews, 2012] [Konishi, 2010] [Ikebe, 2002]. Il est à noter que les programmes considérés ici ont été élaborés principalement autour d'un principe de transmission d'informations dans le cadre d'entretiens ou de séminaires, et ne reposent donc pas sur des méthodes d'éducation pour la santé. De plus, lors de ces formations, le patient n'est pas pris comme référence. La référence est soit l'acte d'hygiène soit l'acte du praticien qui réalise un soin de prévention. Grath *et al.* concluent qu'il existe peu d'études portant sur le changement de comportement du patient.

Actuellement, l'éducation pour la santé bucco-dentaire repose sur une approche de type comportementaliste. En effet, les différents programmes ou actions d'éducation mis en oeuvre reposent sur les aspects quantifiables et observables (le brossage des dents, la visite chez le dentiste, le niveau de connaissances) et ne s'appuient pas sur les phénomènes émotionnels et les représentations.

Les apports de la Oral Health Literacy : la OHL est un bon exemple d'approche comportementaliste puisqu'elle évalue le niveau de connaissance en santé bucco-dentaire de l'individu en rapport avec son niveau d'alphabétisation (lecture, écriture) et de calcul. D'autres aspects sont abordés dans ces études, comme la corrélation entre une faible OHL et un mauvais état bucco-dentaire. Cependant, des nuances doivent être apportées: *Wehmeyer et al.* relèvent par exemple qu'un tiers de leur échantillon a un faible niveau de OHL, alors que l'ensemble de l'échantillon a un haut niveau d'éducation [Wehmeyer, 2012]. *Federman et al.* précisent pour leur part qu'une détérioration cognitive et un niveau inadéquat d'alphabétisation sont associés [Federman, 2009]. Pour cette raison, les informations dispensées dans le cadre d'un programme de prévention/éducation doivent être conçues pour compenser ces éventuelles détériorations. La OHL peut ainsi être améliorée à l'occasion de la mise en oeuvre d'un programme d'éducation pour la santé

[Martensson, 2008]. Toutefois elle ne peut pas en être l'objectif, car le changement de comportement en santé n'est pas uniquement lié à l'acquisition de nouvelles connaissances.

Wehmyer et al (2012) montrent que les patients avec une Oral Health Literacy (OHL) basse développent plus de parodontites sévères que ceux avec une OHL haute. Mais ils notent également que le niveau d'éducation général d'un patient n'est pas significativement associé à son état de santé parodontale. En effet, le patient peut ne pas être conscient de sa faible OHL. Les auteurs concluent donc que le niveau d'éducation et l'OHL ne sont pas nécessairement liés.

Le test S-TOFHLA caractérisant la OHL d'un individu reste pertinent car les résultats peuvent être fortement associés à un mauvais état de santé de l'individu. Cependant, *Wehmyer et al* (2012) notent que ce test, même s'il est très répandu, est imparfait. La Health Literacy est déterminée par des interactions complexes entre, d'une part, le niveau d'alphabétisation et de calcul et d'autre part, les connaissances scientifiques et en santé, la conscience sociale et culturelle.

Quelque soit le pays, les études montrent une relation significative entre l'état bucco-dentaire et le niveau socio-économique. Toutefois cette relation peut varier selon les lieux. En Europe, les études s'intéressent à la présence de caries et montrent une relation significative entre faible niveau socio-économique et mauvais état bucco-dentaire ; c'est-à-dire présence de caries en bouche.

Nous avons retenu quatre articles sur l'*Oral Health Literacy* (OHL) qui ont un apport certain à notre recherche.

Comme il a été vu précédemment, *Wehmeyer et al* (2012) montre que le niveau d'éducation générale et l'OHL ne sont pas nécessairement liés.

Deux autres études s'intéressent à la OHL et aux personnes âgées. *Ferderman et al.* (2009) montrent que la relation entre la cognition et la HL est probablement bidirectionnelle : la fonction cognitive a un impact sur la compréhension de la lecture et l'inverse est également vrai. Des études longitudinales suggèrent que des bonnes compétences en HL aident à réduire le déclin cognitif de la personne âgée. Cependant, les auteurs notent que le test S-TOFHLA est très répandu mais imparfait car la HL est déterminée par des interactions complexes entre, d'une part, le niveau

d'alphabétisation et de calcul et d'autre part, les connaissances scientifiques et en santé, la conscience sociale et culturelle. Ce test reste cependant pertinent car les résultats peuvent être fortement associés à un mauvais état de santé de l'individu.

Chin et al. (2012) s'intéressent aux deux tests répandus : REALM et S-TOFHLA et s'interrogent sur le modèle de *Process-Knowledge* que nous traduirons comme capacité à traiter des nouvelles connaissances. Les auteurs en déduisent que la HL à travers les âges se développe dans une construction complexe. La capacité de traitement tend à décliner ce qui explique pourquoi les personnes âgées réussissent généralement moins bien que les jeunes adultes à retenir un texte. Par contre, leurs connaissances générales et spécifiques tendent à rester stable ou à augmenter car elles sont reliées à leurs expériences de travail, de maladie ou autre. Aussi, les personnes âgées tendent à en savoir plus sur leur santé que les jeunes adultes. De même, les personnes souffrant de maladies chroniques en apprennent plus sur leur maladie. Pour finir, ils suggèrent que les personnes âgées utilisent leurs connaissances comme support à la compréhension en dépit du déclin des capacités de traitement des nouvelles connaissances lié à l'âge.

Les études sur la OHL chez la personne âgée relèvent plusieurs points à noter sur la capacité d'apprentissage de cette population âgée.

Mais la OHL ne peut pas être utilisé comme un outil d'apprentissage ni comme un objectif à atteindre en éducation pour la santé. Car le comportement en santé est influencé par de nombreux facteurs et un programme en éducation pour la santé a pour objectif la modification d'un comportement et pas seulement l'amélioration des connaissances.

Par contre, il nous semble que la OHL peut être considérée comme un outil d'évaluation de la connaissance de l'individu sur sa santé bucco-dentaire. La réflexion devra alors se poser sur la pertinence de sa place dans le diagnostic éducationnel.

- Dans la composante « diagnostic organisationnel », les points soulevés sont :

Niveau socio-économique: le niveau socio-économique d'un individu détermine sa capacité financière et donc son accès aux soins bucco-dentaires. *Townsend et al.* ont

ainsi démontré que l'accès aux soins et à la prévention en santé s'élevaient avec le niveau de classe sociale [McCord, 1994].

Niveau d'alphabétisation: La relation entre le niveau d'alphabétisation et l'état bucco-dentaire [Shah, 2004] est similaire quelque soit le statut économique. Le statut socio-économique et le niveau d'alphabétisation sont significativement associés à l'expérience de caries dentaires dans la population âgée.

Niveau professionnel pour la prévention bucco-dentaire: en France comme il est défini à l'article L. 4141-1 du Code de la santé publique : « *l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, dans le respect des modalités fixées par le code de la déontologie de la profession à l'article L. 4127-1* ». Cependant, comme il est inscrit et réglementé aux Titres I,II, IV et Titre VI du Livre Ier de la quatrième partie législative et réglementaire du Code de la santé publique, le chirurgien-dentiste est un professionnel de santé médicale. Alors que les autres professions médicales ont le rôle de conseil auprès de leurs patient(e)s avec la possibilité de déléguer certaines tâches. Le chirurgien-dentiste doit être en charge de la prévention sans qu'il y ait la possibilité de déléguer ces tâches puisqu'à ce jour, il n'existe pas de professionnel formé et reconnu pour cela. Depuis avril 2017, les assistantes dentaires sont inscrites au Code de la santé publique. Cependant leur rôle, en adéquation avec leur formation, se limite à l'information des patients, la tenue des dossiers et la charge de la qualité de l'environnement. Au contraire de nombreux pays, dans lesquels il existe une formation à la profession d'hygiéniste dentaire pour remplir la fonction de promotion de la santé bucco-dentaire.

2.2.4 Résultats de l'étape 5 (politique et administratif)

Comme l'indique le modèle PRECEDE, la mise en place d'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire ne peut se faire sans une volonté politique et un soutien administratif venant de l'Etat.

Système de santé: le système de santé français est construit autour de la prise en charge des traitements de la maladie et non autour de la prévention de la santé. En matière de santé bucco-dentaire, les actes réalisés par le chirurgien-dentiste pour la prise en charge préventive ne sont pas inclus dans la base des actes remboursés par l'Assurance Maladie. Ils ont donc à la charge du patient sauf pour lors de la pose de sealant sur les molaires avant l'âge de 12 ans.

De plus, la santé bucco-dentaire est très peu incluse dans la prise en charge globale d'un individu. Les cursus de formation initiale du médecin et du dentiste ne se recoupent quasiment jamais. Celle en médecine contient très peu d'heures de formation concernant la cavité buccale et les dents. Il en découle ce manque actuel de programme médical ou de prévention multidisciplinaire odontologie-médecine.

Absence politique de santé bucco-dentaire: il n'existe pas de politique de prévention en santé bucco-dentaire, mais une volonté de suivi des recommandations internationales en matière de santé bucco-dentaire de la personne âgée. Ceci se manifeste sur différents plans : subventions via les Agences Régionales de Santé (ARS) de différents projets de promotion de la santé orale des personnes âgées dépendantes; soutiens par les ARS et Conseils de l'Ordre des chirurgiens-dentistes des associations ou réseaux de santé bucco-dentaires sur le territoire français; intégration de la thématique de la santé bucco-dentaire dans des forums organisés par des structures de proximité comme les CLIC, les CCAS. Toutes ces actions sont régionales, départementales ou communales. Il n'y a pas d'actions nationales recensées à ce jour.

Cette présentation de l'analyse des données souligne les liens entre la santé bucco-dentaire d'un individu avec son contexte de vie, tant au niveau personnel que sociétal, ainsi qu'avec sa santé générale en tenant compte de sa perception d'elle et de lui-même. Pourtant, les chiffres sur l'état de la santé orale des personnes âgées selon notre définition montrent un état général de leur cavité buccale insatisfaisant et, bien qu'une avancée dans le domaine de la prévention bucco-dentaire soit enregistrée, il reste des déficits marquants.

Cette sous-partie propose donc une vision systémique de cette problématique sanitaire en mettant en parallèle tous les facteurs recensés influençant la santé bucco-dentaire d'un individu âgé.

Ce travail de recherche est donc multidimensionnel et invite à considérer l'existence de nombreux facteurs ainsi que leurs interactions.

2.3 Nécessité de recherches sur les facteurs pré-disposants selon le modèle de planification Precede

Cette collection de données étaye bien la complexité de l'élaboration d'une intervention en santé pertinente. Le domaine médical qu'est la santé bucco-dentaire n'y échappe pas. Cependant, certaines de ces données font l'objet de plusieurs travaux et d'autres ne sont que faiblement interrogés.

Dans le cadre de notre analyse de la recension non exhaustive d'écrits, à l'aide de l'outil PRECEDE, nous pouvons constater qu'il existe un manque de données sur l'étape de diagnostic politique et administratif ainsi que sur les 3 facteurs (facteur prédisposant, facteur de renforcement et facteur facilitant), « pierres d'angle » de ce modèle de planification. Car comme indiqué sur le schéma figure 7, ces 3 facteurs influencent les comportements et le mode de vie ainsi que l'environnement. Et ces derniers influencent la santé et la qualité de vie.

Nous souhaitons dans ce travail mettre en évidence que le fait de prendre en compte les représentations et croyances des personnes âgées sur leur santé et maladies bucco-dentaires aident à modifier les comportements vers une attitude positive pour leur santé.

Face au manque de construction d'interventions d'éducation en santé bucco-dentaire pertinentes, il nous semble prioritaire de faire un focus sur les facteurs prédisposants et plus particulièrement les représentations cognitives et les croyances en santé bucco-dentaire. Car une intervention en éducation pour la santé prend en considération les représentations. Si elles sont connues, alors l'intervention éducative peut être adaptée à la population, donc plus efficiente.

Cependant, il ne peut pas être écarté l'éventualité d'interaction entre les différents facteurs PRE du modèle PRECEDE. Ceci pourrait être l'objet d'un autre travail de recherche après que chacun de ces 3 facteurs ait été clairement caractérisé.

2.4 Objectif de la recherche

Cette recherche est vaste, complexe et innovante. Elle prend comme postulat que l'amélioration des connaissances, des compétences et la transmission d'aptitudes utiles à l'individu âgé participant d'un programme d'éducation en santé bucco-dentaire entraînerait une meilleure santé bucco-dentaire de ce dernier ainsi qu'une meilleure santé générale par élimination d'un facteur de morbidité et contribuerait au « bien vieillir » de l'individu.

Aujourd'hui, il n'existe pas de ligne prédéfinie par un autre travail de recherche ou article scientifique qui cherche à explorer les représentations cognitives des personnes âgées autonome en santé bucco-dentaire ni à intégrer une intervention d'éducation pour la santé bucco-dentaire dans un programme plus vaste de santé s'inscrivant dans un modèle socio-écologique.

L'objectif de la recherche est de mettre en évidence l'existence de représentations cognitives dans le comportement de santé bucco-dentaire de la personne âgée autonome.

Nous posons donc notre réflexion à partir de ces questions générales :

1- Quels sont finalement les obstacles représentationnels, de politique de santé, professionnels et environnementaux pour la mise en place de ces programmes d'éducation pour la santé ?

2-Quels seraient alors les objectifs de santé bucco-dentaire des personnes âgées ainsi que les outils et les méthodes nécessaires et spécifiques à la santé bucco-dentaire ?

A ce niveau d'exploration de notre problématique et de questionnement, nous posons deux présupposés.

- *Qu'il est pertinent dans le cadre d'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées de s'inscrire dans un modèle socio-écologique.*
- *Qu'un programme qui viserait la santé orale du patient serait plus utile qu'un programme de prévention qui ne tient compte que du risque carieux.*

3 .Cadre théorique et méthode

Le modèle de planification Précède de L.Green et M. Kreuter (1991), nous permet de proposer des réponses à notre questionnaire général concernant les obstacles à la mise en place d'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées dites autonomes. Mais au vu de l'étendu de leurs natures, nous nous centrerons sur les obstacles représentationnels tout en tenant compte des autres cités : politiques de santé, professionnel et environnementaux. Il est important de se focaliser dans un premier temps sur ces représentations. De plus, les identifier participe à la détermination des objectifs et des outils nécessaires et spécifiques à la santé bucco-dentaire dans le cadre d'un programme d'éducation pour la santé orale.

Dans cette 3^{ème} partie, nous présenterons le cadre théorique pour définir les représentations en santé bucco-dentaire. Puis les méthodes de recueil de données et d'analyse nécessaires à leur identification.

3.1 Choix des modèles théoriques pour l'étude des représentations

Certaines approches cognitives de la santé valorisent le rôle des croyances et représentations communes qui seraient des déterminants fondamentaux des comportements sains ou à risques et donc de l'état de santé des individus. Le plus populaire de ces modèles est le *Health Belief Model* (HBM). Il a été développé tout d'abord par Rosenstock (1966, 1974) puis par Becker et ses collègues (1975,1984) et complété par M.L. Bruchon (2002). Mais avant, il est nécessaire d'éclaircir les places relatives des croyances et des représentations. Pour cela, nous restons dans le domaine des sciences sociales.

3.1.1 Définition des représentations cognitives

Dans une approche psycho-sociale et à la suite des échanges lors de la Vème Conférence Internationale sur les représentations sociales (Montréal, 2000), *Apostolidis et al* présente un ensemble de contributions en 2002 dans la revue

« Psychologie et Société ». Ces auteurs explicitent que *« dans la perspective des représentations sociales, le caractère fondamental des croyances se pose par leur présence dynamique dans la vie sociale. Le pouvoir des croyances fournit la force à travers laquelle les représentations constituent nos réalités et rendent possibles nos affiliations »*. Ils constatent que *« l'univers des pensées relatifs aux croyances constitue depuis la naissance de la psychologie sociale un domaine d'étude qui, malgré la légitimité épistémique de son intérêt, se recouvre par un flou, une délimitation hasardeuse et une conceptualisation qui se heurte à des hiatus sémantiques »*. Cependant, ils posent que la question de la croyance en psychologie sociale entraîne l'opposition « rationnel versus irrationnel » et que cette opposition est souvent relative au principe de la « raison ». Mais, comme le remarque S.Moscovici (1988), l'analyse psychosociale de la distinction « *knowledge* » et « *belief* » passe par la considération de ces deux modes de représentations en tant que formes distinctes de connaissances, proposant ainsi différentes configurations des rapports sociaux tant dans leur fonction que dans leur élaboration et leur partage dans la vie des groupes sociaux.

« L'optique principale des contributions réunies se situe dans l'analyse des fonctions de croyances en relation avec les représentations. Comme les représentations, les croyances sont constituées par un ensemble complexe de significations ; mais là où les représentations prennent forme à travers un objet qui les constitue comme telles et qu'elles structurent, les croyances sont plus diffuses. En effet, on peut dire que les croyances n'ont pas un objet spécifique, mais préparent le terrain pour la localisation et la spécification d'un objet. Nous pensons que les croyances constituent des systèmes plus larges d'ancrage à partir desquels les objets sont représentés ; elles forment des champs constituants pour les représentations. Dans la genèse des représentations à travers les interactions et la communication, les croyances fournissent un arrière –fond culturel des significations partagées. » [Apostoldis, 2002].

Si l'étude des croyances en santé est une thématique encore floue, un des éléments qui les constituent est les représentations. Ainsi, une caractérisation plus précise des représentations va être présentée.

Les représentations prenant forme à travers un objet qui les constituent et qu'elles structurent, il nous faut nous orienter vers les sciences cognitives pour trouver une caractérisation des représentations cognitives. Pour des raisons didactiques et de pertinence par rapport à notre travail, nous retiendrons les propositions de caractérisation selon J.G.Meunier (2002) plutôt que les grands auteurs comme J.F. Leny (Les Représentations, In Psychologie Française, n°34,1985, Paris) ou J.F. Richard (Traité de psychologie cognitive n°2, Paris Dunod,1990).

Une représentation cognitive est définie comme la forme d'un état interne qu'un agent crée lorsqu'il est en relation cognitive avec son environnement [Meunier, 2002] : *“Lorsqu'un agent est mis en relation cognitive avec son environnement, il construit un état interne qui lui rend présent cet environnement ou, à l'inverse, qui le “renvoie” à cet environnement”*.

Prenons comme exemple un individu face à une pomme : ce dernier peut entrer en relation de 2 façons avec le fruit : soit en le mangeant, c'est une relation physique, soit en lui créant une forme mentale qui rend la pomme présente mais hors de la relation physique, c'est une relation cognitive.

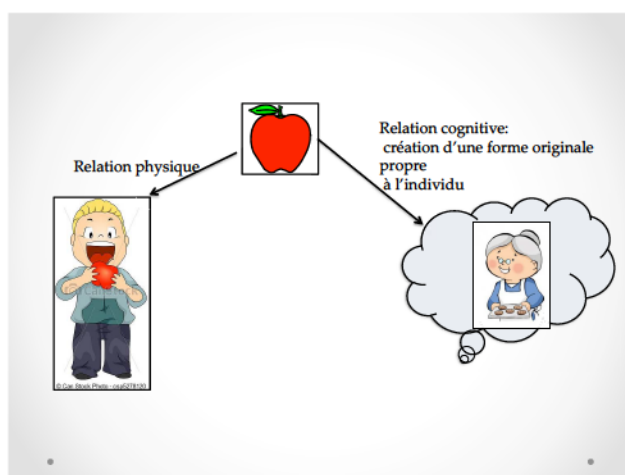


Figure 12 Exemple de la pomme pour illustrer la définition d'une représentation cognitive

Suite à cet exemple, il est nécessaire d'aller plus d'avant pour mieux saisir le terme de représentation cognitive. *“L'acte cognitif d'un agent implique toujours la création d'un état interne qui entretient une relation de dépendance avec les objets dans son environnement”*. Mais *“de quelle nature est cette relation entre un état interne et son objet externe?”*

Selon J-G.Meunier (2002), trois types de représentations cognitives sont décrites :

- Type I ou représentation comme inscription : où on explique comment un état interne est créé lorsque les organes de captation de l'agent sont affectés par un objet externe ou interne.

Exemple : l'œil = organe de vision

- Type II ou représentation comme classification : pour expliquer les opérations qu'un agent doit effectuer pour traiter la multitude d'informations différentes qu'il reçoit de son organe de captation. La représentation qui sera finalement produite ne contiendra qu'une infime partie de ce qui a été capté. Ainsi ce qui se rend au cortex cérébral est le résultat d'un long processus de sélection et d'ajustement.

Par exemple, un individu, se promenant dans un verger, choisit de ne retenir, à un moment donné dans son mental, qu'une pomme sur un arbre.

- Type III ou représentation comme catégorisation : pour expliquer comment l'agent se situe par rapport à ses représentations et surtout, comment elles sont mises en interrelation les unes avec les autres pour construire des systèmes complexes « croyances » et, finalement, les situer par rapport à des actions dans l'environnement.

Par exemple, ce même individu va regarder la pomme sous la lumière du matin et va associer cette vision du fruit à la présence d'un panier de pommes dans la cuisine de sa grand-mère qui faisait des tartes aux pommes.

Parmi ces types de représentations, le type III retient notre attention dans le cadre de notre recherche. En effet, cette définition de représentations cognitives comme catégorisation nous permet d'organiser le lien entre représentations et croyances. Nous y retrouvons la notion de « croyance » comme système diffus, constitué de représentations. Ces 2 termes étant souvent associés en santé sans être clairement

définis. De plus, elle prend en compte les actions de l'individu dans son environnement.

Les représentations cognitives sont un ensemble complexe de significations qui prennent une forme mentale à travers un objet qui les constituent comme telles et qu'elles structurent [Apostoldis, 2002]. Elles entretiennent un état d'interdépendance avec les objets dans l'environnement [Meunier, 2002]. Cette élaboration complexe peut être assimilée à une forme de connaissance construite en dehors du champ du rationnel [Apostoldis, 2002]. Ces représentations cognitives peuvent être mises en relation les unes avec les autres pour construire des systèmes plus complexes qui peuvent être nommés « croyance ». L'ensemble, représentations cognitives comme croyances, seront toujours en lien avec des actions dans leur environnement [Meunier, 2002].

Comme nous l'avons vu dans la sous partie 1.4.2, l'apprentissage chez la personne âgée est construit sur la base de ses propres connaissances et représentations. De plus, il se réalise en situation, dans un contexte signifiant pour la personne. Donc dans un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire, il est possible de s'adosser au concept de représentation cognitive.

3.1.2 Health Belief Model mise en relation avec le modèle Précède

Il est nécessaire de placer ce concept de représentations cognitives dans le contexte de la santé.

Le *Health Belief Model* (HBM) suggère que certaines croyances, perceptions et attitudes jouent un rôle fondamental dans l'adoption de comportements protecteurs. Il a été construit pour prédire les comportements sains ou à risques à partir de quelques facteurs cognitifs (évaluations, perceptions, croyances), ceci dans le contexte où l'on cherchait à comprendre les réticences des usagers à adopter certaines mesures préventives et à suivre les prescriptions médicales [Bruchon, 2002].

L'intérêt de ce modèle est de prendre en compte les croyances et représentations communes des individus, ce qui le distingue des modèles biomédicaux qui tentent de définir la santé et la maladie le plus « objectivement » possible. Il a été utilisé en odontologie [Bruchon, 2002] [Dimistrescu, 2011]. Par contre, il ne propose pas une distinction entre croyance, représentation, perception et attitude ni de définition de chacun de ces termes, alors qu'il se prévaut d'interroger l'ensemble de ces facteurs cognitif. Or, comme nous l'avons vu, les croyances comme les représentations sont des termes présentant des flous épistémologiques [Apostoldis, 2002]. C'est l'appui sur les sciences sociales qui nous permet de mieux caractériser notre objet de recherche même si là encore des limites apparaissent.

Le HBM a pour postulat qu'un individu adopte un comportement de prévention ou observe un comportement de soin s'il est conscient de la gravité du problème, s'il se sent concerné, si le comportement à adopter présente pour lui plus d'avantages que d'inconvénients et s'il croit qu'il est capable de le réaliser.

Selon le modèle original, la probabilité pour qu'un individu adopte un comportement préventif serait déterminée par quatre grands types de perceptions ou croyances :

1- la vulnérabilité perçue : se sentir plus ou moins vulnérables vis-à-vis d'une (ou plusieurs) maladie(s). Exemple : je cours un risque important de perdre mes dents.

2- la gravité perçue : évaluer un (ou des) maladie(s) comme plus ou moins sérieuse(s). Exemple: si je perds mes dents, je ne vais plus pouvoir manger et je vais avoir des abcès.

3- Les bénéfices perçus : croire que certains avantages sont associées à l'adoption d'un comportement sain. Exemple : si je fais soigner mes dents, je n'aurai plus mal.

4- les coûts obstacles et perçus : croire que certains inconvénients sont associés à l'adoption d'un comportement sain. Exemple : je ne suis pas sûr de pouvoir partir en vacances si je fais refaire mes dents.

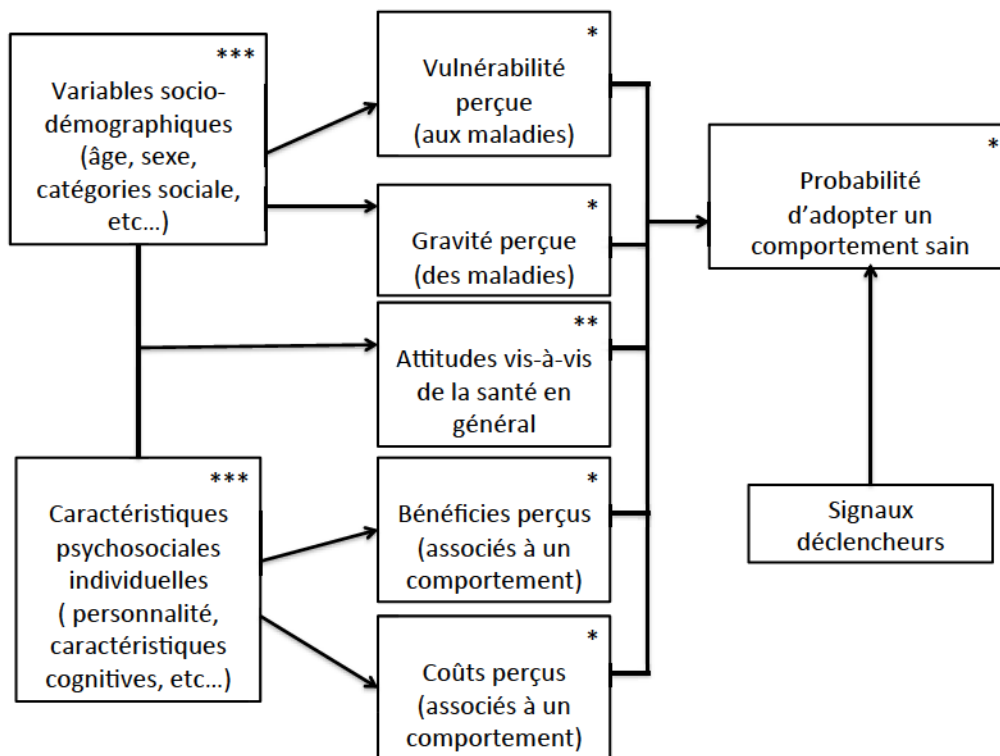


Figure 13 Health Belief Model (Rosenstock, 1966,1974 ; Becker et Mainman 1975, Becker et Rosenstock,1984)

Ce modèle initial sera révisé et complété par M.H.Becker et L.A.Mainman (1975) qui ajouteront le rôle des « attitudes des individus vis-à-vis de la santé générale » (sorte de 5^{ème} facteur) ; M.H.Becker et I.M.Rosenstock (1984) y adjoindront deux catégories d'antécédents : socio-démographiques et individuels. Enfin, on y a inclus plus récemment l'effet de certains « signaux déclencheurs » (exemple : avoir un proche malade...). Tous ces facteurs sont représentés dans le modèle final (figure 13).

De façon générale, les recherches menées à l'aide du modèle HBM ont montré en effet que certains comportements comme un bonne hygiène alimentaire, le recours au dépistage, une bonne hygiène dentaire, le sevrage alcoolique et/ou tabagique...sont l'effet prédit par la vulnérabilité et la gravité perçues vis-à-vis des problèmes de santé correspondants et par le fait que les bénéfices sont supérieurs aux coûts estimés [Bruchon, 2002]. Le rôle des signaux déclencheurs a, lui aussi, été établi par quelques études. C'est le cas du message d'information qui peut améliorer l'hygiène dentaire, le comportement tabagique et la conduite automobile. Selon

T.Ogden, ces messages peuvent être plus efficaces quand il font peur (Ogden, 1996, p22) [Bruchon, 2002].

A notre recherche, deux limites du HBM peuvent être relevées.

D'abord, il présente des faiblesses méthodologiques et théoriques : la relation entre les croyances et comportements n'est sans doute pas aussi mécaniste et rationnelle dans la réalité [Bruchon, 2002]. L'approche des croyances est statique et ne laisse pas de place à des changements possibles. Aussi d'autres modèles socio-cognitifs se sont développés en parallèle pour étudier croyance, motivation, attitude et norme affectant les intentions et les comportements sains, mais aussi pour mieux comprendre pourquoi il est si difficile pour certains individus de conserver de bonnes habitudes, parfois difficilement acquises. La théorie de la cognition sociale de A.Bandura (1977,1986) suggère que le comportement des individus dépend de diverses attentes, motifs et cognitions sociales : attentes d'auto-efficacité, attentes concernant les conséquences des comportements, motifs concernant les divers renforcements associés aux comportements. Ce sont les cognitions sociales qui sont les composantes centrales de ces modèles qui incluent toujours au moins la façon dont l'individu perçoit les croyances, normes et représentations.

Ensuite, les notions de croyances et de représentations ne sont pas caractérisées dans ces modèles.

En s'appuyant sur le HBM et le concept de représentations cognitives, nous cherchons à identifier et caractériser les croyances et représentations qui existent chez la personne âgée sur sa santé bucco-dentaire afin de pouvoir mieux caractériser les facteurs prédisposants énoncés dans la partie PRECEDE du modèle de planification de L.Green et M. Kreuter (1991).

Rappelons ici que l'objectif de ce modèle de planification n'est pas de prédire ou d'expliquer mais de donner une structure à l'application de théories/modèles dans une conception systématique pour planifier et évaluer le programme de changement de comportement en santé. Ce méta modèle est souvent envisagé comme une carte

routière et les théories/modèles sur le changement de comportement, comme la direction pour atteindre la destination. La carte nous propose plusieurs routes et les théories/modèles nous aident à choisir la route à suivre.

Ces modèles sociocognitif et psychocognitif de l'éducation ont en commun de s'intéresser aux origines sociales de la pensée, aux processus d'apprentissage, aux traitements cognitifs de l'information et aux caractéristiques de l'apprenant. Le mot social est utilisé pour définir la pensée et l'action, fondamentalement sociale, et le mot cognitif est utilisé parce que les processus de la pensée influencent la motivation, les émotions et l'action. Les théories psychocognitives, à l'instar de celle de A. Bandura, se préoccupent du développement des processus cognitifs de l'apprenant tels que le raisonnement, l'analyse, la résolution de problèmes, les représentations, les conceptions préalables, les images mentales [Billon, 2000].

Il est donc logique, Figure 8 p.73, d'inclure les représentations cognitives à la suite de notre schématisation des liens entre les modèles explicités plus haut et la partie PRECEDE du modèle de planification.

A partir de ce cadre théorique et en tenant compte de la définition proposée de la personne âgée autonome dans la sous partie 1.2.3, notre étude de terrain vise à identifier et à caractériser les représentations cognitives en santé bucco-dentaire dans les discours d'un échantillon de personnes âgées autonomes de 64 à 90 ans.

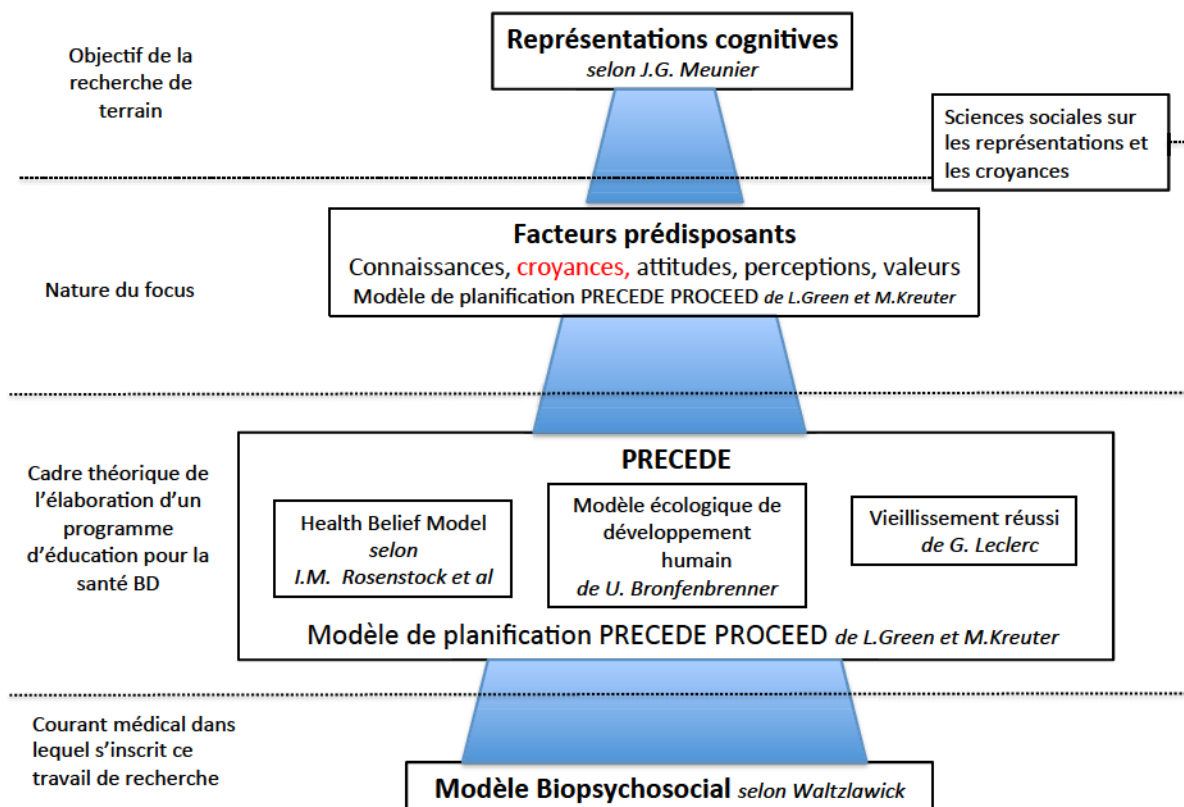


Figure 14 Organisation des modèles théoriques et des concepts de l'étude de recherche. Choix d'un focus sur les représentations cognitives dans le comportement de santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes

3.2 Population

3.2.1 Définition de la population cible

Dans notre travail, nous chercherons notamment à élargir le concept de « personne âgée autonome » car de nombreuses personnes souffrent de pathologies de façon ponctuelle ou chronique dès 65 ans (par exemple, une arthrose avec des épisodes douloureux) et vont mettre en place des stratégies ad hoc pour pouvoir, malgré les limitations, maintenir une activité en rapport avec leur sens de la vie. Nous tenons ici à souligner la capacité qu'à un individu, quelque soit son âge, à élaborer des stratégies pour préserver un sens à sa vie.

Nous ne chercherons pas, ici, à inclure les personnes âgées dépendantes avec ou sans troubles cognitifs. Notre travail souhaite proposer des pistes pour l'élaboration d'un

programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire dont l'individu est l'acteur principal de sa propre santé et non dépendant d'un tiers. Un tel programme ne peut pas être pensé de la même façon car les acteurs comme les objectifs de santé diffèrent.

Aussi, nous allons définir les personnes constituant notre population cible comme étant un individu âgé d'au moins 65 ans dont l'état de santé médical lui permet d'être autonome dans la plupart de ses tâches quotidiennes. Cet individu peut avoir expérimenté ou non une perte de capacités, mais conservera la capacité de mettre en place des stratégies pour mener une vie qui garde un sens selon lui.

3.2.2 Echantillonnage et population de l'étude

La technique d'échantillonnage des individus participant à l'étude est non probabiliste. Elle repose sur la base du volontariat et cherche à diversifier l'échantillon.

Nous ciblons les personnes âgées répondant à la définition de notre population cible ce qui représente un groupe très hétérogène comme nous avons pu le voir dans notre première partie.

Aussi, notre échantillon sera non représentatif des personnes âgées. Pour avoir un échantillon représentatif, il aurait fallu construire une technique d'échantillonnage très poussée ou avoir une taille d'échantillon extrêmement grande pour une recherche de type qualitative reposant sur des entretiens individuels [Baribeau, 2012].

Dans les études qualitatives se pose toujours la notion de la taille adéquate de l'échantillon. Il n'y a pas de réponse puisque les recherches qualitatives se concentrent sur la qualité et la richesse des données plutôt que sur le nombre de participants. Les facteurs influençant la taille de l'échantillon incluent : le sujet d'étude, le modèle de recherche, les caractéristiques de la population étudiée, l'approche analytique, les ressources disponibles [Hennink, 2016]. Ici, la taille de notre échantillon est dictée par le principe de saturation. Ce dernier est en lien avec la théorisation ancrée.

La saturation peut être définie, en théorisation ancrée, comme le nombre d'entretiens dans lesquels tous les points de collection de données sont référencés et où n'émergent pas d'autres enjeux/questions ou connaissances. Toutes les catégories conceptuelles pertinentes ont été identifiées, explorées et extraites. Donc c'est le point où rassembler plus de données ne révèlent pas de nouvelles propriétés ni champs dans les futures connaissances théoriques sur l'émergence de cette théorie ancrée [Hennink,2016]. L'intérêt de ce principe est la tolérance face à l'émergence de nouvelles catégories ainsi qu'au nombre de catégories trouvées.

Hennink et al (2016) rapportent qu'il est possible d'atteindre une saturation au bout de 12 entretiens si les échantillons sont relativement homogènes, les objectifs d'études et les guides d'entretien semi-directif ciblés. Mais 12 entretiens ne peuvent pas être considérés comme une taille standard d'échantillon. Toutefois, les auteurs remarquent que, dans leur étude, tous les codes qui alimenteront les catégories conceptuelles apparaissent dès l'entretien 1 et qu'à l'entretien 9 tous les nouveaux codes sont identifiés.

Les données ont donc été collectées sur 15 mois dans trois départements de France. La période de recueil des données peut être considérée comme longue mais, outre le temps nécessaire pour trouver les volontaires, elle a permis de procéder à l'analyse de données comme citée dans la sous-partie 3.3.2, en respectant l'alternance entre travail de recherche et conduite des entretiens. De plus, elle a permis d'inclure des volontaires ayant des lieux et parcours de vie différents.

3.3 Technique de recueil des données

3.3.1 Entretien individuel semi-directif et technique d'analyse

a- Démarche de construction du guide d'entretien

L'entretien individuel permet une collecte d'informations au plus près des individus et ainsi de conserver la complexité des données collectées [Baribeau, 2012]. « D'une manière générale, l'entretien peut être tenu comme une méthode de collecte d'informations qui se situe dans une interaction entre un intervieweur et un interviewé en vue de partager un savoir expert et de dégager une compréhension d'un phénomène. Que l'entretien soit libre, semi-structuré ou structuré, il vise à colliger des données ayant trait au cadre personnel de référence des individus (émotions, jugements, perceptions, entre autres) par rapport à des situations déterminées ; elle porte sur l'expérience humaine dont elle cherche à préserver la complexité. »

Dans notre travail, l'entretien individuel doit permettre au répondant/personne âgée de s'exprimer sur la façon dont elle s'explique sa santé bucco-dentaire et les maladies bucco-dentaires vécues ainsi que sur les actions possibles pour améliorer par soi-même sa santé bucco-dentaire. Ceci afin de recueillir des éléments permettant de caractériser les représentations cognitives en santé bucco-dentaire comme aspect du comportement de santé orale d'un individu.

Aussi, la conception de ce guide d'entretien semi-directif s'appuie principalement sur le *Health Belief Model* selon Rosentock (1960). Certaines questions du guide font appel à d'autres concepts comme la cause de la maladie et le sentiment d'auto-efficacité selon Bandura (1980) [Bruchon, 2002].

Dans le cadre de notre recherche, le choix de cette méthode de collecte d'informations apporte d'autres avantages :

- Permettre au répondant de poser son discours. En effet, nous sommes partis du principe qu'en général, l'individu n'élabore pas avec lui-même ni avec les autres de longues réflexions sur sa santé bucco-dentaire. Un entretien sur cette thématique risque d'entraîner un temps d'adaptation et de réflexion du répondant.
- Ouvrir le guide à un maximum de pistes de recherche. En effet, cette thématique

de recherche étant novatrice, il est nécessaire de débiter par une démarche globale. Ainsi, nous espérons que ce travail pourra servir de point de départ de réflexion pour des recherches à venir.

Comme schématisé dans la Figure 15, le guide est structuré en trois parties :

- Dans la première partie, il s'agit d'aider les individus à ce qu'ils expriment leur état actuel de santé orale. Nous sommes sur du déclaratif. Il repose sur les éléments de l'examen clinique avec une déclinaison enrichie de l'indice CAO en cherchant à le caractériser et en tenant compte de la présence de douleur ou non. Les liens avec la santé générale sont questionnés dans cette partie.

- Dans la deuxième partie, il s'agit d'aider le répondant à faire une description de sa santé orale avec une interprétation des symptômes et des causes, la pose d'un pronostic subjectif. Une première sous-partie, reposant sur le *Health Belief Model*, est consacrée à mettre en évidence les représentations cognitives et les connaissances des individus par rapport aux maladies orales fréquentes en s'appuyant sur cinq points : l'attribution causale (par quoi cela arrive), le mécanisme (comment cela arrive), la perception de gravité (est-ce-que c'est grave) et la croyance en une action efficace (comment l'éviter et comment la soigner).

Une deuxième sous-partie est consacrée à la mise en évidence des représentations cognitives et des connaissances des individus par rapport à la santé orale. Sa construction repose sur le *Health Belief Model* et le sentiment d'efficacité de Bandura.

- Enfin dans la troisième partie, il s'agit de placer le répondant dans son environnement en tenant compte de l'approche écologique de développement humain.

Lors de l'entretien, plusieurs thèmes seront abordés : la santé bucco-dentaire, les maladies bucco-dentaires, la santé générale, l'hygiène bucco-dentaire et l'environnement de la personne. Concernant les maladies, ne seront abordées avec les répondants que celles qu'ils ont eux-mêmes vécues.

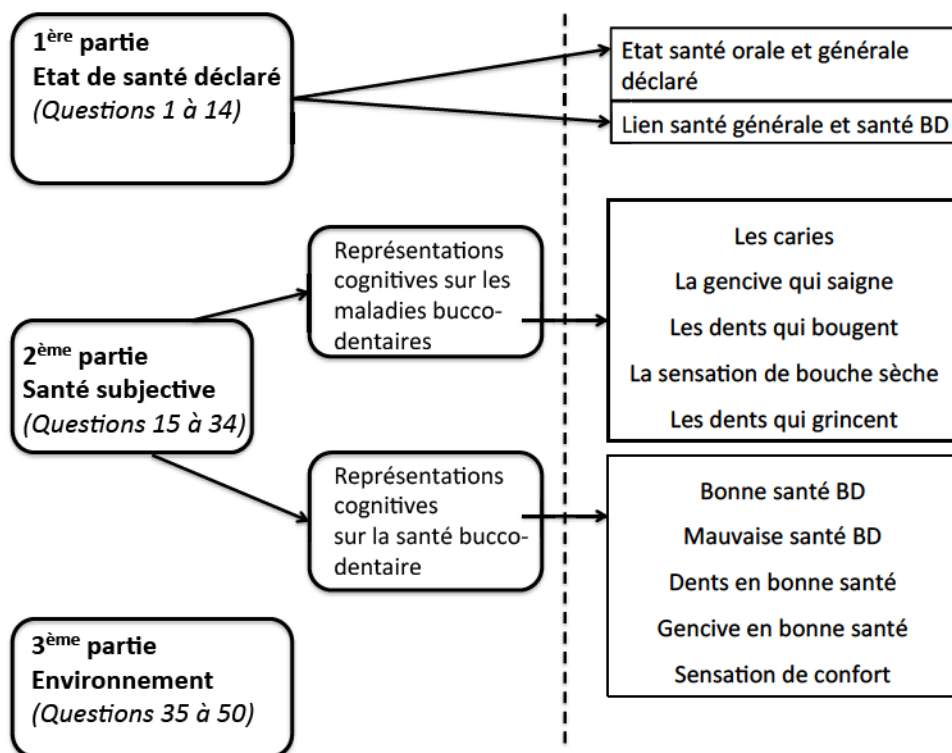


Figure 15 Structure du guide d'entretien s'adossant sur le HBM

b- Collecte des données

La collecte des données s'est effectuée par la conduite d'entretiens semi-directifs menés au domicile où à l'hôpital auprès de personnes âgées répondant à la définition de notre population cible. Le recrutement des sujets s'accomplit à l'aide d'un tiers, en partie par des structures partenaires (médecins gériatres de service hospitalier, responsable de CCAS) et en partie par des liens par des personnes interposées (chirurgien-dentiste, amical d'AMAP).

Parmi les personnes contactées et ayant dans un premier temps donné leur accord, deux n'ont pas participées, les deux étant hospitalisées et se sentant trop fatiguées ce jour-là.

Le guide d'entretien a été testé en janvier 2015 sur 2 individus hospitalisés dans une Unité de Gériatrie Aigu (UGA), avant leur retour à domicile. Leurs entretiens n'ont pas été pris en compte dans l'échantillon de l'étude.

La durée des entretiens s'étalait de 35 minutes à une heure 15 minutes. Ils furent

menés grâce à l'utilisation du guide d'entretien semi directif. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits pour être analysés. Dans les retranscriptions, les participants à l'entretien sont désignés pour le répondant par le numéro chronologique d'entretien (ex : E10) et pour le chercheur par l'initial C.

Il est à noter que le chercheur est chirurgien-dentiste, spécialisée en gériatrie. Ce statut particulier présente l'avantage d'une expertise de terrain sur un domaine de santé peu développé, ainsi des éléments dans les discours ont pu être mis en exergue. Mais il est possible que lors des entretiens, malgré son devoir de neutralité, le chercheur ait créé des biais.

3.3.2 Traitement des données par théorisation ancrée

L'analyse des données s'est faite à partir des douze verbatim issus de ces entretiens en s'appuyant sur l'analyse par théorisation ancrée telle que décrite par Paillé [Paillé, 1994] et plus particulièrement les 4 premières étapes.

Cette méthode a été choisie par rapport à d'autres méthodes comme l'analyse de contenu, l'analyse thématique ou l'analyse de discours car il n'existe pas de grille de lecture du verbatim.

Donc la méthode utilisée dans notre recherche pour l'analyse des données se réfère à « l'analyse par théorisation ancrée » de Paillé [Paillé, 1994], adaptée de la « *Grounded theory* » [Glaser et Strauss, 1967]. Cette dernière est une « méthodologie visant à décrire des problèmes présents dans des contextes sociaux particuliers et la manière dont les personnes y font face dans le but de générer une proposition théorique des phénomènes sociaux » [Fortin, 2010, p.227].

Mais la *Grounded theory* n'est pas retenue ici. En effet, cette approche sera critiquée à partir des années 1980 pour deux raisons principales : « La prétention de pouvoir générer une théorie est très lourde à porter et peu réaliste, de plus la recommandation faite au chercheur d'aborder le terrain sans lectures préalables et sans préjugés ne fonctionne pas dans les situations courantes de la recherche et est, pour le moins, discutable sur le plan épistémologique » [Paillé et Mucchielli, 2012].

Aussi, « l'analyse par théorisation ancrée » de Paillé se distingue de la *Grounded theory* de Glaser et Strauss en axant sa méthode sur le processus de théorisation plutôt que sur la création d'une théorie, trop ambitieuse pour nombre de chercheurs. « ...retenant la notion d'une méthode d'analyse qui soit ancrée dans les données empiriques de terrain, mais délaissant l'objectif de générer une théorie (assimilé à un résultat et un accomplissement) pour celui de théorisation, qui est plutôt d'ordre d'un processus jamais tout à fait accompli » [Paillé et Mucchielli, 2012].

Le principe de base de cette analyse reste néanmoins le même que celui de la *Grounded theory*, à savoir que la collecte et l'analyse des données s'effectuent simultanément. Autrement dit, le chercheur effectue un premier recueil de données, analyse son corpus et retourne sur son terrain puiser du nouveau matériel empirique, pour l'analyser à nouveau, etc.

« L'analyse par théorisation ancrée porte sur des données recueillies dans le cadre d'une recherche qualitative dont l'une des caractéristiques majeures est la simultanéité de la collecte et de l'analyse, du moins au cours des premières étapes, contrairement aux façons de faire plus habituelles où la collecte de données est effectuée en une seule occasion et suivie de l'analyse de l'ensemble du corpus » [Paillé, 1994].

L'analyse par théorisation ancrée est une démarche itérative structurée en six étapes explicitées par [Paillé, 1994]: la codification, la catégorisation, la mise en lien, l'intégration, la modélisation, la théorisation.

« La codification, qui consiste à étiqueter l'ensemble des éléments présents dans le corpus initial, de la catégorisation, où les aspects les plus importants du phénomène à l'étude commencent à être nommés, de la mise en relation, étape où l'analyse débute véritablement, de l'intégration, moment central où l'essentiel du propos doit être cerné, de la modélisation, où l'on tente de reproduire la dynamique du phénomène analysé, et enfin de la théorisation, qui consiste en une tentative de construction minutieuse et exhaustive de la « multidimensionnalité » et de la « multicausalité » du phénomène étudié » [Paillé, 1994].

L'analyse des données dans notre étude se réfère aux quatre premières étapes décrites par Paillé et se finalise sur l'intégration du phénomène.

Suite à la modélisation, le chercheur doit logiquement procéder à la théorisation. Selon Paillé, la théorisation est autant un processus qu'un résultat car elle découle des cinq étapes précédentes tout comme elle en est partie intégrante. Trois opérations visent à renforcer la théorie émergente au fil de l'analyse : 1) l'échantillonnage théorique, 2) la vérification des implications théoriques, et 3) l'induction analytique [Paillé, 1994].

Les 5^{ème} et 6^{ème} étapes concernant la modélisation et la théorisation ne seront pas traitées dans cette recherche. En effet, à partir de ces 12 entretiens, le phénomène a pu être mis en évidence et caractérisé en établissant des liens. Cependant, au vu du nombre de catégories mis en exergue dans ce travail, il eut été périlleux de tâcher de reproduire la dynamique et de tenter la construction plus exhaustive du phénomène à partir de ces 12 entretiens. Pour être complète, celle-ci aurait en effet nécessité une phase d'étude supplémentaire permettant de vérifier de manière approfondie les implications théoriques du modèle initié. Cette étude pourra être une perspective de développement de notre recherche.

Nous présentons donc pour cette phase analytique, les quatre étapes, de la codification à l'intégration du phénomène, qui nous ont permis de mettre en évidence un comportement de santé orale en y incluant la place des représentations cognitives.

Dans notre travail de recherche, la méthode d'analyse selon Paillé a, chronologiquement, été réalisée de la façon suivante :

- La première étape de codification qui consiste à codifier l'ensemble de chaque verbatim sera appelée lecture de type 1. Entre février et mai 2015, les 5 premiers entretiens ont eu lieu avec réalisation de cette lecture de type 1. L'avancée dans les verbatim, entraîne une relecture des verbatim précédents avec les codes inscrits pour commencer à comprendre les liens entre les verbatim. De nouveaux entretiens ont eu lieu de août à octobre 2015 avec réalisation de cette étape de codification pour les entretiens de 6 à 10.
- Il a été permis, en parallèle, de faire émerger des grands thèmes communs à quasi tous les verbatim de 1 à 10 en s'appuyant sur une lecture de type 1.

- L'étape de catégorisation repose en partie sur la relecture de l'ensemble de chaque verbatim pour en dégager les catégories. Elle sera appelée lecture de type 2. De novembre à décembre 2015 : la lecture de type 2 des 10 verbatim a été faite pour dégager les catégories. De là a été présenté un 1^{er} tableau de catégories. Les étapes de mise en relation et d'intégration ont pu débuter. Ces étapes ont pu, entre autre, mettre en évidence un comportement de santé. Le guide d'entretien étant basé sur le HBM, il était logique d'avoir un schéma général autour d'un comportement de santé.
- Entre avril et mai 2016, les entretiens 11 et 12 ont été réalisés. Après la lecture de type 1 permettant la codification du verbatim, la lecture de type 2 a été faite avec le tableau de catégorisation déjà réalisé. Il est apparu de nouvelles catégories possibles à la suite de ce travail.
- Une relecture de type 2 de l'ensemble des 12 verbatim a été faite en juillet 2016 pour bien établir le tableau de catégories proposé dans ce document et valider, ainsi qu'enrichir les étapes de mise en relation et d'intégration.

Notre méthode d'analyse de données a respecté un aspect important de la saturation qui est l'intégration du processus réitératif dans lequel le chercheur est en construction des échantillons, collections de données et analyse des données [Hennink,2016].

Dans la 4^{ème} partie, nous présenterons pour les quatre premières étapes de l'analyse par théorisation ancrée selon Paillé : la démarche, les résultats et les constats.

Dans les résultats, notre respect du principe de saturation nous amène à la mise en place d'une méthode propre à ce travail de recherche que nous allons expliciter. En effet, il est souvent reproché de ne pas expliciter clairement la méthode d'analyse pour obtenir la saturation des codes [Hennink, 2016].

Dans ce travail, nous proposons une association entre un code, un thème ou une catégorie et un nombre. Ce système de décompte d'évocation de codes, de thèmes ou de catégories n'a pas de valeur numéraire en soit mais propose un système de pondération. Cette attribution du nombre d'évocation permet, devant la quantité de

catégories présentes dans notre travail, de donner une place proportionnelle à une importance possible déclarée dans le discours.

Les nombres associés à un(e) code, thème ou catégorie en fonction des questions présentent l'avantage de mettre en évidence la récurrence et d'associer une place relative entre ces éléments en terme de récurrence et ainsi d'aider à l'argumentation du phénomène de saturation importante dans le cadre de l'analyse par théorisation ancrée.

Par contre, ils présentent des limites :

- la récurrence existe à l'intérieur d'un même verbatim car elle peut exprimer un état d'esprit du répondant sur ce sujet. Le lecteur de ce travail ne sait pas si le nombre est lié à la récurrence dans 1 verbatim ou plusieurs, cela lui sera précisé.

- le nombre n'a aucune valeur en soi dans le raisonnement et ne peut donc pas être utilisé en tant que tel.

- le nombre ne juge en rien de la valeur exprimée dans le code, le thème ou la catégorie. Il est possible que l'un de ces derniers ait une importance réelle dans le phénomène étudié sans pour autant avoir un nombre de valeur élevé associé.

Ce décompte est un outil pour aider à la compréhension du phénomène étudié.

3.3.3 Le GOHAI

Le GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) est élaboré pour évaluer la qualité de vie relative à la santé orale. Il cherche à définir l'état de santé orale d'un individu en tant compte de son vécu et de critères fonctionnels, psychosocial et d'inconfort ou douleur. Il est calculé à partir de 12 questions à réponses fermées auxquelles sont attribuées un nombre.

Cet indicateur a été choisi dans notre travail car le questionnaire a été validé dans de nombreux pays, dont la France [Tubert-Jeannin, 2003]. Il est facile à mettre en place et à utiliser et ses questions sont centrées sur le répondant. Et selon *Locker et al* (2007), il est un des indicateurs le plus pertinent pour évaluer la santé orale subjective de la personne âgée.

L'administration de ce questionnaire au début de chaque entretien a pour objectif de voir si cet indicateur peut être un outil pour permettre la triangulation des données de notre étude.

Cette première étape de l'entretien nous a permis de partager un aperçu général avec le répondant sur sa santé orale. Cela n'empêchait pas les répondants de continuer la deuxième étape de l'entretien reposant sur le guide d'entretien car ils exprimaient une certaine frustration à ne pas pouvoir détailler plus leurs réponses.

3.4 Conditions éthiques

Tous les répondants sont informés par une note synthétique de l'objet de la recherche et des critères d'inclusion. Les personnes âgées sont contactées par un tiers et, suivant leur accord, mises en lien avec le chercheur. A l'hôpital, le premier contact se fait dans la chambre du patient quand ce dernier a confirmé au médecin son accord pour participer à l'étude. Dans les autres cas, la structure ou la personne qui met en relation demande au préalable à l'individu s'il souhaite participer et si son numéro de téléphone peut être transmis. Alors, un premier contact téléphonique est établi précisant l'objet de l'étude et la démarche utilisée. Lors de cet entretien téléphonique, si le sujet confirme son souhait de participation, alors il est convenu avec lui d'une date de rendez-vous en précisant la durée prévisionnelle, l'objectif de la rencontre et les coordonnées du chercheur.

Parmi les personnes contactées et ayant dans un premier temps donné leur accord, deux n'ont pas participées. Tous deux étant hospitalisées et se sentant trop fatiguées ce jour-là.

Avant tout entretien, le répondant signe deux formulaires de consentement dont il conserve un exemplaire (voir annexe I).

Le cadre théorique de cette étude fut l'objet d'une communication orale au 20^{ème} Congrès EADPH – 2015- Istanbul (Turquie)

Auteurs : Akodjenou- Hvosstoff Cécile, Gagnayre Rémi

Titre : "Cognitive Representations of the independent older adults on their oral health."

Introduction: Given the need to develop educational interventions integrated into more general models to promote oral health, the observation is made, after an extensive review of the literature, that there are no studies on the cognitive representations of the independent older adults on oral health.

Aims: Explore the cognitive representations of the independent elderly on their health and oral diseases in order to help educational diagnosis in an oral health educational program for the elderly.

Method: According to the qualitative method of grounded theory, explanatory hypotheses will be adduced by the elderly from a non-representative sample of the population defined as too heterogeneous and whose size will be determined by saturation phenomenon. Those included are voluntary and come from different sites: short-stay geriatric unit, linked to a Communal Social Action Centre, older volunteers hospitals. Among the sources of information (data triangulation), a test interview guide is based on the reference designs profane theories and meaning of illness, the Health Belief Model, the sense of self-efficacy. It includes a reported health status, a description of his own oral health (with causal attribution of symptoms and causes, laying a subjective prognosis), a description of the respondent and its resources. In parallel, each respondent has responded to GOHA1. The cross verbatim analysis with other information sources according to the 6 stages of codification of the chosen theory.

The purpose of the communication is to report the possible explanations provided by the elderly and discuss the deal with foreseeable limitations of the sample and the difficulty of comparing the results with other studies.

4 .Résultats des entretiens

L'objectif de cette analyse s'appuie sur la théorisation ancrée et met en relation des éléments du discours permettant de conceptualiser un phénomène.

Ces 12 entretiens nous ont permis d'aller jusqu'à la 4^{ème} étape soit l'étape d'intégration et ainsi de dégager la caractérisation d'un comportement de santé au sein duquel les représentations cognitives ont leur place.

Nous détaillerons ici chaque étape de ce processus d'analyse ainsi que les résultats et la discussion pour chacune de ces étapes. Mais avant, nous allons présenter les caractéristiques de notre échantillon de 12 individus.

4.1 Caractéristiques de l'échantillon d'étude

4.1.1 Caractéristiques générales

Douze personnes âgées ont été interviewées entre le 24 février 2015 et le 07 mai 2016, dont trois en Unité Gériatrique Aigue (UGA) et neuf à leur domicile. Les entretiens se sont déroulés dans le département du Val de Marne (au nombre de 4), dans le département de l'Essonne (au nombre de 5) et dans le département des Pyrénées Atlantique (au nombre de 3).

Nous allons faire une présentation synthétique de notre échantillon de 12 personnes âgées selon le tableau suivant et voir en annexe:

Entretien	Niveau étude	Dernier métier	Situation familiale	Type logement	Mutuelle
1 (88 ans)	Ingénieur TP	Ingénieur conseil	Marié	Appartement Propriétaire	OUI
2 (79 ans)	Arrêt de l'école à 14 ans	Garde malade	Célibataire	Hôtel	CMU
3 (86 ans)	Brevet élémentaire	Agent assurance	Veuf	Maison propriétaire + foyer logement	OUI
4 (84 ans)	BEPC	Militaire Armée de l'air	Veuve	Appartement Propriétaire	OUI
5 (90 ans)	Docteur en Droit	Magistrat	Marié	Appartement Locataire (type HLM ville de Paris)	OUI
6 (73 ans)	Bac	Professeur des écoles	Mariée	Maison Propriétaire	OUI
7 (70 ans)	Bac+3	Traductrice	Mariée	Appartement Propriétaire	OUI
8 (73 ans)	Bac +2	Chargé de relation	Divorcé, en concubinage	Appartement locataire	OUI
9 (71 ans)	Bac	Comptable	Veuve	Appartement locataire	OUI
10 (66 ans)	Bac +4	Enseignant IUT	Mariée	Maison Propriétaire	OUI
11 (73 ans)	Doctorat	Conseil scientifique	Veuve	Appartement Propriétaire	OUI
12 (69 ans)	Ecole ingénieur	Ingénieur expert	Marié	Maison propriétaire	OUI

Tableau 1 *Tableau de synthèse de la situation socio-économique des répondants*

Notre échantillon est constitué de 5 hommes et 7 femmes âgés de 66 ans à 90 ans. Le niveau d'étude est hétérogène, 7 répondants ont fait des études supérieures et 8 sont propriétaires de leur logement. Ces résultats sont supérieurs aux données répertoriées sur la population personnes âgées dans la sous-partie 2.2.2. Ils sont tous affiliés à une assurance mutuelle complémentaire santé. Seul un répondant présente des conditions de précarité, il s'agit d'une femme de plus de 75 ans, célibataire, isolée, vivant à l'hôtel avec très peu de ressources financières. Notre échantillon est donc constitué de volontaires avec un niveau socio-économique favorable sauf pour un individu.

4.1.2 Scores GOHAI dans l'échantillon

Les scores du Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) montrent qu'aucun des répondants de cet échantillon n'a de santé orale satisfaisante (au dessus de 52) et 5 répondants ont une mauvaise santé orale (inférieur à 45).

Entretien	Score GOHAI	Score Fonction physique	Score Douleur/ Inconfort	Score Psychosocial
E1 (88 ans)	43	16	9	18
E2 (79 ans)	35	8	9	18
E3 (86 ans)	49	16	11	22
E4 (84 ans)	48	16	11	21
E5 (90 ans)	47	14	11	22
E6 (73 ans)	48	16	12	20
E7 (70 ans)	50	16	11	23
E8 (73 ans)	43	11	13	19
E9 (71 ans)	42	12	12	18
E10 (66 ans)	46	15	11	20
E11 (73 ans)	45	15	10	20
E12 (69 ans)	42	15	8	19

Tableau 2 Tableau des scores explorés par le GOHAI dans notre échantillon

Le meilleur score fonction physique est 16, soit pour 5 de nos répondants.

Le meilleur score pour l'absence de douleur/ inconfort est 11, soit pour 5 de nos répondants. Les scores de douleurs et d'inconfort sont relativement bas. Or les résultats de notre guide d'entretien ne montrent pas de plaintes douloureuses mais l'importance de la sensation de confort. Une limite de cet indicateur apparaît dans le

manque de discrimination entre la douleur et l'inconfort qui sont deux sensations différentes.

Le meilleur score psychosocial est 21, soit pour 1 répondant. Les scores concernant la composante psychosociale sont relativement bons par rapport aux autres scores.

Ces résultats montrent un état des lieux intéressant de la vision subjective de la santé orale dans cet échantillon. On observe un score général non satisfaisant alors que nous sommes sur un échantillon d'individu qui vivent dans des conditions favorables sauf pour une. De plus le score psychosocial est toujours le plus élevé, tous répondants confondus.

4.2 Etape de codification

4.2.1 Démarche

Dans cette première étape, il s'agit « simplement de dégager, relever, nommer, thématiser, presque ligne par ligne, le propos développé à l'intérieur du corpus sur lequel porte l'analyse. » [Paillé, 1994].

Ce travail de codification des entretiens, avec la lecture de type 1 (partie 3.3.2.), a permis d'aboutir à de nombreux codes. Devant le nombre et la diversité des codes, une démarche de traitement des données était nécessaire. Elle a consisté à trouver des unités entre les codes quand elles existent.

Pour trouver l'unité entre certains codes, nous nous sommes appuyés d'abord sur les codes issus des questions 23 à 27 concernant les maladies bucco-dentaires (voir annexe I). Ceci a permis de faire émerger les codes suivants : « *représentations* », « *connaissances* » et « *ne sait pas* » correspondant respectivement aux représentations cognitives, aux connaissances bucco-dentaires et à la réponse verbale du répondant « *Je ne sais pas* ». Ensuite la même démarche a été appliquée concernant les questions 30 à 39 sur la santé bucco-dentaire et les questions 14, 15 et 29 sur les liens avec la santé générale.

Puis au fur et à mesure des entretiens, l'ensemble de chaque verbatim a connu le même traitement de données afin de trouver les unités existantes parmi certains

codes. Puis une lecture de type 1 a été faite sur chaque verbatim des 12 entretiens pour vérifier la cohérence des codes apparus et leurs unités possibles.

L'étape de codification a permis :

- ⇒ De dégager des grandes tendances de réponses avec l'apparition d'emblée de 3 thèmes : *représentations*, *connaissances* et *ne sait pas*. Ils sont présents dans chaque verbatim (phénomène de saturation observé dès les premiers entretiens).
- ⇒ D'aboutir à une liste de thèmes qui sera présentée ultérieurement, en fin d'étape sur la codification.
- ⇒ De rassembler certains codes isolés dans un groupe nommé *Autres*. Au fur et à mesure des entretiens et de l'analyse, certains codes de ce groupe *Autres* ont été renommés selon un code identifié car le propos fait émerger de nouveaux questionnements/enjeux dans notre travail.
- ⇒ De donner accès à de nombreuses informations car, comme précisée dans la sous partie 3.3.1-a, le choix d'une construction large du guide d'entretien, faisant appel à plusieurs concepts, permet de recueillir beaucoup d'informations.

Aussi, cette étape de codification est essentielle et permet de présenter un ensemble des résultats possibles à ce stade.

Les résultats sont abordés selon 4 points :

- la place relative des représentations cognitives et des connaissances dans les maladies bucco-dentaire vécues par le répondant.
- la mauvaise santé bucco-dentaire comme état de référence dans le discours du répondant.
- les liens entre la santé générale et la santé bucco-dentaire ainsi que l'utilité de la santé bucco-dentaire.
- la mise en place de thèmes récurrents- étape intermédiaire entre la codification et la catégorisation.

4.2.2 Résultats

a- La place relative des représentations cognitives et des connaissances autour des maladies bucco-dentaires :

Nous nous intéressons, dans un premier temps, aux questions de 23 à 27 du guide d'entretien semi-directif, comme décrit dans la figure 9, car elles concernent les questions sur les 5 maladies bucco-dentaires les plus fréquentes chez la personne âgée autour des 3 thèmes : *représentation, connaissance, ne sait pas*.

Les résultats sont présentés dans les figures 16 à 20. Ils montrent, sur l'ensemble des verbatim, la répartition par maladie du nombre d'évocation au thème.

Les thèmes sont indiqués par des couleurs :

-En bleu, le répondant exprime des *connaissances* qui peuvent être reconnues comme odontologique.

Par exemple : dans l'attribution causale de la carie, « *les bactéries* » est un code du verbatim qui est compris dans le thème « *connaissance* ».

-En rouge, le répondant exprime une *représentation cognitive*.

Par exemple : dans l'attribution causale de la mobilité dentaire, « *l'élasticité liée à l'âge* » est un code du verbatim qui est compris dans le thème « *représentation* ». De même dans l'attribution causale de la carie pour le code « *la production interne du corps* ».

Dans le mécanisme d'apparition de la carie, « *c'est comme du bois pourri* » est un code du verbatim qui est compris dans le thème « *représentation* ». Il en est de même pour le code « *les chairs n'acceptent plus le corps, il devient étranger* » au sujet du saignement des gencives.

-En vert, le répondant dit verbalement « *je ne sais pas* » ou « *je n'en sais rien* ». Il est compris dans le code « *ne sait pas* »

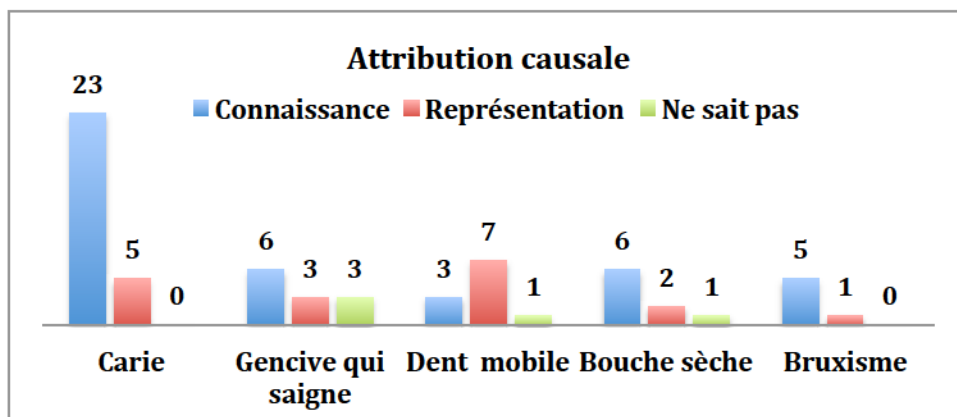


Figure 16 Répartition par maladie du nombre d'évocation au thème concernant l'attribution causale (12 entretiens)

Extraits de verbatim sur l'attribution causale

Q23 a- Selon vous, à quoi sont dues les caries ?

E1 : Les caries sont dues à je ne sais pas quelles bactéries qui trouvent son support et sa nourriture euh, voilà. Enfin, il faut peut-être l'indiqué de façon plus scientifique que ce que je vous dis là.

E3 : Ils en parlaient encore l'autre jour. Surtout au sucre. D'après ce que j'ai compris. Surtout au sucre et puis peut-être à certains autres aliments qui sont néfastes à l'émail, la pulpe, ect..

Q24 a- Selon vous, à quoi est due la gencive qui saignent ?

E3 : Eh, bien, c'est à pas à cause de bactéries ou de microbes, non ?

Q25 a- Selon vous, à quoi sont dues les dents qui bougent ?

E3 : Moi, je pensais que c'était d'abord l'âge. L'âge, les gencives qui se rétractent en quelque sorte et ...ou se contracte ou se rétractent, on ne sait pas exactement. Mais c'est vrai, oui, oui. Eh puis, je pensais, alors moi, la force de la gravitation qui progressivement faisait desceller les dents parce que quand vous voyez des crânes. Vous voyez souvent des crânes avec beaucoup de dents en bas et les dents du haut n'y sont plus. Vous l'avez remarqué ?

C : Votre remarque est vraie

E3 : C'est pourquoi je me suis dit « tiens la force de gravitation, à certainement une influence puisque les dents du bas, elles ne sont pas, comment dirais-je, elles montraient plutôt que descendre comme les dents du haut ».

Q26 a- Selon vous, à quoi est due la bouche sèche ?

E1 : Ben , je n'en sais rien. Non, mais, je vois ici. Vous voyez le pot à eau qui est là. Bon, ben, je sens qu'au bout d'un certain temps. Est-ce que c'est l'atmosphère dont je n'ai pas mesuré le degré d'humidité...bon. Mais je pense que dans ce milieu médical, ici, il y a une bonne ventilation. C'est sensible. Il n'y a pas d'odeur d'hôpitaux. Voilà ce qui me fait dire, euh...que au bout d'1 heure, il faut que je bois une gorgée pour diluer et amener de l'humidité.

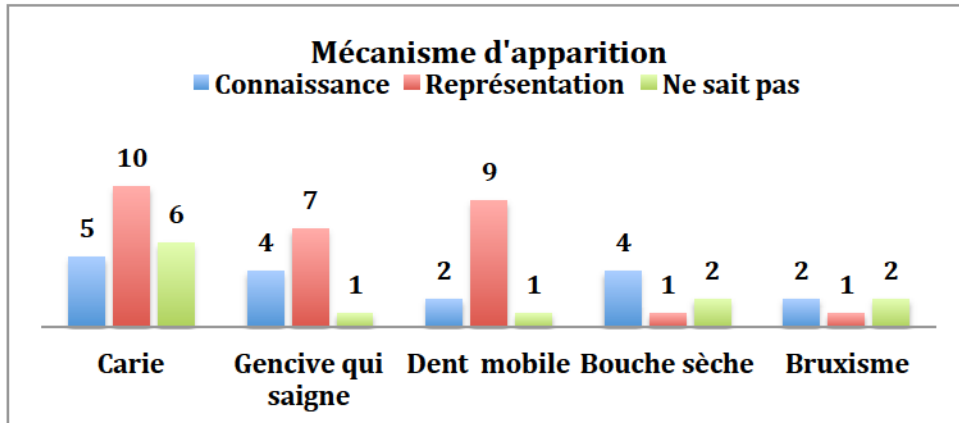


Figure 17 Répartition par maladie du nombre d'évocation au thème concernant le mécanisme d'apparition (12 entretiens)

Extraits de verbatim sur le mécanisme d'apparition

Q23 b- Selon vous, par quel mécanisme la carie apparaît ?

E1 : Ben, il y a une rupture de la surface dentaire et une fragilité . Après qui descend ensuite dans la pulpe. Puis...

E3 : Par la salive. Je pense oui. Enfin, c'est une déduction. Je ne suis pas sûr mais je pense que oui. Ça paraît logique.

Q24 b - Selon vous, par quel mécanisme le saignement de gencive apparaît ?

E3 : Eh, parce que, certainement, euh, comment ça s'appelle. Je commence à perdre un peu la mémoire. Ca ça m'agace. Euh... vous savez les petits, comment on appelle ça. Le nom m'échappe. Mais si vous allez me le dire.

C : les microbes, les...

E3 : Non, non, non. Les petits vaisseaux.

C : Les petits vaisseaux : les petits capillaires ?

E3 : Les capillaires. Voilà. Ca doit commencer par là. Je crois. Donc, voilà. Ben...qui éclate et puis le sang se répand.

Q26 b- Selon vous, par quel mécanisme la bouche sèche apparaît ?

E1 : Je n'en sais rien. C'est la respiration de l'épiderme et du derme qui est à l'intérieur. Y a ... non, je n'ai pas d'explication.

E3 : Ben ,les glandes salivaires ne fonctionnent plus. Je pense que ça ne peut, c'est l'explication la plus simple.

Q26 b- Selon vous, par quel mécanisme les dents qui grincent apparaît ?

E7: Ben, voilà une bonne question. Parce que les mâchoires doivent être figées. Pour moi, c'est aussi un rapport avec les mâchoires. Contractées, contractées.

C : Vous pensez que les mâchoires se contractent ?

E7: Oui, je pense. Chez moi, oui. Oui, je pense.

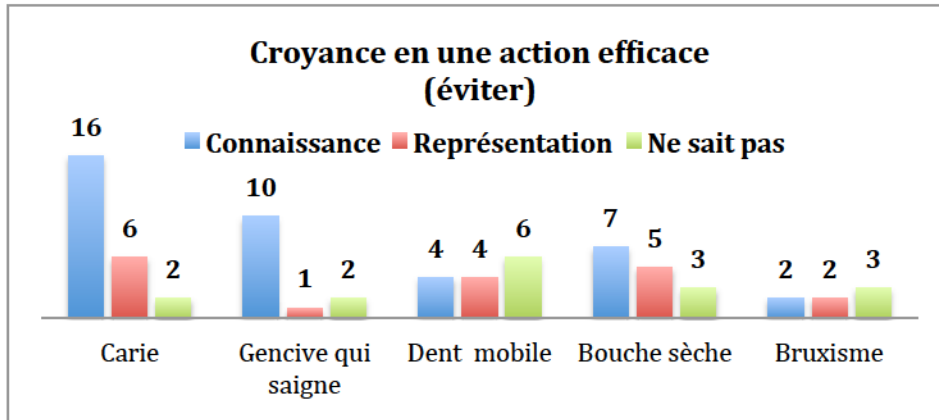


Figure 18 Répartition par maladie du nombre d'évocation au thème concernant la croyance en une action efficace (éviter) (12 entretiens)

Extraits de verbatim sur la croyance en une action efficace (éviter)

Q23 d- Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir des caries ?

E1 : Ben par un entretien, je dirai, courant et surveiller.

C : Pour vous ça veut dire quoi un entretien courant ?

E1 : Ben c'est-à-dire un brossage des dents courant, euh, avec le matériel que l'on propose aujourd'hui ; euh, avec mécanique ou pas mécanique. Mais moins ça tourne et moins c'est agressif pour, euh, l'émail dentaire.

E3 : En évitant , enfin, pas éviter, il ne faut pas exagérer non plus, mais en ...quel qualificatif je pourrai donner... comment dirais-je...en faisant attention à son alimentation. Oui, à son alimentation, ou une certaine partie de son alimentation. Remarquez c'est la même chose

Q24 d- Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir la gencive qui saigne?

E3 : Ben, je crois, toujours, en se brossant les dents. Ca je le sais, je crois que c'est ça. A mon avis, c'est ça.

Q25 d- Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir les dents qui bougent ?

E3 : Je crois, j'avais entendu dire que il fallait se les brosser très souvent. Mais est-ce vrai, je n'en sais rien.

Q26 d- Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir la bouche sèche?

E1 : Ah, je n'en sais rien.

C : Qu'est-ce que vous avez fait ici à l'hôpital quand vous aviez la bouche sèche ?

E1 : Et bien, je bois de l'eau. Je... en faisant circuler l'eau dans la bouche pour ne pas, euh, accumuler du liquide

E3 : Moi, je dirai en buvant. Comment voulez-vous faire autrement ? Ou en suçant des bonbons peut-être ? (*Silence*) Ca excite les glandes salivaires.

Q27 d- Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir les dents qui grincent ?

E7 : Ben, en fait, il faut mettre la gouttière. Je dois continuer à grincer

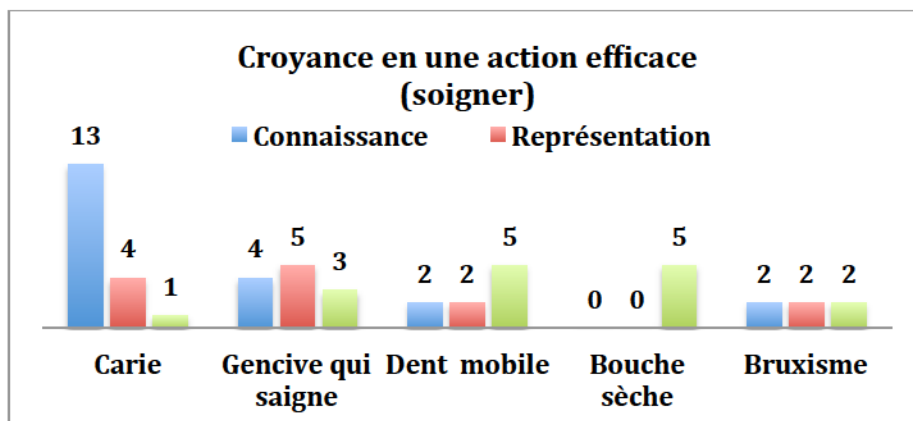


Figure 19 Répartition par maladie du nombre d'évocation au thème concernant la croyance en une action efficace (soigner) (12 entretiens)

Extraits de verbatim sur la croyance en une action efficace (soigner)

Q23 e- Selon vous, comment soigne-t-on les caries ?

E1 : Ben en l'éliminant et en... l'éliminant au mieux. Et puis en constatant ensuite que ce qui à été fait permance. C'est -à-dire qu'il y a un entretien, euh, avec visite du praticien.

Q 24 e-`Selon vous, comment soigne-t-on la gencive qui saigne ?

E3 : Ca, je ne le sais pas. (*Silence*). Oh, on doit mettre une pommade, enfin un produit quelconque. Hein ? (*Rire*).

Q 25 e-`Selon vous, comment soigne-t-on les dents qui bougent ?

E3 : Ah, ça je ne sais pas. (*Silence*). Si je crois qu'on a fait ou on faisait des pointes de feu ou des choses comme ça à un moment ? Il me semble.

C : Je continu et je vous expliquerai après.

E3 : Enfin, moi, je vous le dis, je suis un ignorant car je n'ai jamais fait aucune étude sur les dents.

Q26 e- Selon vous, comment soigne-t-on la bouche sèche ?

E1 : Je n'en sais rien. Je ne sais pas

E3 : Je ne sais pas . Je préfère vous dire la vérité.

Q27 e- Selon vous, comment soigne-t-on les dents qui grincent ?

E7 : Ben, c'est en mettant l'appareil. Je pense qu'on donne pas de calmant pour ça, pour les dents qui grincent. Mais peut-être que oui.

Concernant la maladie carieuse, nous observons sur la figure 16 un nombre important de *connaissance* et l'absence de *ne sait pas* au sujet de la carie dentaire. Sur la figure 17, on constate une augmentation importante de *représentation* et de *ne sait pas*. La figure 18 montre une progression du nombre de *connaissance* surtout au niveau des thèmes : carie, gencive qui saigne et bouche sèche. Les figures 18 et 19 montrent une proportion plus importante de *ne sait pas*, sur la croyance en une action efficace pour éviter la maladie comme pour la soigner.

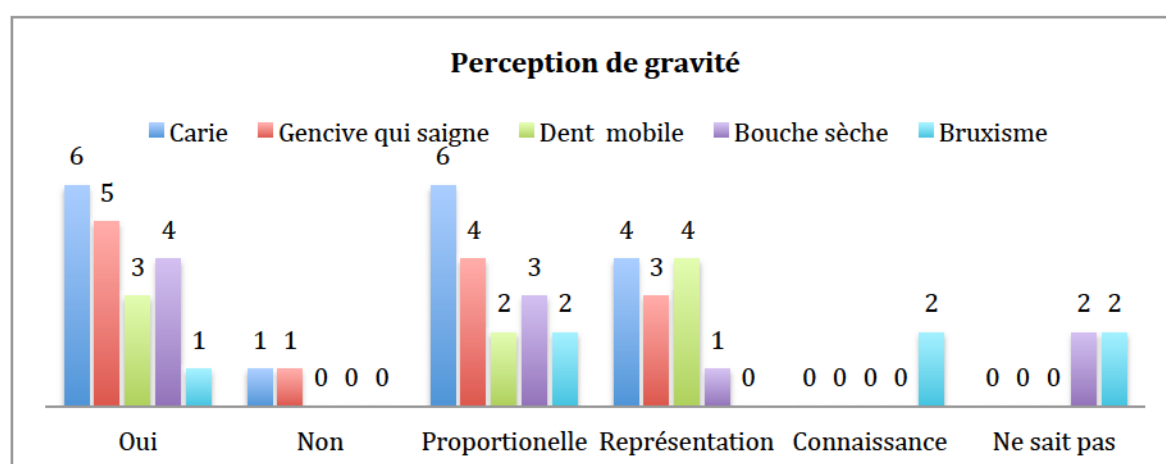


Figure 20 Répartition du nombre d'évocation de chaque thème par maladie concernant la perception de la gravité (12 entretiens)

Extraits de verbatim sur la perception de gravité

Q23 c- Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir des caries ?

E1 : Oui. Mais en tant que père de famille, on en sait quelque chose. Voilà...

E3 : Bien sûr. Ça conditionne tout le restant de votre vie.

Q24 c- Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir la gencive qui saigne?

E3 : Ça peut le devenir. Après vous faites de la gingivite où je ne sais pas trop quoi.

Q25 c- Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui bougent?

E3 : Ça dépend jusqu'à quel point elles bougent. Parce que en ce qui me concerne personnellement, ça n'a aucune influence sur quoique ce soit. Alors, évidemment que si elles bougent de trop, elles se déchaussent complètement. Et c'est peut-être ce qui m'arrive avec cette fameuse dent canine. Là. Canine, canine.

Q26 c- Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir la bouche sèche?

E1 : C'est pas sur, mais ce n'est pas agréable.

E3 : Ça peut le devenir aussi.

La figure 20 sur la perception de gravité présente la répartition du nombre d'évocation pour chaque thème (Oui/ Non/ Proportionnelle/ Représentation/ Connaissances/ Ne sait pas) par maladie (le code couleur correspond aux 5 maladies bucco-dentaires du guide). Nous remarquons que :

- les codes peuvent être regroupés sous un thème de perception *proportionnelle* de la gravité qui concerne toutes les maladies citées dans le guide. En effet, le répondant peut exprimer une perception de gravité qui soit proportionnée par rapport à des états de santé plus graves. Par exemple : « *c'est grave mais pas gravissime* », « *je ne connais personne qui soit mort des dents* ».
- une répartition plus importante de *Oui* que de *Non* quelque soit la maladie. Seul un répondant ne qualifie pas de grave la carie et le saignement des gencives.

Ces résultats mettent en exergue que :

- le mécanisme d'apparition regroupe le plus de représentations cognitives et le moins de connaissance quelle que soit la pathologie (figure 13).
- La perception de gravité est existante mais très variable selon les individus et les maladies. Il apparaît une notion de proportionnalité, c'est-à-dire que les répondants reconnaissent la gravité de ce type de maladie mais la trouve moins grave que d'autres maladies.
- Le niveau de *ne sait pas* augmente concernant le mécanisme d'apparition et surtout dans la croyance d'une action efficace.
- La proportion de *connaissance* diminue entre la croyance en une action efficace pour éviter la maladie et celle pour soigner.
- La maladie carieuse semble un cas particulier. En effet, les répondants expriment un raisonnement construit qui suit la progression des 5 questions, qui est propre au répondant pour lequel il fait appel à ses connaissances.

Ces résultats permettent de proposer les places respectives du non-savoir, des connaissances et des représentations cognitives à travers ces 5 maladies bucco-dentaires.

A partir de ces résultats, nous pouvons dire que *ne sait pas* et *connaissance* peuvent être assimilés à une catégorie. Représentation peut être aussi assimilé à une catégorie dans l'état mais un travail d'approfondissement sera proposé ultérieurement.

b- L'état de référence : avoir une mauvaise santé bucco-dentaire.

Nous nous intéressons aux questions de 29 et 30 du guide d'entretien semi-directif concernant les représentations cognitives sur la santé bucco-dentaire, comme décrit dans la figure 15. A ce stade, les résultats ne portent que sur ces 5 questions :

- Pour vous, c'est quoi être en bonne santé bucco-dentaire ? (Q 29)
- Pour vous, à quoi ressemble des dents en bonne santé ? (Q 29-a)
- Pour vous, à quoi ressemble des gencives en bonne santé ? (Q 29-b)
- Pour vous, comment peut-on avoir une sensation de confort dans la bouche? (Q 29-c)
- Pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ? (Q 30)

Dans la partie des verbatim liée à ces questions, des thèmes ont émergés dès l'étape de codification. Ainsi, ces thèmes sont définis de la façon suivante:

- Définition par la négation regroupe tous les codes de type : « ne pas avoir de caries », « ne pas avoir de saignement de gencive », « ne pas avoir de problème ».
- Définition par l'affirmatif regroupe tous les codes de type : « avoir une mauvaise haleine », « avoir la gencive qui saignent », « avoir des dents saines », « avoir la bouche bien humidifiée ».
- Mâcher regroupe tous les codes en rapport avec la mastication : « mastiquer sans problème », « pouvoir manger ce que l'on veut », « pouvoir découper des choses avec ses dents », « manger sans penser à ses dents », « quand on peut tout manger ».
- Visite dentiste regroupe tous les codes faisant appel à la consultation d'un chirurgien dentiste. Par exemple, « allez chez le dentiste tous les ans », « avoir un bon suivi »,

« faire le détartrage ». Ce dernier code a été inclus, bien qu'étant un acte, car les répondants associent cet acte à la visite de contrôle chez leur chirurgien-dentiste.

- Apparence regroupe tous les codes sur l'aspect des dents ou des gencives comme « rose », « jolie à regarder ».
- Oublier sa bouche regroupe tous les codes de type « ne pas penser à ses dents », « ne pas savoir qu'on a une bouche, une langue ».
- Autres tous les codes isolés mais qui seraient intéressants d'approfondir comme « jamais posée la question », « c'est la sensation que je n'ai pas », « ça sent le solide, ça craint rien ». Cette notion sera discutée dans la sous partie 5.1.3.

La répartition des thèmes dégagés est visible dans le tableau (voir annexe II- Tableau 4) avec entre parenthèse le nombre d'évocation du thème sur l'ensemble des 12 verbatim. Sachant qu'un thème peut être répété plusieurs fois par un même répondant et que ce dernier peut invoquer plusieurs thèmes pour répondre à une question. Dans ce tableau, cette répartition permet également de mettre en rapport ou comparaison les thèmes entre eux.

A ce stade, il est nécessaire d'expliquer le positionnement de la mauvaise santé bucco-dentaire dans ces résultats.

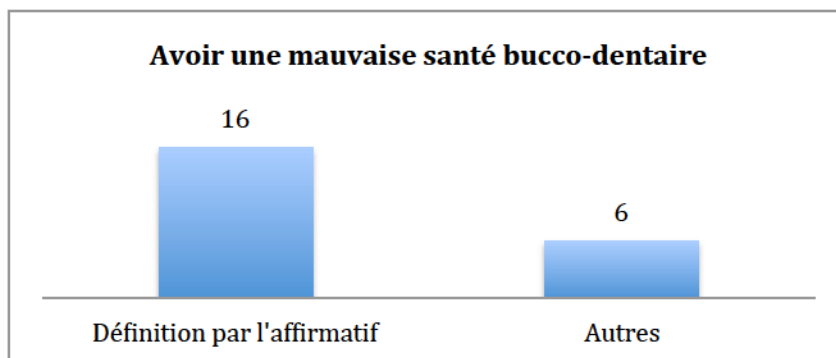


Figure 21 Répartition par thème du nombre d'évocation concernant « avoir une mauvaise santé bucco-dentaire » (12 entretiens)

Extraits de verbatim sur avoir une mauvaise santé bucco-dentaire

Q31 : Pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E1 : C'est d'abord, il y a peut-être des aspects sociologiques, à savoir les contacts avec la personne avec laquelle on parle et certainement avoir une mauvaise santé bucco-dentaire a une influence sur la relation, le relationnel que vous pouvez avoir avec quelqu'un avec qui vous avez une conversation proche.

E3 : Ben, c'est un peu le contraire de tout ce qu'on vient de dire. *(Rires)* C'est être, comment dirais-je, laxiste dans la façon de, dans son comportement dans ce domaine. Voilà. Laisser les choses en l'état. En d'autre terme, glorifions les dentistes *(Rires)*

Le thème *Autres* regroupant les codes suivants :

- E3 : « être laxiste, laisser les choses se faire »
- E1 : « le contact avec la personne est perturbé »
- E2 : « Ne plus avoir le courage de lutter parce qu'on n'y croit plus »
- E8 : « C'est une bouche qui dit « Ne m'oublie pas » »
- E10 : « C'est quand la bouche est une préoccupation »
- E11 : « Qui sont un handicap au plaisir »

En comparant les figures 21-22-23, nous pouvons observer une proportion plus importante de *définition par l'affirmatif* dans la colonne sur la question « c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ? » par rapport aux questions sur « être en bonne santé bucco-dentaire » et « avoir une sensation de confort dans la bouche ».

Les figures 22, 23, 24 et 25 montrent très bien la plus grande proportion à définir en général une bonne santé par la négation. Cette négation s'appuie sur les codes donnés dans le thème *définition par l'affirmatif* de la mauvaise santé bucco-dentaire. Aussi, il semble possible d'énoncer que les répondants de cet échantillon ont acquis une assez bonne connaissance de ce qu'est avoir une mauvaise santé bucco-dentaire mais éprouvent une difficulté à exprimer une vision claire de la bonne santé bucco-dentaire.

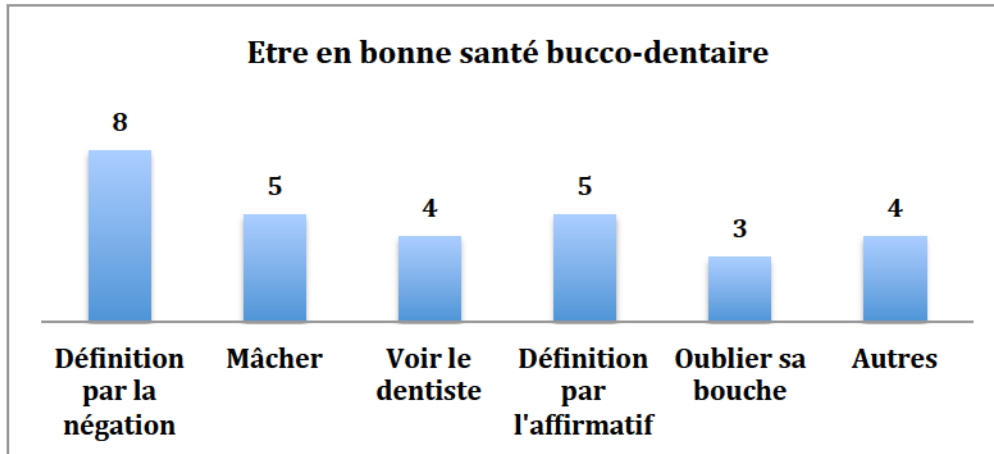


Figure 22 Répartition par thème du nombre d'évocation concernant « être en bonne santé bucco-dentaire » (12 entretiens)

Extraits de verbatim sur être en bonne santé bucco-dentaire

Q30 : Pour vous, c'est quoi être en bonne santé bucco-dentaire ?

E1 : Ben c'est, euh, c'est prendre des soins élémentaires, euh, journaliers. Et puis ensuite de votre praticien de temps en temps qui découvrira avec son âge, etcetera, que là il y a quelques chose ou il va y avoir quelque chose. Car il ne suffit pas d'ouvrir la bouche devant une glace pour dire les dents ne posent pas de problèmes.

E3 : Ben, c'est de ne pas avoir de difficultés quelconque pour, d'abord, pour ingurgiter des aliments. Pour ingurgiter les aliments, car ça a une incidence sur la digestion. Le fait d'avoir une bonne santé bucco-dentaire et des bonnes dents par voie de conséquence, euh...font que vous améliorer la digestion.

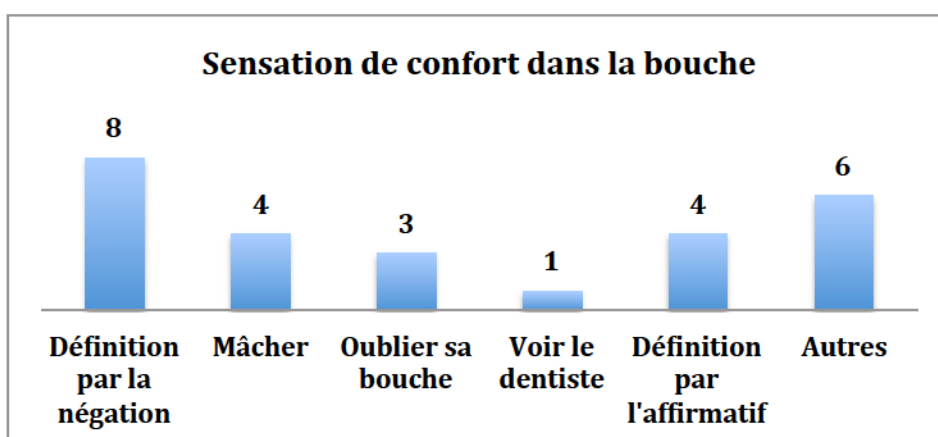


Figure 23 Répartition par thème du nombre d'évocation concernant « avoir une sensation de confort dans la bouche » (12 entretiens)

Extraits de verbatim sur une sensation de confort dans la bouche

Q30 c : Pour vous, comment peut-on avoir une sensation de confort dans la bouche?

E1: Je pense, ce confort dans la bouche c'est, dans la mesure, où quand vous mâchez quelque chose vous avez une réponse qui fait que ça se passe bien.

E3 : Ah ! (*Silence*). Ben, hormis le fait d'avoir un appareil dentaire qui, il faut le reconnaître, est quand même une petite gêne. Hein ?! Si je n'avais pas cet appareil et toutes mes dents. Moi je serais content. En l'état actuel des choses, je suis confortable. Je n'ai rien demandé de plus. Mais ce qui me gênerai le plus, c'est par rapport à ce confort, c'est l'appareil.

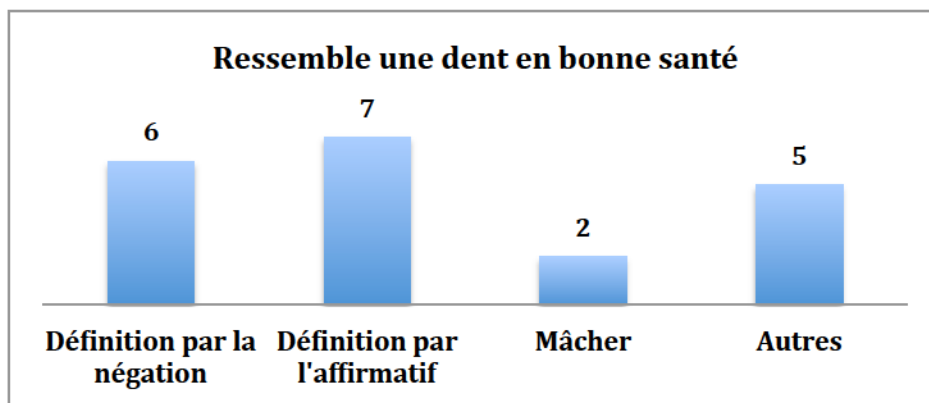


Figure 24 Répartition par thème du nombre d'évocation concernant « à quoi ressemble une dent en bonne santé » (12 entretiens)

Extraits de verbatim sur apparence d'une dent en bonne santé

Q30 a : Pour vous, à quoi ressemble des dents en bonne santé ?

E1 : C'est-à-dire que les dents naturelles en bonne santé, moi je.. Une dent artificielle, elle apparaît en bonne santé. Voilà. Mais euh...

C : une dent naturelle en bonne santé, ça ressemblerait à quoi ?

E1 : Une dent naturelle en bonne santé, et bien, on verra qu'elle est brillante, elle n'est pas corrodée. C'est un aspect extérieur. Car la dent, il y a plusieurs niveaux de dureté de l'émail. Et puis, bon, et puis suivant que vous avez laissé faire les désordres internes. Voilà ce que je peux...

E3 : (*Silence*). Comment pourrait-on dire ? Euh, (*Silence*) bah, d'abord, des dents propres. Propres. (*Silence*). Et soigner. Par le dentiste, par les médicaments ou ce que vous voulez, peu importe.

E9 : Des dents en bonne santé c'est des dents qui ne sont ni déchaussées, qui n'ont pas de caries, euh, qui sont pas usées. (*Silence*) Oui, voilà. Et qui ne font pas mal, bien sûr.

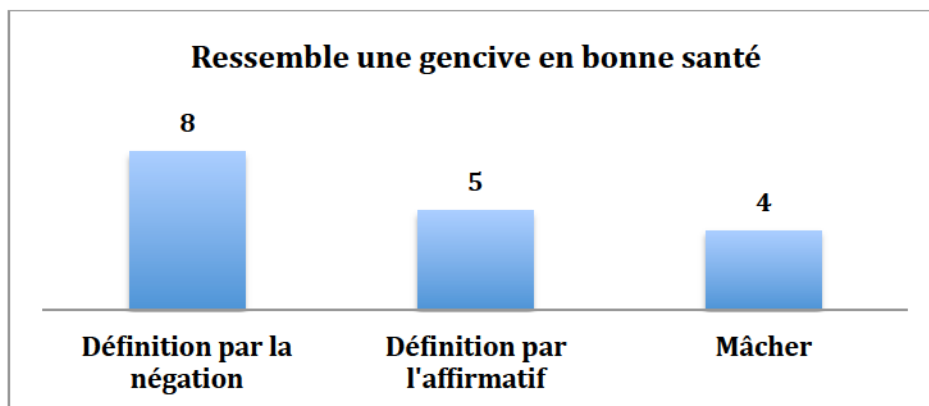


Figure 25 Répartition par thème du nombre d'évocation concernant « à quoi ressemble une gencive en bonne santé » (12 entretiens)

Extraits de verbatim sur apparence d'une gencive en bonne santé

Q30 b : Pour vous, à quoi ressemble une gencive en bonne santé ?

E1 : Ben, c'est une gencive qui ne saigne pas et pour laquelle il n'y a pas de douleur particulière qui soit perçue ou entendue dans un ménage ou « bien tiens je vais... etcetera ». Voilà ce que je pense que c'est.

E3 : Eh, bien qui n'a, qui n'est, euh, qui est sans maux, quel qu'il soit. C'est-à-dire des aphtes, des choses, euh, sans aucune maladie de la gencive, n'est-ce pas. Je ne vois pas ce que je peux dire d'autres.

E9 : Alors, une gencive en bonne santé, qui n'est pas enflammée, qui n'est pas rouge. Je n'ai jamais eu de problème de gencive, alors, je ne sais pas trop. J'ai ma fille par contre, euh... Oui. Je ne sais pas trop. Qui n'est pas trop enflammée, pour moi c'est tout. Mais il y a sûrement d'autres choses.

Ces résultats mettent en exergue que :

- la situation de référence est la mauvaise santé bucco-dentaire. Or, si nous faisons un parallèle avec la santé générale, la définition de la santé ne peut être réduite à l'absence de maladie. L'OMS ayant proposé en 1946 une définition positive de la santé comme un « état de complet bien-être physique, mentale et social, et ne consiste par seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».
- Avoir une mauvaise santé bucco-dentaire regroupe des connaissances ou des représentations liées à des expériences vécues ou observées.
- Avoir une bonne santé bucco-dentaire est, selon les répondants, complexe à définir dans sa globalité.

La bonne santé de la dent semble en partie se définir par son apparence. Mais cette apparence n'est pas simple à caractériser (« *Luisante, vivante, lumineuse* »

« *brillante, pas corrodée* » « *des belles dents* » « *belles à regarder* »), au contraire de la gencive dont l'apparence est caractérisée de façon plus explicite (« *Rose, saine, dure* » « *rose comme un bébé* » « *belle peau, pulpeuse, rebondit, rose, tendue* »). Il est à noter que certains répondants précisent qu'une dent peut être malade malgré une bonne apparence.

Les figures de 21 à 25 nous permettent d'avancer un peu plus dans la compréhension de la complexité des représentations cognitives en santé bucco-dentaire. En effet, elles mettent en exergue une « définition par opposition » c'est-à-dire que la situation de référence n'est pas avoir une bonne santé bucco-dentaire mais « ne pas avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ».

c- L'utilité d'une bonne santé bucco-dentaire et les liens avec la santé générale :

Nous nous intéressons aux questions 13, 14, 29 et 32 du guide d'entretien semi-directif concernant les liens entre la santé générale et la santé bucco-dentaire.

- Pensez-vous que votre santé bucco-dentaire a un impact sur votre santé générale ? (Q 13)
- Pensez-vous que votre santé générale a un impact sur votre santé bucco-dentaire ? (Q14)
- Est-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ? (Q29)
- Pour vous, à quoi ça sert d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ? (Q32)

.

Les résultats de Q13 et Q14 montrent que (voir annexe III- tableau 5) :

- pour 3 répondants (entretiens 2, 3 et 5) sur 12, il n'existe pas d'impact, quelque soit le sens, entre la santé orale et la santé générale. Sur ces 3, un seul (entretien 3) exprime le fait qu'une bonne santé bucco-dentaire sert à la santé générale.
- 5 répondants sur 12 (entretiens 1, 6, 8, 11 et 12) établissent un impact réciproque entre la santé générale et la santé orale.
- les 4 répondants restants (entretiens 4, 7, 9 et 10) n'établissent pas d'impact réciproque. Par contre, ils reconnaissent un impact dans un des deux sens.

Extraits de verbatim sur le lien entre santé bucco-dentaire et santé générale

Q13 : Pensez-vous que votre santé bucco-dentaire a un impact sur votre santé générale ?

E6 : Ah, sur ! Tout à fait.

Q14 : Pensez-vous que votre santé générale a un impact sur votre santé bucco-dentaire ?

E1 :Oui. Mais ca n'est pas. Enfin, je ne vois pas... Le problème de la santé réagit partout. A mon avis. Alors, Il est certain que les gens qui ont une bouche qui n'est pas soigné, bon, ça une influence sur la diffusion des bactéries et des microbes dans le corps.

E6 : Aussi. C'est lié.

Q 29 :Est-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E7: Mmmh. Bonne santé générale. Oui, c'est possible. Quoi que, parce que ça agit quand même sur l'organisme. Si on mastique mal...Non, alors, non.

Au vu de ces résultats, nous pouvons donc observer que sur les 12 répondants, 10 considèrent qu'il y a un lien entre la santé bucco-dentaire et la santé générale mais ce lien n'est pas clairement établi. En effet, en comparant ces résultats avec les réponses de la question 29 sur « avoir une bonne santé générale et une mauvaise santé bucco-dentaire », on observe une cohérence dans le discours pour seulement 4 répondants (entretiens 2, 5, 8 et 12). Deux répondants affirment qu'il n'existe pas un impact et 2 autres considèrent l'impact réciproque et estiment qu'on ne peut pas avoir une bonne santé générale et une mauvaise santé bucco-dentaire.

La question 32 sur « A quoi sert d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ? » éclaire un peu sur ce lien mal défini. En effet, 4 répondants reparlent de la santé générale, 4 répondants parlent de la notion de confort et 1 explique qu'il existe une interdépendance.

Les questions de 32-a, 32-b et 33 font suite à la question 30 et permettent de mieux définir la place de la santé bucco-dentaire :

- Est-ce que ça sert pour parler ? (Q32-a)
- Est-ce que ça sert pour manger ? (Q32-b)
- Pour vous, est-ce important d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ? (Q33)

Les résultats (détaillé annexe II-Tableau 5) explicitent mieux la place de la bonne santé bucco-dentaire pour les répondants. Tous répondent qu'une bonne santé bucco-dentaire sert à parler, à manger et que c'est important d'avoir une bonne santé orale.

Le lien entre la santé bucco-dentaire et la santé générale existe pour plus de la moitié de l'échantillon. Ce lien existe, mais il est mal défini.

Par contre, l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire est clairement énoncée pour l'ensemble des répondants. Ces derniers considèrent qu'une bonne santé bucco-dentaire est utile pour parler et manger.

d- La mise en place de thèmes récurrents - étape intermédiaire entre la codification et la catégorisation

Comme abordé dans la sous partie 3.3.1, l'ensemble des verbatim ont alors été repris pour des lectures de type 1 puis de type 2. A partir de là, une étape intermédiaire de préparation à l'étape de catégorisation a été réalisée: la mise en place des thèmes récurrents.

Cette étape intermédiaire est nécessaire d'un point de vue méthodologique pour proposer une liste pertinente de catégories. En effet, devant la multitude de codes, il est nécessaire comme indiqué dans la sous partie 3.3.2 de déterminer la nature exacte de chaque code.

Donc ces thèmes récurrents rassemblent plusieurs codes ayant une même idée centrale. Mais la déclinaison de cette idée centrale peut varier (exemple : âge, esthétique). L'affinement de la lecture des codes dans chaque thème a permis de faire émerger les catégories que nous verrons dans l'étape de catégorisation (sous

partie 4.3). Certains codes, trop isolés, n'ont pu être regroupés, ils sont alors placés dans la catégorie *Autres*.

Nous allons dans un premier temps exposer les résultats mis en avant dans cette étape intermédiaire de mise en place de thèmes récurrents.

Des codes se sont révélés qui, par soucis de rigueur méthodologique, ont d'abord été regroupés en thèmes spécifiques. Ces derniers apparaissent régulièrement au cours de l'ensemble des entretiens mais à des moments différents selon chaque répondant. De plus, ces thèmes dégagés ne font pas toujours référence à une question évoquée dans le guide d'entretien semi-directif. Ces thèmes récurrents ne constituent pas tous en soit une catégorie selon la théorisation ancrée. La suite de l'analyse permettra de déterminer les catégories.

Les 21 thèmes mis en exergue regroupant différents codes sont:

Représentations cognitives	Génétique (hérédité)	Identification incomplète dentition
Connaissances dentaires	Confort dans son corps	Oublier ses dents
Ne sait pas	Visite chez le dentiste	Douleur
Définition par la négation	Apprentissage	Genèse dentaire
Définition par l'affirmatif	Esthétique (Apparence)	Santé générale
Mâcher	Expériences	Auto soins
Age	Préoccupations	Perception proportionnelle de gravité

Tableau 3 *Les 21 thèmes récurrents avec en gras ce qui arrive à saturation dès les premiers entretiens*

L'ensemble de ces thèmes ne sera pas repris dans notre étape de catégorisation. Il est cependant nécessaire de les noter pour notre 5^{ème} partie concernant nos propositions pour élaborer un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes.

Nous détaillerons les 9 thèmes les plus récurrents qui arrivent à saturation dès les premiers entretiens et qui seront repris dans la suite de notre analyse:

- **Mâcher** : il est évoqué dans tous les entretiens. Il fait référence à tous les codes qui abordent la mastication de façon générale

Par exemple : E8 « *J'ai été équipé. Donc, j'ai eu l'obligation de changer, de mettre plus de liquide que de dur. Donc, c'est permanent maintenant.* »

- **Genèse dentaire** : il est évoqué dans tous les entretiens. Il est décrit comme une suite, vécu comme logique ou normal, d'enchaînement de soins bucco-dentaires tout au long de la vie : « *Genèse : plombages, couronnes, bridge* », « *Les choses banales qui arrivent à tout le monde* »

- **Esthétique** : il est évoqué dans tous les entretiens. Là aussi, l'évocation de ce thème se fait dans différentes circonstances. De plus, il peut être le siège d'ambivalence.

E8 : « *L'apparence n'est pas une obsession* » mais « *clonage pour avoir de belles dents* »

E5 : « *Au fond mes dents, je m'en fiche* » mais « *le syndrome Sacha Distel* »

- **Expériences** : il est évoqué dans tous les entretiens (voir annexe III). Ce thème regroupe différents types de passages dans un verbatim où le répondant fait appel à une anecdote, une histoire, une expérience vécue personnelle ou chez d'autres (famille, environnement social), pour expliciter son point de vue ou exprimer une idée qu'il n'arrive pas à clairement verbaliser.

- **Identification incomplète de sa dentition** : ce thème est évoqué dans 11 entretiens sur 12. Soit un seul répondant a su exactement dire le nombre de dents présentes en bouche, leur place et leur état. Les autres n'ont pas su. Par exemple, E7 « *J'ai des couronnes. C : Vous en avez combien ? E7 : Ouh, ben, je ne sais même pas (...) peut-être 4, 5. Je ne sais pas. Peut-être moins. Je ne sais pas. On va mettre comme ça.* »

-**Douleur** : ce thème est évoqué dans 11 entretiens sur 12. La seule question du guide est : « Est-ce que vous avez mal aux dents actuellement ? » Ce à quoi, ils ont tous répondu non.

Il sera développé dans l'étape suivante car, comme pour d'autres thèmes, son évocation se fait dans différentes circonstances. Par exemple, elle semble représenter un point de repère clé dans la prise en charge « *je vais chez mon dentiste quand j'ai mal* », le vécu « *j'ai eu mal* », le bien-être « *quand pas mal, on est bien* ».

-**Age** : ce thème est évoqué dans 10 entretiens sur 12. Il sera développé dans l'étape suivante car son évocation se fait dans différentes circonstances. Par exemple, comme explication des pathologies ou comme explication de comportement : « *C'est naturel avec l'âge* », « *Négligence avec l'âge* ».

- **Préoccupations** : ce thème est évoqué dans 9 entretiens sur 12. Par contre, la nature de la préoccupation est très variable. Comme pour l'esthétique, le thème *Préoccupations* peut être décliné sous plusieurs facettes.

- **Génétique (hérédité)** ce thème est évoqué dans 8 entretiens sur 12. Son évocation est en lien avec un poids important conféré à la santé bucco-dentaire du répondant. Par exemple : « *On peut hériter d'une bonne dentition* », « *C'est ma faiblesse, hérité de ma mère* ».

4.2.3 Commentaires

Ces premiers thèmes obtenus à partir du travail sur l'étape de codification sont mis en exergue car ils sont présents dans beaucoup de verbatim. De plus ils seront une aide dans l'étape de catégorisation.

Les apports des résultats de l'étape de codification sont :

- Il existe des représentations cognitives en santé bucco-dentaire.
- Il existe une proportion importante du code *ne sait pas*.
- Le mécanisme d'apparition et les croyances en une action efficace regroupent le plus de représentations cognitives.
- La maladie carieuse regroupe le plus de connaissances dentaires.

- La bonne santé bucco-dentaire semble difficile à définir de façon positive.

Il existe d'autres maladies de la cavité buccale qui n'ont pas été évoquées dans le guide d'entretien alors que les répondants ont souhaité en parler spontanément. Nous pouvons citer : l'usure des dents, le dysfonctionnement des articulations temporo-mandibulaires, les aphtes, les névralgies, les ulcérations dû au port de certaines prothèses amovibles, l'halitose, les lésions des muqueuse ou de la langue.

Notre deuxième présupposé de recherche est qu'un programme qui viserait la santé orale du patient serait plus utile qu'un programme de prévention qui ne tient compte que du risque carieux. Les résultats de cette étape nous confirment, d'abord, que les individus présentent différentes maladies orales ou oro-faciales autres que la carie dentaire. Ensuite, les répondants de cet échantillon reconnaissent ne pas savoir répondre à certaines questions du guide d'entretien mais tous manifestent de la curiosité lors de l'entretien pour mieux comprendre ce qui se passe dans leur propre bouche. Enfin, que la majeure partie de notre échantillon envisage sa santé bucco-dentaire en lien avec la santé générale. Il est donc pertinent d'envisager un programme de prévention qui tienne compte de la globalité de la santé orale de l'individu en proposant, entre autres, une définition claire et positive.

Enfin, l'élaboration d'un programme pour la santé orale doit tenir compte des représentations cognitives existantes autant que des connaissances acquises.

4.3 Etape de catégorisation

4.3.1 Démarche

Dans cette étape débute la caractérisation du phénomène étudié. « La catégorisation n'annule pas la codification, elle la place en réalité dans un contexte explicatif plus large et plus significatif » [Paillé, 1994]. « Chacune des catégories d'une analyse par théorisation ancrée porte en elle une description riche et une analyse fine d'un aspect important de la réalité étudiée » [Paillé, 1994].

Ici aussi, le système de décompte d'évocation des catégories sera utilisé, non pas pour leur valeur numérique mais pour participer à la description de la catégorie et à

sa place relative par rapport aux autres catégories. Il nous permettra d'argumenter *la saturation*. « Il est certain que plus le phénomène est récurrent, plus la catégorie qui le représente peut être considéré comme fiable. Le chercheur vise le plus souvent ce que Glaser et Strauss ont appelé la *saturation* d'une catégorie c'est -à- dire le fait que le phénomène auquel correspond la catégorie est à ce point documenté que l'analyse ou les nouvelles entrevues n'y ajoutent rien qui puisse le remettre en question. » [Paillé, 1994].

La catégorisation dépasse la codification en portant l'analyse à un niveau conceptuel. Les catégories sont des éléments de compréhension du phénomène étudié. La catégorisation s'enrichit ainsi de l'ensemble des données recueillies.

Selon Paillé, les catégories représentent bien souvent elles-mêmes un phénomène. Elles sont créées à partir de deux activités : une exploitation de la codification initiale visant à regrouper, questionner, etc., les codes identifiés. Cette première activité a été initiée lors de l'étape intermédiaire de la mise en place des thèmes récurrents. L'autre activité consiste à revenir sur les entretiens retranscrits en les analysant cette fois par catégorisation (et non codification). Cette seconde activité a été nommé lecture de type 2 dans notre méthode (sous partie 3.3.1).

4.3.2 Résultats

Après un travail d'exploitation de la codification initiale qui nous a permis de dégager les grands thèmes vus ci-avant, une lecture de type 2 des verbatim a été réalisée pour analyser les textes selon des catégories.

Comme expliqué dans la partie 3.3.1, les catégories, développées ci après, n'ont pas été déterminé lors de la première phase des entretiens 1 à 5. L'élaboration de la majeure partie des thèmes s'est faite après la lecture de type 2 des entretiens 1 à 10. C'est seulement après la lecture groupée de type 2 de l'ensemble des 12 verbatim (soit en juillet 2016) que la liste des catégories (voir annexe III- Tableau 8) a pu être stabilisée et fixée. A cette étape, les catégories *d'auto soins*, de *rapport à soi*, *d'apprentissage*, de *chance*, de *représentation dites par le chirurgien-dentiste (CD)*, de *satisfaction* et *d'ambiguïté par rapport à l'apparence* sont ressortis.

L'observation suivante peut être faite, qui rejoint les propos de *Hennink et al.* (2016) sur la nature des codes qui sont mis en exergue avec le nombre d'entretiens. En effet, le travail sur les premiers entretiens permet d'obtenir rapidement les codes concrets qui vont être les plus récurrents. Dans notre travail, nous pouvons citer les codes donnant lieu aux catégories suivantes : représentations cognitives, connaissance bucco-dentaires, expériences... Avec les entretiens suivants, des codes plus conceptuels et moins récurrents sont mis en exergue qui donnent lieu aux catégories suivantes : auto-soins, préoccupations, rapport à soi, représentations du chirurgien-dentiste....

En annexe III est écrite la liste de toutes catégories émergées. Il montre, par entretien, le nombre de fois où la catégorie a été notée dans le verbatim. 44 catégories sont recensées. Mais, nous avons cherché à mieux montrer la complexité de certains thèmes présents dans les verbatim et les plus pertinents par rapport à notre thématique de recherche.

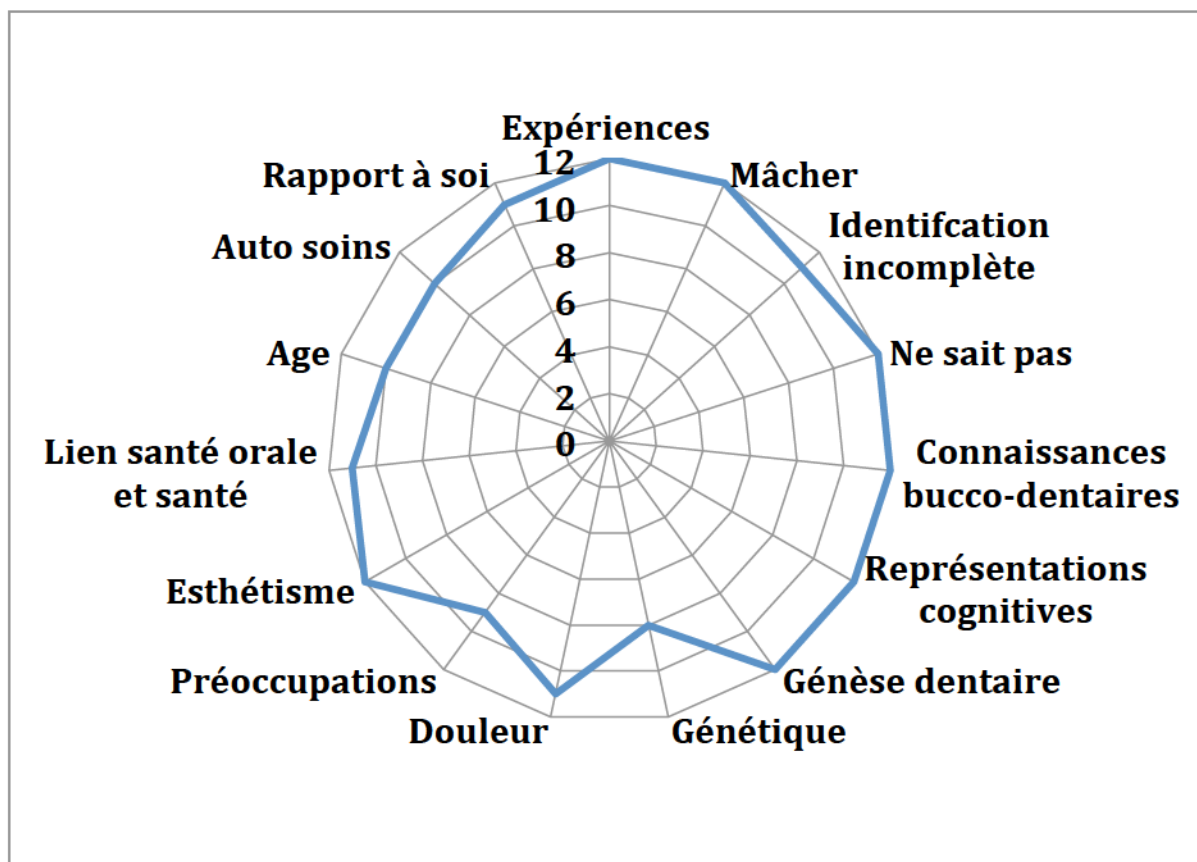


Figure 26 Graphique des thèmes en tenant compte du phénomène de saturation (12 entretiens)

Le graphique de la synthèse générale (Figure 26) permet d'énoncer les points suivants.

D'une part, nous pouvons observer que sur l'ensemble des 12 verbatim, 15 thèmes sont proche du phénomène de saturation.

D'autre part, ces thèmes reflètent des aspects importants de l'analyse de notre recherche de terrain. Ils constituent selon nous des catégories.

Concernant les représentations cognitives, deux catégories ont été rendues visibles : celles favorables et celles non favorables pour une bonne santé bucco-dentaire.

En nous appuyant sur le graphique suivant figure 27, nous observons deux tendances :

-les proportions relatives des représentations favorables et non favorables sont proches dans les discours concernant les maladies bucco-dentaires.

-Par contre, pour les autres parties du guide d'entretien, le nombre d'évocation de représentations favorables est bien supérieur à celui des représentations non favorables.

Il est à noter que la présence d'un type de représentation n'exclue pas la coexistence avec l'autre type de représentation dans le discours d'un même répondant.

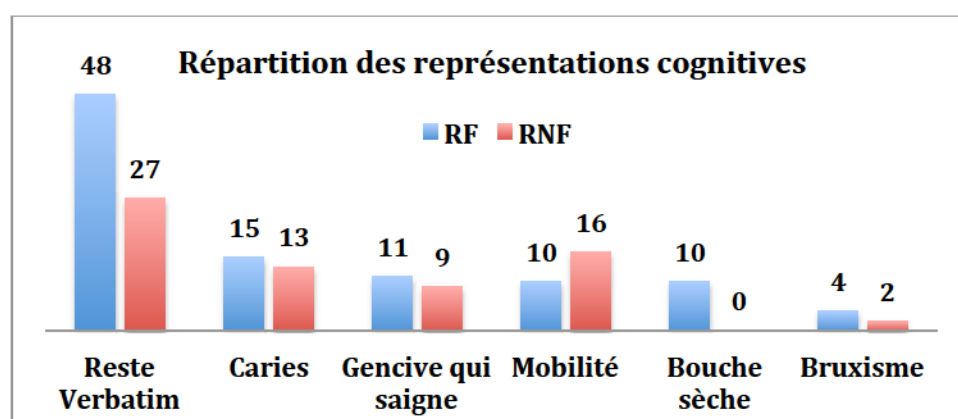


Figure 27 Répartition du nombre d'évocation représentations favorables (RF) et non favorables (RNF) selon les différentes parties des 12 verbatim

A partir des 12 verbatim, nous pouvons citer en exemple de représentations cognitives :

Pour les représentations favorables:

- Concernant l'attribution causale de la maladie carieuse : « *Problème de composition de la dent* » ou de la mobilité dentaire : « *les gencives diminuent* ».
- Concernant le mécanisme d'apparition de la gingivite : « *les capillaires éclatent* » ou de la mobilité : « *moins bonne accroche de la dent sur son support* » ou de la bouche sèche : « *manque de salive* » ou du bruxisme : « *les mâchoires sont figées, crispées* ».
- Concernant la perception de gravité pour la sécheresse buccale : « *cette humidité est bienfaisante comme pour les plantes* » ou de la gingivite : « *indice de mauvais fonctionnement* ».

Pour les représentations non favorables :

- Concernant l'attribution causale de la maladie carieuse : « *la production interne du corps* » ou de la mobilité dentaire : « *élasticité liée à l'âge* ».
- Concernant le mécanisme d'apparition de la maladie carieuse « *par la salive* » ou de la mobilité « *la gravitation* » ou sécheresse buccale « *bouche entrouverte quand on dort* » .
- Concernant la perception de gravité pour la gingivite « *si solide et saignement momentanée : pas trop grave* ».
- Concernant la croyance en une action efficace (éviter) pour la maladie carieuse « *c'est héréditaire* » pour les mobilités « *claquer des dents* » ou « *le tartre peut tenir les dents* ».

Il est à remarquer qu'une représentation caractérisée comme favorable ne veut pas automatiquement dire qu'elle est correcte. Ce travail a permis de rendre visible des représentations favorables et des représentations non favorables. Comme l'indiquent les exemples cités plus haut, il s'agit d'état mental cognitif des répondants et non de la valeur à proprement parler correcte ou incorrecte de la représentation.

4.3.3 Commentaires

Nous pouvons désormais dire qu'il existe des représentations cognitives en santé bucco-dentaire qui sont favorables ou non favorables pour la santé orale de l'individu.

A partir de ces 12 verbatim, deux types de catégories peuvent être distingués : celles qui ont atteints la saturation et celles qui ne l'ont pas atteints.

Cependant, ces dernières sont importantes à retenir dans notre travail. En effet, elles peuvent permettre, d'une part, d'enrichir la complexité du phénomène que nous étudions. D'autre part, elles pourront être des éléments de discussion dans notre réflexion sur les propositions nécessaires à l'élaboration d'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes. Comme par exemple que l'on peut rencontrer dans le discours d'un répondant l'expression de représentations dites par un chirurgien-dentiste ou l'expression d'un fatalisme ou d'un désinvestissement qui repose sur l'âge En effet, le discours d'un chirurgien-dentiste peut être à l'origine des représentations cognitives du patient. Ceci doit pouvoir être identifié lors d'une intervention d'éducation pour la santé car le patient pourra considérer, à tort, cette représentation comme une connaissance puisqu'elle vient d'un professionnel de santé. De même, il doit être identifier la cause de l'expression d'un fatalisme car celui-ci est lié à l'âge, l'intervention d'éducation pour la santé doit pouvoir modifier cette perception de soi-même.

Cette étape de catégorisation permet aussi de mettre en exergue que les répondants n'ont pas une définition globale et pertinente de leur bonne santé orale. Ils semblent élaborer une partie de leur réflexion en prenant comme référence la mauvaise santé orale avec toutes les maladies et problèmes associés. Nous sommes donc dans une définition très limitée de la bonne santé bucco-dentaire.

Elle montre aussi une limite des répondants sur leurs connaissances quant à leur propre état bucco-dentaire puisque 11 répondants sur 12 expriment des difficultés à décrire avec précision son état dentaire. Or, tous ont exprimé un vécu de soins chez

le dentiste en associant au minimum de l'appréhension, voir de la douleur dans d'autres cas.

4.4 Etape de mise en relation

4.4.1 Démarche

Cette étape est méthodologiquement délicate car il s'agit de mettre en relation les catégories en tenant compte des discours des répondants. « Les questions posées supposent la comparaison des catégories de l'analyse. Il faudra donc dresser une liste de ces catégories pour ensuite les examiner l'une et l'autre sous l'angle des questions suggérées. Ce travail permet de mettre en relation des catégories qui étaient relativement indépendantes les unes des autres jusqu'à que leur lien soit explicité. Pour débiter cet exercice, il pourra être utile de recourir à la schématisation » [Paillé, 1994].

« Il s'agit là d'une mise en relation préliminaire et assez large qu'il faut tenter d'enrichir de manière à rendre compte le plus fidèlement possible de la complexité du réel. L'exercice peut paraître enfantin, mais bientôt les relations commencent à se dégager et, au bout du compte, le chercheur dépasse la simple mise en relation de catégories et commence à accéder à l'événement, à l'explication, à l'histoire. » ([Paillé, 1994].

Dans notre étude, les étapes de mise en relation et d'intégration sont imbriquées dans notre recherche. En effet, l'étape de mise en relation met en lumière les divers liens observables entre des catégories et donc fait apparaître des phénomènes plus complexes. L'étape d'intégration fera ressortir l'objet plus précis de notre analyse de données. Ces 2 étapes sont indissociables pour la conceptualisation proposer en fin d'étape d'intégration. « L'analyse par théorisation ancrée est une démarche itérative de théorisation progressive d'un phénomène, comme on pourra le constater, c'est-à-dire que son évolution n'est ni prévue ni liée au nombre de fois qu'un mot ou qu'une proposition apparaissent dans les données. Ainsi, elle ne correspond ni à la logique de l'application d'une grille thématique préconstruite ni à celle du comptage et de la

corrélation de catégories exclusives les unes des autres. En effet, l'analyse par théorisation ancrée *n'est pas une analyse de contenu*, elle équivaut beaucoup plus justement à un acte de conceptualisation » [Paillé, 1994].

Rappelons que notre travail cherche à poser des bases de réflexions pour la mise en place de programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes.

4.4.2 Résultats

Jusqu'ici, nous avons pu mettre en évidence qu'il existe des représentations cognitives favorables et des représentations cognitives non favorables à la bonne santé orale de l'individu. Ces représentations peuvent concernées les maladies bucco-dentaires comme d'autres aspect de la vie de l'individu par rapport à sa santé orale.

En parallèle, au cours de ce travail d'analyse des verbatim, 3 formes de mise en relation ont émergé qu'il est nécessaire de mettre en évidence à cette étape :

- La relation entre les catégories sur l'esthétique et celles sur le rapport à soi.
- La relation entre les catégories sur les préoccupations et la perception proportionnelle de la gravité.
- La relation entre l'effet générationnel et les catégories pouvant argumenter ce phénomène.

D'abord, la complexité de la problématique de l'esthétique. Les répondants ne peuvent pas évoquer leur santé orale sans la mettre en lien, plus ou moins fortement, avec des considérations esthétiques.

Ces dernières sont de natures extrêmement variables. Elles peuvent être isolées ou coexistées dans un même verbatim.

Nous avons cité comme catégories : la préoccupation esthétique, le souhait esthétique, l'insatisfaction esthétique, des actions à but esthétique, les dents

régulières, apparence comme repère de santé, l'apparence comme rapport à l'autre, l'apparence n'est pas une obsession, l'ambiguïté de l'apparence (voir annexe III Tableau 8).

Dans cet échantillon, la problématique de l'esthétisme est mise en relation avec des questionnements de représentation de soi pour soi-même et de représentation de soi face aux autres ainsi que des questionnements de signe de bonne santé ou non. Quelque soit l'âge, la cavité orale présente un enjeu d'ordre esthétique qu'il ne faut pas sous estimer. Cet enjeu est d'autant plus fort que les individus l'utilisent comme outil pour évaluer leur état de santé bucco-dentaire.

Ensuite, la notion très présente et multi facettes des préoccupations. Les verbatim de cet échantillon ont exprimé de nombreuses formes de préoccupation. La plus fréquente dans les discours, du fait du thème de l'entretien, est d'ordre bucco-dentaire : des expériences passées qui font encore échos dans le présent des individus, le risque de perte de dents, le risque de traitement dentaire à venir qui soit lourd et long ainsi que le coût financier de certains traitements prothétiques. Ces derniers étant souvent plus fréquents chez la personne âgée. Mais d'autres préoccupations, tout aussi présentes dans les discours existent même si elles sont moins partagées. Elles sont d'ordre de la santé générale, du logement ou d'autres problèmes de santé de la sphère oro-faciale. L'ensemble des répondants présente soit des maladies chroniques actuelles, soit a eu des maladies aiguës avec traitements médicaux plus conséquents. Certains connaissent les deux. Aussi, ces données sont à mettre en relation avec la perception de gravité des maladies orales (*Figure 20*). Comme nous l'avons vu, seul un répondant répond par la négative sur la perception de gravité des maladies orales. Les autres répondants, en fonction des maladies et de leur vécu, expriment une reconnaissance d'une perception de gravité pour ses maladies orales. Par contre, nous avons qualifié cette perception de proportionnelle car dans plusieurs verbatim, le répondant établit une échelle de perception de gravité. Cette échelle semble prendre en compte les maladies de santé générale, l'habitation et le type de maladies orales. Il est à noter que toutes les maladies orales n'ont pas la même place dans cette échelle de gravité.

Enfin, en nous appuyant sur les propos de Ettinger [Ettinger, 2007], nous pouvons proposer un exemple d'effet générationnel de cette population quand à sa santé orale. En effet, l'auteur a argumenté que les problèmes de santé orale sont différents du fait de l'évolution des éléments anatomiques et aussi par rapport au parcours de soins de cette tranche d'âge.

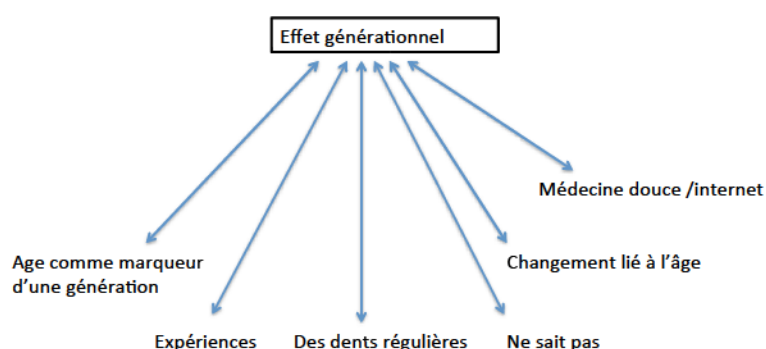


Figure 28 Mise en relation en faveur du phénomène de l'effet générationnel (12 entretiens)

En effet, comme montré figure 25, des caractéristiques de type générationnel peuvent être mises en exergue dans cette étape de mise en relation de certaines catégories. Par exemple, les jeunes générations (moins de 50 ans) expriment souvent la blancheur comme souhait esthétique. Or dans notre échantillon, la demande esthétique concerne l'alignement des dents, la régularité des dents. En effet, cette génération de personnes âgées a très peu eu accès aux traitements orthodontiques. De même, la question peut se poser si la catégorie « *ne sait pas* » peut être un marqueur générationnel car cette génération n'a pas connu la prévention bucco-dentaire enfant ainsi que peu d'accès à l'information dans sa vie adulte. De plus, les connaissances médicales dans le domaine de l'odontologie ont connues une grande évolution depuis 40 ans comme par exemple la mise en évidence et la prise en

compte des phénomènes inflammatoires dans les maladies parodontales. Il est à supposer que les patients aient eu accès bien après à ce type de connaissance car il est peu fréquent que les chirurgiens-dentistes transmettent les connaissances acquises par la science aux patients.

Il faut aussi noter que les répondants expriment des changements liés à l'âge et surtout qu'ils décrivent eux-mêmes un effet générationnel. En effet, ils expliquent en s'appuyant sur leurs expériences et en comparant avec les générations de leurs enfants ou petits enfants, que l'ensemble de la population n'a pas eu accès à certaines connaissances ou soins du fait de l'évolution des savoirs médicaux en odontologie ces 40 dernières années et des préoccupations de l'époque de l'après seconde guerre mondiale.

Il est intéressant d'observer qu'au sein de l'échantillon, il puisse y avoir des différences. Par exemple, le recours à une médecine douce où à des recherches sur internet correspond au répondant le plus jeune (66 ans).

4.4.3 Commentaires

La santé orale des individus est liée à des aspects très variés et propres à chaque individu. Il en résulte que la mise en place d'une action de promotion de la santé orale doit prendre en compte d'autres facteurs qu'uniquement ceux de la présence ou non de maladies orales, la présence ou non de brossage des dents.

Alors que nous avons fait un travail cherchant à caractériser les représentations cognitives existantes en santé orale, nous observons que les connaissances bucco-dentaires sont très hétérogènes et rarement formalisées. Il serait intéressant dans le cadre d'une autre recherche de formaliser les besoins de connaissances, de savoir et de savoir-faire en santé orale des individus.

Cette étape de mise en relation soulève une hypothèse sur les représentations cognitives et l'effet générationnel. La question peut être posée de transmission de certaines représentations d'une génération sur l'autre. En effet, elles n'ont pas eu accès à la même promotion de la santé orale mais il n'est pas sûr que les jeunes générations actuelles aient des connaissances bucco-dentaires mieux organisées.

Aussi, il peut être envisagé que *certaines* représentations non favorables comme « douleur symptôme repère » se transmettent à travers les générations.

4.5 Etape de l'intégration

4.5.1 Démarche

Cette étape dans l'analyse des données nécessite de resituer l'étude dans la globalité et dans le contexte de la recherche. Nous devons donc resituer les résultats de notre étude en tenant compte des choix des modèles théoriques et des concepts de la 2^{ème} partie. « Avant de répondre de façon purement inductives aux questions, il sera important de revenir une dernière fois aux questions de recherche et d'entrevue. Que voulions-nous à l'origine ? Quel objectif poursuivons-nous ? De quoi faut-il absolument rendre compte dans le rapport ? (...) Autant savoir qu'il est rare qu'une analyse par théorisation ancrée bien menée en reste au cadre initial de recherche. L'étape d'intégration doit donner lieu à la délimitation de l'objet précis que deviendra l'analyse » [Paillé, 1994].

4.5.2 Résultats

Lors de cette étape, le chercheur veut resituer et conceptualiser la mise en relation entre les catégories pour voir quel est le phénomène mis en lumière par le travail des entretiens. Rappelons que dans l'élaboration du guide d'entretien comme dans la définition du cadre théorique de notre intervention, le modèle de base est le *Health Belief Model*. Aussi, nous cherchons à questionner le comportement de santé. Le point de départ de notre étude était d'identifier les représentations cognitives en santé orale pour analyser leur(s) influence(s) sur le comportement de santé orale des personnes âgées définies ainsi :

Population cible : Individu âgé d'au moins 65 ans dont l'état de santé médical lui permet d'être autonome dans la plupart de ses tâches quotidiennes. Cet individu peut avoir

expérimenté ou non une perte de capacités, mais conservera la capacité de mettre en place des stratégies pour mener une vie qui garde un sens selon lui.

La Figure 27 nous permet de dire que ce travail de recherche a permis de mettre en évidence l'existence de représentations cognitives en santé orale.

La Figure 29 met en évidence un comportement de santé caractérisé par cet échantillon dans lequel est proposé une place des représentations cognitives.

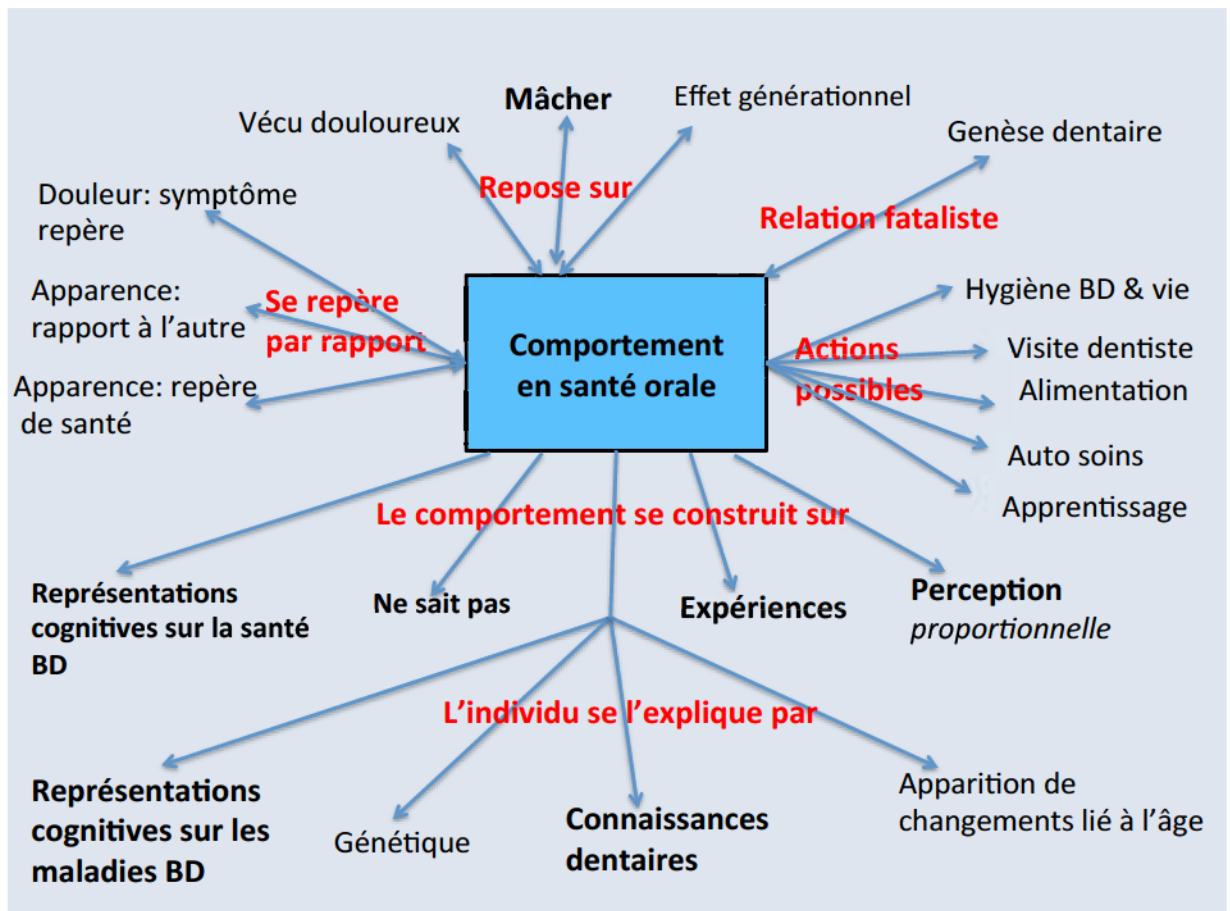


Figure 29 Etape d'intégration faisant apparaître un comportement de santé orale de cet échantillon (12 entretiens)

La schématisation du comportement de santé proposé dans la figure 29 s'explique comme suit :

Dans le discours des répondants, on retrouve des catégories sur lesquelles le comportement de santé repose comme le vécu douloureux, la mastication et le rapport à soi. Ce dernier pouvant aussi être favorable ou non à une bonne santé.

L'individu semble prendre trois repères pour évaluer son état buccal et son état de santé orale. La plus fréquente est la douleur comme symptôme repère, puis l'aspect de ses propres dents dans un rapport de type social avec d'autres individus et enfin, l'apparence de ses dents et de sa gencive (une bonne apparence étant souvent associée à une bonne santé et inversement). Sachant que les répondants ont développé un rapport fataliste, voire de normalité, quant au développement passé et présent dans leur bouche au sujet des maladies bucco-dentaires et des soins.

Les individus décrivent cinq types d'actions possibles par eux-mêmes pour avoir une bonne santé orale. De façon assez générale, les répondants abordent les trois actions suivantes : faire attention à leur alimentation, aller chez le dentiste, avoir une hygiène orale et de vie. Certains répondants expliquent leur démarche ou leurs actions pour résoudre par eux même un problème de santé bucco-dentaire qu'ils ont traversé, c'est l'action d'auto soins. De même, certains abordent la notion d'apprentissage de ce qu'est leur bouche et de la manière d'en prendre soins.

Le comportement oral de l'individu s'appuie sur ses représentations cognitives sur la santé orale, sur un non savoir, sur des expériences et sur la conscience d'une perception de gravité, proportionnée aux autres maladies présentes ou passées.

Les répondants s'expliquent leur état de santé orale par leurs représentations cognitives sur les maladies orales, la génétique (le lien héréditaire familial), leurs connaissances bucco-dentaires et sur les modifications et changements liés à l'avancée en âge.

4.5.3 Commentaires

Le schéma de comportement de santé orale de cet échantillon permet de situer la place potentielle des représentations cognitives dans ce comportement de santé.

Ceci propose un cadre à notre postulat (sous partie 2.4) : l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles au patient participant d'un programme d'éducation en santé bucco-dentaire entraînerait une meilleure santé

bucco-dentaire de ce dernier avec une meilleure santé générale par élimination d'un facteur de morbidité et de contribution au « bien vieillir » de l'individu.

En effet, la figure 29 montre que les répondants s'appuient peu sur des connaissances face à leurs problématiques de santé bucco-dentaire alors qu'ils en perçoivent une certaine gravité. Les répondants expriment une proportion importante de « *ne sait pas* ». Aussi, leur comportement de santé bucco-dentaire présentent une vraie proportion de représentations cognitives sur lesquelles ils s'appuient ainsi que sur leurs d'expériences vécues ou observées. Ce comportement de santé ne s'appuie donc que très peu sur des connaissances et un savoir faire.

Les résultats de cette étude furent l'objet de la communication par Poster au 6^{ème} Congrès SETE- mai 2016 – Genève (Suisse)

Auteurs : Akodjenou-Hvostoff Cécile, Gagnayre Rémi

Titre « Une analyse des obstacles représentationnels en santé bucco-dentaire chez la personne âgée »

Introduction: Devant les recommandations de concevoir des interventions éducatives en santé bucco-dentaire intégrées dans des modèles de promotion de la santé (Petersen, 2010), le constat est fait, après une recension extensive des écrits, qu'il existe peu d'études sur les représentations cognitives en santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes en particulier sur la maladie carieuse, la gingivite, la mobilité dentaire, la sécheresse buccale et le bruxisme. **Objectif :** Identifier les représentations cognitives, telles que définies par Meunier (2002), exprimées qui peuvent être des obstacles à l'acquisition de connaissances et de compétences. **Méthode:** Suivant la méthode qualitative de la théorisation ancrée, l'analyse des verbatim est réalisée de l'étape de codification à l'étape de mise en relation (Paillé, 1994). L'échantillon actuel repose sur 10 répondants volontaires (4 hommes et 6 femmes, de 66 ans à 90 ans). Il est non représentatif. Les entretiens semi-directifs sont menés à l'aide d'un guide d'entretien, préalablement testé, qui s'appuie sur plusieurs concepts dont le *Health Belief Model*. Il comprend : un état de santé déclaré, une description de sa propre santé bucco-dentaire et une description du répondant et de ses ressources. **Résultats :** Les résultats sur ces 10 premiers entretiens montrent que les représentations cognitives, favorables ou non, sont proportionnellement plus présentes au niveau de l'attribution causale et du mécanisme d'apparition des maladies bucco-dentaires. Les répondants expriment une proportion importante de « *non savoir* » concernant les maladies en santé orale sauf pour la maladie carieuse. Ils ne se perçoivent pas comme malade. Ils définissent une bonne santé orale par opposition à une mauvaise santé orale qu'ils savent définir. Enfin, alors que les thèmes ne sont pas questionnés dans le guide d'entretien, l'esthétique et les préoccupations financières occupent une place importante dans les discours. **Conclusion :** Ces premiers résultats font émerger des obstacles représentationnels vis-à-vis de la santé orale et mettent en exergue les différentes caractéristiques d'un comportement en santé orale. Ils participent à la structuration d'un diagnostic éducatif pertinent avant toute intervention éducative.

Les résultats de cette étude furent l'objet de la communication par Poster présentée aux 13^{ème} Journée de Gérontologie et Gérodontologie : « Odontologie gériatrique : mise au point 2016 » – Congrès annuel de l'ECG - juin 2016- Paris (France)

Auteurs : Akodjenou-Hvostoff Cécile, Gagnayre Rémi

Titre : « An Analysis of cognitive representations of the independent older adults on their oral health”

Introduction: Given the need to develop educational interventions integrated into more general models to promote oral health, the observation is made, after an extensive review of the literature, that there are few studies on the cognitive representations of the independent older adults on oral health. And specially on tooth decay, inflammation of the gums, dental mobility, dry mouth, bruxism **Aims :** Identify the cognitive representations, such as defined by Meunier (2002), express who can be obstacles to the acquisitions of knowledge and skills. **Method:** According to the qualitative method of grounded theory, the verbatim's analysis is realized from the coding stage to the integrating stage (Paillé, 1994). The current sample bases on 12 voluntary respondents (5 men and 7 women, from 66 years to 90 years). It is not representative. The semi-directive interviews are led with interview guide based on the reference design the Health Belief Model. Data includes reported health status, a description of the respondent and their resources and a description of their own oral health. **Results:** The categories of causal attribution and mechanism of appearance include most of cognitive representations, positive or not. The respondents express an important proportion of "not knowledge" concerning the diseases in oral health except for caries. They do not perceive themselves as sick person. They define a good oral health by opposition to a poor oral health that they know how to define. Finally, while the themes are not questioned in the interview guide, the aesthetics and the financial concerns occupy an important place in the speeches.

Conclusion: Some barriers about representations on oral health emerge in this first results. It highlights the different characteristic of oral health behaviour. It participates to structure a relevant educational diagnosis before any educational intervention.

5 .Discussion générale

Dans un premier temps, nous discuterons les résultats et commentaires des entretiens. Puis, avant de voir les limites, nous signalerons les apports de ce travail de recherche.

5.1 Discussion de proximité

Ces entretiens nous ont permis de mettre en évidence l'existence des représentations cognitives en santé orale chez la personne âgée autonome et de leurs proposer une place dans un comportement de santé orale.

Comme nous l'avons déjà relevé, *McGrath et al.* (2009), dans leur revue de littérature sur l'efficacité des actions de promotion de la santé orale parmi les personnes âgées, conclut qu'il existe peu d'études se concentrant sur les changements de connaissances, d'attitudes ou de comportements en santé orale chez le patient comme résultats des actions de promotion. Bien qu'il accepte que l'évaluation des connaissances et des attitudes soit quelque peu complexe, il remarque qu'il existe un besoin de standardiser les mesures pour faciliter les actions de promotion de la santé bucco-dentaire. De plus, *Schwantes de Souza et al.* (2014) constatent que la mise en œuvre des interventions d'éducation en santé orale doit être repensée sur les aspects éducationnels. En effet, les auteurs suggèrent que ces interventions d'éducation devraient développer l'autonomie et le respect des individus en partant des besoins de la population ciblée et en prenant en compte les connaissances préexistantes. Pour répondre à ces besoins déterminés dans ces deux articles, il faut définir les contenus des interventions et les objectifs de santé. Dans cette optique, en centrant notre recherche sur les facteurs prédisposant du modèle de planification PRECEDE de L.Green et M.Kreuter, et plus particulièrement les représentations cognitives, nous avons commencé à répondre aux difficultés soulevées par *Mc Grath et al.* et *Schwantes de Souza et al.*

La santé bucco-dentaire s'est construite dans le conscient et l'inconscient collectif autour de symboles, croyances, représentations qui ont une influence sur le comportement de santé de chaque individu. Il est complexe de tenir compte de l'ensemble des facteurs influençant le comportement oral comme les connaissances, les attitudes, les croyances, les représentations si l'on veut élaborer un programme d'éducation pour la santé visant la modification du comportement. Ceci est d'autant plus complexe que ces termes n'ont pas encore été bien étudiés en odontologie.

Aussi, dans notre travail portant sur l'éducation pour la santé, il nous était logique de nous intéresser aux croyances et de chercher à les caractériser de façon plus précise en santé orale. Mais, comme nous l'avons vu, une croyance est une élaboration cognitive complexe. C'est donc un objet d'étude qui reste en soi, dans le domaine de l'odontologie, encore difficile à caractériser. Nous nous sommes donc recentrés sur les représentations cognitives puisqu'elles font partie du système de construction des croyances.

5.1.1 Les représentations cognitives en santé orale

A ce stade de notre travail, nous pouvons dire que les représentations cognitives en santé orale existent dans tous les discours des répondants de notre étude. L'apport de la recherche de type qualitative nous a permis non seulement de les identifier dans le discours de l'individu mais aussi de proposer une première caractérisation, à savoir : favorable ou non favorable dans le comportement de santé orale de l'individu.

En effet, il semble que certaines représentations cognitives exprimées par les individus sont de nature favorable car la démarche de mise en place de ces représentations entraîne une attitude positive pour leur santé (voir annexe III).

L'individu associe à une notion de santé une représentation cognitive proche d'une certaine réalité. De plus, il peut associer plusieurs représentations cognitives sur la santé ou sur une maladie qui vont l'amener à expliquer son vécu et justifier ses actions. Cette construction constitue régulièrement un support pour adopter une

attitude positive pour sa santé qui dépasse les freins existants décrits au début de ce travail.

Les résultats montrent qu'elles sont plus présentes dans le mécanisme d'apparition d'une maladie et dans la croyance en une action efficace pour éviter cette maladie bucco-dentaire.

Dans les deux cas, elles peuvent être favorables ou non favorables à la santé orale du répondant. Ces deux types de représentations cognitives peuvent coexister dans un même discours. Elles sont existantes tout au long du discours du répondant. Dans notre échantillon, elles sont principalement favorables.

Concernant les connaissances bucco-dentaires, ces dernières sont présentes de façon constante au sujet de la maladie carieuse : son attribution causale, la croyance en une action efficace pour l'éviter et la croyance en une action efficace pour la soigner. Ces résultats sont proches de ceux de *Mariño et al.* (2016).

En effet, leur étude [Mariño, 2016] s'appuie sur une intervention de promotion de la santé bucco-dentaire par internet avec comme support le logiciel e-ORHIS (Oral Health Information Seminar/Sheets). Les auteurs montrent que les 55 répondants de leur échantillon ont des connaissances sur la maladie carieuse. Par contre, ces connaissances vont en diminuant concernant la maladie parodontale et la xérostomie. Les autres maladies buccales ne sont pas explorées.

La tendance est la même concernant le brossage dentaire avec une brosse à dents. Cette pratique va en diminuant concernant le brossage inter-dentaire [Mariño, 2016]. Nous trouvons des similitudes avec les résultats de notre étude de terrain.

Donc nous observons que les programmes actuels cherchent à ouvrir leur intervention à un cadre plus large que celui du risque carieux, contrairement à ce que fût la tendance pendant plusieurs décennies.

L'étude de ces représentations cognitives s'est appuyée sur 2 objets indispensables en matière d'éducation pour la santé : la connaissance bucco-dentaire et le « *ne sait pas* » oralement exprimé.

Les répondants présentent des connaissances bucco-dentaires qu'il serait nécessaire de caractériser par une étude de recherche. En effet, ces connaissances sont existantes et plus formalisées au sujet de la carie dentaire. Sinon, de façon générale dans les discours, elles sont peu formalisées et donc peu organisées.

Les répondants expriment une grande proportion de « *ne sait pas* » sur l'ensemble des sujets abordés par le guide. Ils sont souvent conscients de leurs manques et sont demandeurs de réponses. Cette expression « *ne sait pas* » touchent différents domaines : de la caractérisation d'une maladie orale à l'identification de leur propre état bucco-dentaire. Il a été remarqué que la plupart des répondants ne savaient pas identifier leur état bucco-dentaire actuel.

L'ensemble nous a permis de mettre en exergue que les répondants expriment de réelles difficultés à nommer les caractéristiques d'une bonne santé bucco-dentaire, des dents et des gencives. La définition de la bonne santé bucco-dentaire se fait par opposition à la définition de la mauvaise santé bucco-dentaire qui reste un état de référence dans les discours des individus.

5.1.2 Le comportement de santé orale dans notre échantillon

Les résultats ont permis de caractériser le comportement de santé bucco-dentaire en tenant compte de sa caractérisation selon le *Health Belief Model*.

Une des questions fondamentales du HBM est de savoir si l'individu se considère comme malade. La question n'a pas été posée directement par le guide d'entretien pour laisser la libre expression au répondant. Aucun d'eux ne s'est présenté comme tel, quelque soit son état ou sa situation, présente ou passée. Ceci alors que le rapport des répondants à leur santé bucco-dentaire et à l'état de leur bouche est le sujet de nombreux échanges sur des thèmes très divers. De même les résultats du GOHAI confirment que, dans cet échantillon, les répondants ont une vision subjective de leur état bucco-dentaire plutôt non satisfaisante.

Cependant, la notion de maladie bucco-dentaire n'apparaît pas dans leur discours.

Comme nous l'avons vu, la perception de gravité en santé bucco-dentaire existe. Cependant, elle est proportionnée au contexte général du répondant.

Les bénéfices perçus d'une bonne santé orale sont connus puisque tous les répondants reconnaissent qu'elle est importante et nécessaire pour manger et parler. La majorité d'entre eux établissent un discours cohérent sur l'interaction entre la santé orale et la santé générale. Les freins exprimés sont le coût financier, la peur du dentiste, des préoccupations d'ordre de santé générale ou autres plus contraignantes au moment de l'entretien.

L'attitude vis-à-vis de la santé générale a été questionnée aussi par rapport aux visites avec le médecin généraliste (Q 46 et Q 47- annexe I et tableau 7 annexe III). Sauf pour un répondant qui n'a pas de médecin traitant, les répondants voient leur médecin entre 1 à 4 fois par an en fonction de la nécessité d'un renouvellement d'ordonnance. Par rapport à la visite chez le dentiste, seuls 4 répondants sur 12 expriment avoir mis en place une à deux visites par an et 3 répondants ont déclaré ne pas avoir de dentiste. Concernant la régularité de la visite chez le dentiste, celle-ci n'est pas directement liée à la distance puisque ces répondants doivent prendre la voiture pour s'y rendre. Il est à noter que ces 4 répondants ont moins de 73 ans. Par contre, passé 79 ans, le comportement change dans notre échantillon car soit ils n'ont pas de dentistes, soit ils y vont selon leurs besoins.

A propos du sentiment d'efficacité, nous observons des comportements différents selon les âges et la conservation ou non de dents en bouche. Les quelques répondants entre 65 et 70 ans qui ont conservé un maximum de dents expriment plus volontiers un sentiment d'efficacité quand ils ont mis en place des routines d'auto soins (type de brossage, alimentation, fréquentation régulière d'un dentiste). La grande majorité de notre échantillon exprime peu de sentiment d'efficacité et ce d'autant plus avec l'avancée en âge. Ils expriment alors plus un désinvestissement et se remettent entre les mains du chirurgien-dentiste. Concernant plus spécifiquement

le sentiment d'efficacité du soin et la croyance en l'efficacité du traitement, ils se retrouvent unanimement présents autour du brossage bucco-dentaire et encore plus des soins réalisés par le dentiste.

Enfin, si on analyse les verbatim sous l'angle des causes de la maladie, on retrouve principalement des liens avec l'hérédité ou l'organisation sociale de la santé (coût financier, accès à un dentiste...). Les répondants expriment donc un lien entre leur état de santé bucco-dentaire et leur environnement, ce qui est en cohérence avec une approche socio-écologique d'une action de promotion de la santé bucco-dentaire.

Il est à noter que nous avons inclus l'effet générationnel. Il y a donc une dimension temps à prendre en compte dans une intervention visant le comportement de santé bucco-dentaire d'une population. Elle peut être mise en parallèle avec le fait que l'odontologie a connu une grande avancée dans les connaissances scientifiques et médicales depuis plus de 50 ans tant au niveau du soins que de la prévention. Par conséquent, la construction du comportement de santé orale a connu de nombreux facteurs influençant, divers et variés, au cours des dernières décennies. Cette dimension temps et/ou générationnelle doit donc être prise en compte dans l'élaboration d'un programme d'éducation pour la santé orale.

Un point important à relever dans les résultats de l'analyse des entretiens est l'absence d'évocation de la relation au soignant en dehors de la réalisation d'un acte de soins. En effet, elle n'intervient pas dans le comportement de santé de l'individu. Aucun répondant ne décrit spontanément un lien d'apprentissage ou d'échange avec un soignant concernant sa santé orale.

Ce travail de recherche met en évidence un manque de consensus sur le comportement en santé bucco-dentaire des individus. La recension des écrits que nous avons constitué montre des études s'interrogeant sur quelques paramètres limités du comportement de santé bucco-dentaire sans la replacer dans une

approche globale ou systémique. Or dans notre étude qualitative, de nombreuses catégories ont été proposées reflétant la vision globale que les individus peuvent porter sur leur comportement de santé bucco-dentaire.

Ceci induit 2 points de réflexion. Le premier est que notre travail de recherche s'inscrit invariablement dans une approche globale et systémique de l'individu, centrée sur la personne et non sur la maladie. Le deuxième est le manque de référence dans la littérature pour caractériser les différents paramètres existants par rapport au comportement de santé bucco-dentaire et leurs interactions entre eux.

Le chercheur a donc été placé dans une position de proposition de choix de catégories selon le terrain de l'étude. Il lui est peu possible de discuter les résultats de la catégorisation et de la mise en relation avec des éléments de la littérature.

L'enjeu des représentations cognitives dans le comportement de santé furent l'objet de la communication orale présentée lors des 15ème journée de Santé Publique Dentaire « Quelles éducations en santé bucco-dentaire ? » - Novembre 2015- Créteil (France)

Titre : "La personne âgée et sa santé bucco-dentaire : l'enjeu des représentations cognitives avant toute intervention d'EPS ou d'ETP"

Auteurs : Akodjenou-Hvostoff Cécile, Gagnayre Rémi

Introduction : Dans une intervention d'EPS ou d'ETP en santé bucco-dentaire, la mise en place de compétences d'auto-soins est une étape nécessaire **But :** Chez la personne âgée, identifier les représentations cognitives exprimées qui peuvent être des obstacles à l'acquisition de ces compétences et à leurs mises en oeuvre. **Méthode :** Des entretiens semi-directifs anonymes sont réalisés à l'aide d'un guide conçu en trois parties :1-état de santé déclaré, 2-description du répondant et de son environnement, 3-description de son propre état de santé orale en tenant compte de cinq maladies bucco-dentaires fréquentes chez la personne âgée (carie dentaire, gingivite, mobilité dentaire, sécheresse buccale, bruxisme). Pour chaque maladie, l'attitude générale de prise en charge en terme de soin est questionnée, de même que l'attribution causale de la maladie, son mécanisme d'apparition, sa gravité et la croyance en une action efficace (4 catégories). Une analyse de contenu a été réalisée selon le principe de la théorisation ancrée (Paillé, 1994). **Résultats :** Les premiers résultats sur 10 entretiens montrent qu'il existe des représentations cognitives sur les maladies comme sur la santé orale. Concernant les maladies, d'une manière générale, les répondants expriment une forte proportion de « ne sais pas », des connaissances souvent incomplètes et des représentations cognitives. On peut noter que les catégories d'attribution causale et de mécanisme d'apparition regroupent le plus de représentations cognitives quelle que soit la pathologie. La perception de gravité de la maladie est très variable selon les personnes. Il existe peu de croyance en des actions efficaces. La maladie carieuse semble un cas particulier. En effet, face à cette pathologie, les répondants expriment un raisonnement construit qui leur est propre et qui suit les 4 catégories. Concernant la santé bucco-dentaire, ils expriment des difficultés à expliciter ce qu'est « être en bonne en santé bucco-dentaire » et « à quoi ressemble des dents en bonne santé ». On observe que la « bonne santé bucco-dentaire » est définie par opposition à la « mauvaise santé bucco-dentaire ». Cette dernière étant clairement définie par les répondants. **Discussion :** Ces premiers résultats semblent confirmer que l'étape du diagnostic éducatif est incontournable car elle permet entre autre de faire émerger les représentations cognitives, les connaissances déjà acquises et les nombreuses incertitudes. Il est à noter que toute intervention en éducation doit prévoir une définition positive de la santé orale. Un des objectif lors d'une intervention éducative est que le patient adopte un raisonnement basé sur l'acquisition de connaissances et de savoir qui lui permettent de prendre des décisions plus favorables à sa santé bucco-dentaire.

5.1.3 La mise en évidence de nombreuses catégories

Nous pouvons compter 44 catégories mises en évidence dans ce travail de recherche (voir annexe III – Tableau 8).

Ceci peut s'expliquer par le principe de saturation.

La saturation est donc influencée par de multiples paramètres [Hennink, 2016] : le sujet de l'étude, la population d'étude, la stratégie d'échantillonnage, la qualité des données, le type de codes, la complexité et la stabilité du répertoire de codes, l'objectif et enfin l'accent/la focalisation de la saturation ont une influence pour déterminer quand la saturation est atteinte.

Dans ce principe, il faut tenir compte de deux types de saturation, celle des codes et celle de la signification [Hennink, 2016]. En effet, *Hennink et al* (2016) mettent en exergue l'évolution des codes au fur et à mesure du processus de saturation.

Concernant la saturation des codes, les auteurs mettent évidence dans leur étude que tous les codes apparaissent dès l'entretien 1 et qu'à l'entretien 9 tous les nouveaux codes sont identifiés. A partir du 9^{ème} entretien, la définition des codes se stabilise après avoir connu un processus de développement du code qui se caractérise par un élargissement de sa définition et une amélioration de l'application des paramètres du code.

Toujours selon les auteurs, la saturation du code est atteinte à partir de 9 entretiens, basée sur la combinaison de l'identification du code, de la prévalence du code et de la stabilité du répertoire.

Dans notre étude, nous observons le même développement avec la mise en place des 21 thèmes (sous partie 4.2.2d) dont 12 peuvent être assimilés à des codes concrets. Ces derniers ont pour caractéristiques de se développer les plus tôt avec une forte prévalence.

Apparaissent plus tard les codes conceptuels, qui sont souvent moins fréquents [Hennink, 2016].

Concernant la saturation de la signification, *Hennink et al* (2016) font ressortir dans leur étude qu'un échantillon de 9 entretiens est suffisant pour capturer toutes les dimensions de certains codes mais pas pour tous. Donc un code peut être

initialement identifié dans un interview, mais plusieurs entretiens sont nécessaires pour capturer toutes les dimensions de ce code et en comprendre complètement les enjeux/ les aspects. Aussi cette taille d'échantillon de 9 entretiens ne serait pas suffisante pour appréhender complètement les codes conceptuels ou la dimension conceptuelle de ces codes concrets.

Les codes identifiés vers la fin de la série d'entretiens sont des codes conceptuels de faible prévalence qui requièrent plus de données pour atteindre la saturation et parfois n'atteignent pas la saturation. Les données de la fin de session sont aussi importantes que celle du début [Hennink, 2016].

Donc, on observe que les codes ne sont pas uniformes, que ceux de hautes prévalences sont généralement identifiés dans les premiers entretiens et qu'atteindre la saturation de code n'est pas suffisant. Il faut aussi atteindre une saturation de signification.

Dans notre étude, nous observons l'apparition soit de codes conceptuels comme par exemple « auto soins » ou l'apparition du « fatalisme avec l'âge », soit de la dimension conceptuelle de codes concrets comme par exemple « l'esthétique » qui se décline en plusieurs codes conceptuels (« actions à but esthétique », « dents régulières », « apparence comme repère de santé », « apparence comme rapport à l'autre »...) (Voir Annexe III)

Aussi malgré nos 12 entretiens, nous ne sommes pas allés au delà de l'étape d'intégration de la théorisation ancrée (sous partie 3.3.2). Ce choix a été dicté par 2 points. D'abord, à partir de nos 12 entretiens, nous avons pu répondre à l'objectif de l'étude qui est la mise en évidence de représentations cognitives dans le comportement de santé. Ensuite, pour poursuivre l'analyse par théorisation ancrée sur la dynamique du phénomène social du comportement de santé orale de la personne âgée, il nous semble nécessaire de faire encore quelques entretiens pour voir le processus de développement des 44 catégories répertoriées. Il faut noter que dans l'étude de *Hennink et al* (2016), seuls 25 codes avaient été rendus visibles.

De plus, il faut rappeler que, ce travail étant précurseur, le choix a été fait de créer un guide d'entretien large avec une méthode d'analyse de données nous permettant d'avoir accès à une multitude de données.

Ce travail de catégorisation selon l'analyse par la théorisation ancrée, a mis en évidence la richesse et la variété des éléments de discours des répondants concernant leur santé bucco-dentaire. Nous pouvons dire que cette dernière n'est pas isolée mais en lien avec les différentes dimensions de chaque individu : physique, sociale, psychologique et/ou environnementale.

Les difficultés actuelles concernant l'éducation pour la santé et le comportement de santé bucco-dentaire sont éclairées sous un nouveau jour. D'abord la simplicité actuelle du discours des professionnels ou des messages de préventions autour de la santé orale ne permettent pas aux individus de donner des réponses à leurs besoins, demandes ou questionnements.

Ensuite, un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire doit pouvoir répondre aux questionnements du participant et doit également tenir compte des particularités de la population concernée. Il faut donc y permettre l'interaction et la co-construction avec les individus concernés.

5.2 Discussion générale

Ce travail de recherche, malgré ses limites, permet de soulever deux points essentiels : la nécessité d'élargir la notion de santé bucco-dentaire à un concept plus large que celui existant et engager une discussion argumentée pour l'élaboration d'un programme d'éducation pour la santé orale des personnes âgées autonomes. Il montre aussi la nécessité d'ouvrir le champ de la recherche en Odontologie vers la recherche qualitative et le croisement avec les disciplines des sciences humaines et sociales.

5.2.1 Discussion sur les modèles choisis

La démarche innovante de ce travail de recherche dans le domaine de l'odontologie a fait émerger de nombreuses thématiques. Nous avons proposé un

cadre théorique constitué de plusieurs modèles sur lesquels cette démarche peut s'appuyer.

Au vu du caractère innovant et complexe du travail de recherche, la position choisie a été de s'adosser à des méta-modèles très larges afin de conserver une vision ouverte aux différents facteurs influençant cette problématique. L'objectif étant par la suite d'affiner toutes les pistes soulevées lors de ce travail.

Nous nous sommes adossés à 2 modèles : le modèle biopsychosocial et le modèle écologique de développement humain de Bronfenbrener que nous allons discuter.

Le **modèle Biopsychosocial (BPS)** se définit comme suit : la santé ne peut pas être observée comme un objet indépendant du sujet percevant mais résulte de facteurs complexes organiques, psychologiques et sociaux qui demandent une approche pluridisciplinaire dans un système ouvert, de l'éducation, de la prévention, ou de la réadaptation (sous partie 2.1.3). L'approche est centrée sur la personne, on entre dans la recherche de la multi causalité ou la construction de réseaux de relations entre phénomènes pour comprendre la santé et /ou la maladie dans l'histoire de vie du sujet [Billon, 2000].

Deux modèles plus récents interrogent le modèle BPS, la théorie dite « syndémique » a été élaborée par l'anthropologue médical américain *Merril Singer* (2011, 2017) et le modèle corporo-socio-psychologique développé par *Santiago-Delefosse* (2002, 2011). Ces deux approches sont holistiques.

Comme nous l'avons vu, la santé bucco-dentaire est en lien avec le reste du corps et ce lien existe dans les deux sens. Nous avons mis en exergue un lien déjà démontré entre les facteurs socioculturels et environnementaux et la santé orale. Il nous semble donc pertinent de discuter autour de l'approche « syndémique » qui cherche à mettre en exergue les liens entre l'interaction entre maladies et l'interaction avec l'environnement et les facteurs socioculturels.

L'approche « syndémique » [Singer, 2017] est définie comme l'agrégation de 2 ou plus de maladies ou d'autres états de santé dans une population dans laquelle existe certains niveaux délétères de santé ou de comportement. Cette approche concerne

les interactions néfastes entre les maladies, quelqu'en soit le type. Elle n'est pas limitée aux maladies infectieuses.

Les interactions « syndémiques » sont d'importance considérable pour le pronostic, le traitement et les politiques de santé. Par exemple, la population âgée demande une gestion de l'individu qui englobe non seulement ses multiples morbidités mais aussi les fortes interactions existantes entre les maladies et les conditions sociales potentiellement précaires, comme la pauvreté et l'isolement social [Singer, 2017].

Elle offre une voie efficace et fructueuse pour accéder et concevoir des approches multidisciplinaires afin de comprendre comment les maladies de concert affligent une population sur un temps donné à un moment donné. Cette approche permet d'inclure des modèles de travail plus récents comme les interventions complexes [Singer, 2017].

L'approche « syndémique » fournit un cadre spécifique sur les interactions maladie-maladie et condition sociale-maladie pour une analyse des connections biopsychosociales dans les domaines de la recherche en santé, social, soins et prévention. Elle implique l'identification et la description des éléments suivants [Singer, 2017]:

- un compte-rendu clair de l'état de santé et des maladies
- l'examen des parcours ou mécanismes des interactions entre maladies
- une description claire de l'ensemble des conditions socio-environnementales de l'état biologique ou psychologique.
- la preuve d'un plus grand problème de santé lié à l'interaction.

Par rapport au modèle BPS, cette approche prend en compte les interactions des maladies entre elles. De plus, son ouverture au contexte social et culturel est plus grande.

Le modèle corporo-socio-psychologique [DeleFosse, 2011] rend compte de l'articulation complexe entre la corporéité, les émotions-cognitions et la socialisation. La corporéité, pour les phénoménologues, est le fait pour l'homme d'être dans le monde, d'être regardé par autrui comme une personne, un être humain.

Désirant dépasser les limites du modèle bio-psycho-social, cette approche vise à mettre en lumière les co-constructions qui s'opèrent au niveau de la corporéité, au niveau historico-culturel et au niveau psycho-dynamique. Le niveau de la corporéité correspond aux « vécus somatiques et marqueurs émotionnels ayant un sens pour le sujet qui les éprouve », le niveau historico-culturel fait référence à la « mise en mots de la socialisation dans le partage des émotions et des vécus somatiques qui donne sens à ces vécus » et pour finir le niveau psycho-dynamique constitue le « décalage réflexif, contribuant à l'élaboration de l'intériorité, issu des deux premiers niveaux et indiquant que la construction psychologique des vécus de santé et/ou de maladie est une co-construction ».

Ce modèle est mis en évidence plus particulièrement dans les crises de maladie chronique ou importante (comme les autres crises de la vie humaine) nécessitant une reconstruction de sa vie sociale et une réinterprétation des signaux émis par le corps. L'auteur pose alors des critiques au modèle biopsychosocial [Santiago-DeleFosse, 2014]:

- Une faiblesse théorique pour fournir une trame adéquate pour étudier les mécanismes psychologiques existants dans les états de santé et de maladie.
- un caractère réductionniste
- alors que le modèle BPS tente d'inclure un axe social, il échoue pour intégrer les conditions de vie concrètes pendant la maladie (comment ce contexte social forme, structure et organise les phénomènes psychologiques).
- la façon dont les individus s'engagent dans la construction d'un faire-sens concernant leur maladie chronique ou grave en mobilisant à la fois corporéité et socialité. La dimension psychologique est le plus souvent évaluée selon les tendances via la quantification de l'affect, des sentiments, des émotions, des pensées, des intentions...

Par rapport au modèle BPS, ce modèle structure la composante psychologique, en tenant compte du rapport de l'individu à lui-même et aux autres.

Le **modèle écologique de Bronfenbrenner** conçoit l'environnement comme un ensemble de structures concentriques incluses les unes dans les autres et qui maintiennent entre elles et à l'intérieur d'elles des relations fonctionnelles à différents degrés (sous partie 2.1.3).

Un auteur, Lawrence (2009) renforce cette approche en définissant les liens entre investissements en santé et développement durable [Lawrence, 2009].

Il considère que la santé comme la maladie est au carrefour d'une multiplicité de facteurs environnementaux, sociaux, économiques, politiques et psychologiques et des interrelations sont présentes entre eux. L'ensemble des facteurs, leurs composantes et les interdépendances, doit être analysé dans le temps et en rapport avec les échelles géographiques. Il renforce donc le modèle écologique de développement humain par la prise en compte des échelles géographiques.

L'état de santé des populations dans des lieux donnés ne résulte pas seulement de nombreux éléments matériels et physiques, mais aussi de leurs corrélations. Il est inapproprié d'isoler un élément de son contexte. En fait, les approches écologiques devraient plutôt être appliquées de façon à comprendre et les éléments et leurs relations réciproques [Lawrence, 2009].

Dans le domaine de la promotion de la santé, cette dernière n'est pas considérée comme une condition abstraite, mais comme la capacité d'un individu d'atteindre son potentiel et de répondre positivement aux défis de la vie quotidienne [Bass, 1994].

Ce constat signifie que la capacité du secteur de la santé à garantir la santé et le bien-être des populations est limitée et qu'une collaboration étroite avec d'autres secteurs serait bénéfique, voire indispensable [Lawrence, 2009] [Bass, 1994].

L'action intersectorielle est essentielle pour aborder les enjeux complexes des multiples domaines de la santé publique. Elle peut être définie comme « une relation reconnue entre une ou plusieurs parties du secteur de la santé avec une ou plusieurs parties d'un autre secteur, formée pour agir sur une question particulière afin d'obtenir des résultats en matières de santé (ou des objectifs intermédiaires) de manière plus concrète, plus efficace ou plus viable que si le secteur de la santé avait agi seul » [OMS, 1997b, p3].

La santé humaine dépend essentiellement de la capacité de la société à gérer l'interaction entre les activités humaines et leur environnement biologique de manière à sauvegarder et favoriser la santé sans compromettre l'intégrité des systèmes naturels sur lesquels repose l'environnement physique et biologique [Lawrence, 2009].

Cette réflexion ainsi que les résultats de la sous partie 2.2 rendent pertinent notre premier présupposé dans ce travail, à savoir qu'il est pertinent dans le cadre d'un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées de s'inscrire dans un modèle socio-écologique.

5.2.2 Une vision plus large de la santé orale

La santé ne peut plus se décliner autour de l'absence de maladie, sauf si elle est considérée comme un indice révélateur du soi dans la transformation du sujet [Billon, 2002]. Une position existe aujourd'hui qui consiste en ce que la relation dialectique s'instaure entre 2 approches. L'approche biopsychosociale qui tente de poser la connaissance de la vie courante, des perçus et non perçus, le soi, les affects, les émotions, les représentations subjectives et l'approche biomédicale qui met en place les structures objectives de la demande sociale en matière de santé dans un espace social donné.

La santé bucco-dentaire des individus, ici personnes âgées autonomes, est dépendante de nombreux facteurs : physique (la capacité à participer ou réaliser le maintien d'une bonne santé), psychologique (l'estime de soi, le sentiment d'efficacité), sociologique (le rapport avec l'autre, l'image donnée, les croyances), cognitive (les connaissances, les représentations, le savoir et le savoir-faire).

De plus, la bouche et les dents ont des places anatomiques qui leurs confèrent une place importante dans la vie quotidienne de chaque individu. Non seulement de par la présence de nombreux tissus et organes différents (dents, gencive, os, muqueuses, joues, langue, articulation temporo-mandibulaire, lèvres...) ainsi qu'au

fluide indispensable qu'est la salive, mais aussi par le nombre de fonctions différentes dont ils ont la charge : la mastication, la parole, la communication non verbale, la possibilité de participer à la fonction respiratoire comme à la fonction de déglutition, les baisers.

Enfin, la bouche et plus particulièrement les dents, sont des organes connus de l'Homme depuis sa présence sur terre. L'histoire de l'humanité s'est construite en y intégrant les dents tant au niveau pratique que symbolique.

Aussi ce travail souhaite ouvrir la vision de la discipline médicale qu'est l'odontologie à une prise en charge plus large que les dents et la gencive combinées comme action de prévention limitée à une visite chez le dentiste et au perfectionnement du brossage dentaire. Même si ces derniers points restent fondamentaux. Aujourd'hui, il est nécessaire que cette vision plus large soit construite autour des modèles de santé et de sciences humaines afin d'intégrer l'ensemble des maladies existantes concernant la cavité buccale, les objectifs de santé possibles selon les individus, les facteurs socio, culturel et psychologique influençant le comportement de santé orale des individus et surtout d'intégrer la qualité de vie en santé orale.

Ce constat ainsi que l'ensemble de ce travail de recherche rendent pertinent notre deuxième présumé dans ce travail: qu'un programme qui viserait la santé orale du patient serait plus utile qu'un programme de prévention qui ne tient compte que du risque carieux.

5.2.3 Les apports pour un programme d'éducation pour la santé orale des personnes âgées autonomes

Ce travail de recherche a dégagé plusieurs éléments à prendre en compte dans la conceptualisation d'un programme d'éducation pour la santé orale des personnes âgées autonomes.

Dans les 2 premières parties de ce travail, nous avons pu mettre en évidence la nécessité de réfléchir à cette élaboration.

Dans une vision constructiviste, la personne âgée a une capacité d'apprentissage qui s'appuie sur la base de ses propres connaissances et représentations. Cet apprentissage se traduit par une transformation des conceptions antérieures. Il se réalise en situation, dans un contexte signifiant pour la personne, où la perception, la conception et l'action sont associées en situation (sous partie 1.4.2).

Ceci ne peut se faire que si la démarche d'éducation pour la santé orale des individus s'inscrit dans une approche systémique. Cette dernière est particulièrement adaptée aux éducations finalisées aboutissant à des compétences objectivables chez les apprenants, ce qui est le cas de l'éducation des patients [d'Ivernois et Gagnayre, 2016]. Car comme nous l'avons vu dans les discours des répondants, la santé orale de l'individu regroupe autre chose que simplement la carie ou la présence de dents en bouche. La cavité buccale est vécue dans son ensemble et est mise en relation avec la santé générale, les préoccupations financières, le rapport à soi et aux autres.

Aussi l'OMS, à raison, préconise son intégration dans un programme national de santé générale pour améliorer la qualité de vie des individus. Des thématiques médicales de santé bucco-dentaire liées à cette population ont déjà été identifiées comme la perte des dents, la présence ou non de prothèses amovibles, la présence de caries de la surface dentaire coronaire et de caries du collet, la présence de maladies parodontales, les lésions des muqueuses dont celles précancéreuses, les cancers de la cavité buccale, l'absence de salive et la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire. D'autres travaux montrent l'importance de la promotion de la fonction orale via les muscles et l'articulation temporo-mandibulaire.

La prise en compte des représentations cognitives de l'individu doit être incluse dans ce type de programme. Elles peuvent être plus ou moins en interaction avec les nombreux symboles et croyances qui ont existé ou existent encore autour de la bouche et des dents (voir paragraphe 1.3.3).

Ces interventions d'éducation ne doivent pas être centrées seulement sur les actes d'hygiène bucco-dentaire mais avoir une vision plus globale de santé. Il va être nécessaire de définir des compétences en santé orale. L'OMS les définit comme: « les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des

individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé ». [Margat, 2014]. En mettant notre travail en parallèle avec la démarche de l'ETP, nous pouvons mieux caractériser cette notion de compétences. Selon d'Ivernois et Gagnayre (2012), les compétences d'auto-soins et d'adaptation à la maladie, rassemblées dans des contrats d'éducation, peuvent être variables d'un patient à l'autre. Sont communes les compétences à maîtriser pour des raisons de sécurité, les autres sont particulières aux besoins de chacun. Dans tous les cas, ces compétences, présentées au patient par l'équipe et négociées avec lui, sont opérationnelles : elles indiquent clairement et précisément ce que le patient devrait être capable de faire dans sa vie quotidienne grâce à l'éducation. En cela, les compétences constituent le meilleur moyen connu de planifier un programme d'éducation, de communiquer sans équivoque au patient et au reste de l'équipe les intentions pédagogiques des éducateurs et de construire l'évaluation [d'Ivernois et Gagnayre, 2016].

De même qu'en ETP [d'Ivernois et Gagnayre, 2016], nous considérons que les caractéristiques principales de notre modèle d'éducation est son édification avant tout fondé sur les besoins du patient (centré sur le patient), non sur les connaissances médicales et la définition des compétences rassemblées dans un contrat d'éducation. Notre étude montre que les compétences d'auto-soins et d'adaptation à la maladie peuvent être pertinentes en santé orale.

Un autre élément incontournable de ce programme de santé va être la prise en compte de l'estime de soi. En effet, cette notion a été reprise à différentes reprises dans divers moments de notre travail. Il existe un lien étroit entre estime de soi et choix d'opter pour un bon comportement de santé orale.

De plus, nous avons vu que l'état dentaire est très lié à l'estime de soi et à la négligence dentaire. L'ensemble est à mettre en lien avec tout ce qui est symbole de la bouche et des dents.

Lors de l'élaboration de ce programme inclus dans un programme plus global de santé, il est important de prendre en compte l'effet générationnel, le niveau d'éducation générale, l'absence de prévention pour la génération actuelle, les possibilités d'accès aux soins. Il est nécessaire de proposer en face une définition positive et compréhensible de la bonne santé orale. Ceci afin que l'individu puisse se l'approprier et construire un comportement actif sur sa propre santé orale.

Le guide d'entretien conçu dans ce travail de recherche, quoique très large, permettrait, avec quelques modifications, de faire un entretien pour poser un diagnostic éducatif dans un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire.

5.3 Interroger les politiques de santé orale en France

Depuis plusieurs décennies, de nombreux travaux ont permis de développer la prévention en matière de santé et particulièrement en santé bucco-dentaire. En parallèle, l'accès aux soins bucco-dentaires reste inégal en particulier pour les personnes vulnérables financièrement ou physiquement. Il pourrait donc être pertinent que les systèmes de santé de certains pays, comme la France, développent une approche plus préventive et moins curative en matière de santé orale. Comme le recommande l'OMS [Petersen, 2005], les programmes d'éducation pour la santé orale intégrés à un programme global de santé générale, pourraient répondre à ce changement d'approche.

Concernant la population des personnes âgées, un changement d'approche dans l'organisation de la prise en charge de la santé orale des personnes âgées devient une nécessité. En effet, Van der Putten *et al.*, soulignent que le mauvais état de santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes est potentiellement le nouveau syndrome gériatrique [der Putten, 2014].

Ici, une question se pose concernant l'attitude de notre système de soins face aux inégalités de santé et d'accès aux soins bucco-dentaires. Lombrail (2005) souligne l'incapacité de notre système de santé à appréhender la dimension sociale des problèmes de santé. Il propose le constat de deux dimensions face à ces inégalités.

La première dimension est l'inégalité par « omission » qui est la non reconnaissance d'un besoin de santé ou la non satisfaction de ce besoin au moment de l'identification, ce de façon non intentionnelle. La deuxième dimension est l'inégalité par « construction » qui est l'absence de prise en compte des inégalités dans l'élaboration de certains programmes ou recommandations de pratiques médicales aboutissant à les perpétuer, voir les accentuer [Lombrail, 2005]. L'auteur met en valeur l'importance de l'identification de ces inégalités afin de pouvoir identifier les actions correctrices.

Il ne semble pas, au vu des données actuelles, que l'augmentation des besoins en soins et en actions de prévention en santé bucco-dentaire des personnes âgées ait été anticipée dans les prédictions de l'augmentation importante de la tranche d'âge des plus de 65 ans jusqu'en 2035. Nous pouvons donc supposer que les inégalités actuelles vécues par cette tranche de la population sont de l'ordre de la première dimension, des inégalités par « omission ». Ce travail de recherche a pour intention que des inégalités par « construction » n'apparaissent pas dans ce domaine de santé publique.

Ce changement d'approche dans la prise en charge de la santé orale des personnes âgées demande la volonté d'insuffler une politique de santé bucco-dentaire plus ouverte en intégrant l'odontologie et la santé orale dans différents milieux professionnels et en développant des programmes d'éducation pour la santé incluant la santé orale.

D'abord, il est nécessaire de poursuivre l'intégration de l'odontologie dans les professions médicales et paramédicales afin que les savoirs et savoir-faire soient mieux transmis aux différentes communautés et qu'un travail multidisciplinaire puisse s'organiser et se formaliser autour des patients. En nous appuyant sur les approches récentes de différents auteurs (*Singer, Lawrence, Delefosse*), il est montré l'intérêt d'incorporer d'autres professionnels comme les assistants sociaux, les médiateurs culturels ainsi que les anthropologues dans l'approche de l'amélioration du comportement de santé des individus. Et donc inversement, la nécessité d'inclure

dans le cursus médical, ainsi qu'odontologique et paramédical, une formation aux sciences humaines et sociales [Ruiz, 2010].

Ensuite, la France a pris du retard dans la création d'une profession en charge de la prévention orale. Pour qu'une intervention en santé soit menée à bien, il faut en donner la charge à une personne. Contrairement à ce qui est indiqué dans le Code de Santé Publique, le chirurgien-dentiste ne peut pas être en charge de tout concernant la santé orale de la population française. Ou alors il faudrait augmenter considérablement le nombre de chirurgiens-dentistes formés et créer de nouveaux postes en santé publique. Aujourd'hui, le nombre de chirurgiens-dentistes en France est juste suffisant pour répondre aux besoins de soins des populations. Il leur est donc difficile de prendre en charge des interventions d'éducation pour la santé orale qui demande non seulement du temps mais une formation spécifique en plus de leur compétences médicales. Une réponse pertinente, comme d'autres pays l'ont mis en place, est de créer la profession d'hygiéniste qui pourrait avoir des compétences en éducation pour la santé, dont la santé orale, pour réaliser ces interventions d'éducation.

Enfin, à la lumière de l'ensemble de ce travail, la profession de chirurgien-dentiste doit poursuivre et approfondir une ébauche actuelle de mise en place d'une médecine bucco-dentaire. Une transformation de la dentisterie en médecine bucco-dentaire doit s'opérer [van der Putten, 2014]. Un statut de médecin bucco-dentaire permettrait de mieux envisager la reconnaissance d'un suivi bucco-dentaire pluriannuel indispensable en odontologie chez les personnes vulnérables. Et permettrait aussi la reconnaissance de médecin de santé publique orale, fonction indispensable à la promotion de la santé orale.

De manière plus globale, ce travail met en exergue la nécessité de mettre en place des programmes d'éducation pour la santé qui soient pertinents et construits. La diffusion d'informations n'est plus un vecteur de modification positive et durable de comportement selon les connaissances actuelles. Il existe un besoin de construction

d'un programme de santé globale incluant la santé orale des personnes âgées sur un modèle participatif avec la participation de plusieurs intervenants.

5.4 Les limites de ce travail de recherche

Chacun des points de cette partie sur les limites est une porte ouverte à la poursuite de ce travail sur les représentations cognitives, le comportement en santé orale et l'élaboration d'un programme d'éducation pour la santé orale des individus.

Limites sur la triangulation :

Dans ce travail, nous cherchions à savoir s'il est possible dans une recherche qualitative de ce type et sur cette thématique de réaliser une triangulation des données en utilisant un indicateur déjà existant sur la qualité de vie relative à la santé orale des personnes âgées. Nous avons choisi le GOHAI pour sa pertinence comme indicateur de santé subjective et sa rapidité d'exécution.

Il existe un lien entre nos résultats et ceux du GOHAI, les scores sur la fonction sont faibles et ceux sur le psychosocial sont encore plus faibles. Dans notre analyse de données, les répondants expriment bien une perception de diminution de leur santé orale liée à l'âge.

Mais, ce type de questionnaire ne permet pas une analyse fine des propos liés au vécu de la personne. Les répondants avaient souvent besoin de discuter autour des questions. Cependant, lors des entretiens semi-directifs, les répondants exprimaient des insatisfactions quant à leur cavité buccale.

Nombre limité d'entretiens :

Au vu du nombre d'entretiens réalisés, nous nous sommes concentrés plus sur la méthode d'analyse que sur l'application de l'ensemble de cette méthode. Nous nous sommes retrouvés face à 2 difficultés : le nombre d'entretiens et le nombre de catégories mises en évidence. Ceci ne permettaient pas d'aller jusqu'au bout de

l'analyse par théorisation ancrée (étapes de modélisation et théorisation non réalisées) ni de la triangulation du fait de la multitude de données collectées. Le sujet de recherche étant novateur, nous avons fait le choix d'argumenter les premières étapes d'élaboration d'un programme d'éducation pour servir de base de réflexion pour des recherches futures sur cette thématique.

Le nombre limité d'entretiens a aussi un effet sur le phénomène de saturation décrit dans ce modèle d'analyse par théorisation ancrée. Nous nous sommes d'abord attachés au phénomène de saturation par le nombre d'évocation et sur une thématique. Une analyse plus fine doit être envisagée d'abord sur une définition plus précise de certaines catégories, ensuite sur la valeur attribuée non par le nombre mais par le sens à chaque catégorie du verbatim. En effet, la saturation n'est pas seulement liée à la récurrence, même si ce choix a été fait ici pour des raisons didactiques et de structuration des résultats de l'étude. Elle est aussi caractérisée par la répétition à l'identique dans le sens et dans la définition de cette catégorie au travers de verbatim suivant. Au vu du nombre de catégories, il serait donc souhaitable d'avoir un plus grand nombre d'entretiens pour mieux détailler les catégories déjà mises en exergue. De plus, avec un plus grands nombres d'entretiens, certains thèmes pourraient se révéler être des catégories.

La thématique développée dans ce travail de recherche avec ce type de méthode étant assez peu fréquent, il a été complexe de pouvoir faire une réelle triangulation des données afin de pouvoir discuter les biais possibles.

6 .Perspectives

6.1 Pistes pour la proposition d'un programme d'éducation pour la santé orale des personnes âgées

6.1.1 Proposition d'un modèle participatif adossé aux représentations

Il nous semble fondamental que la conceptualisation d'un programme d'éducation pour la santé orale des personnes âgées tienne compte d'une phase de co-construction avec cette population cible.

D'abord, comme précisé dans le modèle de planification de PRECEDE, parce que les participants doivent s'engager de façon volontaire dans des comportements et activités de promotion de la santé. Les participants prendront une part active dans la définition de leurs problèmes et recherches de solutions ainsi que dans le choix des objectifs. « *...fundamental principle of participation which states that success in achieving change is enhanced by the active participation of the intended audience...* »p 409.

Ensuite, comme nous avons pu l'observer, parce qu'il existe un effet générationnel concernant la santé orale, un programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire doit tenir compte de cette spécificité. Le contenu pourra varier selon la génération concernée.

Enfin, chez la personne âgée, les capacités d'apprentissage existent mais ont leurs spécificités. Nous avons vu que l'apprentissage présente plusieurs caractéristiques. Notamment, la nécessité de partir de leurs connaissances et de leurs représentations et de contextualiser l'apprentissage dans une situation signifiante pour la personne.

L'ensemble de ces points montre qu'il est nécessaire de réfléchir à un modèle participatif dont la mise en œuvre devrait faire l'objet d'une recherche spécifique.

6.1.2 Propositions pour l'élaboration d'un programme de santé orale pour les personnes âgées.

Il est important de chercher à intégrer un programme de santé orale dans un programme global de santé générale [Petersen, 2005]. Il est donc nécessaire de penser au renforcement de la coopération entre les programmes et les stratégies de promotion de la santé en France.

Ceci implique, comme pour toute intervention en éducation en santé de l'individu, une participation multidisciplinaire de professionnels [Margat, 2014] [Lombrail, 2014] formés à la santé bucco-dentaire et la formation de professionnels de santé en charge des actions de prévention de la santé orale.

Ensuite, pour un sujet humain il ne s'agit pas d'empiler des connaissances dans son cerveau en matière de comportement ou de mode de vie reconnus pour préserver de la maladie ; mais plutôt d'apprendre à articuler les connaissances avec son univers affectif, émotionnel et sensoriel [Billon, 2000].

La caractérisation de la population cible est importante car les programmes d'éducation pour la santé orale doivent être construits avec la participation des individus de la communauté en tentant compte de leurs représentations, de leurs croyances, de leurs perceptions et de leurs connaissances avec une vision large de la santé pour intégrer tous les facteurs influençant l'objectif ou les objectifs de santé déterminé(s). Il est donc nécessaire de déterminer des compétences. L'OMS les définit comme: « les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'un façon qui favorise et maintient une bonne santé ». [Margat, 2014]. Ces compétences vont être définies par rapport aux objectifs de santé orale déterminés avec la population cible.

Enfin, il ne faut pas négliger la relation avec les pairs. La partie PRECEDE du modèle de planification de L.Green et M.Kreuter s'appuie aussi sur les facteurs « renforçants » qui sont des feedback que la personne reçoit des autres tel que

familles, paires, soignants, médias quant au comportement adopté, avec effet d'encouragement ou de découragement.

Santiago-Delefosse (2014) s'adosse à l'approche de Schütz sur le « monde de la vie ». Il y explique qu'à partir de la naissance, la vie de tous les jours fournit aux êtres humains des « objets » qui sont déjà définis et conceptualisés par la société et de plus chargé de sens culturel. Ce sont ces objets qui autorisent les individus à définir ensemble, les objectifs de leurs actions et le sens de leur utilité pour achever avec succès ces actions.

L'absence de la prise en compte de la relation avec les paires révèle un manquement certain dans l'approche de la promotion et de la prévention en santé bucco-dentaire. On isole l'individu atteint d'une maladie bucco-dentaire dans un rapport patient-dentiste de soins, bloquant l'appropriation de la maladie par construction avec soi-même et avec les autres.

On inhibe alors la possibilité de construire par soi-même et avec les autres un changement de comportement.

A partir de ces 3 axes d'évolution qu'il nous semble important de considérer dans la promotion de la santé orale : une équipe multidisciplinaire de professionnels, une définition de compétences en santé orale et les facteurs de renforcements, ce type de programme doit pouvoir répondre à un cahier des charges dont la définition peut s'appuyer sur les quatre pistes suivantes.

Premièrement, la nécessité de bien préciser les objectifs de santé d'un tel programme : En effet, ils peuvent porter sur les connaissances (l'anatomie de la bouche, les maladies, les risques infectieux, les actes de prévention...) , sur le savoir faire (l'acte d'hygiène, le régime alimentaire, l'hydratation, les actes d'auto-soins), sur le savoir (l'élaboration d'une réflexion de l'individu sur son comportement de santé générale incluant la santé orale) ou l'identification des freins au maintien d'une bonne santé orale. Il est désormais clairement établi qu'un programme d'éducation pour la santé orale ne peut se limiter à l'apprentissage d'une geste d'hygiène, même si ce dernier est indispensable.

Deuxièmement, la prise en compte de l'effet générationnel en santé orale, soit sur l'ensemble de la communauté, soit au sein de la communauté cible, car les comportements de santé orale varient d'une génération à l'autre et qu'une même génération présente des caractéristiques communes.

Troisièmement, la mise en place d'un programme sur plusieurs mois avec un suivi à distance dans le temps. *McGrath et al* (2009) pointent aussi un besoin en études plus longues pour déterminer si les changements de comportement en santé orale sont simplement des phases de changements temporaires ou des changements plus durables [McGrath, 2009]. Quatrièmement, la nécessité de prévoir un temps de parole du participant afin de comprendre au minimum ses spécificités cliniques, ses connaissances, ses représentations cognitives, complété d'un temps d'échange afin de co-construire avec lui les compétences à acquérir.

Le guide d'entretien réalisé dans le cadre de notre étude peut être une base de réflexion pour préparer une intervention en éducation pour la santé orale. Ce guide d'entretien aide le répondant à poser sa réflexion, déterminer ses bénéfices et ses priorités, comprendre ses actions propres pour maintenir une bonne santé orale, formaliser sa propre explication de ses maladies orales, identifier son manque de connaissances, identifier ses représentations cognitives et ses croyances.

6.2 Pistes de recherche

6.2.1 Caractérisation du comportement de santé orale

L'étude des entretiens avait pour objectif la caractérisation des représentations cognitives dans le comportement de santé orale chez la personne âgée autonome.

Ce travail souligne combien, à l'heure actuelle, le comportement de santé orale est complexe pour cette population.

Ce terme est souvent utilisé en santé publique dentaire pour tenir compte de plusieurs paramètres influençant l'état bucco-dentaire des individus. Mais compte tenu de sa complexité et de sa globalité il est rarement défini de façon positive. Nous avançons l'idée qu'il n'existe pas de consensus de référence dessus.

Aussi, dans notre travail, nous nous retrouvons face à une cascade de notions à prendre en considération comme suit :

Il est nécessaire d'approfondir cette notion de comportement de santé orale. Car à partir des attentes définies au niveau de ce comportement, il sera plus aisé d'établir des compétences à acquérir avec le participant dans une intervention d'éducation en santé.

Ce dernier point d'acquisition des compétences est primordial. Ceci car le choix des méthodes pédagogiques et des techniques est principalement déterminé par le courant pédagogique de référence et les compétences choisies. En effet, toutes les compétences ne peuvent pas être mobilisées de la même manière. Quant aux méthodes pédagogiques, elles vont au-delà du simple transfert de connaissances pour développer chez le patient des compétences d'analyse de situation, de résolutions de problèmes et de décision. Ces notions sont souvent peu familières aux soignants. Cependant, les méthodes pédagogiques sont à choisir en fonction de la culture pédagogiques des apprenants : enfant, adolescent, adulte, individu ne maîtrisant pas la langue, personnes âgées ; chacun requérant des méthodes éducatives distinctes [d'Ivernois et Gagnayre, 2016].

De façon schématique, nous pouvons résumer ainsi cette cascade : quel comportement de santé est demandé à notre population cible pour savoir quelle intervention en éducation il est possible de mettre en place avec quel objectif et selon quelle méthode.

La poursuite de ce travail de recherche avec dans un 1^{er} temps l'augmentation du nombre d'entretiens semi-directifs pourrait aider à mieux caractériser la dynamique de ce comportement de santé.

6.2.2 Quels types d'éducatifs, quels types d'interventions en santé

Il pourrait donc être intéressant, de poursuivre des recherches pour caractériser les connaissances, savoir-faires, savoirs ainsi que les représentations cognitives et les croyances présentes dans cette population. En effet, elles sont des

composantes qui font parties intégrantes de la construction de comportement de santé de l'individu, comme nous l'avons vu dans notre étude.

Dans ce travail de recherche, nous avons fait le choix de nous intégrer dans le domaine de l'éducation pour la santé. Elle a été définie par l'OMS (1983) comme « tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin ». De façon plus précise, l'OMS indique que « l'éducation pour la santé est la composante des soins de santé qui vise à encourager l'adoption de comportements favorables à la santé. [...] Par l'éducation pour la santé, on aide les gens à élucider leur propre comportement et à voir comment ce comportement influence leur état de santé. On les encourage à faire leurs propres choix pour une vie plus saine. On ne les force pas à changer. [...] L'éducation pour la santé ne remplit pleinement sa fonction que si elle encourage les gens à participer et à choisir eux-mêmes. Ainsi, ce n'est pas faire de l'éducation pour la santé que dire simplement d'adopter un comportement favorable à la santé » (Manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaires. Genève : OMS ; 1990). [Assurance Maladie, 1998].

Ainsi que cela a été défini dans le Plan national d'éducation pour la santé (Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés ; février 2001), « l'éducation pour la santé a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité. [...] Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun. [...] L'éducation pour la santé aide chaque personne, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences, à comprendre l'information et à se l'approprier pour être en mesure de l'utiliser dans sa vie ». [Assurance Maladie, 1998].

Cependant, la mise en place d'une intervention d'éducation en santé orale des personnes âgées pourrait se situer dans différents cadres. Car au vu de l'état actuel de connaissances sur ce sujet, nous sommes face à une population hétérogène tant

sur le plan médical que social et culturel. De plus, le cadre pédagogique en éducation pour la santé reste vaste.

Aussi, dans la perspective d'une éducation en santé tout au long de la vie [Gagnayre, 2015] en tenant compte des particularités possibles, il peut être intéressant de discuter autour de cadres d'intervention plus structurés comme l'éducation à la santé familiale (ESF), l'ETP, la HL, les interventions complexes.

L'ESF est un concept nouveau qui concerne les domaines de la prévention, des soins et du secourisme élargi appliqués à l'espace familial et de proximité de vie. Elle a un caractère opérationnel et d'application immédiate. Elle est dirigée vers l'autre, fondée sur la notion qu'au-delà du maintien de sa propre santé, il est essentiel d'apporter la santé à autrui (en particulier aux bébés, enfants et personnes âgées). En cela, elle constitue une éducation à la santé familiale. L'ESF forme à une vigilance applicable au quotidien comme aux situations d'exception (canicule, grand froid, épidémies...) ; elle prépare à repérer et à faire face aux situations d'urgence, mais aussi aux problèmes de santé courants et aux petits maux de la vie quotidienne. [d'Ivernois, 2014]. Cette éducation à porter soins et secours n'a pas d'interaction directe avec notre travail puisqu'un tiers s'implique dans le maintien en bonne santé de la personne. Cependant, elle est pertinente dans l'influence qu'à l'entourage familial dans le comportement de santé orale de l'individu. En effet, dans notre thématique, plusieurs problèmes se posent. D'abord la personne âgée autonome peut avoir des représentations cognitives non favorables au maintien de sa bonne santé bucco-dentaire. C'est l'interaction avec son entourage dans une situation précise qui peut lui permettre d'engendrer un changement de comportement. Ensuite, l'entourage peut se construire avec des représentations cognitives non favorables tant par son expérience personnelle que par la persistance de nombreuses croyances et représentations quant à cette zone intime qu'est la bouche. Les personnes interrogées dans notre étude ne souhaitent pas informer leurs proches de leur questionnements ou soucis dentaires. Notre travail de recherche peut être un apport lors des interventions d'ESF auprès de famille qui souhaitent faire face aux problèmes de santé orale des personnes âgées de leur famille afin d'interagir avec la

personne âgée concernée de la meilleure façon pour que cette dernière adopte un comportement de santé orale adéquat à la situation existante.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) appartient au champ des éducations en santé, et fait partie intégrante du soin. Elle concerne avant tout les patients atteints de maladies chroniques. Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». Officiellement reconnue par la loi portant la réforme de l'Hôpital du 21 juillet 2009, l'ETP s'inscrit dans le parcours de soins du patient selon le code de santé publique (art. L.1161-1 à L.1161-4) et ses modalités de mise en œuvre sont décrites dans l'article 84 de cette loi.

L'ETP tend, dans le cadre d'une maladie chronique et en présence de plusieurs intervenants, à conférer aux personnes des compétences en santé d'auto-soins et d'adaptation à la maladie au service d'une auto-détermination plus grande face à la maladie [d'Ivernois et Gagnayre, 2016], [Margat, 2014]. La santé orale devrait être présente dans des interventions d'ETP comme celles sur le diabète, la dénutrition ou les rhumatismes inflammatoires chroniques. A l'heure actuelle, il est souvent nécessaire, même en dehors du cadre défini d'application, de se référer à l'ETP pour sa démarche pédagogique structurée autour du diagnostic éducatif, de la formulation de compétences à acquérir, d'objectifs et contrats d'éducation et de l'évaluation de l'intervention éducative. D'une part, notre travail permet de commencer à renseigner sur les freins à une bonne santé orale qui peuvent exister en lien avec une maladie chronique. D'autre part, au vu de la complexité de notre thématique, il peut être pertinent de se référer à l'ETP pour élaborer une intervention d'éducation. Il est à noter que l'ETP est centrée sur le patient en interaction avec son entourage [d'Ivernois et Gagnayre, 2016].

La population âgée actuelle a fait peu d'études supérieures, la Health Literacy avec sa composante spécifique de Oral Health Literacy, peut aussi se révéler pertinente. Le constat est posé que de nombreuses études réduisent la HL à un simple outil d'évaluation de la compréhension des individus sur un aspect de leur maladie

[Margat, 2014]. Cependant initialement la HL recouvre l'ensemble des conditions individuelles et environnementales pour qu'un patient comprenne et traite des informations en santé. Elle est « un savoir identifié mettant en jeu une ou des capacités, dans un champs notionnel ou disciplinaire déterminé », (Meirieu P., 1988) qui sont dans le cas présent, les domaines médicaux et de la santé. [Margat, 2014]. A ce jour, le constat est posé qu'un faible niveau de HL constituerait un obstacle potentiel à l'accès à l'éducation thérapeutique du patient [Margat, 2014] et peut-être par porosité à l'éducation pour la santé.

La HL offre un domaine possible d'intervention par rapport à une population âgée autonome bien particulière qui aurait des difficultés d'illettrisme.

« On peut avancer que la HL répond à des logiques sociocognitives (selon Clerc et al, 2009), selon lesquelles les interactions sociales sont primordiales dans l'apprentissage. En effet, lorsque la personne cherche de l'information en santé, qu'elle mobilise ses compétences pour la traiter, elle le fait en fonction de ses propres besoins, à partir d'une question qui se pose à elle, d'un processus qu'elle rencontre, d'une inquiétude sur sa santé ou celle d'un proche, tout ceci dans une interaction avec d'autres individus qui va la conduire à réorganiser son schéma de pensée (selon Schulzont PJ, 2014). Plus précisément, c'est l'interaction sociale qui sera source de développement cognitif chez l'individu, en suscitant des conflits sociocognitifs. C'est donc en se confrontant à des points de vues divergeants que la personne prend conscience de sa propre pensée par rapport à celle des autres. Ce qui provoque un déséquilibre de nature intra-individuelle : l'individu est amené à reconsidérer, en même temps, ses propres représentations et celles des autres pour reconstruire un nouveau savoir ».
[Margat, 2014]

L'ETP et la HL ont un intérêt réel dans notre thématique car elles sont orientées vers un apprentissage tenant compte des capacités de la personne, des ressources mises à disposition et de son environnement social. [Margat, 2014]. Elles supposent un apprentissage significatif réalisable en présence d'interaction entre individus socialement situés, par un traitement actif des informations échangées, modifiant de

la sorte leur représentation mentale et orientant l'acquisition de compétences [Margat, 2014].

Il est à noter que des recherches récentes en HL [Schulzont PJ, 2014] démontrent un lien entre le niveau des compétences en HL et la notion d'empowerment. Les auteurs renforcent l'idée que de fortes compétences de HL ne peuvent s'exprimer que si le patient a suffisamment avancé dans ce processus de transformation personnelle, de reprise de pouvoir sur la vie. Ce constat se trouve plus fréquemment dans certains groupes à risque : personnes âgées, maladies chroniques, minorités ethniques, personnes à bas revenu ou à bas niveau d'instruction. [Margat, 2014].

L'élaboration d'une intervention d'éducation pour la santé orale pourrait trouver des réponses dans le cadre de la mise en place d'intervention complexes. Ces dernières sont construites à partir de plusieurs composantes qui peuvent agir indépendamment ou en interdépendance [Medical Resources C, 2000]. Ces composantes sont habituellement les comportements, les paramètres de ces comportements ainsi que l'organisation et la distribution de ces comportements.

Nous pouvons reprendre ici, dans notre réflexion sur le choix d'un cadre d'intervention, les questions posées par R Gagnayre et P. Lombrail concernant l'éducation thérapeutique du patient : « qu'est-ce qui marche, pour qui, dans quel contexte et à quelles conditions ? » [Gagnayre, 2015]. *« Comment modéliser des activités et des programmes qui prennent en compte la polypathologie, notamment selon les stratégies de priorisation du patient, et qui intègrent les progrès dans la compréhension de la Health Literacy ou l'importance de la dimension culturelle dans certains bassins de population ? »* [Gagnayre, 2015].

Ce qui est important à ce stade de notre recherche est de soutenir le processus d'apprentissage de la personne âgée sur sa santé orale en lien avec ses capacités, ses ressources, son état de santé générale et son environnement. Sachant qu'une intervention efficace l'est souvent parce qu'elle transforme le contexte [Gagnayre, 2015].

Conclusion

La thématique de la santé bucco-dentaire des personnes âgées est un enjeu de santé publique majeur par son ampleur (la majorité de cette population a une santé bucco-dentaire non satisfaisante), par son influence sur l'état de santé général de l'individu, par sa prise en considération tardive et de faible implication par les politiques de santé. Afin d'anticiper pour les générations à venir, le vécu douloureux de la génération actuelle tant physique dans la bouche que dans l'estime de soi ou la confrontation à la limite de leur accès aux soins, il est évident que la personne âgée autonome doit pouvoir bénéficier d'actions de prévention en santé qui sont reconnues comme pertinentes dans le champs de l'odontologie.

L'éducation en santé orale a une place prépondérante dans cette perspective de prévention. En effet, l'état oral est intimement lié au comportement de santé de l'individu. Nous avons vu que dans tous les freins existants, celui des représentations est l'un des plus présents.

Notre thèse s'intéresse donc à la mise en évidence de la place des représentations cognitives dans le comportement de santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes. Ce travail de recherche propose un changement de paradigme sur la promotion de la santé orale des personnes âgées autonomes.

Notre cadre de modélisation s'inclut dans le méta modèle biopsychosocial. Il empreinte au modèle écologique de développement humain de Bronfenbrenner, au modèle de l'actualisation optimale du potentiel en lien avec le sens de la vie de G. Leclerc et au *Health Belief Model* pour s'inscrire dans le modèle de planification Precede Proceed de Green et Kreuter.

Notre concept de représentations cognitives s'inscrit dans une approche psychocognitive en s'adossant aux travaux de Meunier (2002) et de Apostolidis (2002).

Nous avons mené 12 entretiens à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif et du GOHA. Il a été questionné l'état de santé déclaré, la santé subjective en se référant au *Health Belief Model* et l'environnement du répondant. Suivant les préceptes d'une

méthode d'analyse par théorisation ancrée (Paillé, 1994), nous avons entrepris notre recherche selon le principe de comparaison constante entre les données empiriques recueillies et les résultats de l'analyse des entretiens précédents. Il a été mis en évidence la place relative des représentations cognitives, des connaissances et de l'affirmation « *je ne sais pas* » autour de la santé bucco-dentaire. Ont été soulignés le positionnement de la mauvaise santé bucco-dentaire comme état de référence dans les discours des répondants, la reconnaissance unanime de l'utilité d'avoir une bonne santé bucco-dentaire, la définition de nombreuses catégories qui participent à la définition du comportement de santé de l'individu et afin la place des représentations cognitives dans le comportement de santé orale.

L'étape de mise en relation met en évidence le rapport entre la cavité buccale et le rapport à soi via des considérations esthétiques, la perception proportionnelle de la gravité de la santé orale par rapport à la santé générale et le concept d'effet générationnel développé par Ettinger (2007). L'étape d'intégration fait apparaître un comportement de santé orale complexe et multifactoriel. Il est identifié des représentations cognitives favorables ou non favorables qui peuvent se situer à deux niveaux dans le comportement. Un premier niveau comme facteur de construction du comportement de santé, nommé dans notre travail : représentations cognitives sur la santé bucco-dentaire. Un deuxième niveau comme élément explicatif pour l'individu de son comportement de santé orale, nommé dans notre travail : représentations cognitives sur les maladies bucco-dentaires. Les autres facteurs influençant sont, entre autres, les connaissances, les expériences, l'affirmation « *je ne sais pas* », la perception de gravité proportionnelle.

Ce travail de recherche peut être discuté tant dans le choix de son cadre théorique que dans les résultats de l'étude menée à partir de 12 verbatim. Cependant, il propose un positionnement argumenté sur un sujet innovant amenant à un changement de paradigme en odontologie. De ce fait, il questionne des termes quotidiens de ce champ médical comme la définition de la santé bucco-dentaire, les caractéristiques d'un comportement de santé bucco-dentaire favorable, la conceptualisation d'un programme d'éducation en santé propre à cette discipline.

Aussi, au delà des résultats et des discussions, s'ouvrent d'autres perspectives de recherches comme la nécessité d'un engagement politique de promotion de la santé orale des personnes âgées, une caractérisation plus fine et pertinente du comportement de santé orale, une réflexion sur le type de démarche d'éducation en santé orale à mener, pour qui et pour quoi.

L'odontologie est une discipline transversale, de nombreux facteurs influencent la santé d'un individu. Cette transversalité impose une approche centrée sur le patient dans une vision systémique de celui-ci. Il ne peut pas être mise à l'écart dans une intervention d'éducation en santé orale. Basé sur des éléments communs, nous pouvons envisager qu'il existera plusieurs conceptions possibles d'un programme d'éducation en santé orale selon la population, les objectifs de santé déterminés, le choix de la méthode éducative.

BIBLIOGRAPHIE

Articles

1. Aida J., Kondo K., Hirai H., Nakade M., Yamamoto T., Hanibuchi T., Osaka K., Sheiham A., Tsakos G., Watt R. G. « Association between dental status and incident disability in an older Japanese population ». *J. Am. Geriatr. Soc.* [En ligne]. février 2012. Vol. 60, n°2, p. 338-343. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03791.x> >
2. Alcino Gueiros Luiz M. S. M. S. « Impact of ageing and drug consumption on oral health. » *Gerodontology* [En ligne]. 2009. Vol. 26, n°4, p. 297-301. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2009.00284.x> >
3. Al-Haboubi M., Zoitopoulos L., Beighton D., Gallagher J. « Oral health patterns of independently living dentate older people: a cross-sectional survey of dental attendees in south-east London ». *Gerodontology* [En ligne]. 2013. p. n/a–n/a. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/ger.12033> >
4. Anastassia E K. « Is Europe prepared to meet the oral health needs of older people? ». *Gerodontology* [En ligne]. juin 2012. Vol. 29, n°2, p. e1230-1240. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2010.00445.x> >
5. Apostolidis T., Duveen G., Kalampalikis N. « Représentations et croyances ». *Psychol. Société.* 2002. n°5, p. 7–11.
6. Arcury T. A., Bell R. A., Anderson A. M., Chen H., Savoca M. R., Kohrman T., Quandt S. A. « Oral Health Self-Care Behaviors of Rural Older Adults ». *J. Public Health Dent.* [En ligne]. 2009. Vol. 69, n°3, p. 182-189. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2009.00121.x> >
7. Arcury T. A., Savoca M. R., Anderson A. M., Chen H., Gilbert G. H., Bell R. A., Leng X., Reynolds T., Quandt S. A. « Dental Care Utilization among North Carolina Rural Older Adults ». *J. Public Health Dent.* [En ligne]. 2012. Vol. 72, n°3, p. 190-197. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2012.00329.x> >
8. Armfield J. M., Stewart J. F., Spencer A. J. « The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear ». *BMC Oral Health* [En ligne]. 2007. Vol. 7, p. 1. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1186/1472-6831-7-1> >
9. Azogui-Levy S. « Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. » *IRDES.* mai 2005. Vol. 94, p. 8p.
10. Azogui-Levy S., Boy-Lefèvre M.-L. « La santé bucco-dentaire en France ». *Actual. Doss. En Santé Publique.* 2005. Vol. 51, p. 4–8.

11. De Baat C., Kalk W., Schuil G. R. « The effectiveness of oral hygiene programmes for elderly people--a review ». *Gerodontology*. décembre 1993. Vol. 10, n°2, p. 109-113.
12. Baranès JJ L. A. « Une nouvelle approche de l'odontologie gériatrique. » *Inf. Dent*. 2008. Vol. 29, n°3, p. 1576-1577.
13. Basak Cinar A., Schou L. « Health promotion for patients with diabetes: health coaching or formal health education? ». *Int. Dent. J.* [En ligne]. février 2014. Vol. 64, n°1, p. 20-28. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/idj.12058> >
14. Bedi R., McGrath C. « Factors associated with dental anxiety among older people in Britain ». *Gerodontology*. décembre 2000. Vol. 17, n°2, p. 97-103.
15. Benyamini Y., Leventhal H., Leventhal E. A. E. A. « Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction ». *Soc. Sci. Med.* 1982 [En ligne]. septembre 2004. Vol. 59, n°5, p. 1109-1116. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.12.021> >
16. Bérardier M C. E. « L'évolution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) de 2002 à 2009 ». *Etudes Résultats Dress*. 2011. Vol. 780, p. 1-.
17. Billon J. « Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé ». *Spirale*. 2000. Vol. 25, p. 17-30.
18. Birou Gérard. « Résultats d'un programme de prévention bucco-dentaire ». *Gérontologie Société*. mai 2012. n°HS 1, p. 173-178.
19. Blanchoz JM. « L'état de santé bucco-dentaire des ressortissants de la Mutualité sociale agricole de 65 ans ayant participé à un examen de prévention, France, 2008 ». *BEH*. 2011. Vol. 32, p. 349-351.
20. Bonwell P. B., Parsons P. L., Best A. M., Hise S. « An Interprofessional Educational Approach to Oral Health Care in the Geriatric Population ». *Gerontol. Geriatr. Educ.* [En ligne]. 5 août 2013. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1080/02701960.2013.827572> >
21. Borreani E., Jones K., Scambler S., Gallagher J. E. « Informing the debate on oral health care for older people: a qualitative study of older people's views on oral health and oral health care ». *Gerodontology* [En ligne]. 1 mars 2010. Vol. 27, n°1, p. 11-18. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2009.00274.x> >
22. Borreani E., Wright D., Scambler S., Gallagher J. E. « Minimising barriers to dental care in older people ». *BMC Oral Health* [En ligne]. 26 mars 2008. Vol. 8, p. 7. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1186/1472-6831-8-7> >

23. Bots-VantSpijker P. C., Vanobbergen J. N. O., Schols J. M. G. A., Schaub R. M. H., Bots C. P., De Baat C. « Barriers of delivering oral health care to older people experienced by dentists: a systematic literature review ». *Community Dent. Oral Epidemiol.* [En ligne]. 1 avril 2014. Vol. 42, n°2, p. 113-121. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/cdoe.12068> >
24. BourdessoL H., Pin S. « Préférences et attentes des personnes âgées en matière d'information sur la snaté et la prévention ». *Inpes* [En ligne]. Mai 2009. n°N°17,. Disponible sur : < <http://193.252.109.17/fregif/docs/gerontologie-et-seniors/attentes-seniors-prevention-inpes-13.pdf> >
25. Brennan D. S., Singh K. A. « Dietary, self-reported oral health and socio-demographic predictors of general health status among older adults ». *J. Nutr. Health Aging.* mai 2012. Vol. 16, n°5, p. 437-441.
26. Brennan D. S., Singh K. A. « General health and oral health self-ratings, and impact of oral problems among older adults ». *Eur. J. Oral Sci.* [En ligne]. décembre 2011. Vol. 119, n°6, p. 469-473. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2011.00873.x> >
27. Buglar M. E., White K. M., Robinson N. G. « The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: testing an extended Health Belief Model ». *Patient Educ. Couns.* [En ligne]. février 2010. Vol. 78, n°2, p. 269-272. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.06.014> >
28. Carvalho V. L. R. De, Mesas A. E., Andrade S. M. De. « Aplicação e análise de uma atividade de educação em saúde bucal para idosos ». *Espaç Saúde Online.* juin 2006. Vol. 7, n°2, p. 1-7.
29. Chalmers J. M., Ettinger R. L. « Public health issues in geriatric dentistry in the United States ». *Dent. Clin. North Am.* [En ligne]. avril 2008. Vol. 52, n°2, p. 423-446, vii-viii. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.cden.2007.12.004> >
30. Chávarry N. G. M., Vettore M. V., Sansone C., Sheiham A. « The relationship between diabetes mellitus and destructive periodontal disease: a meta-analysis ». *Oral Health Prev. Dent.* 2009. Vol. 7, n°2, p. 107-127.
31. Chen X., Clark J. J., Preisser J. S., Naorunroj S., Shuman S. K. « Dental caries in older adults in the last year of life ». *J. Am. Geriatr. Soc.* [En ligne]. août 2013. Vol. 61, n°8, p. 1345-1350. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/jgs.12363> >
32. Chhabra N., Chhabra A. « Parental knowledge, attitudes and cultural beliefs regarding oral health and dental care of preschool children in an Indian population: a quantitative study ». *Eur. Arch. Paediatr. Dent. Off. J. Eur. Acad. Paediatr. Dent.* avril 2012. Vol. 13, n°2, p. 76-82.

33. Chin J., Morrow D. G., Stine-Morrow E. A. L., Conner-Garcia T., Graumlich J. F., Murray M. D. « The process-knowledge model of health literacy: evidence from a componential analysis of two commonly used measures ». *J. Health Commun.* [En ligne]. 2011. Vol. 16 Suppl 3, p. 222-241. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604702> >
34. Coste F. « Incarnation, cognition et représentation : comment les sciences cognitives pensent-elles le corps ? ». *Tracés Rev. Sci. Hum.* [En ligne]. 1 janvier 2003. n°2,. Disponible sur : < <https://doi.org/10.4000/traces.4135> >
35. Crosby R., Noar S. M. « What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED ». *J. Public Health Dent.* [En ligne]. 1 janvier 2011. Vol. 71, p. S7-S15. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2011.00235.x> >
36. Dable R. A., Nazirkar G. S., Singh S. B., Wasnik P. B. « Assessment of Oral Health Related Quality of Life Among Completely Edentulous Patients in Western India by Using GOHAI ». *J. Clin. Diagn. Res. JCDR* [En ligne]. septembre 2013. Vol. 7, n°9, p. 2063-2067. Disponible sur : < <https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/6377.3406> >
37. Danet Sandrine, Cocagne Nicolas, Fourcade Aurélie. « L'état de santé de la population en France. Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2009-2010 ». *Drees.* janvier 2011. n°747,.
38. De Marchi R. J., Leal A. F., Padilha D. M., Brondani M. A. « Vulnerability and the psychosocial aspects of tooth loss in old age: a Southern Brazilian study ». *J. Cross-Cult. Gerontol.* [En ligne]. septembre 2012. Vol. 27, n°3, p. 239-258. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1007/s10823-012-9170-5> >
39. De Visschere L. M., Vanobbergen J. N. « Oral health care for frail elderly people: actual state and opinions of dentists towards a well-organised community approach ». *Gerodontology* [En ligne]. septembre 2006. Vol. 23, n°3, p. 170-176. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2006.00126.x> >
40. Doumont D., Libion F., Deccache A. « Les personnes âgées et leur santé: Besoins, représentations, comportements,...(2 ème partie) ». *UCL-RESO Unité d'Education Pour Santé* [En ligne]. 1999. Vol. 6,. Disponible sur : < <https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/reso/documents/dos3.PDF> >
41. Dow A., Thibault G. « Interprofessional Education — A Foundation for a New Approach to Health Care ». *N. Engl. J. Med.* [En ligne]. 31 août 2017. Vol. 377, n°9, p. 803-805. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1056/NEJMp1705665> >
42. Dubois D., Denis M. « La représentation cognitive : quelques modèles récents ». *Année Psychol.* [En ligne]. 1976. Vol. 76, n°2, p. 541-562. Disponible sur : < <https://doi.org/10.3406/psy.1976.28161> >

43. Dumitrescu A. L., Dogaru B. C., Dogaru C. D. « Self-control and self-confidence: their relationship to self-rated oral health status and behaviours ». *Oral Health Prev. Dent.* 2009. Vol. 7, n°2, p. 155-162.
44. Ebihara S., Kohzuki M., Sumi Y., Ebihara T. « Sensory Stimulation to Improve Swallowing Reflex and Prevent Aspiration Pneumonia in Elderly Dysphagic People ». *J. Pharmacol. Sci.* 2011. Vol. 115, n°2, p. 99-104.
45. El-Solh A. A. « Association between pneumonia and oral care in nursing home residents ». *Lung* [En ligne]. juin 2011. Vol. 189, n°3, p. 173-180. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1007/s00408-011-9297-0> >
46. Engel G. L. « The clinical application of the biopsychosocial model ». *Am J Psychiatry.* 1980. Vol. 137, n°5, p. 535-544.
47. Eriksen H. M., Dimitrov V. « Ecology of oral health: a complexity perspective ». *Eur. J. Oral Sci.* août 2003. Vol. 111, n°4, p. 285-290.
48. Eriksen H. M., Dimitrov V., Rohlin M., Petersson K., Svensäter G. « The oral ecosystem: implications for education ». *Eur. J. Dent. Educ. Off. J. Assoc. Dent. Educ. Eur.* [En ligne]. novembre 2006. Vol. 10, n°4, p. 192-196. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2006.00414.x> >
49. Estacio E. V. « Health literacy and community empowerment: it is more than just reading, writing and counting ». *J. Health Psychol.* [En ligne]. août 2013. Vol. 18, n°8, p. 1056-1068. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1177/1359105312470126> >
50. Ettinger R. L. « A 30-year review of a geriatric dentistry teaching programme ». *Gerodontology* [En ligne]. juin 2012. Vol. 29, n°2, p. e1252-1260. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00471.x> >
51. Ettinger R. L. « Cohort differences among aging populations: a challenge for the dental profession ». *Spec. Care Dent. Off. Publ. Am. Assoc. Hosp. Dent. Acad. Dent. Handicap. Am. Soc. Geriatr. Dent.* février 1993. Vol. 13, n°1, p. 19-26.
52. Ettinger R. L. « Management of the ageing dental patient ». *Ann. Acad. Med. Singapore.* septembre 1989. Vol. 18, n°5, p. 507-515.
53. Ettinger R. L. « Meeting Oral Health Needs to Promote the Well-Being of the Geriatric Population: Educational Research Issues ». *J. Dent. Educ.* 1 janvier 2010. Vol. 74, n°1, p. 29-35.
54. Ettinger R. L. « The development of geriatric dental education programs in Canada: an update ». *J. Can. Dent. Assoc.* 2010. Vol. 76, p. a1.

55. Ettinger R. L. « The unique oral health needs of an aging population ». *Dent. Clin. North Am.* octobre 1997. Vol. 41, n°4, p. 633-649.
56. Ettinger R. L., Mulligan R. « The future of dental care for the elderly population ». *J. Calif. Dent. Assoc.* septembre 1999. Vol. 27, n°9, p. 687-692.
57. Evren B. A., Uludamar A., Işeri U., Ozkan Y. K. « The association between socioeconomic status, oral hygiene practice, denture stomatitis and oral status in elderly people living different residential homes ». *Arch. Gerontol. Geriatr.* [En ligne]. décembre 2011. Vol. 53, n°3, p. 252-257. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.12.016> >
58. Federman Alex D. « Health Literacy and Cognitive Performance among Older Adults ». *J Am Geriatr Soc.* août 2009. Vol. 57, n°(8), p. 1475-1480.
59. Freeman R. « The psychology of dental patient care. 5. The determinants of dental health attitudes and behaviours ». *Br. Dent. J.* 10 juillet 1999. Vol. 187, n°1, p. 15-18.
60. Furuta M., Komiya-Nonaka M., Akifusa S., Shimazaki Y., Adachi M., Kinoshita T., Kikutani T., Yamashita Y. « Interrelationship of oral health status, swallowing function, nutritional status, and cognitive ability with activities of daily living in Japanese elderly people receiving home care services due to physical disabilities ». *Community Dent. Oral Epidemiol.* [En ligne]. 30 août 2012. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/cdoe.12000> >
61. Gagnayre R., Lombrail P. « De la pratique à la recherche en éducation thérapeutique du patient ». *GIS- IReSP* [En ligne]. Juin 2015. n°29,. Disponible sur : < http://www.iresp.net/files/2015/06/QSP_IReSP-n--29.Web_.pdf >
62. Garcia R. I., Cadoret C., Henshaw M. « Multicultural Issues in Oral Health ». *Dent. Clin. North Am.* [En ligne]. avril 2008. Vol. 52, n°2, p. 319-vi. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.cden.2007.12.006> >
63. Garrido Urrutia C., Romo Ormazábal F., Espinoza Santander I., Medics Salvo D. « Oral health practices and beliefs among caregivers of the dependent elderly ». *Gerodontology* [En ligne]. juin 2012. Vol. 29, n°2, p. e742-747. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00553.x> >
64. Gooch B. F., Malvitz D. M., Griffin S. O., Maas W. R. « Promoting the oral health of older adults through the chronic disease model: CDC's perspective on what we still need to know ». *J. Dent. Educ.* septembre 2005. Vol. 69, n°9, p. 1058-1063.
65. Gregory J., Thomson W. M., Broughton J. R., Cullinan M. P., Seymour G. J., Kieser J. A., Donaghy M.-A., Shearer D. M. « Experiences and perceptions of oral health and oral health care among a sample of older New Zealanders ». *Gerodontology* [En

- ligne]. mars 2012. Vol. 29, n°1, p. 54-63. Disponible sur : <
<https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2010.00402.x> >
66. Hakuta C., Mori C., Ueno M., Shinada K., Kawaguchi Y. « Evaluation of an oral function promotion programme for the independent elderly in Japan ». *Gerodontology* [En ligne]. décembre 2009. Vol. 26, n°4, p. 250-258. Disponible sur : <
<https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2008.00269.x> >
67. Hämäläinen P., Meurman J. H., Kauppinen M., Keskinen M. « Oral infections as predictors of mortality ». *Gerodontology* [En ligne]. 2005. Vol. 22, n°3, p. 151–157. Disponible sur : <
<https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2005.00064.x> >
68. Hebling E., Pereira A. C. « Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people ». *Gerodontology* [En ligne]. septembre 2007. Vol. 24, n°3, p. 151-161. Disponible sur : <
<https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2007.00178.x> >
69. Hintao J., Teanpaisan R., Chongsuvivatwong V., Dahlen G., Rattarasarn C. « Root surface and coronal caries in adults with type 2 diabetes mellitus ». *Community Dent. Oral Epidemiol.* [En ligne]. août 2007. Vol. 35, n°4, p. 302-309. Disponible sur : <
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00325.x> >
70. Hosseinpoor A. R., Itani L., Petersen P. E. « Socio-economic inequality in oral healthcare coverage: results from the World Health Survey ». *J. Dent. Res.* [En ligne]. mars 2012. Vol. 91, n°3, p. 275-281. Disponible sur : <
<https://doi.org/10.1177/0022034511432341> >
71. Ikebe K., Matsuda K., Kagawa R., Enoki K., Okada T., Yoshida M., Maeda Y. « Masticatory performance in older subjects with varying degrees of tooth loss ». *J. Dent.* [En ligne]. janvier 2012. Vol. 40, n°1, p. 71-76. Disponible sur : <
<https://doi.org/10.1016/j.jdent.2011.10.007> >
72. Ikebe K., Matsuda K., Kagawa R., Enoki K., Yoshida M., Maeda Y., Nokubi T. « Association of masticatory performance with age, gender, number of teeth, occlusal force and salivary flow in Japanese older adults: is ageing a risk factor for masticatory dysfunction? ». *Arch. Oral Biol.* [En ligne]. octobre 2011. Vol. 56, n°10, p. 991-996. Disponible sur : <
<https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2011.03.019> >
73. Ikebe K., Matsuda K.-I., Morii K., Nokubi T., Ettinger R. L. « The relationship between oral function and body mass index among independently living older Japanese people ». *Int. J. Prosthodont.* décembre 2006. Vol. 19, n°6, p. 539-546.
74. Ikebe K., Nokubi T., Ettinger R. L. « Utilization of dental health services by community-dwelling older adults in Japan who attended a weekly educational programme ». *Gerodontology*. décembre 2002. Vol. 19, n°2, p. 115-122.

75. D'Ivernois J.-F., Gagnayre R. « Mettre en oeuvre l'éducation thérapeutique ». *AdSP*. 2001. Vol. 36, p. 11–13.
76. D'Ivernois J.-F., Gagnayre R., Les membres du groupe de travail de l'IPCEM. « Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition ». *Educ. Thérapeutique Patient - Ther. Patient Educ*. [En ligne]. 11 avril 2011. Vol. 3, n°2, p. S201-S205. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1051/tpe/2011103> >
77. Jablonski R. A., Munro C. L., Grap M. J., Schubert C. M., Ligon M., Spigelmyer P. « Mouth care in nursing homes: knowledge, beliefs, and practices of nursing assistants ». *Geriatr. Nurs. N. Y. N* [En ligne]. avril 2009. Vol. 30, n°2, p. 99-107. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2008.06.010> >
78. Jamieson L. M., Divaris K., Parker E. J., Lee J. Y. « Oral health literacy comparisons between Indigenous Australians and American Indians ». *Community Dent. Health*. mars 2013. Vol. 30, n°1, p. 52-57.
79. Joaquim A. M. C., Wyatt C. C. L., Aleksejūnienė J., Greggi S. L. A., Pegoraro L. F., Kiyak H. A. « A comparison of the dental health of Brazilian and Canadian independently living elderly ». *Gerodontology* [En ligne]. décembre 2010. Vol. 27, n°4, p. 258-265. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2009.00340.x> >
80. Jonas N. « Pour les générations les plus récentes, les difficultés des adultes diminuent à l'écrit mais augmentent en calcul ». *Insee Prem*. Décembre 2012. Vol. 1426, p. 4p.
81. Kengne Talla P., Gagnon M. P., Dramaix M., Leveque A. « Hygiène dentaire et caractéristiques prothétiques de la population belge : analyse des données de l'enquête nationale de santé 2004 ». *Prat. Organ. Soins* [En ligne]. 2011. Vol. 42, n°4, p. 254-264. Disponible sur : < <https://doi.org/10.3917/pos.424.0255> >
82. Komulainen K., Ylöstalo P., Syrjälä A.-M., Ruoppi P., Knuuttila M., Sulkava R., Hartikainen S. « Determinants for preventive oral health care need among community-dwelling older people: a population-based study ». *Spec. Care Dentist*. [En ligne]. 2014. Vol. 34, n°1, p. 19–26. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/scd.12021> >
83. Konishi C., Hakuta C., Ueno M., Shinada K., Wright F. A. C., Kawaguchi Y. « Factors associated with self-assessed oral health in the Japanese independent elderly ». *Gerodontology* [En ligne]. mars 2010. Vol. 27, n°1, p. 53-61. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2009.00310.x> >
84. Kossioni A. E., Karkazis H. C. « Development of a Gerodontology course in Athens: a pilot study ». *Eur. J. Dent. Educ. Off. J. Assoc. Dent. Educ. Eur*. [En ligne]. août 2006.

Vol. 10, n°3, p. 131-136. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2006.00402.x> >

85. Kossioni A., Vanobbergen J., Newton J., Müller F., Heath R. « European College of Gerodontology: undergraduate curriculum guidelines in Gerodontology ». *Gerodontology* [En ligne]. 1 septembre 2009. Vol. 26, n°3, p. 165-171. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2009.00296.x> >
86. Lacoste-Ferré M.-H., Hermabessière S., Jézéquel F., Rolland Y. « [Oral ecosystem in elderly people] ». *Gériatrie Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.* [En ligne]. juin 2013. Vol. 11, n°2, p. 144-150. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1684/pnv.2013.0401> >
87. Laraway D. C., Lakshmiah R., Lowe D., Roe B., Rogers S. N. « Quality of life in older people with oral cancer ». *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* [En ligne]. décembre 2012. Vol. 50, n°8, p. 715-720. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2012.01.010> >
88. Lee J. Y., Divaris K., Baker A. D., Rozier R. G., Vann W. F. « The Relationship of Oral Health Literacy and Self-Efficacy With Oral Health Status and Dental Neglect ». *Am. J. Public Health* [En ligne]. mai 2012. Vol. 102, n°5, p. 923-929. Disponible sur : < <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300291> >
89. Lee K. H., Wu B., Plassman B. L. « Cognitive function and oral health-related quality of life in older adults ». *J. Am. Geriatr. Soc.* [En ligne]. septembre 2013. Vol. 61, n°9, p. 1602-1607. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/jgs.12402> >
90. Leroy R., Declerck D. « Oral health-care utilization in adults with disabilities in Belgium ». *Eur. J. Oral Sci.* [En ligne]. 2013. Vol. 121, n°1, p. 36-42. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/eos.12015> >
91. Lexomboon D., Trulsson M., Wårdh I., Parker M. G. « Chewing ability and tooth loss: association with cognitive impairment in an elderly population study ». *J. Am. Geriatr. Soc.* [En ligne]. octobre 2012. Vol. 60, n°10, p. 1951-1956. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04154.x> >
92. Lindmark U., Hakeberg M., Hugoson A. « Sense of coherence and its relationship with oral health-related behaviour and knowledge of and attitudes towards oral health ». *Community Dent. Oral Epidemiol.* [En ligne]. décembre 2011. Vol. 39, n°6, p. 542-553. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2011.00627.x> >
93. Locker D., Allen F. « What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? ». *Community Dent. Oral Epidemiol.* [En ligne]. 2007. Vol. 35, n°6, p. 401-411. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00418.x> >
94. Lombrail P. « Un regard décalé sur la santé publique, Public health from a different perspective ». *Trib. Santé.* 11 janvier 2017. n°53, p. 23-34.

95. Lombrail P., Pascal J. « Inégalités sociales de santé et accès aux soins ». *Trib. Santé*. 2005. Vol. no 8, n°3, p. 31-39.
96. Van der Maarel-Wierink C. D., Vanobbergen J. N. O., Bronkhorst E. M., Schols J. M. G. A., De Baat C. « Risk factors for aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature review ». *J. Am. Med. Dir. Assoc.* [En ligne]. juin 2011. Vol. 12, n°5, p. 344-354. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.12.099> >
97. MacEntee M. I., Mariño R., Wong S., Kiyak A., Minichiello V., Chi I., Lo E. C. M., Huancai L. « Discussions on oral health care among elderly Chinese immigrants in Melbourne and Vancouver ». *Gerodontology* [En ligne]. juin 2012. Vol. 29, n°2, p. e822-832. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00568.x> >
98. Madrid C Et Al. « Santé buccale : déterminants sociaux d'un terrain majeur des inégalités ». *ORL*. 30 septembre 2009. Vol. Volume 219, n°35, p. 1946-1951.
99. Maida C. A., Marcus M., Spolsky V. W., Wang Y., Liu H. « Socio-behavioral predictors of self-reported oral health-related quality of life ». *Qual. Life Res. Int. J. Qual. Life Asp. Treat. Care Rehabil.* [En ligne]. avril 2013. Vol. 22, n°3, p. 559-566. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0173-z> >
100. Maille G., Saliba-Serre B., Ferrandez A.-M., Ruquet M. « Use of care and the oral health status of people aged 60 years and older in France: results from the National Health and Disability Survey ». *Clin. Interv. Aging* [En ligne]. 2017. Vol. 12, p. 1159-1166. Disponible sur : < <https://doi.org/10.2147/CIA.S135542> >
101. Margat A., Andrade V. D., Gagnayre R. « « Health Literacy » et éducation thérapeutique du patient ». *Educ Ther Patient Ther Patient Educ* [En ligne]. 2014. Vol. 6, n°1, p. 10105. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1051/tpe/2014009> >
102. Mariño R., Calache H., Wright C., Schofield M., Minichiello V. « Oral health promotion programme for older migrant adults ». *Gerodontology*. décembre 2004. Vol. 21, n°4, p. 216-225.
103. Mariño R. J., Marwaha P., Barrow S.-Y. « Web-based oral health promotion program for older adults: Development and preliminary evaluation ». *Int. J. Med. Inf.* [En ligne]. juillet 2016. Vol. 91, p. e9-e15. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.04.002> >
104. Mariño R., Minichiello V., Wright C., Schofield M. « Oral health beliefs and practices among Greek and Italian older Australians: A focus group approach ». *Australas. J. Ageing* [En ligne]. 1 décembre 2002. Vol. 21, n°4, p. 193-198. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2002.tb00446.x> >
105. Mårtensson C., Söderfeldt B., Andersson P., Halling A., Renvert S. « Factors behind change in knowledge after a mass media campaign targeting periodontitis ». *Int. J.*

- Dent. Hyg.* [En ligne]. février 2006. Vol. 4, n°1, p. 8-14. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2006.00158.x> >
106. Mårtensson L., Hensing G. « Health literacy -- a heterogeneous phenomenon: a literature review ». *Scand. J. Caring Sci.* [En ligne]. mars 2012. Vol. 26, n°1, p. 151-160. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x> >
107. Martins A. B., Dos Santos C. M., Hilgert J. B., De Marchi R. J., Hugo F. N., Pereira Padilha D. M. « Resilience and Self-Perceived Oral Health: A Hierarchical Approach ». *J. Am. Geriatr. Soc.* [En ligne]. 1 avril 2011. Vol. 59, n°4, p. 725-731. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03350.x> >
108. De Mata C., McKenna G., Burke F. M. « Caries and the older patient ». *Dent. Update.* août 2011. Vol. 38, n°6, p. 376-378, 381.
109. Matthews D. C., Brillant M. G. S., Clovis J. B., McNally M. E., Filiaggi M. J., Kotzer R. D., Lawrence H. P. « Assessing the oral health of an ageing population: methods, challenges and predictors of survey participation ». *Gerodontology* [En ligne]. juin 2012. Vol. 29, n°2, p. e656-666. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00540.x> >
110. McCord J. F., Wilson M. C. « Social problems in geriatric dentistry: an overview ». *Gerodontology.* décembre 1994. Vol. 11, n°2, p. 63-66.
111. McGrath C., Bedi R. « A study of the impact of oral health on the quality of life of older people in the UK--findings from a national survey ». *Gerodontology.* 1998. Vol. 15, n°2, p. 93-98.
112. McGrath C., Zhang W., Lo E. C. « A review of the effectiveness of oral health promotion activities among elderly people ». *Gerodontology* [En ligne]. juin 2009. Vol. 26, n°2, p. 85-96. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2008.00232.x> >
113. McNally M. E., Martin-Misener R., Wyatt C. C. L., McNeil K. P., Crowell S. J., Matthews D. C., Clovis J. B. « Action Planning for Daily Mouth Care in Long-Term Care: The Brushing Up on Mouth Care Project ». *Nurs. Res. Pract.* [En ligne]. 5 avril 2012. Vol. 2012,. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1155/2012/368356> >
114. Mendes D. C., Poswar F. de O., De Oliveira M. V. M., Haikal D. S., Da Silveira M. F., Martins A. M. E. de B. L., De Paula A. M. B. « Analysis of socio-demographic and systemic health factors and the normative conditions of oral health care in a population of the Brazilian elderly ». *Gerodontology* [En ligne]. juin 2012. Vol. 29, n°2, p. e206-214. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2010.00446.x> >

115. Metcalf S. S., Northridge M. E., Lamster I. B. « A systems perspective for dental health in older adults ». *Am. J. Public Health* [En ligne]. octobre 2011. Vol. 101, n°10, p. 1820-1823. Disponible sur : < <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300321> >
116. Montaut A. « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes : premiers résultats de l'enquête Handicap-santé 2008. » *Etudes Résultats Drees*. 2010. Vol. 715, p. 8p.
117. Moriya S., Tei K., Murata A., Muramatsu M., Inoue N., Miura H. « Relationships between Geriatric Oral Health Assessment Index scores and general physical status in community-dwelling older adults ». *Gerodontology* [En ligne]. juin 2012. Vol. 29, n°2, p. e998-1004. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00597.x> >
118. De Moura W. V. B., Da Frota D. P. T., De Aguiar A. S. W., De Sousa Furtado G. E., De Almeida M. E. L., Costa I. do C. C. « Self-perception of oral health in older adults: an important input into public policy-making ». *J. Am. Geriatr. Soc.* [En ligne]. septembre 2011. Vol. 59, n°9, p. 1764-1766. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03582.x> >
119. Mysore A. R., Aras M. A. « Understanding the psychology of geriatric edentulous patients ». *Gerodontology* [En ligne]. juin 2012. Vol. 29, n°2, p. e23-27. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00496.x> >
120. Naka O., Anastassiadou V. « Assessing oral health promotion determinants in active Greek elderly ». *Gerodontology* [En ligne]. juin 2012. Vol. 29, n°2, p. e427-434. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00491.x> >
121. Nalliah R. P., Lee M. K., Rampa S., Whitcomb M., Allareddy V., Allareddy V. « Hospital-based ED visits with dental conditions among geriatric patients ». *J. Mass. Dent. Soc.* 2013. Vol. 62, n°2, p. 24-28.
122. Niederman R. « Psychological approaches may improve oral hygiene behaviour ». *Evid. Based Dent.* [En ligne]. 2007. Vol. 8, n°2, p. 39-40. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6400487> >
123. Nitschke I., Ilgner A., Müller F. « Barriers to provision of dental care in long-term care facilities: the confrontation with ageing and death ». *Gerodontology*. septembre 2005. Vol. 22, n°3, p. 123-129.
124. Nitschke I., Kunze J., Reiber T., Sobotta B. A. J. « Development of Undergraduate Gerodontology Courses in Austria, Switzerland, and Germany from 2004 to 2009 ». *J. Dent. Educ.* 1 mai 2013. Vol. 77, n°5, p. 630-639.
125. Ojofeitimi E. O., Adedigba M. A., Ogunbodede E. O., Fajemilehin B. R., Adegbehingbe B. O. « Oral health and the elderly in Nigeria: a case for oral health

- promotion ». *Gerodontology* [En ligne]. décembre 2007. Vol. 24, n°4, p. 231-234. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2007.00191.x> >
126. Okamoto N., Tomioka K., Saeki K., Iwamoto J., Morikawa M., Harano A., Kurumatani N. « Relationship between swallowing problems and tooth loss in community-dwelling independent elderly adults: the Fujiwara-kyo study ». *J. Am. Geriatr. Soc.* [En ligne]. mai 2012. Vol. 60, n°5, p. 849-853. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03935.x> >
127. Ozkan Y., Ozcan M., Kulak Y., Kazazoglu E., Arikan A. « General health, dental status and perceived dental treatment needs of an elderly population in Istanbul ». *Gerodontology* [En ligne]. mars 2011. Vol. 28, n°1, p. 28-36. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2010.00363.x> >
128. Paganini-Hill A., White S. C., Atchison K. A. « Dental health behaviors, dentition, and mortality in the elderly: the leisure world cohort study ». *J. Aging Res.* [En ligne]. 2011. Vol. 2011, p. 156061. Disponible sur : < <https://doi.org/10.4061/2011/156061> >
129. Paillé P. « L'analyse par théorisation ancrée ». *Cah. Rech. Sociol.* [En ligne]. 1994. n°23, p. 147-181. Disponible sur : < <https://doi.org/10.7202/1002253ar> >
130. Parker E. J., Jamieson L. M. « Associations between Indigenous Australian oral health literacy and self-reported oral health outcomes ». *BMC Oral Health* [En ligne]. 26 mars 2010. Vol. 10, n°1, p. 3. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1186/1472-6831-10-3> >
131. Petersen P. E., Bourgeois D., Ogawa H., Estupinan-Day S., Ndiaye C. « The global burden of oral diseases and risks to oral health ». *Bull. World Health Organ.* [En ligne]. septembre 2005. Vol. 83, n°9, p. 661-669. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1186/1472-6831-10-3> >
132. Petersen P. E., Kandelman D., Arpin S., Ogawa H. « Global oral health of older people--call for public health action ». *Community Dent. Health.* décembre 2010. Vol. 27, n°4 Suppl 2, p. 257-267.
133. Petersen P. E., Yamamoto T. « Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme ». *Community Dent. Oral Epidemiol.* [En ligne]. 1 avril 2005. Vol. 33, n°2, p. 81-92. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x> >
134. Pizem P., Dedobbeleer N. « Validation préliminaire d'une affiche sur l'hygiène buccale des personnes âgées, Summary ». *Santé Publique.* 1 janvier 2008. Vol. 13, n°3, p. 277-285.

135. Pla Anne. « Bilan démographique 2008. Plus d'enfants, de plus en plus tard ». *Insee Prem.* 2009. Vol. janvier, n°1220, p. 1-4.
136. Van der Putten G.-J., De Baat C., De Visschere L., Schols J. « Poor oral health, a potential new geriatric syndrome ». *Gerodontology* [En ligne]. février 2014. Vol. 31 Suppl 1, p. 17-24. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/ger.12086> >
137. R. G. Watt. « The role of the dental team in promoting health equity ». *Br. Dent. J.* janvier 2014. Vol. 216, n°1, p. 11-14.
138. Ransdell L. « Using the PRECEDE-PROCEED Model to Increase Productivity in Health Education Faculty ». 1 janvier 2001.
139. Reis S. C. G. B., Marcelo V. C., Da Silva E. T., Leles C. R. « Oral health of institutionalised elderly: a qualitative study of health caregivers' perceptions in Brazil ». *Gerodontology* [En ligne]. mars 2011. Vol. 28, n°1, p. 69-75. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2010.00366.x> >
140. Renz A., Ide M., Newton T., Robinson P. G., Smith D. « Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases ». *Cochrane Database Syst. Rev.* [En ligne]. 2007. n°2, p. CD005097. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005097.pub2> >
141. Requin P., Laffond T., Campos S., Dupuis V., Bourdel-Marchasson I. « Relationships between oral health, dysphagia and undernutrition in hospitalised elderly patients ». *Gerodontology* [En ligne]. 11 mars 2014. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/ger.12123> >
142. Rozier R. G. « Commentary on "oral health literacy: a pathway to reducing oral health disparities in Maryland" ». *J. Public Health Dent.* [En ligne]. 2012. Vol. 72 Suppl 1, p. S32-33. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2011.00298.x> >
143. Rudd R. E. « Oral health literacy: correcting the mismatch ». *J. Public Health Dent.* [En ligne]. 2012. Vol. 72 Suppl 1, p. S31. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2011.00299.x> >
144. Santiago Delefosse M. « An Embodied-Socio-Psychological Perspective in Health Psychology?: Embodied-Socio-Psychological Perspective ». *Soc. Personal. Psychol. Compass* [En ligne]. mai 2011. Vol. 5, n°5, p. 220-230. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00345.x> >
145. Santiago-Delefosse M., Carral M. del R. « The Life-World and Its Multiple Realities: Alfred Schütz's Contribution to the Understanding of the Experience of Illness ». *Psychology* [En ligne]. 2015. Vol. 06, n°10, p. 1265-1276. Disponible sur : < <https://doi.org/10.4236/psych.2015.610124> >

146. Schaie K. W. « Toward a Stage Theory of Adult Cognitive Development ». *Int. J. Aging Hum. Dev.* [En ligne]. 1 mars 1978. Vol. 8, n°2, p. 129-138. Disponible sur : < <https://doi.org/10.2190/1TEA-M6PK-28A0-49HV> >
147. Scully C., Ettinger R. L. « The influence of systemic diseases on oral health care in older adults ». *J. Am. Dent. Assoc.* 1939. septembre 2007. Vol. 138 Suppl, p. 7S-14S.
148. Séguier S., Bodineau A., Giacobbi A., Tavernier J. C., Folliguet M. « Pathologies bucco-dentaires du sujet âgé: répercussions sur la nutrition et la qualité de vie ». *Comm. Santé Publique Rapp.* [En ligne]. 2009. Disponible sur : < http://psa.auvergne.free.fr/news1_51/telechargement/pathologie_sujet_agees.pdf >
149. Serper M., Patzer R. E., Curtis L. M., Smith S. G., O’Conor R., Baker D. W., Wolf M. S. « Health Literacy, Cognitive Ability, and Functional Health Status among Older Adults ». *Health Serv. Res.* [En ligne]. 30 janvier 2014. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12154> >
150. Shah N. « Gender issues and oral health in elderly Indians ». *Int. Dent. J.* décembre 2003. Vol. 53, n°6, p. 475-484.
151. Shah N., Sundaram K. R. « Impact of socio-demographic variables, oral hygiene practices, oral habits and diet on dental caries experience of Indian elderly: a community-based study ». *Gerodontology.* mars 2004. Vol. 21, n°1, p. 43-50.
152. Singer M., Bulled N., Ostrach B., Mendenhall E. « Syndemics and the biosocial conception of health ». *The Lancet* [En ligne]. 4 mars 2017. Vol. 389, n°10072, p. 941-950. Disponible sur : < [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X) >
153. Singh K. A., Brennan D. S. « Chewing disability in older adults attributable to tooth loss and other oral conditions ». *Gerodontology* [En ligne]. juin 2012. Vol. 29, n°2, p. 106-110. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2010.00412.x> >
154. Slade G. D., Sanders A. E. « The paradox of better subjective oral health in older age ». *J. Dent. Res.* [En ligne]. novembre 2011. Vol. 90, n°11, p. 1279-1285. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1177/0022034511421931> >
155. Slaughter A., Evans L. K. « Culturally sensitive oral health educational materials for older African Americans ». *J. Health Care Poor Underserved* [En ligne]. novembre 2007. Vol. 18, n°4, p. 868-886. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1353/hpu.2007.0108> >
156. Soldani F. A., Young L., Jones K., Walsh T., Clarkson J. E. « One-to-one oral hygiene advice provided in a dental setting for oral health ». In : *Cochrane Database Syst. Rev.* [En ligne]. [s.l.] : John Wiley & Sons, Ltd, 1996. Disponible sur : <

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007447/abstract> >ISBN : 1465-1858.

157. Souza R., Baumgarten A., Toassi R. « Dental health education: A literature review ». *Rev. Odonto Ciênc.* 1 janvier 2014. Vol. 29, p. 18-26.
158. Sullivan J. « Challenges to oral healthcare for older people in domiciliary settings in the next 20 years: a general dental practitioner's perspective ». *Prim. Dent. Care J. Fac. Gen. Dent. Pract. UK* [En ligne]. juillet 2012. Vol. 19, n°3, p. 123-127. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1308/135576112802092206> >
159. Takeyoshi Yoneyama, Kenji Hashimoto, Hiroshi Fukuda, Masahiko Ishida, Hiroyuki Arai, Kiyohisa Sekizawa, Mutsuo Yamaya, Hidetada Sasaki. « Oral hygiene reduces respiratory infections in elderly bed-bound nursing home patients ». *Arch. Gerontol. Geriatr.* [En ligne]. janvier 1996. Vol. 22, n°1, p. 11-19. Disponible sur : < [https://doi.org/10.1016/0167-4943\(95\)00672-9](https://doi.org/10.1016/0167-4943(95)00672-9) >
160. Tashiro K., Katoh T., Yoshinari N., Hirai K., Andoh N., Makii K., Matsuo K., Ogasawara T. « The short-term effects of various oral care methods in dependent elderly: comparison between toothbrushing, tongue cleaning with sponge brush and wiping on oral mucous membrane by chlorhexidine ». *Gerodontology* [En ligne]. juin 2012. Vol. 29, n°2, p. e870-882. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00577.x> >
161. Tavitant P., Tosello A, Videau J., Cornubert L., Bonfil J.J. « Etat bucco-dentaire et statut nutritionnel: étude antro-épidémiologique chez les personnes âgées ». *Antropo* [En ligne]. 2010. Disponible sur : < <http://www.didac.ehu.es/antropo/22/22-3/Tavitian.htm> >
162. Tokuda Y., Doba N., Butler J. P., Paasche-Orlow M. K. « Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults ». *Patient Educ. Couns.* [En ligne]. juin 2009. Vol. 75, n°3, p. 411-417. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.03.031> >
163. Tomuro K. « Development of oral home telecare programme for the home-dwelling elderly: a pilot study ». *Gerodontology.* septembre 2004. Vol. 21, n°3, p. 177-180.
164. Tsakos G., Demakakos P., Breeze E., Watt R. G. « Social gradients in oral health in older adults: findings from the English longitudinal survey of aging ». *Am. J. Public Health* [En ligne]. octobre 2011. Vol. 101, n°10, p. 1892-1899. Disponible sur : < <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300215> >
165. Tubert-Jeannin S., Riordan P. J., Morel-Papernot A., Porcheray S., Saby-Collet S. « Validation of an oral health quality of life index (GOHAL) in France ». *Community*

- Dent. Oral Epidemiol.* [En ligne]. 2003. Vol. 31, n°4, p. 275-284. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2003.t01-1-00006.x> >
166. Unfer B., Braun K. O., Ferreira A. C. de O., Ruat G. R., Batista A. K. « Challenges and barriers to quality oral care as perceived by caregivers in long-stay institutions in Brazil ». *Gerodontology* [En ligne]. juin 2012. Vol. 29, n°2, p. e324-330. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00475.x> >
167. Vincelet C. « Etat bucco-dentaire et recours aux soins préventifs et curatifs de la population française adulte. » *ORSIF*. octobre 2008. p. 8.
168. Webb B. C., Thomas C. J., Whittle T. « A 2-year study of Candida-associated denture stomatitis treatment in aged care subjects ». *Gerodontology* [En ligne]. 2005. Vol. 22, n°3, p. 168–176. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2005.00065.x> >
169. Weening-Verbree L., Huisman-de Waal G., Van Dusseldorp L., Van Achterberg T., Schoonhoven L. « Oral health care in older people in long term care facilities: A systematic review of implementation strategies ». *Int. J. Nurs. Stud.* [En ligne]. 2 janvier 2013. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.004> >
170. Wehmeyer M. M. H., Corwin C. L., Guthmiller J. M., Lee J. Y. « The impact of oral health literacy on periodontal health status ». *J. Public Health Dent.* [En ligne]. 2 novembre 2012. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2012.00375.x> >
171. Wu B., Liang J., Plassman B. L., Remle R. C., Bai L. « Oral health among white, black, and Mexican-American elders: an examination of edentulism and dental caries ». *J. Public Health Dent.* [En ligne]. 2011. Vol. 71, n°4, p. 308-317. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2011.00273.x> >
172. Wyatt C. C. L. « A 5-year follow-up of older adults residing in long-term care facilities: utilisation of a comprehensive dental programme ». *Gerodontology* [En ligne]. 2009. Vol. 26, n°4, p. 282–290. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2009.00305.x> >
173. Yoshida M., Kikutani T., Yoshikawa M., Tsuga K., Kimura M., Akagawa Y. « Correlation between dental and nutritional status in community-dwelling elderly Japanese ». *Geriatr. Gerontol. Int.* [En ligne]. 2011. Vol. 11, n°3, p. 315–319. Disponible sur : < <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2010.00688.x> >

Ouvrages ou extraits d'ouvrage

174. Bronfenbrenner Urie. *Ecological models of human development*. In *International Encyclopedia of Education*. 2nd Ed. Oxford: Elsevier.[s.l.] : [s.n.], [s.d.].
175. Bruchon-Schweiter Marilou. *Psychologie de la santé: modèles, concepts et méthodes*. DUNOD.[s.l.] : [s.n.], 2002. 440 p.
176. Bury Jacques A. *L'éducation pour la santé. Concepts, enjeux et planification*. De Boeck Université.[s.l.] : [s.n.], 1988.
177. Charon J. *Parodontie médicale*. Edition CdP, 2ème Edition.[s.l.] : [s.n.], 2010. 471 p.
178. Chevalier J G. A. *Dictionnaire des symboles*. Robert Laffon/Jupiter.[s.l.] : [s.n.], 1982. 1060 p.
179. Chevalier Jean, Gheerbrant Alain. *Dictionnaire des symboles* . 2ème Ed.[s.l.] : Bouquins Robert Laffont/Jupiter, 1982. 1060 p.
180. Clancey W. J. *Situated Cognition: On Human Knowledge and Computer Representations*. [s.l.] : Cambridge University Press, 1997. 432 p. ISBN : 978-0-521-44871-0.
181. Deccache A. *Concepts et modèles en éducation pour la santé, éducation pour la santé et promotion de la santé*. septembre 2005.
182. Deccache A. L. V. E. *Information et éducation du patient*. DeBoeck Université.[s.l.] : [s.n.], 1989. 239 p.
183. Ferré J. *Dictionnaire des symboles, des mythes et des mythologies*. Edition du Rocher.[s.l.] : [s.n.], 2003. 747 p.
184. Henrard J.-C., Ankri J. *Vieillesse, grand âge et santé publique* [En ligne]. Rennes.[s.l.] : Edition ENSP, 2003. 277 p. Disponible sur : < <https://www.decitre.fr/livres/grand-age-et-sante-publique-9782859527563.html> > ISBN : 2-85952-822-9.
185. D'Ivernois JF G. R. *Apprendre à éduquer le patient*. Maloine, 3ème Edition.[s.l.] : [s.n.], 2008. 142 p.
186. Lawrence R. J. *Le défi de l'équité et de l'accessibilité en santé dans le tiers-monde. Chapitre 7: Liens entre investissements en santé et développement durable* -. Sous la direction de Hachimi Sanni Yaya.[s.l.] : L'Harmattan, 2009.
187. Le Rouzo Marie-Louise. *La personne âgée. Psychologie du vieillissement - Marie-Louise Le Rouzo* [En ligne]. [s.l.] : Editions Bréal, [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.decitre.fr/livres/la-personne-agee-9782749507392.html> >

188. Léonard Anneliesse Dupuis V. *Odontologie du sujet âgé: spécificités et précautions*. Elsevier Masson.[s.l.] : [s.n.], 2010. 173 p.
189. Petzold H.G. *Géragogie – nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse* [En ligne]. 1965. Disponible sur : < <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-1965-1972i-1985b-g-ragogie-nouvelle-approche-de-l-ducation-pour-la-vieillesse.html> >
190. Scambler G. *Sociology as applied to medicine*. Edinburgh; New York : Saunders/Elsevier, 2008. ISBN : 978-0-7020-2901-1.
191. Tardif J., Presseau A. *Intégrer les nouvelles technologies de l'information: quel cadre pédagogique?* Paris : ESF, 2000. ISBN : 978-2-7101-1291-4.
192. *La douleur dentaire*. Editions Créafirst.[s.l.] : Laboratoire Pharmasciences, 2002. 52 p.

Rapports, thèses et autres documents

193. Absil G V. C. *Approche par milieu de vie. Introduction théorique*. 2004 2003.
194. AGIRC-ARRCO, En partenariat avec l'UFSBD. *Santé bucco-dentaire : guide à l'usage des établissements pour personnes âgées*. 2014.
195. American Dental Association A. *Health Literacy in Dentistry Action Plan 2010-2015* [En ligne]. 2009. Disponible sur : < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3514066/> >
196. Cardinal Lise, Langlois MC. *Perspectives pour un vieillissement en santé: proposition d'un modèle conceptuel*. 2008.
197. Cour des comptes 2016. *Chapitre VI: Les soins bucco-dentaires: une action publique à restaurer, une prise ne charge à refonder* . [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/33087> > (consulté le 7 octobre 2017b)
198. Cour des comptes 2010. *Chapitre VI: Les soins bucco-dentaire* .
199. DGS, Bureau de la santé des populations « MC1 ». *Livre des plans de santé publique*. me édition 2011.
200. Dumas Thierry, chef de projet. *Etat bucco-dentaire des personnes âgées en établissement. Document de synthèse*. Décembre 2003.
201. Etude IDAS. *Evaluation de l'impact des soins d'hygiène bucco-dentaire sur la prévention des infections en gériatrie*. 2008.

202. Etude IDAS 2. *Réticences des soignants à effectuer les soins d'hygiène bucco-dentaires chez les personnes âgées*. 2008.
203. Folliguet M. *Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées* [En ligne]. Mai 2006. Disponible sur : <http://plone.vermeil.org:8080/ehpad/Bibliotheque/Memoires/memoires-2014-2015/31%20-%20Memoire%20TEMPLE%20Marie-Ange.pdf> >
204. HAS. *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*. Avril 2007.
205. HAS. *Stratégie de prévention de la carie dentaire*. mars 2010.
206. Lévy Gérard, Lecas Julie. *Profil et compétence du futur odontologue européen*. 2009.
207. Malo C. *Le modèle écologique du développement humain: conditions nécessaires de son utilité réelle . Atelier Présenté Dans Cadre Psycho-Stage* [En ligne]. 2000. Disponible sur : < <http://patrickjldaganaud.com/9-SUR%20DEMANDE/z-%20LA%20FAMILLE/1-ESSENTIEL/0-BRONFENBRENNER-ELE%20MIL-GEN%207647.pdf> >
208. Martin A. *Evaluation de l'état de santé bucco-dentaire et de l'accès aux soins des personnes âgées hébergées en établissement dans le Lot*. [En ligne]. [s.l.] : Intitut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement Bordeaux, 2004. Disponible sur : < http://aspbd.free.fr/IMG/pdf/Epidemio_EHPAD_Lot.pdf >
209. MRC Health Service, Public Health Research Board. *A Framework for development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health*. avril 2000.
210. ORS Ile-de-France. *Chapitre 4.1 La population âgée* [En ligne]. 2004. Disponible sur : < <http://asv.bm.du.free.fr/AutresDocs/ORS93.pdf> >
211. Pourtau Gautier. *Santé bucco-dentaire et besoins en soins de la personne très âgée en France*. [s.l.] : Université de Bordeaux, 2014.
212. Trevidy Frédérique. *Vieillir en santé à son domicile : apprendre pour mieux gérer le risque d'isolement social. Une modélisation de l'identité-logement au service de la prévention de la chute* [En ligne]. [s.l.] : Paris 13, 2013. Disponible sur : < <http://www.theses.fr/183277546> >

Communications

213. Akodjenou-Hvostoff Cécile, Gagnayre Rémi « Une analyse des obstacles représentationnels en santé bucco-dentaire chez la personne âgée » communication par Poster au 6^{ème} Congrès SETE, Genève (Suisse) : 18 mai 2016
214. Akodjenou-Hvostoff Cécile, Gagnayre Rémi « An Analysis of cognitive representations of the independent older adults on their oral health” communication par Poster ,13^{ème} Journée de Gérontologie et Gérodonologie : « Odontologie gériatrique : mise au point 2016 » – Congrès annuel de l’ECG, Paris :06 juin 2016
215. Akodjenou Hvostoff Cécile, Gagnayre Rémi "La personne âgée et sa santé bucco-dentaire: l’enjeu des représentations cognitives avant toutes interventions d’EPS ou d’ETP". communication orale, 15^{ème} journées de Santé Publique Dentaire , Montrouge ; 06 novembre 2015
216. Akodjenou Hvostoff Cécile, Gagnayre Rémi. "Cognitives representations of the independent older adults on their oral health". communication orale, 20th EADPH, Istanbul, Turkey ; 19 septembre 2015
217. Akodjenou Hvostoff Cécile, Gagnayre Rémi. « De la nécessité d’un modèle théorique d’éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes », communication par poster, 12^{ème} journées de l’AIG, Lille : 04 décembre 2014

ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien

Version initiale

Version finale

Guide d'entretien initial avant test :

Présentation de la recherche :

C'est une recherche universitaire. Ce travail de recherche cherche à comprendre comment les personnes âgées de plus de 65 ans se représentent et s'expliquent ce qui se passe dans leur bouche.

Il va y avoir 4 parties. D'abord, un questionnaire reconnu au niveau international, le GOHAI. Ensuite, ce sera mon entretien, en 3 parties. D'abord, votre état de santé déclarée, ensuite la description de votre propre état de santé bucco-dentaire avec votre interprétation des symptômes et des causes et enfin des questions sur votre environnement. Les entretiens seront enregistrés, resteront anonymes et confidentiels. Vos réponses figureront de façon anonyme dans le rapport final de la thèse.

1^{ème} partie : Etat de santé déclaré (questions fermées) :

- 1- Est-ce que vous avez des problèmes de santé bucco-dentaire actuellement ?
- 2- Est-ce qu'il vous manque des dents ? Combien vous en manque-t-il ?
- 3- Est-ce que vous avez fait remplacer les dents manquantes ?
- 4- Est-ce que vous portez des prothèses ?
- 5- Quel type de prothèses avez-vous en bouche ?
- 6- Est-ce que vous pensez avoir des caries ?
- 7- Est-ce que vous avez les gencives qui saignent (au brossage) ?
- 8- Est-ce que vous avez les dents qui bougent ?
- 9- Est-ce que vous avez une sensation de bouche sèche ?
- 10- Est-ce que vous avez des candidoses ou mycoses en bouche ?
- 11- Est-ce que vous avez mal aux dents actuellement ?
- 12- Pensez-vous que votre santé bucco-dentaire a un impact sur votre santé générale ?
- 13- Pensez-vous que votre santé générale a un impact sur votre santé bucco-dentaire ?

2^{ème} partie : Description de son propre état de santé orale, interprétation des symptômes et des causes, pronostic subjectif.

- 14- Comment jugez-vous votre santé orale aujourd'hui ?
- 15- Est-ce qu'il s'est passé beaucoup de chose dans votre bouche ? Est-ce que vous voulez bien me les raconter ?
- 16- Selon vous, à quoi est du tout ce qui vous est arrivé ?
- 17- Pensez-vous que les soins réalisés dans votre bouche vous ont aidé à avoir une bonne santé orale ?
- 18- Pensez-vous que le brossage des dents tous les jours aide à avoir une bonne santé orale ?
- 19- Que faites-vous pour prendre soin de votre santé bucco-dentaire ?
- 20- Comment pensez-vous que votre santé orale va être dans l'avenir ? Pourquoi ?
- 21- Si vous pouviez changer votre bouche, comment serait-elle ? Par quels traitements ?

1^{ère} sous - partie : représentations cognitives sur les maladies orales

- 22- Les caries dentaires
 - a. Selon vous, à quoi sont dues les caries ?
 - b. Selon vous, comment arrivent les caries ? Par quel mécanisme la carie apparaît ?
 - c. Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir des caries ?

- d. Selon, vous, comment peut-on éviter d'avoir des caries ?
- e. Selon, vous, comment soigne-t-on les caries?

23-La gencive qui saigne :

- a. Selon, vous, à quoi est due la gencive qui saigne ?
- b. Selon, vous, comment arrive la gencive qui saigne ? Par quel mécanisme le saignement de gencive apparaît ?
- c. Selon, vous, est-ce que c'est grave d'avoir la gencive qui saigne ?
- d. Selon, vous, comment peut-on éviter d'avoir la gencive qui saigne?
- e. Selon, vous, comment soigne-t-on la gencive qui saigne?

24- Les dents qui bougent :

- a. Selon, vous, à quoi sont dues les dents qui bougent ?
- b. Selon, vous, comment arrivent les dents qui bougent ? Par quel mécanisme les dents se mettent à bouger ?
- c. Selon, vous, est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui bougent ?
- d. Selon, vous, comment peut-on éviter d'avoir les dents qui bougent ?
- e. Selon, vous, comment soigne-t-on les dents qui bougent ?

25- La sensation de bouche sèche:

- a. Selon, vous, à quoi est due la bouche sèche?
- b. Selon, vous, comment arrive la bouche sèche? Par quel mécanisme la bouche sèche apparaît ?
- c. Selon, vous, est-ce que c'est grave d'avoir la bouche sèche?
- d. Selon, vous, comment peut-on éviter d'avoir la bouche sèche?
- e. Selon, vous, comment soigne-t-on la bouche sèche?

26- Les dents qui grincent :

- a. Selon, vous, à quoi sont dues les dents qui grincent ?
- b. Selon, vous, comment arrivent les dents qui grincent ? Par quel mécanisme le grincement des dents apparaît ?
- c. Selon, vous, est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui grincent ?
- d. Selon, vous, comment peut-on éviter d'avoir dents qui grincent ?
- e. Selon, vous, comment soigne-t-on les dents qui grincent ?

27- Pensez vous que l'on peut quelque chose pour améliorer la situation ? Est ce que vous pensez pouvoir faire quelque chose par vous même pour améliorer la situation ?

2^{ème} sous-partie : représentations cognitives sur la santé orale

28- st-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

29- Pour vous, c'est quoi être en bonne santé bucco-dentaire ?

- a. Pour vous, c'est quoi avoir des dents en bonne santé ?
- b. Pour vous, c'est quoi avoir une gencive en bonne santé ?
- c. Pour vous, comment peut-on avoir une sensation de confort dans la bouche?

30- Pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

31- Pour vous à quoi ça sert d'avoir une bonne santé orale ?

- a. Est-ce que ça sert pour parler ?
 - b. Est-ce que ça sert pour manger ?
- 32- Pour vous, c'est important d'avoir une bonne santé orale ?

33- Que faites-vous pour avoir une bonne santé orale ?

3^{ème} partie : Description du répondant et de son environnement

- 33- Date de naissance
- 34- Niveau d'étude
- 35- Dernier métier exercé
- 36- Catégorie socio-professionnelle
- 37- Situation familiale
- 38- Type de logement (maison/appartement/foyer de vie/ propriétaire/locataire)
- 39- Adhésion à une mutuelle
- 40- Avez-vous vécu dans différents pays pendant votre vie ? Si oui, lesquels et quand ?
- 41- Est-ce que vous voulez bien me dire si vous avez des soucis au niveau santé générale ? Si oui, lesquels ?
- 42- Avec votre famille ou vos amis, comment se passent les repas ensemble?
- 43- Est-ce que vous parlez de votre problème dentaire à vos amis ou /et à votre famille ?
- 44- Si vous avez de la famille ou des amis, comment vous aident-ils ? En quoi ils vous soutiennent?
- 45- Consultation d'un médecin généraliste (oui/non/fréquence)
- 46- Consultation d'un dentiste (oui/non/fréquence)
- 47- Est-ce que le cabinet dentaire est loin de chez vous ?
- 48- Comment faites-vous pour y aller ?
- 49- Est-ce plus facile si quelqu'un est avec vous pour fixer le rendez-vous chez le dentiste ?

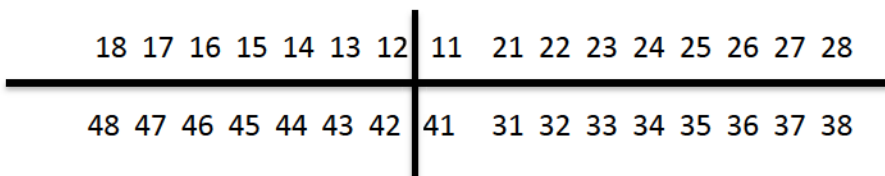
Guide d'entretien final

Présentation de la recherche :

C'est une recherche universitaire. Ce travail de recherche cherche à comprendre comment les personnes âgées de plus de 65 ans se représentent et s'expliquent ce qui se passe dans leur bouche.

Il va y avoir 4 parties. D'abord, un questionnaire reconnu au niveau international, le GOHAI. Ensuite, ce sera mon entretien, en 3 parties. D'abord, votre état de santé déclarée, ensuite la description de votre propre état de santé bucco-dentaire avec votre interprétation des symptômes et des causes et enfin des questions sur votre environnement. Les entretiens seront enregistrés, resteront anonymes et confidentiels. Vos réponses figureront de façon anonyme dans le rapport final de la thèse.

Schéma bucco-dentaire selon les propos du répondant :



Commentaires durant le GOHAI:

1^{ème} partie : Etat de santé déclaré (questions fermées) :

- 1- Est-ce que vous avez des problèmes de santé bucco-dentaire actuellement?
- 2- Est-ce qu'il vous manque des dents ? Combien vous en manque-t-il ?
- 3- Est-ce que vous avez fait remplacer les dents manquantes ?
- 4- Est-ce que vous portez des prothèses ?
- 5- Quel type de prothèses avez-vous en bouche ?
- 6- Est-ce que vous pensez avoir des caries?
- 7- Est-ce que vous avez les gencives qui saignent (au brossage)?
- 8- Est-ce que vous avez les dents qui bougent ?
- 9- Est-ce que vous avez une sensation de bouche sèche ?
- 10- Est-ce que vous avez des candidoses ou mycoses en bouche ?
- 11- Est-ce que vous avez mal aux dents actuellement ?
- 12- Est-ce que vous voulez bien me dire si vous avez des soucis au niveau santé générale ? Si oui, lesquels ?
- 13- Pensez-vous que votre santé bucco-dentaire a un impact sur votre santé générale ?
- 14- Pensez-vous que votre santé générale a un impact sur votre santé bucco-dentaire ?

2^{ème} partie : Description de son propre état de santé bucco-dentaire, interprétation des symptômes et des causes, pronostic subjectif.

- 15- Comment jugez vous votre santé bucco-dentaire aujourd'hui ?
- 16- Est-ce qu'il s'est passé beaucoup de chose dans votre bouche ? Est-ce que vous voulez bien me les raconter ?
- 17- Selon vous, à quoi est du tout ce qui vous est arrivé ?

18- Qu'est-ce qui, selon vous, a aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

Après réponse : Pensez-vous que les soins réalisés dans votre bouche vous ont aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

19- Que pensez-vous du message de brossage des dents tous les jours ?

20- Que faites-vous pour prendre soin de votre santé bucco-dentaire ?

21- Comment pensez-vous que votre santé bucco-dentaire va être dans l'avenir ? Pour quelles raisons ?

22- Si vous pouviez changer votre bouche, comment serait-elle ? Par quels traitements ?

1^{ère} sous - partie : représentations cognitives sur les maladies bucco-dentaires

23- Les caries dentaires

- a. Selon vous, à quoi sont dues les caries ?
- b. Selon vous, comment arrivent les caries ? Par quel mécanisme la carie apparaît ?
- c. Selon, vous, est-ce que c'est grave d'avoir des caries ?
- d. Selon, vous, comment peut-on éviter d'avoir des caries ?
- e. Selon, vous, comment soigne-t-on les caries?

24- La gencive qui saigne :

- a. Selon, vous, à quoi est due la gencive qui saigne ?
- b. Selon, vous, comment arrive la gencive qui saigne ? Par quel mécanisme le saignement de gencive apparaît ?
- c. Selon, vous, est-ce que c'est grave d'avoir la gencive qui saigne ?
- d. Selon, vous, comment peut-on éviter d'avoir la gencive qui saigne?
- e. Selon, vous, comment soigne-t-on la gencive qui saigne?

25- Les dents qui bougent :

- a. Selon, vous, à quoi sont dues les dents qui bougent ?
- b. Selon, vous, comment arrivent les dents qui bougent ? Par quel mécanisme les dents se mettent à bouger ?
- c. Selon, vous, est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui bougent ?
- d. Selon, vous, comment peut-on éviter d'avoir les dents qui bougent ?
- e. Selon, vous, comment soigne-t-on les dents qui bougent ?

26- La sensation de bouche sèche:

- a. Selon, vous, à quoi est due la bouche sèche?
- b. Selon, vous, comment arrive la bouche sèche? Par quel mécanisme la bouche sèche apparaît ?
- c. Selon, vous, est-ce que c'est grave d'avoir la bouche sèche?
- d. Selon, vous, comment peut-on éviter d'avoir la bouche sèche?
- e. Selon, vous, comment soigne-t-on la bouche sèche?

27- Les dents qui grincent :

- a. Selon, vous, à quoi sont dues les dents qui grincent ?
- b. Selon, vous, comment arrivent les dents qui grincent ? Par quel mécanisme le grincement des dents apparaît ?
- c. Selon, vous, est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui grincent ?
- d. Selon, vous, comment peut-on éviter d'avoir dents qui grincent ?
- e. Selon, vous, comment soigne-t-on les dents qui grincent ?

28- Est-ce que vous pensez pouvoir faire quelque chose par vous même pour améliorer la situation ?

2^{ème} sous-partie : représentations cognitives sur la santé bucco-dentaire

29- Est-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

30- Pour vous, c'est quoi être en bonne santé bucco-dentaire ?

a. Pour vous, c'est quoi avoir des dents en bonne santé ? A quoi ressemble des dents en bonne santé ?

b. Pour vous, c'est quoi avoir une gencive en bonne santé ? A quoi ressemble une gencive en bonne santé ?

c. Pour vous, comment peut-on avoir une sensation de confort dans la bouche ?

31- Pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

32- Pour vous à quoi ça sert d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

a. Est-ce que ça sert pour parler ?

b. Est-ce que ça sert pour manger ?

33- Pour vous, c'est important d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

34- Que faites-vous pour avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

3^{ème} partie : Description du répondant et de son environnement

35- Votre date de naissance :

36- Votre niveau d'étude :

37- Votre dernier métier exercé :

38- Catégorie socio-professionnelle

39- Votre situation familiale :

40- Votre type de logement : maison/appartement/foyer de vie/ propriétaire/locataire :

41- Vous avez une mutuelle ?

42- Avez-vous vécu dans différents pays pendant votre vie ? Si oui, lesquels et quand ?

43- Avec votre famille ou vos amis, comment se passent les repas ensemble ?

44- Est-ce que vous parlez de votre problème dentaire à vos amis ou /et à votre famille ?

45- Si vous avez de la famille ou des amis, comment vous aident-ils ? En quoi ils vous soutiennent ?

46- Vous consultez un médecin généraliste ? A quelle fréquence ? (oui/non/fréquence)

47- Vous consultez un dentiste ? A quelle fréquence ? (oui/non/fréquence)

48- Est-ce que le cabinet dentaire est loin de chez vous ?

49- Comment faites-vous pour y aller ?

50- Est-ce plus facile si quelqu'un est avec vous pour fixer le rendez-vous chez le dentiste ?

GOHAI

Au cours des 3 derniers mois :

1- Avez-vous limité la quantité, ou le genre d'aliments que vous mangez, en raison de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires ?

Toujours = 1 Souvent = 2 Parfois= 3 Rarement= 4 Jamais=5

2- Avez-vous eu des difficultés pour mordre ou mastiquer certains aliments durs tels que de la viande ou une pomme ?

Toujours = 1 Souvent = 2 Parfois= 3 Rarement= 4 Jamais=5

3- Avez-vous pu avaler confortablement ?

Toujours = 1 Souvent = 2 Parfois= 3 Rarement= 4 Jamais=5

4- Vos dents ou vos appareils dentaires vous ont-ils empêché(e) de parler comme vous le vouliez ?

Toujours = 1 Souvent = 2 Parfois= 3 Rarement= 4 Jamais=5

5- Avez-vous pu manger de tout sans (ressentir une sensation d'inconfort ?

Toujours = 1 Souvent = 2 Parfois= 3 Rarement= 4 Jamais=5

6- Avez-vous limité vos contacts avec les gens à cause de l'état de vos dents, (de vos gencives ou de vos appareils dentaires) ?

Toujours = 1 Souvent = 2 Parfois= 3 Rarement= 4 Jamais=5

7- Avez-vous été satisfait(e) ou content(e) de l'aspect de vos dents ?

Toujours = 1 Souvent = 2 Parfois= 3 Rarement= 4 Jamais=5

8- Avez-vous pris un (des) médicaments pour soulager la douleur ou une sensation d'inconfort dans votre bouche ?

Toujours = 1 Souvent = 2 Parfois= 3 Rarement= 4 Jamais=5

9- Vos problèmes de dent (de gencive ou d'appareil dentaire) vous ont-ils inquiété(e) ou préoccupé(e) ?

Toujours = 1 Souvent = 2 Parfois= 3 Rarement= 4 Jamais=5

10- Vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou mal à l'aise, à cause de problèmes avec vos dents (vos gencives ou vos appareils dentaires) ?

Toujours = 1 Souvent = 2 Parfois= 3 Rarement= 4 Jamais=5

11- Avez-vous éprouvé de l'embarras pour manger devant les autres, à cause de problèmes avec vos dents (ou vos appareils dentaires) ?

Toujours = 1 Souvent = 2 Parfois= 3 Rarement= 4 Jamais=5

12- Vos dents ou vos gencives ont-elles été sensibles au froid, au chaud, ou aux aliments sucrés ?

Toujours = 1 Souvent = 2 Parfois= 3 Rarement= 4 Jamais=5

Score du GOHAI est de

FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT ECLAIRE
dans le cadre d'une recherche pour une thèse universitaire de 3^{ème} cycle

(Fait en 2 exemplaires : un exemplaire est remis à la personne, l'autre est conservé par l'investigateur)

De :

*M., Mme.....

*Nom :

*Prénom :

*Adresse :

*Date de naissance.....

Docteur Cécile Akodjenou-Hvostoff, Chirurgien-Dentiste, m'a proposé de participer à un entretien semi-directif dans le cadre d'une recherche pour une thèse de 3^{ème} cycle intitulée :

Analyse des obstacles représentationnels et de politique de santé en matière de prévention et d'éducation en santé bucco-dentaire. Proposition d'un modèle de programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

Sous la direction du Professeur Rémi Gagnayre, Directeur du Laboratoire en Educations et Pratiques de Santé EA3412 de l'université Paris 13.

J'ai reçu **oralement** toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt et le déroulement de l'étude, les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles.

J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et j'ai reçu des réponses claires et précises.

J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant entre les informations reçues et ce consentement avant de prendre ma décision.

Interruption de la participation :

Sans justification :

- Je suis libre de refuser de participer à cette étude,
- Je peux interrompre ma participation à tout moment, auquel cas j'en informerai la chercheuse .
-

En foi de quoi, j'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche.

Par ailleurs, je pourrai éventuellement être sorti(e) de l'étude par la chercheuse si elle l'estime nécessaire.

Ma participation pourra également être interrompue en cas d'arrêt prématuré de l'étude.

Recueil des données :

Les données ayant trait à ma santé et à mes habitudes de vie demeurent strictement confidentielles et ne peuvent être consultées que par la chercheuse.

Traitement des données :

Les données demandées sont destinées à la chercheuse, au laboratoire de l'université Paris 13 ainsi qu'au comité de pilotage constitué pour cette étude, afin d'être analysées pour élaborer une proposition de programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, d'interrogation et de rectification ainsi que d'un droit d'opposition pour motifs légitimes au traitement des données vous concernant que vous pouvez exercer.

J'ai bien été informé(e) que mes données personnelles, une fois l'analyse effectuée seront rendues anonymes, avant d'être intégrées dans un rapport ou une publication scientifique.

Information :

A ma demande, je peux obtenir toute information complémentaire auprès de Cécile Akodjenou-Hvostoff (tel : 0618973519; e-mail cecile_hvostoff@yahoo.fr)

Je serai informé(e) de toute nouvelle information durant l'étude, susceptible de modifier ma décision quant à ma participation à celle-ci.

Je serai informé(e) des résultats globaux de l'étude, à l'issue de celle-ci.

Je conserve un exemplaire de la note d'information et du présent formulaire de consentement.

<i>Partie à remplir par le répondant</i>	<i>Partie à remplir par le chercheur</i>
Nom et Prénom	Nom et Prénom du chercheur
Signature : j'accepte de participer à cette étude et consent expressément à ce que des données relatives à ma santé soient traitées dans ce cadre	Signature
Date et Lieu	Date et Lieu

Si la personne est inapte à lire et à écrire le français : le cas échéant,

En l'absence d'autonomie de lecture et d'écriture de Mme, M....., la tierce personne ci-dessous identifiée, atteste avoir personnellement et fidèlement lu le présent formulaire de consentement, et recueilli son accord pour signer ici en son nom.

Tierce personne : (A compléter si oui ci-dessus)

Mme, M*.....

*Tel :*e-mail :

*Signature.....

Annexe II : Tableaux des résultats de l'étude

Etre en bonne santé BD	Ressemble des dents en bonne santé	Ressemble des gencives en bonne santé	Avoir une sensation de confort	Avoir un mauvais état BD
<p><i>Définition par la négation (8)</i></p> <p>Mâcher (5) Autres (4 dont 1 ne sait pas)</p> <p>Visite dentiste (4)</p> <p>Définition par l'affirmatif (5)</p> <p>Oublier sa bouche (3)</p>	<p><i>Définition par la négation (6)</i></p> <p>Mâcher (2) Autres (5) Apparence (7)</p>	<p><i>Définition par la négation (8)</i></p> <p>Autres (4 dont 1 ne sait pas) Apparence (5)</p>	<p><i>Définition par la négation (8)</i></p> <p>Mâcher (4) Autres (6) Visite dentiste (1) Définition par l'affirmatif (4) Oublier sa bouche (3)</p>	<p><i>Définition par l'affirmatif (16)</i></p> <p>Autres (6) « être laxiste, laisser les choses se faire » « le contact avec la personne est perturbé » « Ne plus avoir le courage de lutter parce qu'on n'y croit plus » « C'est une bouche qui dit « Ne m'oublie pas » » « C'est quand la bouche est une préoccupation » « qui sont un handicap au plaisir »</p>

Tableau 4 Répartition des thèmes selon les questions de santé bucco-dentaire

Entretien	A quoi ça sert?	Pour parler	Pour manger	Important d'avoir une bonne santé BD
1 (88 ans)	« à la santé générale pour 30 à 40% »	Oui	Bien sûr	Oui Mais «négligence avec l'âge »
2 (79 ans)	« ma génération, on en parlait pas »	Oui	Oui	Oui
3 (86 ans)	« pour la santé générale »	Oui	Bien sûr	Oui
4 (84 ans)	Esthétique, confort, mâcher, Interdépendance	Oui	Oui	Oui
5 (90 ans)	« Une bonne hygiène, ça sert »	Oui, « pour celui qui regarde »	Oui	Oui Mais «Santé générale plus importante que santé BD »
6 (73 ans)	Confort, « Digestion et broyer les aliments »	Oui	Oui	Oui
7 (70 ans)	« C'est important. » « Pour une bonne santé générale »	Oui	Oui	Oui
8 (73 ans)	« A se sentir à l'aise dans son corps » (confort)	OUI	Oui	Oui
9 (71 ans)	« ca joue sur la santé générale. »	Oui	Oui	Oui

	<p>« Pas de problème d'estomac ou d'intestin. »</p> <p>« Permet avoir le moral »</p>			
<p>10</p> <p>(66 ans)</p>	<p>« A vivre normalement »</p> <p>(confort)</p>	<p>Oui</p>	<p>Oui</p>	<p>Oui</p>
<p>11</p> <p>(73 ans)</p>	<p>« Pareil qu'avoir une bonne santé mentale ou de l'estomac »</p>	<p>OUI,</p>	<p>OUI,</p> <p>«prioritairement Si pas de mastication, je considère que c'est du gavage d'oie »</p>	<p>OUI</p>
<p>12</p> <p>(69 ans)</p>	<p>« Participe au bon état général »</p>	<p>OUI</p>	<p>OUI</p>	<p>OUI</p>

Tableau 5 Utilité d'une bonne santé bucco-dentaire

Entretien	Santé BD impact santé G	Santé G impact santé BD	Bonne santé G et mauvaise santé BD	A quoi ça sert?
1 (88 ans)	Oui,	Oui	Oui,	« à la santé générale pour 30 à 40% »
2 (79 ans)	Non,	Non,	Oui,	« ma génération, on en parlait pas »
3 (86 ans)	Non,	Non,	Bien sûr	« pour la santé générale »
4 (84 ans)	Non	Oui	Non	Esthétique, confort, mâcher, Interdépendance
5 (90 ans)	Non	Non	Oui	« Une bonne hygiène, ça sert »
6 (73 ans)	Oui,	Oui	Oui	Confort, « Digestion et broyer les aliments »
7 (70 ans)	Oui	Non,	non	« C'est important » « Pour une bonne santé générale »
8 (73 ans)	Oui	Oui	Non	« A se sentir à l'aise dans son corps » (confort)
9 (71 ans)	Oui	Non	Non	« ca joue sur la santé générale » « Pas de problème d'estomac ou d'intestin » « Permet avoir le moral »

10 (66 ans)	Non	Oui	Non	<i>« A vivre normalement » (confort)</i>
11 (73 ans)	OUI	Oui	Ne sait pas	<i>« Pareil qu'avoir une bonne santé mentale ou de l'estomac »</i>
12 (69 ans)	Oui	Oui	<i>Non</i>	<i>« Participe au bon état général »</i>

Tableau 6 *Tableau avec les réponses concernant les questions sur le lien entre santé générale et santé bucco-dentaire*

Entretien	CS Médecin	CS dentiste	Distance cabinet dentaire	Aller au cabinet dentaire
1 (88 ans)	Oui tous les 3 mois	Selon les besoins	300 m	A pied
2 (79 ans)	Pas de médecin généraliste	2 visites chez le dentiste dans toute sa vie		
3 (86 ans)	Tous les 3 mois	Pas depuis que j'ai déménagé (2 ans)	Je n'ai pas de dentiste	
4 (84 ans)	1 fois par an	Pas trop souvent	15 à 20km	En RER, pas volonté de conduire
5 (90 ans)	Pour renouvellement ordonnance	Quand besoin Dernier visite date de 15 ans	Je n'ai pas de dentiste	
6 (73 ans)	2 fois par an	2 fois par an	10min	En voiture
7 (70 ans)	Oui tous les 3 mois	1 fois par an sauf si douleur	Dans la même ville	A pied ou en bus
8 (73 ans)	Oui tous les 3 mois	Oui, quand besoins se fait sentir	300m	A pied
9 (71 ans)	Oui tous les 3 mois	Pas tous les ans, j'y vais quand j'ai mal	Dans la même ville	A pied ou en bus
10 (66 ans)	Epoux médecin généraliste à la retraite	Parodontiste 2 fois par an Chirurgien dentiste si soucis	20 km	Voiture ou RER
11 (73 ans)	Oui 2 fois par an	Oui mais pas régulièrement	A 500m	A pied
12 (69 ans)	Oui tous les 3 mois	Oui tout les ans sauf urgence	15 à 20min	En voiture

Tableau 7 *Tableau de synthèse du recours aux soins des répondants*

Annexe III : Liste détaillée des catégories

Catégories	T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Expériences	12	5	10	7	7	7	11	3	3	14	4	19	4
Mâcher	12	1	4	3	2	5	4	2	3	5	1	1	1
Identification incomplète dentition	11	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1
Ne sait pas	12	3	8	4	12	15	3	12	5	12	3	9	5
Connaissances bucco-dentaires	12	2	1	11	7	2	2	13	5	6	13	4	7
Représentations dites par le CD	3	1		1								1	
Représentations favorables	12	6	6	5	14	5	6	3	7	5	11	11	10
Représentations non favorable	9		12	4	4	4		1	4		3	5	4
Genèse dentaire	12	2	2	3	1	1	3	1	1	3	3	2	1
Genèse maladies générales	3		2	1								1	
Génétique favorable	5	1			1	2		1				3	
Génétique non favorable	5	1				1	4				2		1
Saignement= symptôme repère									1				
Douleur= symptôme repère	5	1			1	4	3	3	3	8	1		
Peur de la douleur	5		1		1					3		2	1
Vécu douloureux	11	1	3		1	2	2	1	2	2	1	2	2
Préoccupation esthétique	4		1			3	1			1			
Préoccupation expériences dentaires passées	8		1		1	2	1		2	2	1		2
Préoccupation perte des dents	5		3	1		5				4	2		
Préoccupation névralgies/acouphènes	1						4						
Préoccupation santé générale	4					3	2		1	1			
Préoccupation logement	1		4										
Préoccupation financière	4		1		1		2			6			
Préoccupation ttt dentaire lourd	2									2			3
Souhait esthétique	9		1	1	1	1		1	1	2		1	1
Actions à but esthétique	1		1										
Insatisfaction esthétique	3			1	1	4							
Dents régulières	6			2	2	1		1				2	2
Apparence comme repère de santé	9	1	1	1	2		3		2		2	4	1
Apparence comme rapport à l'autre	8	1	1		3	2	1			2		1	1
Apparence : pas une obsession	4	1				1			1				1

Interdépendance	11	2	3	1	3		1	1	2	2	2	1	2
Age : effet générationnel	5		4	1				1				2	2
Apparition de changement lié à l'âge	8		3	1	5	2	2	1		1		2	
Age : désinvestissement	3	1	2			3							
Age : fatalisme	4		2	3		1	1						
Clonage	1								1				
La chance	2		1									4	
Rapport à soi favorable	7				1			1	3	3	2	1	2
Rapport à soi non favorable	9		4	2	2	4	4			1	2	3	1
Auto soins démarche/réflexion	8		1		3		2		2	3	3	6	2
Auto soins action	7	2	1		3	1	2			4			3
Apprentissage/savoir	5			1					2	1	1	3	
Ambiguïté de l'apparence	3	1			1								1

Tableau 8 *Catégories par le nombre de présence par verbatim*

Pour une meilleure compréhension de ce tableau, ci-après le sens donné à chaque catégorie :

- **Expériences :**

Le répondant raconte une histoire, une expérience passée vécue ou observée. Cette dernière lui sert à appuyer ou argumenter sa réflexion ou son propos.

Exemple :

Q17-E8 : Pour moi, c'était du sucre ou une alimentation qui n'était pas saine de ce point de vue. Ou trop carnée ou trop sucrée. Je ne sais pas. Pour moi c'était...je n'étais pas un cas particulier. Tout mes copains, c'était à peu près la même chanson. « Ou vas-tu ? » « Je dois aller chez le dentiste. » Vous savez, ce n'était pas dramatique mais il fallait aller chez le dentiste. ZZZZZ (*E8 mime la turbine*) A l'époque c'était presque à la pédale, vous savez. Pas loin, pas loin.

C : On a fait des efforts.

E8: C'est bien, c'est bien. Parfois je m'endors sur le fauteuil.

C : C'est bien, vous n'avez pas été traumatisé.

E8: Ah, je ne suis pas traumatisé du tout par le dentiste. Mais des fois, c'est vrai.. ; le Dr H. ça fait 2 ans que je suis ici. Avant j'étais chez un dentiste à H., il est parti à la retraite. Il était tellement doux, il était tellement apaisant, si vous voulez, j'étais dans un état, je m'endormais. Je somnolais. J'étais en paix avec moi-même.

- **Mâcher :**

Toute les fois où les répondants parlent de la mastication dans leur propos.

- **Identification incomplète dentition :**

Quand le répondant n'arrive pas à décrire les éléments qui sont dans sa bouche : nombre et place de dents naturelles, nombre et place de couronnes, nombre et place des dents extraites.

Exemples :

Q2- E3 : Ah, bien sûr, si je retire mon appareil. Oui.

C : Selon vous, il vous en manque environ combien ?

E3 : Oh, attendez, on peut le retirer.

C : comme vous voulez

E3 : Ça ne vous dérange pas

C : Ah non, non. C'est mon métier. Alors du coup, il vous manque : 1, 2, 3, 4, 5, 6. Il vous manque 6 dents ?

E3 : Six dents, oui. Oh, j'ai pas à me plaindre. A mon âge, à 86 ans, euh (*Silence*).

Q5- E4 : Oui (*Silence*) Je ne sais pas combien j'en ai.

(*E4 ouvre la bouche et C regarde et compte*) C : j'en vois 1, 2, 3, 4. A priori vous avez à peu près 4 couronnes.

E4 : Voilà. Ca vous voyez, je ne sais même pas. Elles ne me gênent tellement peu.

C : Tant mieux

- **Ne sait pas :**

Quand le répondant dit « je ne sais pas ».

- **Connaissances bucco-dentaires :**

Quand le répondant exprime par des mots du champ du domaine odontologique des faits ou des explications.

Exemple :

Q28- E3 : Et puis je pensais aussi, j'ai oublié de vous le dire, je prends beaucoup de médicaments. Or tous les médicaments que je prends matin, midi et soir, euh, peut-être m'assèchent aussi la bouche.

- **Représentations favorables :**

Quand le répondant exprime une représentation dont la conception est positive pour la santé bucco-dentaire de l'individu, qui va amener l'individu à une attitude privilégiant une bonne santé bucco-dentaire (auto soins, visite chez le dentiste, compréhension des phénomènes physiologiques ou pathologiques touchant les éléments anatomique de la bouche).

Exemples :

Q13- E1 : Enfin, moi je le pense à titre scientifique. Voilà. Certainement. Enfin, je n'ai pas personnellement de raisons d'incriminer cet effet. Mais c'est probable.

Q16- E1 : Non. Non pas pour l'instant. Il faut que je fasse voir... cette dent qui à mon avis à été soignée. Il semble qu'il y a eu une rupture du liant qui a été utilisé. Je ne sais rien. Il faut le voir. Et ça, la bouche ouverte.

Q19-E1 : Oui, moi je pense que oui. Avec un inconvénient, c'est qu'il y a l'usure. L'usure de la dent, c'est... alors il faut faire, à mon avis, très attention quand on choisi une brosse à dents pour un gamin. Euh. Parce que je le sens, je le vois, je le constate que certaines dents donc qui sont spécialement atteintes par la brosse à dents font que il y a une usure que j'attribue à la brosse.

Q10- E3 : Ah. Très bonne question. J'ai depuis quelques temps, quelques mois pourrai-je dire, sur le bout de la langue (*répondant montre sa langue*) comme des fils. Qu'est-ce que c'est ça ?

C: Ça peut être liée , comme vous me dites que vous avez beaucoup soif, ça peut être lié quand on a pas assez de salive. Après les muqueuses peuvent être plus fragiles et réagir.

E3 : J'ai l'impression d'avoir des fils dans la bouche. Et ça ça fait quelques mois. Et je dirais même un an maintenant.

- **Représentations non favorables :**

Quand le répondant exprime une représentation dont la conception est négative pour la santé bucco-dentaire de l'individu, qui ne va pas amener l'individu à une attitude privilégiant une bonne santé bucco-dentaire (auto soins, visite chez le dentiste, compréhension des phénomènes physiologiques ou pathologiques touchant les éléments anatomiques de la bouche).

Exemples : fatalisme, causes externes...

Q8 –E3 : Ça, je ne sais pas si, vous pourrez me répondre. Est-ce que la gravitation a une influence, justement, a une influence sur le déchaussement des dents ?

C : Non mais je ne peux pas encore vous expliquer pourquoi ça se déchausse. Faudra que vous m'expliquiez d'abord avant que je vous donne la réponse (*rire*). Mais promis, je vous expliquerai après.

E3 : Bon, parce que je pensais, naïvement.

C : Non mais dites-moi car c'est une de mes questions.

E3 : Peut-être pas naïvement, par les choses que j'ai appris. Car vous savez la gravitation, ça fait énormément de choses. Même il y a des choses que j'ignorais moi. Par exemple, la force de Coriolis. Vous en avez entendu parlé ? Et bien c'est une force qui est intervenue, si j'ai bien compris car c'est une choses complexe, comme toutes ces choses- à. C'est une force qui est intervenue au moment où la terre à basculer, pour...c'est ce qui à créer les saisons.

Q17- E3 : Sauf ma femme. Ma femme, elle est morte l'année dernière. Eh bien elle avait 83 ans. Eh bien, elle a conservé toutes ses dents. « Toi t'a de la chance ». Elle a

été soignée bien sûr : les plombages, les machins. Mais toutes ses dents. C'est extraordinaire.

- **Représentations dites par le chirurgien dentiste :**

Quand le répondant rapporte une représentation qui a été élaborée par un chirurgien dentiste.

Exemples :

Q16- E1 : C'est-à-dire que avec votre confrère, bon, il m'a dit « ce sont des dents d'haricots que vous avez ». Parce que quand je vais le voir, il me dit : « Ah ben oui » il regarde son écran et puis il dit « Là on a fait ça , on a fait ça ». Effectivement, j'ai très peu de dents qui n'ont pas été touchés par votre confrère. Ça veut dire quoi, ça veut dire que j'ai un souci de ma dentition.

Q2- E3 : Ça a commencé j'étais au régiment. J'avais des... comment il avait appelé ça le dentiste allemand, c'était, il dit vous avez des « dents gâteaux de miel ». Ça existe ça ?

C : Bien, elles s'effritaient où... je ne connais pas cette expression

E3 : Non, bien oui. C'est ce qu'il m'avait dit à l'époque. Je ne connaissais pas non plus. C'était des dents qui étaient, des molaires, je me souviens parce qu'il me les a soignées. Et, et, je ne me les ai même pas fait arracher, je ne m'en rappelle plus, à l'époque. Y a des bridges à la place maintenant. Mais c'est parce que, oui, elles étaient...Pourtant j'étais jeune à l'époque, oui j'avais 20 ans, et elles étaient déjà esquinées, cariées ou voilà.

- **Genèse dentaire :**

Quand le répondant exprime une suite, pour lui logique voir normale, d'événements ayant abouti à des maladies orales et/ou des traitements bucco-dentaire comme par exemple un cycle « carie donne couronne puis re-couronne puis extraction ».

Exemples :

Q16-E1 : Oui. C'est des soins courants qui sont liés, ben, à des caries. Et puis de fils en aiguilles, il y a des dents qui ont été couronnées. Tout ou partie. Ce qui fait que les dents qui n'ont pas été touchés, à mon avis, sont de l'ordre de à peine 30%.

Q17-E1 : Caries...et puis, euh, couronnes qui sont venues. Certaines dents ont été couronnées et donc...on a même enlevé récemment pour faire un bridge, ben la couronne qui avait été...c'est-à-dire qu'on a pris 3 dents pour faire le bridge. Mais, si vous voulez, je n'ai pas une bouche qui est sans, euh, difficulté, qui est ancienne mais suivi.

Q17- E3 : Oui, ça a commencé par des caries, bien sûr. Au début, il m'avait mis des plombages. Et puis après ça été des couronnes. Et puis au bout d'un certain temps, on s'est aperçu que la dent d'à côté était malade aussi, alors là, ils ont mis des bridges. Voilà, un peu la genèse.

C: Selon vous il y a une explication à tout ça, à tout ce qui est arrivé ?

E3: Non. C'est naturel, disons. Enfin, quasiment. Qui est-ce qui ne perd pas quelques dents dans sa vie ? Sauf ma femme. Ma femme, elle est morte l'année dernière. Eh bien elle avait 83 ans. Eh bien, elle a conservée toutes ses dents. « Toi t'a de la chance ». Elle a été soignée bien sûr : les plombages, les machins. Mais toutes ses dents. C'est extraordinaire.

- **Genèse maladies générales :**

Quand le répondant tient le même type de discours mais par rapport aux maladies de santé générale.

Exemple :

Q12-E4: Comme les gens de mon âge, j'ai de l'arthrose. Et je vais faire une cure, justement pour l'arthrose. Je commence le mois prochain. C'est ma 4^{ème}. C'est surtout ça que j'ai. J'ai de l'arthrose.

- **Génétique favorable :**

Quand le répondant exprime que l'hérédité est un facteur de bonne santé bucco-dentaire pour lui.

Exemple :

Q18- E7: C'est peut-être génétique. Je ne sais pas. C'est peut-être, je ne sais pas. Ou peut-être, je ne sais pas, parce que je fais pas attention à ce que je mange. C'est pour ça que j'ai pris du poids, j'étais mince avant.

- **Génétique non favorable :**

Quand le répondant exprime que l'hérédité n'est pas un facteur de bonne santé bucco-dentaire pour lui. Voir est un facteur de mauvaise santé bucco-dentaire.

Exemple :

Q17-E6: Alors, je ne pense pas que ce soit imputable ni à mon hygiène de vie, parce que j'y fais gaffe, ni à l'hygiène bucco-dentaire, parce que bon, c'est pas pour me féliciter, mais à chaque fois ils me disent, bon, que c'est impeccable au niveau hygiène. Et j'y veille. Mais je pense que c'est, euh, c'est ma faiblesse. Je suis née comme ça. Parce que il ne faut pas que j'oublie que ma maman, à l'âge de 20 ans, n'avait plus une seule dent. On lui avait... parce que à l'époque...

- **La chance :**

Quand le répondant dit que sa bonne santé bucco-dentaire est en partie due à la chance.

Exemple :

Q18-E11 : La chance, la nature. (*Rire*) Une nature sympa. Parce que je me servais... je ne veux pas dire que je faisais le cowboy à décapsuler une bouteille de bière avec mes dents. Mais avec mes dents, je faisais n'importe quoi. « Arrête-toi, fais attention à tes dents ». Maintenant, je n'ai plus autant de force qu'avant dans mes dents. C'est ça. Ça c'est relativement nouveau. Non mais c'est vrai.

- **Douleurs= symptôme repère**

Quand le répondant dit que la présence de douleur permet de savoir qu'il y a un problème dans la bouche.

Exemple :

Q50-E4 : Pour le détartrage, oui. Uniquement pour ça. Parce que le reste, quand j'ai mal, je vais chez le dentiste. Je n'attends pas. C'est le détartrage que je laisse un peu tomber. Effectivement, ça peut me déchausser les dents. Bon, je tacherai d'être un peu plus sérieuse.

- **Peur de la douleur :**

Quand le répondant exprime la peur d'avoir mal chez le dentiste ou mal s'il a un problème dentaire.

- **Vécu douloureux :**

Quand le répondant parle d'un événement ou d'une situation passée où il a connu l'expérience de la douleur au niveau de la bouche.

Exemple :

Commentaire pendant la question 10 du GOHAI- E5 : Jamais : les 3 derniers mois couvrent la période où justement je les ai perdues. Non, je n'ai jamais mal aux dents. Enfin, j'ai eu mal aux dents dans ma vie. Mais depuis longtemps, je n'ai plus mal aux dents.

- **Préoccupation esthétique :**

Quand le répondant exprime des questionnements quand à l'aspect de sa bouche et de ses dents.

Exemple :

Q23-E12 : Alors, peut être des dents moins serrées. Ça, ça serait pas mal. Pfou.. ; si plus régulières. Je n'ai pas les dents régulières. Toi (*parlant à son épouse*) elles sont biens. Moi ça a toujours été complètement aléatoire.

C : Ça a toujours été comme ça ?

E12: Oui.

C : Alors moins serrées et plus régulières. Sinon, rien à changer ?

E12: Peut-être plus blanches parce qu'elles jaunissent un peu. Plus blanche..(Rire).

- **Préoccupation expériences dentaires (passées) :**

Quand le répondant fait référence à des expériences dentaires qui entraînent des préoccupations sur ce sujet au moment de l'entretien.

Exemple :

Q21-E9 : Ben, alors là dans l'avenir, euh. De toute façon, j'ai pu que 5 dents. J'espère les garder. Mais je sais que je ne les garderai pas. Parce que le dentiste m'avait dit il y a 2 ans, il faudrait enlever tout ce qui vous reste et vous mettre un appareil complet. Mais ça, ça me fait une petite peur et j'ai peur que ça tienne pas un appareil complet. Si ? En bas ? Si peut être que ça tient en bas ? En haut, je suis presque à l'appareil complet puisque je n'ai plus de dents. Mais ça fait ventouse en haut.

- **Préoccupation perte des dents :**

Quand le répondant exprime des événements ou des situations qui peuvent faire supposer ou qui vont entraîner la perte de dent. Et que ceci est envisagé comme une source d'anxiété par le répondant.

Exemple :

Commentaire pendant la question 11 du GOHAI- E5 : En dehors de la chute des dents, non.

- **Préoccupation ORL : acouphène, névralgie, ATM**

Quand le répondant fait part de problèmes qui peuvent être liés au bucco-dentaire mais qui ne sont pas envisagés dans le guide d'entretien.

- **Préoccupation santé générale :**

Quand le répondant exprime une anxiété plus ou moins forte sur sa santé générale actuelle.

Exemple :

Q12-E5 : Des problèmes de santé générale ? Si je répondais non à quelqu'un qui est étendu sur un lit d'hôpital (Rire)... ça ne paraîtrait pas sérieux. Ben oui, j'ai un problème de santé qui est sérieux actuellement. C'est que je ne peux plus marcher. J'ai commencé par tituber depuis 3 ans ou 4 ans. Par tituber. J'ai consulté un ORL qui m'a donné un médicament qui n'a pas fait grand chose, et puis j'ai pas eu le courage de faire le chemin pour la rééducation de type... je ne dirai pas kinésithérapique mais enfin apparentée. Et, donc, je me suis mis à marcher un peu en titubant. Et j'ai

marché en titubant sans y prêter d'attention, jusqu'au moment où j'ai commencé à tomber. Alors une fois, je suis tombé. Mais parce que je courais... L'explication de ma chute était naturelle, si je puis dire. Naturelle ou accidentelle, comme vous voudrez. Alors que depuis quelques jours, depuis 1 semaine, depuis exactement la nuit de dimanche à lundi, je suis tombé du fait de la raison pour laquelle et que l'on recherche, que je suis à l'hôpital en ce moment.

- **Préoccupation logement :**

Quand le répondant exprime une anxiété plus ou moins forte sur son habitat.

Exemple : voir entretien 2

- **Préoccupation financière :**

Quand le répondant exprime une anxiété plus ou moins forte sur le coût des traitements bucco-dentaires.

- **Préoccupation traitement dentaire lourd :**

Quand le répondant exprime une anxiété plus ou moins forte sur l'implication personnelle que demande les traitements bucco-dentaires dont il a ou doit bénéficier.

Exemple :

Q22-E12 : Parce que je pense que le fait de passer par les appareils ou autre est toujours une contrainte. Pour éviter les contraintes ou les ennuis. Je pense qu'un appareil dentaire est une contrainte. Et puis, je ne voudrais pas, quand même les implants et autres ne me font pas, j'ai pas trop envie. Je ne suis pas trop partisan d'implants et autres comme ça.

- **Souhait esthétique :**

Quand le répondant exprime l'envie de changements de son état bucco-dentaire pour des raisons esthétiques.

Exemple :

Q22 – E3 : Alors si je voulais changer ma bouche, je serais heureux d'avoir des dents bien rangées.

C : Le traitement orthodontique

E3 : Oui. Voilà ce que je souhaiterais, je ne dirai pas que j'en ai souffert. Il ne faut pas exagérer. Mais ça m'a toujours un peu turlupiné. Ce fait d'avoir des dents mal rangées. Alors que, bon, on en discute, on a le temps, vous n'êtes pas pressée (...)

E3: Mais, oui, ça m'a toujours turlupiné car je sais, je ne reproche rien à mes parents puisque ça n'existait pas du temps où j'étais... en plus c'était pendant la guerre, alors

le soins des dents ça passait après, malheureusement c'était comme ça. Mais le fait d'avoir pu déjà pour mes enfants et mes petits-enfants, j'y ai participé, d'avoir des dents bien rangées...

- **Insatisfaction esthétique :**

Quand le répondant exprime un mécontentement quand à l'apparence de ses dents et de sa bouche.

Exemple

Q22-E8 : C : Si vous pouviez changer votre bouche, comment serait-elle ?

E8: Ah, ben, elle serait éclatante. A la, la, le miracle !

C: Et par quels traitements ?

E8: Pour avoir.. ; ben écoutez on parle beaucoup aujourd'hui de clonage, on parle beaucoup de ce type...non, je sais que ma bouche est là.

- **Dents régulières :**

Quand le répondant évoque la notion de dents bien positionnées sans chevauchement.

Exemple :

Q22 – E3 : Alors si je voulais changer ma bouche, je serai heureux d'avoir des dents bien rangées (C : le traitement orthodontique) Oui.

- **Apparence comme repère de santé :**

Quand le répondant évoque l'aspect des dents ou des gencives comme signe de bonne santé bucco-dentaire.

Exemple

Q32-E4 : C : Pour vous, à quoi ça sert d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E4 : Déjà, ça doit faciliter... d'abord, c'est agréable pour la personne qui vous regarde. C'est agréable pour vous-même. Et ensuite, ben, ça vous permet de bien mâcher vos aliments. Donc c'est lié à la digestion, automatiquement.

- **Apparence : rapport à l'autre :**

Quand le répondant évoque l'aspect des dents ou des gencives dans des situations d'échanges sociales.

Exemple :

Q31 a-E6 : Et, quelqu'un a bout d'argument me dit « Et ça, tu ne crois pas qu'ils vont se rendre compte que tu as des sous. Et ça, tu ne crois pas qu'ils vont se rendre compte. » Et alors, il était à bout d'arguments et il me dit, comme ça « Déjà rien que

quand ils vont voir que tu as toutes tes dents, ils vont savoir que tu as pu les arranger ». (*Rire*)

C : Ah, c'est pas mal. (*Rire*)

E6 : Voilà. « Déjà, quand tu vas sourire et qu'ils vont voir que tu as toutes tes dents, ils vont savoir que tu as des possibilités ». Bon, parce que je disais : "ça, je ne porte pas ; ça, je ne porte pas ; ça, je ne porte pas" ... j'ai un vieux jean et un vieux T-shirt. « Oui, mais quand ils vont voir que tu as tes dents »... Donc voilà, c'est important.

C : Oui. C'est marrant.

E6 : Et c'est pour ça que je regarde les gens.

C : D'accord.

- **Apparence : pas une obsession**

Quand le répondant évoque que l'aspect des dents ou des gencives est un sujet qui occupe l'esprit du répondant mais qui n'est pas fondamental pour son bien-être.

Exemple :

Q21- E1 : Bon alors moi je ne suis pas un artiste lyrique qui montre ses dents. Je m'en fou. Mais par contre, on s'est aperçu, effectivement, les 2 dents qui étaient là et qui avaient une teinte noirâtre et autres. Bon ben au bout d'un certain temps, on est intervenu.

- **Lien santé orale et santé générale :**

Quand le répondant exprime un lien réciproque entre la santé bucco-dentaire et la santé générale.

- **Age : effet générationnel :**

Quand le répondant évoque des événements propres à sa génération pour expliquer son état ou son comportement de santé bucco-dentaire.

Exemple :

Q16-E8 : Oui, Ah, Madame, chère amie, la route est longue....Alors qu'est-ce qui c'est passé. Ces caries quand j'étais gosse. Mais j'ai oublié. A l'époque, les médecins dentistes étaient assez musclés. Même brutaux quelque fois. Et...il y a eu des extractions.

- **Apparition de changement lié à l'âge :**

Quand le répondant exprime que son état ou sa santé bucco-dentaire change, selon lui, à cause du vieillissement.

Exemple :

Q25-E4 : Comme je vous ai dit tout à l'heure, je pense qu'il y a une élasticité... générale, due à l'âge.

- **Age = désinvestissement :**

Quand le répondant exprime qu'il s'occupe moins de sa bouche à cause de l'âge.

Exemples :

Q20 – E3 : Malheureusement pas grand chose.

C : Allez racontez moi tout, qu'est ce que...(rire)

E3: Je me brosse les dents. Point final. Je ne me les brosse qu'une fois par jour. Je devrais les broser 2 fois, je sais. Le soir on devrait, mais, euh, ou on est trop fatigué ou on y pense pas.

Q28- E3 : Vous savez, à part, ces quelques petits problèmes dont je vous ai parlés. Moi je pense que j'ai pas de problèmes majeurs. Je ne vois pas ce que je pourrai améliorer (...) Non. Personnellement, non. Sauf les quelques bricoles que j'ai relevé.

- **Age= fatalisme :**

Quand le répondant exprime que la dégradation de son état bucco-dentaire est liée à l'âge et que ce n'est pas modifiable.

Exemples :

Commentaire après la dernière réponse au GOHAI- E5 : Ce qui me préoccupe est de savoir quand je vais retourner chez le dentiste. Et avance, mon problème de mobilité actuel, ça pose un problème. Ce qui fait, que je me dis : quand on devient vieux, on a moins de dents. Il en résulte que, à part la chute des dents, les problèmes de dents ne m'ont jamais vraiment préoccupés. Voilà.

Q2-E3 : Oh, j'ai pas à me plaindre. A mon âge, à 86 ans, euh (*silence*).

- **Clonage :**

Quand le répondant explique qu'il serait bien de pouvoir cloner de nouvelles dents.

Exemple :

Q22-E8 : C : Si vous pouviez changer votre bouche, comment serait-elle ?

E8: Ah, ben, elle serait éclatante. A la, la, le miracle !

C: Et par quels traitements ?

E8: Pour avoir.. ; ben écoutez on parle beaucoup aujourd'hui de clonage, on parle beaucoup de ce type...non, je sais que ma bouche est là.

- **Rapport à soi favorable :**

Quand le répondant exprime une façon de se voir ou de voir son corps qui est positif pour sa santé bucco-dentaire.

Exemple :

Q21-E11: Parce qu'elle a toujours été bien. Et puis manifestement, j'ai des pratiques qui lui conviennent. Que donc, qu'il n'y a pas de raison que ça change. Sauf si j'avais, je ne sais pas, mettons, une chimiothérapie qui va me développer des mycoses ou... mais je ne me vois pas avoir les dents, ayant les dents qui tombent. Mon père est mort à 95 ans, il avait toutes ses dents. A part, une... une incisive qu'on lui avait enlevée parce qu'il n'avait pas la place. A cette époque-là, mon papa était né en 1916, et bien on lui avait arraché une dent pour que les autres aient leur place. C'était très bien, ça faisait un tout petit trou, là, ben voilà, bon. Finalement, moi je vous dis, problème dentaire, on ne connaît pas ça dans la famille.

- **Rapport à soi non favorable :**

Quand le répondant exprime une façon de se voir ou de voir son corps qui n'est pas positif pour sa santé bucco-dentaire.

Exemple :

Q21-E3 : Ben, c'est un peu le contraire de tout ce qu'on vient de dire. (*Rire*) C'est être, comment dirais-je, laxiste dans la façon de... dans son comportement dans ce domaine. Voilà. Laisser les choses en l'état. En d'autres termes, glorifions les dentistes (*Rire*).

- **Auto soins (démarche/réflexion) :**

Quand le répondant explique par quel cheminement intellectuel il a déterminé une possibilité d'auto soins.

Exemple :

Q28-E1 : Non, mais en prenant... en prenant des... je dirais des adjuvants bucco-dentaires adaptés et qui ne soit pas agressifs. Parce que lorsqu'il y avait des pâtes dentaires avec des éléments agressifs, ben, vous frottez avec votre bain à bouche et vous amenez, vous amenez des désordres.

- **Auto soins (action) :**

Quand le répondant explique quel acte il a mis en place par lui-même pour améliorer sa santé bucco-dentaire.

Exemple :

Commentaire pendant la question 9 du GOHAI- E11 : (...) Alors ce que je peux vous dire, pourquoi je n'ai jamais eu de problème de gencive. C'est parce que j'utilise un dentifrice à base de sel de mer et que du coup, j'ai des gencives saines qui ne saignent pas qui sont impeccables. Donc, je peux vous faire la pub : autrefois j'utilisais du dentifrice Vince qui n'existe plus. Maintenant, j'utilise du Selgine, jusqu'à ce que ça disparaisse pour qu'on me foute cet espèce de Colgate ou de machin au fluor, je ne sais pas ...que je trouve archi nul.

C : Ça fait longtemps que vous prenez ces dentifrices à base de sel de mer ?

E11 : Oh, ça fait 40 ans. Toujours pratiquement

- **Satisfaction :**

Quand le répondant exprime une satisfaction ou une fierté sur son état oral.

Exemple :

Commentaire pendant la question 7 du GOHAI – E4: Mes dents sont pas parfaites, elles sont ce qu'elles sont.

C : est-ce que vous êtes satisfait ?

E4 : Oui, par ce que je les ai presque toutes.

- **Apprentissage/savoir :**

Quand le répondant explique qu'il a appris une compétence de brossage ou qu'il a acquis des savoirs-faires qui lui permettent de prendre soins de sa cavité orale. Ou quand le répondant exprime des souhait d'acquérir plus de connaissances ou/et de compétences.

Exemple :

Q34-E11: Que faites-vous pour avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E11 : Ben, ce que je vous dis depuis le début. Savoir comment se comporter avec ses dents... Savoir ce dont elles ont besoins. Les utiliser à bon escient. Et puis, voilà, c'est ça. Et se fixer un cap et réussir à conserver ce cap en dépit de tous les obstacles que notre société de consommation, que je ne qualifierais pas pour être polie, nous mets devant les pieds. Trouver des bonnes brosses à dents, trouver du bon dentifrice, trouver la bouffe qui peut permettre d'utiliser toutes les fonctions de ses dents. Oui, tout ça. »

- **Visite chez le dentiste:**

Exemples :

Q30-E1 : Ben c'est, euh, c'est prendre des soins élémentaires, euh, journaliers. Et puis ensuite de votre praticien de temps en temps qui découvrira avec son âge, etcetera, que là il y a quelques chose ou il va y avoir quelque chose. Car il ne suffit pas d'ouvrir la bouche devant une glace pour dire les dents ne posent pas de problèmes.

Q34-E3 : Ben, tout ce qu'on vient de dire. C'est tout ce que j'ai fait d'ailleurs dans ma vie, je me suis toujours soigner les dents.

Annexe IV : Verbatim des entretiens de 1 à 12

Présentation de la population de l'étude

Entretiens retranscrits

Présentation de la population d'étude

Entretien 1 :

Mr E1, âgé de 88 ans, a été rencontré le jour de sa sortie d'un service d'UGA de l'hôpital Charles Foix (94). Son hospitalisation est due à des problèmes respiratoires, conséquence de la grippe. Il vit à son domicile qui est un appartement parisien dont il est propriétaire. Il est marié, a 4 enfants et 6 petits-enfants. Il a une mutuelle. Son niveau d'étude est ingénieur de l'Ecole Spéciale de Santé Publique et son dernier métier exercé est ingénieur conseil.

Le résultat de son GOHAI est 43.

D'emblée, il identifie son problème de santé bucco-dentaire comme un problème d'entretien. Il considère qu'il a une dent à faire soigner.

Q1- E1 : Enfin, j'ai des problèmes d'entretien.

C : Des problèmes d'entretien. C'est-à-dire ?

E1 : Par exemple, ici cette canine, elle s'est effondrée il y a probablement...un plombage qui a cédé et je devais voir le dentiste mais étant donné que... j'ai été hospitalisé d'urgence, c'est tombé à l'eau. Voilà l'inconvénient que j'ai. Mais c'est au programme. Ce que j'ai besoin. Ça ne me gêne pas.

Q15- 1 : Non, moyenne. Moyenne. Parce qu'il y a des manques, ...des manques, des choses qu'il faut faire soigner quoi.

Entretien 2 :

Mme E2, âgée de 79 ans, a été rencontrée lors d'une hospitalisation dans un service d'UGA de l'hôpital Charles Foix (94). Son motif d'hospitalisation est les conséquences d'une grippe. Elle vit dans un hôtel « social » dans Paris depuis 20 ans. Elle est célibataire, a 3 enfants. Elle dit avoir une mutuelle qui doit être la CMU-C. Elle a arrêté l'école à 14 ans. Son dernier métier exercé est garde malade.

Le GOHAI est de 35 avec une non réponse. En effet, la question 7 sur la satisfaction de l'aspect de ses dents entraînent comme réponse « Je m'en fous ».

D'emblée, la dame explique qu'étant orpheline pendant la guerre et placée par la DASS, elle a vécu des problèmes de malnutrition et de manque de soins. Elle considère que sa bouche est pourrie et que plusieurs dents bougent.

Entretien3 :

Mr E3, âgé de 86 ans, a été rencontré par le CCAS de la ville d'Orsay (91). Il est propriétaire d'une maison dans la Drôme. Il a décidé d'être locataire dans un foyer logement pour se rapprocher de sa fille. Il est veuf, a 2 enfants, 6 petits-enfants et 3 arrière-petits-enfants. Il a une mutuelle. Son niveau d'étude est le brevet élémentaire. Son dernier métier exercé est agent dans l'assurance.

Le résultat du GOHAI est 49.

D'emblé, il explique que son problème actuel est lié à un bridge mobile. Puis il ajoute d'autres préoccupations : son appareil dentaire, une canine qui se déchausse et des dents mal placées.

Q1 E3 : Ben, j'ai simplement ce problème, enfin, ce problème du, comment on appelle ça, le... bridge qui remue un peu. C'est une impression peut-être. Ou, non je crois qu'il s'est passé quelque chose, mais quoi ? Est-ce qu'il y a à l'intérieur de...il y a certainement un produit comme du ciment, je pense, et peut-être que ce ciment s'est descellé. C'est possible.

C : on va regarder tout à l'heure

E2 : Vous le verrez vous. Vous qui avez l'habitude et puis c'est votre métier. Vous le verrez tout de suite.

Q15- E3 : Oh, disons bonne d'une manière générale. Euh, mais (*silence*) ce que je voudrais... c'est pas que ça m'horripile, c'est pas que ça m'inquiètes mais cette histoire de bridge qui s'est affaissé. Ça je voudrais en avoir le cœur net. Quoi. Et de façon, à aller chez le dentiste, pour me faire faire ce qui à lieu de faire. C'est tout. Vous pensez, à mon âge.. Même si je dois payer. Ça m'est complètement égal. On a pu à faire d'économie., mais sincèrement

C: Sincèrement vous avez plutôt intérêt à prendre soin de vous maintenant

E2 : Non je préfère, je préfère, puisque j'ai eu la chance d'avoir une bonne retraite, je préfère aider mes enfants et mes petits-enfants. Surtout mes petits-enfants.

Entretien 4 :

Mme E4, âgée de 84 ans, a été rencontré par le CCAS de la ville de Massy (91). Elle est propriétaire de son appartement et y vit. Elle est veuve, a 1 fille. Elle a une mutuelle. Son niveau d'étude est le Brevet BEPC. Elle a travaillé en tant que militaire dans l'armée de l'air.

Le résultat du GOHAI est 48.

D'emblée, elle explique que ses mâchoires sont sa préoccupation principale car ses mâchoires se « décrochent ».

Entretien 5 :

Mr E5, âgé de 90 ans, a été rencontré lors d'une hospitalisation dans un service d'UGA de l'hôpital Charles Foix (94). Son motif d'hospitalisation est une chute entraînant une incapacité récente à marcher. Il est marié, a 2 enfants et 3 petits-enfants.

Il a une mutuelle. Son niveau d'étude est Docteur en Droit. Son dernier métier exercé est magistrat.

Le résultat du GOHAI est 47.

D'emblé, il explique que son problème actuel est la chute spontanée et très récente de 3 dents inférieures. Et que cela entraîne des difficultés à mâcher. Mais très vite, il dit ne pas être intéressé par ses dents.

Entretien 6 :

Mme E6, âgée de 73 ans, a été rencontrée par un confrère chirurgien-dentiste exerçant à Saint-Jean-de-Luz (64). Elle est propriétaire de sa maison. Elle est mariée, a 1 enfant. Elle a une mutuelle. Son niveau d'étude est BAC. Son dernier métier exercé est professeur des écoles.

Le résultat du GOHAI est 48.

Elle explique être en soins pour mise en place d'implants car un bridge a dû être déposé. D'emblée, elle exprime qu'elle ne considère pas son traitement comme un problème mais comme une solution.

Q1-E 6 : (Silence). Je ne peux pas considérer comme un problème, ce que je suis en train de ...

C : vous me répondez comme vous voulez. Donc ce n'est pas comme un problème.

E6 : Non, je ne le ressens pas comme un problème.

C : Alors, qu'est ce qui vous arrive en ce moment ?

E6 :Eh, bien, j'avais un bridge derrière. Et ce bridge, sur les 4 dents que j'avais, il y en a 2 qui se sont infectées. Donc, il a jugé utile, Dr H, de me faire des implants. Parce que déjà, j'en ai plusieurs alors je connais le problème (*Rire*). La solution plutôt ! Disons plutôt la solution !

Entretien 7 :

Mme E7, âgée de 70 ans, a été rencontrée par un confrère chirurgien-dentiste exerçant à Saint-Jean-de-Luz (64). Elle vit entre 2 appartements, un à Paris, un à Ciboure, dont elle est propriétaire. Elle est mariée, a 1 enfant. Elle a une mutuelle. Elle est née en Pologne sous influence de l'URSS. Elle s'est installée en France en 1962. Son niveau d'étude est Bac +3 (Licence). Son dernier métier exercé est traductrice.

Le résultat du GOHAI est 50.

Dans un premier temps, elle n'exprime aucun souci au niveau bucco-dentaire.

Entretien 8 :

Mr E8, âgé de 73 ans, a été rencontré par un confrère chirurgien-dentiste exerçant à Saint Jean de Luz (64). Il est locataire d'un appartement et vit très souvent chez sa compagne. Il est divorcé et a 3 enfants. Il a une mutuelle. Son niveau d'étude est Bac +2 (DEUG). Son dernier métier exercé est cadre supérieur, chargé des relations à l'ANPE.

Le résultat du GOHAI est 43.

Il vient de finir la réhabilitation prothétique de sa bouche avec 2 prothèses amovibles partielles (haut et bas). D'emblée, il exprime le fait que selon lui, il y a des risques qu'il y ait bientôt de nouveau problème bucco-dentaire.

Entretien 9 :

Mme E9, âgée de 71 ans, a été rencontrée par le CCAS de la ville des Ulis (91). Elle est locataire de l'appartement où elle vit. Elle est veuve et a 3 enfants. Elle a une mutuelle. Son niveau d'étude est BAC. Son dernier métier exercé est comptable.

Le résultat du GOHAI est 42.

Elle exprime rapidement avoir des difficultés à mastiquer dû à la prothèse de 2 appareils amovibles et que 2 dents devraient être extraites depuis 2 ans.

Entretien 10 :

Mme E10, âgée de 66 ans, a été rencontrée par réseau amical autour d'une AMAP. Elle est propriétaire de sa maison (91). Elle est mariée, a 3 enfants et 7 petits-enfants. Elle a une mutuelle. Son niveau d'étude est Bac +3. Son dernier métier exercé est enseignant en IUT.

Le résultat du GOHAI est 46.

D'emblée, elle explique que ses difficultés bucco-dentaires sont liées aux muqueuses. En effet, celles-ci sont sensibles à l'acide et aux aliments astringents. Elle considère que sa bouche est toujours à surveiller.

Entretien 11 :

Mme E11, âgée de 73 ans, a été rencontrée du fait de sa présence sur l'Hôpital Charles Foix car son époux y était pris en charge. Elle est propriétaire de son appartement. Elle est veuve, a 1 enfant et 1 petit enfant. Elle a une mutuelle. Son niveau d'étude est Doctorat. Son dernier métier exercé est conseil scientifique.

Le résultat du GOHAI est 45.

D'emblée, elle déclare avoir toutes ses dents. Elle précise qu'une de ses dents s'est cassée il y a 3 mois. Refaire une couronne prothétique a suffi. Elle précise qu'elle n'avait pas eu de souci depuis de longue année.

Entretien 12 :

Mr E 12, âgé de 69 ans, est une connaissance du mari de Mme E10. Il est propriétaire de sa maison. Il est marié, a 3 enfants et 6 petits-enfants. Il a une mutuelle. Son niveau d'étude est école d'ingénieur.

Son dernier métier exercé est ingénieur expert.

Le résultat du GOHAI est 42.

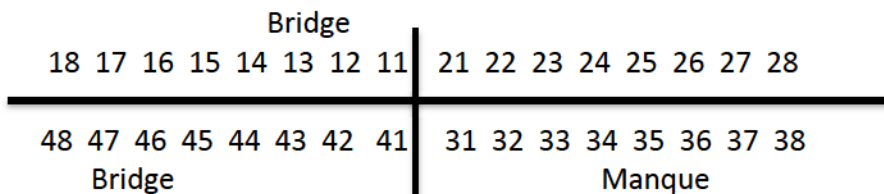
Il déclare avoir cassé une dent et qu'il a toujours un petit souci avec l'hygiène dentaire. Mais l'entretien montre que cet incident dentaire s'est déroulé il y a environ 2 ans et que désormais il arrive à maintenir une hygiène dentaire satisfaisante pour lui.

Entretiens retranscrits

Entretien 1

Date : 24/02/2015 Lieu : CFX Cordoue Matin Pseudonyme : E1

Schéma bucco-dentaire selon les propos du répondant :



Commentaires durant le GOHAI : Aucun

1^{ème} partie : Etat de santé déclaré (questions fermées) :

- 1- C : Est-ce que vous avez des problèmes de santé bucco-dentaire actuellement ?
E1 : Enfin, j'ai des problèmes d'entretien.
C : des problèmes d'entretiens. C'est-à-dire ?
E1 : Par exemple, ici cette canine, elle s'est effondrée il y a probablement... un plombage qui a cédé et je devais voir le dentiste mais étant donné que... j'ai été hospitalisé d'urgence, c'est tombé à l'eau. Voilà l'inconvénient que j'ai. Mais c'est au programme. Ce que j'ai besoin. Ça ne me gêne pas.

- 2- C : Est-ce qu'il vous manque des dents ? Combien vous en manque-t-il ?
E1 : Non. Eh oui, il m'en manque. Il manque une molaire.

- 3- C : Est-ce que vous avez fait remplacer les dents manquantes ?
E1 : Partiellement.

- 4- C : Est-ce que vous portez des prothèses ?
E1 : Oui

- 5- C : Quel type de prothèses avez-vous en bouche ?
E1 : Ben, bridge ici, récent. (*le patient montre devant et en bas*). Bon, oui.
C : Et d'autre chose, vous pensez ?
E1 : Et puis, devant, enfin, c'est... (*Silence*)

- 6- C : Est-ce que vous pensez avoir des caries ?
E1 : Enfin, je ne pense pas, étant donné que je fréquente donc le praticien, euh, assez récemment. Mais...

- 7- C : Est-ce que vous avez les gencives qui saignent (au brossage) ?
E1 : Non

- 8- C : Est-ce que vous avez les dents qui bougent ?
E1 : Non
- 9- C : Est-ce que vous avez une sensation de bouche sèche ?
E1 : Oui. Ben, à l'hôpital, là... Ca c'est lié peut-être à l'atmosphère qui règne ici.
C : Plus à l'hôpital qu'à la maison ?
E1 : Bien oui, oui, oui. C'est très net.
C : A la maison vous n'avez pas cette sensation de bouche sèche ?
E1 : Non
- 10- C : Est-ce que vous avez des candidoses ou mycoses en bouche ?
E1 : Euh, enfin, pas spécifiquement identifiées. Il y en a certaine euh... sur les... enfin à l'intérieur. Euh non, j'ai rien soigné dans ce sens-là.
- 11- C : Est-ce que vous avez mal aux dents actuellement ?
E1 : Non
- 12- C : Est-ce que vous voulez bien me dire si vous avez des soucis au niveau santé générale ? Si oui, lesquels ?
E1 : Ben non, sinon récemment, depuis 3 semaines. J'ai été hospitalisé d'urgence à la Salpêtrière. Alors quel était le motif : c'était les problèmes respiratoires liés à une grippe qui a repris du poil de la bête ces temps-ci.
C : Je crois que le vaccin n'a pas beaucoup marché cette année.
E1 : Pas marché du tout, puisque l'on ne s'est pas fait vacciner. Alors, le médecin, à la sortie, m'a dit, « écoutez, vous n'aurez pas besoin l'année prochaine, de vous faire vacciner ». *(Rire)*
C : est-ce que vous avez d'autres soucis de santé générale ?
E1 : Non
- 13- C : Pensez-vous que votre santé bucco-dentaire a un impact sur votre santé générale ?
E1 : Enfin, moi je le pense à titre scientifique. Voilà. Certainement. Enfin, je n'ai pas personnellement de raisons d'incriminer cet effet. Mais c'est probable.
- 14- C : Pensez-vous que votre santé générale a un impact sur votre santé bucco-dentaire ?
E1 : Oui. Mais ça n'est pas. Enfin, je ne vois pas... Le problème de la santé réagit partout. A mon avis. Alors, il est certain que les gens qui ont une bouche qui n'est pas soignée, bon, ça a une influence sur la diffusion des bactéries et des microbes dans le corps.
- 2^{ème} partie : Description de son propre état de santé orale, interprétation des symptômes et des causes, pronostic subjectif.**

- 15- C : Comment jugez-vous votre santé bucco-dentaire aujourd'hui ?

E1 : *(Silence)*

C : Bien, pas bien...

E1 : Non, moyenne. Moyenne, parce qu'il y a des manques... des manques, des choses qu'il faut faire soigner quoi.

16- C : Est-ce qu'il s'est passé beaucoup de chose dans votre bouche ? Est-ce que vous voulez bien me les raconter ?

E1 : Oui. C'est des soins courants qui sont liés, ben, à des caries. Et puis, de fil en aiguille, il y a des dents qui ont été couronnées. Tout ou partie. Ce qui fait que les dents qui n'ont pas été touchées, à mon avis, sont de l'ordre de à peine 30%. C'est-à-dire qu'avec votre confrère, bon, il m'a dit « ce sont des dents d'haricots que vous avez ». Parce que quand je vais le voir, il me dit : « Ah ben oui ». Il regarde son écran et puis il dit : « Là on a fait ça, on a fait ça ». Effectivement, j'ai très peu de dents qui n'ont pas été touchées par votre confrère. Ca veut dire quoi, ca veut dire que j'ai un souci de ma dentition.

C : Vous pensez que vous avez un souci avec votre dentition ?

E1 : Non. Non pas pour l'instant. Il faut que je fasse voir... cette dent qui à mon avis a été soignée. Il semble qu'il y a eu une rupture du liant qui a été utilisé. Je ne sais rien. Il faut le voir. Et ça, la bouche ouverte.

C : En fait. Vous avez eu des soucis ?

E1 : J'ai eu des soucis. Oui, oui, oui, effectivement. Notamment sur les incisives qui étaient liées... ben... à utiliser. Je ne sais plus. J'incrimine... Si ! J'ai eu des ruptures de dents en contemplant le volcan qui est en Sicile. En suçant un os de poulet, hop, je reviens de voyage de noces. Alors, inutile de vous dire que c'est une anecdote. Ca commence à [dater] pas mal dans le passé... bon, ben voilà...

17- C : Selon vous, à quoi est dû tout ce qui vous est arrivé ?

E1 : *(Silence)*

C : Donc vous pensez que la plupart de vos problèmes viennent des caries ? Que vous avez eu des caries en fait ?

E1 : Caries... et puis, euh, couronnes qui sont venues. Certaines dents ont été couronnées et donc... on a même enlevé récemment pour faire un bridge, ben la couronne qui avait été... c'est-à-dire qu'on a pris 3 dents pour faire le bridge. Mais, si vous voulez, je n'ai pas une bouche qui est sans, euh... difficultés. Qui est ancienne mais suivie.

18- C : Qu'est-ce qui, selon-vous, a aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

C : Pensez-vous que les soins réalisés dans votre bouche vous ont aidé à avoir une bonne santé orale ?

E1 : Oui. Moi, je... C'est une idée pas très... certainement, enfin... Moi j'en suis persuadé. Non mais tout ce qui est, si vous voulez, pourriture. Où que ce soit. Que ce soit dans la bouche ou ailleurs. Bon, alors c'est pareil sur une plaie qui n'est pas soignée.

19- C : Que pensez-vous du message de brossage des dents tous les jours ?

E1 : Oui, moi je pense que oui. Avec un inconvénient, c'est qu'il y a l'usure. L'usure de la dent, c'est... Alors il faut faire, à mon avis, très attention quand on choisit une brosse à dents pour un gamin, euh, parce que je le sens, je le vois. Je le constate que certaines dents donc qui sont spécialement atteintes par la brosse à dents font qu'il y a une usure que j'attribue à la brosse.

20- C : Que faites-vous pour prendre soin de votre santé bucco-dentaire ?

E1 : Qu'est-ce que je fais ? Ben, je me brosse les dents. Le matin et le soir.

C : Est-ce que vous faites d'autres choses que les brossages des dents ?

E1 : Absolument pas.

C : vous savez tout le monde a des habitudes

E1 : Non, non. Alors, donnez-moi des habitudes ?

C : Il y a en a qui font des bains de bouche, d'autres qui aiment le citron...

E1 : Ah oui, oui, d'accord.

C. Pour savoir, est-ce que vous faites autres choses que du brossage ?

E1 : Non. Je brosse les dents avec un dentifrice... avec un dentifrice qui n'est pas agressif ou corrosif.

21- C : Comment pensez-vous que votre santé orale va être dans l'avenir ? Pour quelles raisons ?

E1 : Bon alors moi, je ne suis pas un artiste lyrique qui montre ses dents. Je m'en fous. Mais par contre, on s'est aperçu, effectivement, les 2 dents qui étaient là et qui avaient une teinte noirâtre et autres. Bon ben, au bout d'un certain temps, on est intervenu.

C : Dans l'avenir, vous pensez que ça va aller ?

E1 : La vie, ça change tous les jours. Vous croquez quelque chose de dur et puis vous cassez une dent.

22- C : Si vous pouviez changer votre bouche, comment serait-elle ? Par quels traitements ?

E1 : Non.

C : Vous ne voudriez pas la changer ? Vous ne voulez pas la changer ?

E1 : Non. Le problème ne m'a pas encore été présenté de façon telle que j'aurais à changer ma bouche. J'ai un suivi dentaire.

1^{ère} sous - partie : représentations cognitives sur les maladies orales

23- Caries dentaires :

a. C : A quoi sont dues les caries ?

E1 : Les caries sont dues à je ne sais pas quelle bactérie qui trouve son support et sa nourriture euh, voilà. Enfin, il faut peut-être l'indiquer de façon plus scientifique que ce que je vous dis là.

b. C : Par quel mécanisme la carie apparaît ?

E1 : Ben, il y a une rupture de la surface dentaire et une fragilité. Après qui descend ensuite dans la pulpe. Puis...

c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir des caries ?

E1 : Oui. Mais en tant que père de famille, on en sait quelque chose. Voilà...

d. C : Comment peut-on éviter d'avoir des caries ?

E1 : Ben, par un entretien, je dirai, courant. Et surveiller.

C : Pour vous ça veut dire quoi un entretien courant ?

E1 : Ben, c'est-à-dire un brossage des dents courant, euh, avec le matériel que l'on propose aujourd'hui. Euh, avec mécanique ou pas mécanique. Mais moins ça tourne et moins c'est agressif pour, euh... l'émail dentaire.

e. C : Comment soigne-t-on les caries ?

E1 : Ben, en l'éliminant et en... l'éliminant au mieux. Et puis en constatant ensuite que ce qui a été fait permane. C'est-à-dire qu'il y a un entretien, euh, avec visite du praticien.

24- La gencive qui saigne : Non

25- Les dents qui bougent : Non

26- La sécheresse buccale/ la sensation de bouche sèche:

a. C : A quoi est due la sécheresse buccale?

E1 : Ben je n'en sais rien. Non, mais je vois ici. Vous voyez le pot à eau qui est là. Bon ben, je sens qu'au bout d'un certain temps. Est-ce que c'est l'atmosphère dont je n'ai pas mesuré le degré d'humidité... bon. Mais je pense que dans ce milieu dentaire, ici, il y a une bonne ventilation. C'est sensible. Il n'y a pas d'odeur d'hôpitaux. Voilà ce qui me fait dire, euh... qu'au bout d'une heure, il faut que je boive une gorgée pour diluer et amener de l'humidité.

b. C : Comment arrive la sécheresse buccale? Par quel mécanisme la bouche sèche apparaît ?

E1 : Je n'en sais rien. C'est la respiration de l'épiderme et du derme qui est à l'intérieur. Y a... non, je n'ai pas d'explication.

c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir la sécheresse buccale?

E1 : C'est pas sur, mais ce n'est pas agréable.

d. C : Comment peut-on éviter d'avoir la sécheresse buccale?

E1 : Ah, je n'en sais rien.

C : qu'est-ce que vous avez fait ici à l'hôpital quand vous aviez la bouche sèche ?

E1 : Et bien, je bois de l'eau... en faisant circuler l'eau dans la bouche pour ne pas, euh, accumuler du liquide.

e. C : Comment soigne t-on la sécheresse buccale?

E1 : Je n'en sais rien. Je ne sais pas.

27- Les dents qui grincent : non

28- C : Est-ce que vous pensez pouvoir faire quelque chose par vous même pour améliorer la situation ?

E1 : Non, mais en prenant... en prenant des... je dirais des adjuvants bucco-dentaires adaptés et qui ne soient pas agressifs. Parce que lorsqu'il y avait des pâtes dentaires avec des éléments agressifs, ben, vous frottez avec votre brosse à dents et vous amenez, vous amenez des désordres.

2^{ème} sous-partie : représentations cognitives sur la santé orale

29- C : Est-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E1 : Oui. Oui, ça se voit notamment, quand autrefois, quand on avait nos paysans... bon, ils ne prenaient pas beaucoup de précautions bucco-dentaires... et ils étaient costauds. Mais enfin, voilà, moi je pense que oui.

30- C : Pour vous, c'est quoi être en bonne santé bucco-dentaire ?

E1 : Ben c'est, euh... c'est prendre des soins élémentaires, euh, journaliers. Et puis ensuite de votre praticien de temps en temps, qui découvrira avec son âge, etcetera, que là il y a quelque chose où il va y avoir quelque chose. Car il ne suffit pas d'ouvrir la bouche devant une glace pour dire que ses dents ne posent pas de problèmes.

a. C : Pour vous, à quoi ressemble des dents en bonne santé ?

E1 : C'est-à-dire que la dent naturelle en bonne santé, moi je... une dent artificielle, elle apparaît en bonne santé. Voilà. Mais, euh...

C : une dent naturelle en bonne santé, ça ressemblerait à quoi ?

E1 : Une dent naturelle en bonne santé, et bien, on verra qu'elle est brillante, elle n'est pas corrodée. C'est un aspect extérieur. Car la dent, il y a plusieurs niveaux de dureté de l'émail. Et puis, bon... et puis suivant que vous avez laissé faire les désordres internes. Voilà ce que je peux...

b. C : Pour vous, à quoi ressemble une gencive en bonne santé ?

E1 : Ben, c'est une gencive qui ne saigne pas et pour laquelle il n'y a pas de douleur particulière qui soit perçue ou entendue dans un ménage ou « bien tiens je vais... etcetera ». Voilà ce que je pense que c'est.

c. C : Pour vous, comment peut-on avoir une sensation de confort dans la bouche ?

E1 : Je pense, ce confort dans la bouche c'est, dans la mesure où quand vous mâchez quelque chose vous avez une réponse qui fait que ça se passe bien.

31- C : Pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E1 : C'est d'abord, il y a peut-être des aspects sociologiques, à savoir les contacts avec la personne avec laquelle on parle et certainement avoir une mauvaise santé

bucco-dentaire a une influence sur la relation, le relationnel que vous pouvez avoir avec quelqu'un avec qui vous avez une conversation proche.

32- C : Pour vous à quoi ça sert d'avoir une bonne santé orale ?

E1 : Ca sert à la santé générale. Alors, prenons un pourcentage, je dirais, dans la santé de la personne un pourcentage, ben je dirais, de 30%, 30-40%.

C : C'est déjà beaucoup.

E1 : C'est beaucoup, mais c'est une idée qui n'est pas mesurée. Que vous me posez et dont je donne une appréciation.

C : Je cherche à avoir l'avis des personnes. Je cherche à avoir vos appréciations.

a. C : Est-ce que ça sert pour parler ?

E1 : Oui, oui, oui.

b. C : Est-ce que ça sert pour manger ?

E1 : Bien sûr.

33- C : Pour vous, c'est important d'avoir une bonne santé orale ?

E1 : Ah ben oui, oui. Oui, mais il peut y avoir des négligences. Notamment avec l'âge, on laisse filer et on ne va pas voir son praticien.

34- C : Que faites-vous pour avoir une bonne santé orale ?

E1 : (*Silence*) Non, enfin, je ne vois pas. Un entretien courant doit arriver à donner... C'est un élément naturel de l'individu. Bon, alors il y a des gens qui sont plus spécialement agressés et répondent à une agression plus que d'autres. Alors ça c'est... il y a un aspect génétique. Il y a tout un tas de raisons que l'on peut invoquer.

3^{ème} partie : Description du répondant et de son environnement

35- C : Votre date de naissance :

E1 : Le 23 octobre 1926.

36- C : Votre niveau d'étude :

E1 : Ingénieur diplômé de l'Ecole spéciale de santé publique, j'ai fait des études d'urbanisme.

37- C : Votre dernier métier exercé :

E1 : Ingénieur conseil dans les travaux publics puisque j'ai créé un cabinet d'études dans ce domaine. J'ai traité des problèmes de construction de tout ordre, y compris hospitalier. J'étais expert judiciaire dans ce domaine (bâtiment ancien).

38- C : Catégorie socio-professionnelle :

39- C : Votre situation familiale :

E1 : Marié, 4 enfants et 9 petits-enfants

40- C : Votre type de logement : maison / appartement / foyer de vie / propriétaire/locataire :

E1 : Appartement, propriétaire

41- C : Est-ce que vous avez une mutuelle:

- E1 : Oui
- 42- C : Avez-vous vécu dans différents pays pendant votre vie ? Si oui, lesquels et quand ?
E1 : Toujours en France
- 43- C : Avec votre famille ou vos amis, comment se passent les repas ensemble? Quand vous mangez en famille, il n'y a pas de soucis au niveau bucco-dentaire ?
E1 : Ah, ben, écoutez, euh... je n'en sais rien. Il peut y avoir des commentaires venus d'ailleurs. Vous savez, avec des petits-enfants...
- 44- C : Est-ce que vous parlez de votre problème dentaire à vos amis ou /et à votre famille ?
E1 : Non. Avec ma famille oui. Autrement, bien incidemment. Ce n'est pas une préoccupation.
- 45- C : Si vous avez de la famille ou des amis, comment vous aident-ils ? En quoi ils vous soutiennent?
E1 : Non, on a une habitude. Celle qui est d'être client de votre confrère. On lui fait confiance dans ce domaine. J'ai des enfants qui sont plus ou moins sensibles aux aspects techniques ou autres. Mais ça on a tous été... On était 4 dans la famille, avec des frères qui étaient plus sensibles, donc ils s'accrochent davantage à la douleur. Il y a quand même une douleur.
- 46- C : Vous consultez un médecin généraliste ? A quelle fréquence ? (oui/non/fréquence) :
E1 : On le voit oui. En ce moment, on le voit en vieillissant. Il se trouve que l'on a des besoins médicaux accrus et qui font que... Alors le problème lié au dentiste, non. Mettons tous les 3 mois.
- 47- C : Vous consultez un dentiste ? A quelle fréquence ? (oui/non/fréquence)
E1 : Ça dépend des inconvénients qui se manifestent et qui font qu'on se croit obligé d'aller consulter.
- 48- C : Est-ce que le cabinet dentaire est loin de chez vous ?
E1 : Le cabinet dentaire est boulevard Saint Germain et moi j'habite, disons, à 300 mètres de là.
- 49- C : Comment faites-vous pour y aller ?
E1 : A pied. Sauf ma femme qui est handicapée lourde. Et bien, ça c'est la problème dont nous parlions tout à l'heure, c'est à voir, le transport. Alors qui font rajouter...
- 50- C : Est-ce plus facile si quelqu'un est avec vous pour fixer le rendez-vous chez le dentiste ?
E1 : Il fixe et puis si ça ne va pas on lui dit.
C : C'est vous ou c'est le dentiste qui fixe les RV ?
E1 : Non non, c'est le dentiste. Alors si ce rendez-vous ne nous convient pas, on lui dit « non je suis pas libre ».

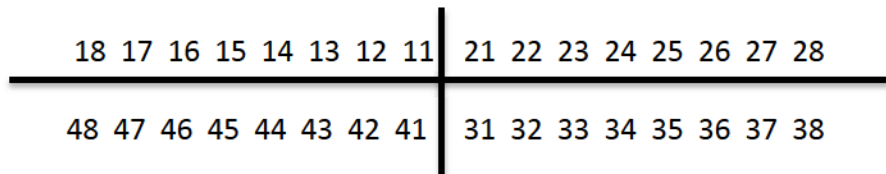
Entretien 2

Date : 24/02/2015

Lieu : CFX

Pseudonyme : E 2

Schéma bucco-dentaire selon les propos du répondant :



Commentaires durant le GOHAI:

Le chercheur se présente

E2 : Oui, on fait parti d'une génération où c'était l'avant-guerre et l'après-guerre, et les colonies, et les ceci et les cela... Euh, on n'a pas vécu, euh, on n'a pas mangé à notre faim. On a travaillé. On allait à l'école jusqu'à l'âge de 14 ans. Après, à 14 ans, les garçons allaient sous les mines. En France, je vous parle de la France qui est si prétentieuse. Eh, puis, moi j'étais pupille puisque mon papa que je n'ai pas connu. Ma mère et mon père s'étaient... m'avaient reconnus.

Ma mère était Oulliée et mon papa était Mauritanien. Il est parti à la Résistance. Il avait 24 ans quand les Allemands l'ont tué. Bon, alors je suis partie, comme tous les orphelins, je suis partie à la DASS. Et à partir de là, tout a basculé. Parce que la DASS, eux... c'est pareil, la DASS n'existait pas non plus. Elle a commencé à exister à ce moment-là. Et, qu'est-ce que vous voulez que je vous dise. On n'a pas eu ...on n'a pas été à l'école comme les jeunes de maintenant. Vous comprenez ? C'est aberrant de voir ça, qu'ils vont à l'école jusqu'à 18 ans. Ce n'est plus le certificat d'étude, mais le bac. Pouf, on y comprend rien en fait. Nous, c'est pour ça que nous avons tous des bouches pourries. Et je le dis carrément.

C : Oui, c'est pour ça que j'ai fait une 1^{ère} partie de mon travail pour dire que vous n'aviez pas eu accès à la prévention et à l'accès soins comme ceux qui avaient des moyens.

E2 : La Sécurité Sociale est arrivée, si mes souvenirs sont bons, dans les années 50. Mais moi, je ne connaissais pas ça. Je n'étais pas à la scène (?) non plus. Ah, bon. On savait quand même lire et écrire. Mais, quand même, comment voulez vous qu'on n'ait pas des bouches pourries.

(Rire)

C: Oh, vous avez encore des dents en bouche. Il y en a qui n'ont plus leurs dents en bouche.

E2 : Oui, je sais bien. Ben, parce qu'il y a des gens qui boivent... L'alcool, hein...

C : Oui, ça abime. Alors, je vous explique la fin et puis on continue.

Explication du consentement et de mon travail de recherche

E2 : J'ai commencé à perdre une dent quand j'ai eu ma 1^{ère} grossesse.

De notre temps, on ne parlait pas (ndc : des dents). C'était la guerre, ils parlaient de la guerre....Et moi, je suis à l'hôtel. En plus, nous sommes à l'hôtel. Vous voyez ce qu'ils font de leurs personnes âgées.

Je suis à l'hôtel depuis 21 ans. Cela, ils veulent que je m'en aille, donc... De toute façon ce n'est pas un hôtel, c'est une prison. Ça ne devrait même pas exister. C'est interdit. L'Etat les laisse faire. Comme voulez-vous que l'on s'en sorte ?

Et nous les français, il faut que l'on se taise sinon on est des racistes.

Le chercheur donne l'adresse de la PASS à la Pitié Salpêtrière et la CS d'odontologie gériatrique de CFX.

E2 : Par contre, à chaque fois que j'ai une grippe forte, j'ai mal ici.

C : tout le bas.

E2 : Et un torticolis. Ça m'abime les dents aussi ça.

E2 : Est-ce que ça fait très mal les prothèses ?

C : Ah, ben faut s'habituer, ce n'est pas miraculeux les prothèses. On ne mange pas tout ce que l'on veut.

E2 : Est-ce que ça en vaut la peine ?

C : ça dépend des dents que vous avez. Parce que vous avez encore pas mal de dents.

E2 : Oui. J'ai des dents costauds, ici sur le côté.

C : Oui vous avez encore des dents costauds. Donc il faut voir si ça vaut vraiment la peine ou pas.

E2 : Et par contre, ici je suis tombée et je me suis cassée la dent. Et ça m'a écartée toutes les autres, ici.

C : Je remets mes feuilles dans le bon sens.

Commentaires pendant l'administration du GOHAI :

E2 : Avec mes dents, à chaque fois que j'ai une grippe, j'ai mal aux mâchoires. Et comme j'ai plusieurs gripes par an, par hiver... Ça commence le 1^{er} octobre et ça se termine vers la fin avril.

Voilà, et j'ai mal aux mâchoires. C'est pour ça que je porte toujours des cache-nez quand je suis dehors. Et j'ai un chapeau. Pour ne pas attraper froid. Sinon, j'ai un torticolis au froid et j'ai même des sifflements dans les oreilles à cause du froid.

C : Q sur « mâcher/alimentation/avalier »

E2 : Moi je prends 2 carottes et je les fais cuire un peu avant de les râper. Sinon, c'est difficile à mâcher. Depuis 3 ans, j'ai des problèmes. C'est une question de plaques (ndc : à l'hôtel, on lui interdit d'avoir des plaques pour cuisiner). C'est à cause du froid.

Eh bien oui, je vous l'ai expliqué tout à l'heure. Ici les assiettes repartent.

C : Oui, alors qu'est-ce qu'on met ?

E2 : Toujours, parce que ce n'est pas moelleux. Depuis 3 ans, ça ne va pas. Parce que à l'hôtel, je ne peux plus me nourrir. A l'hôtel, je mange des sardines avec du pain. Par contre, ce pain-là (*E2 montre le pain de l'hôpital*), vous voyez, il faut que ce soit trempé dans du chaud. Parce que ça me fait mal (*E2 tape de l'ongle sur la croûte du pain*). Moi, j'achète du pain complet. Vous savez le pain complet Saint Jacques ou Jacky. Je mange des bananes.

C : Donc pour avaler, ça va ?

E2 : Oh, oui. Ca c'est, c'est, c'est... ça fait pas mal aux gencives. C'est une question que ça fait mal aux gencives.

E2 : Ah maintenant que c'est celle-là. Ah, oui. Je me suis habituée.

Maintenant, je parle bizarre. Parce que, ensuite, si la gorge est prise. Je suis tombée et j'ai cassée une dent. Quoi, voilà. Alors, c'est, je ne parle plus comme avant.

C : Alors, ça arrive souvent ?

E2 : Ah, c'est... vous trouvez que je parle normalement ? C'est pas ma voix là.

C : Ce n'est pas votre voix.

E2 : Ce n'est pas ma voix parce que, euh, j'ai la gorge qui est prise là. En plus il me manque la dent de devant.

C : Q sur « *manger tous sans inconfort* »

E2 : Eh bien non, puisque... Il faut que ce soit tendre. Par exemple des rillettes sur du pain, je mange. Je vous ai dit, la viande... l'autre jour on a eu des cuisses de poulets ici. Mais alors, fondante dans la bouche, c'était moelleux comme tout. Vous voyez, mais si c'est des cotes de porc, on ne peut pas...

C : Q sur « *limiter le contact avec les autres* »

E2 : C'est -à -dire que si j'avais encore été à la recherche de travail, oui. J'aurais eu honte et je n'aurais pas osé. Et j'aurais peut-être fait un effort pour me réparer les dents. Mais, depuis que j'ai perdu mon appartement, il n'y a plus personne.

C : Q sur « *satisfait aspect dent* »

E2 : C'est-à-dire on n'a pas le choix. Je suis moins peut-être. J'ai une bouche, il me reste encore des dents vous voyez.

Celles-là, elles bougent. Elles vont bientôt tomber. Alors quand elles vont tomber, il va bien falloir que je fasse quelque chose. Qu'est-ce-que vous me conseillez ? Ca va tomber ça (*la patiente remue les dents de devant*).

C : Ca n'a pas l'air de bouger beaucoup.

E2 : Si ça bouge. Quand j'ai une grippe. Quand je prends des douleurs là, elles bougent.

C : c'est possible, vous n'avez pas les mêmes capacités immunitaires.

E2 : Ecoutez, je n'en ai pas honte, car je vois des tas de gens de ma génération, des gens comme ça qui n'ont pas de dents. Ils ne parlent pas en fait. On ne peut pas savoir.

C : alors qu'est qu'on marque ?

E2 : Vous m'avez dit, si ... Moi je suis tellement déçue de l'attitude de la France avec ses politiques, ses injustices et ses bêtises et son gaspillage d'argent, que je m'en fous. Parce que je ne dois pas être la seule. Vous marquez ça, je m'en fous.

C : Ah oui, je prends tout (*rire*)

C : Q sur *les médicaments*

E2 : Ah, non, je n'en prends jamais. Je prends du doliprane car je sais que si j'ai des douleurs là, ça vient de la grippe. Alors ça me soulage.

C : Q sur « *inquiète ou préoccupée* » ?

E2 : Ah, maintenant, un petit peu car je me dis que quand je n'aurai plus mes dents, là, comment je pourrai plus parler. Ah, voilà, c'est ce que je veux savoir : quand on a plus de dents là ou ici, est-ce qu'on ne peut plus parler ?

C : alors, on peut. Mais ça devient plus difficile car il y a des lettres comme le « t », le « d » qui sont un peu plus difficiles. Et on postillonne un peu plus. Les patients s'en plaignent plus. Mais on peut continuer à parler.

C : Q sur « *Mal à l'aise* »

E2 : Non, non,

C : Q sur « *manger devant les autres* »

E2 : Je ne mange jamais devant les autres. Depuis des années, non. Ici, à l'hôpital, on ne me regarde pas.

C : Q sur « *sensibilité* »

E2 : Au froid. Elles adorent le chaud. Je vous dis, ça commence en octobre et ça fini fin avril.

1^{ème} partie : Etat de santé déclaré (questions fermées) :

1- C : Est-ce que vous avez des problèmes de santé bucco-dentaire actuellement ?

E2 : Euh, voilà : quand en hiver, quand j'ai la grippe, normalement, j'ai mal là.

Et puis il faut que j'aïlle doucement car sinon elles vont tomber (*Rires*).Voilà, c'est tout. Mais j'en ai derrière, elles sont costauds.

2- C : Est-ce qu'il vous manque des dents ? Combien vous en manque-t-il ?

E2 : Ah, oui. J'ai commencé à ma première grossesse, à perdre une dent arrière. Et je n'ai pas pu remettre.

3- C : Est-ce que vous avez fait remplacer les dents manquantes ?

E2 : Il y en a combien normalement ?

C : Normalement, il y en a 32, avec 16 en haut et 16 en bas.

E2 : Vous ne pouvez pas voir là. (*La patiente ouvre grand la bouche*)

C : il ne vous en manque pas tant que ça...

E2 : Je crois qu'il m'en manque 4 là, et puis 2 là. Et puis voilà.

C : C'est à peu près ça.

E2 : Et malnutrition en plus. J'étais très très maigre. Je suis à la DDASS à 2 ans et demi. Heureusement, que je suis allée dans la Nièvre, chez des gens qui m'ont gardé jusqu'à l'âge de 9 ans. Mais c'est après, alors c'était terrible. C'est terrible parce qu'à la DASS, ils vous mettent n'importe où. Je faisais que pleurer, pleurer, je ne mangeais pas. On me mettait à genoux pour que je mastique. Je mastiquais, je n'avalais pas, je n'avalais pas. Ça m'a sauvé ça parce que comme ça je suis allée chez Mme Bertrand, à 50km de Paris. Là, c'est pareil, elle s'occupait pas de moi. Elle savait pas parler un mot de français. Elle devait parler le patois. Alors j'allais chez le Martinot, là-haut, c'était des italiens. Et puis, bien. C'était une ferme, ils étaient métalliers. Ils me nourrissaient. Et puis, je descendais le soir. C'était un petit chemin. Je m'en souviendrai tout le temps. Un petit chemin, comme ça, au clair de lune. Mais, s'occupait pas de savoir si j'étais rentrée ou pas la Mme Bertrand. Je dis, mais quelque part, je ne suis pas croyante, mais j'étais protégée par la Sainte Vierge (*Rires*). Elle s'occupait de l'église aussi Mme Bertrand. Et ce qui m'est arrivée aussi, c'est que elle avait mon lit. On dormait dans la même chambre. Son lit était là, moi il était là. Et puis il y avait une porte et c'était un cheval qu'elle avait, qui avait un seul œil. Elle

lavait le linge aussi. Elle lavait le linge au tescou. Il y avait des moulins à l'époque. Les gens y faisaient leur pain, vous voulez. C'était à la campagne où il avait le mieux à manger pendant la guerre.

C : est-ce que vous avez déjà pensé à faire remplacer vos dents manquantes ?

E2 : Eh bien, j'y ai pensé toujours, mais je n'ai pas pu le faire parce que j'ai toujours eu des problèmes.

4- C : Est-ce que vous portez des prothèses ?

5- C : Quel type de prothèses avez-vous en bouche ?

6- C : Est-ce que vous avez (pensez avoir) des caries ?

E2 : Des caries. C'est-à-dire que ça commencerait par ici, par ceci, là. Celle-là. Après elle tombe.

7- C : Est-ce que vous avez les gencives qui saignent (au brossage) ?

E2 : Et, justement oui ! Pas toujours. Toujours quand il y a les grippees.

C : Toujours quand il y a les grippees. D'accord.

8- C : Est-ce que vous avez les dents qui bougent ?

E2 : Eh bien oui. (La patiente fait bouger des dents)

C : Devant, là. Oui, c'est-là elle bouge bien.

E2 : Elles vont tomber ?

C : Celle-là, c'est possible.

9- C : Est-ce que vous avez une sensation de bouche sèche ?

E2 : Alors là, oui.

E2 : Mais je crois que c'est émotif. Parce que vous voyez à l'hôpital. Avant, j'avais pas ça quand j'étais jeune. Pourtant, j'ai pas eu beaucoup de chance. Et l'hôtel, ils voulaient que je vienne ici. Et je n'y arrivais pas, j'étais vraiment malade, là, vraiment malade. Et, euh, je mettais un temps pour préparer mes affaires. Et puis, j'ai parlé deux mots et j'ai eu la bouche toute sèche, tout un coup comme ça. Ça ne me faisait pas ça avant.

10- C : Est-ce que vous avez des candidoses ou mycoses en bouche ?

E2 : C'est quoi ça ? Des microbes ?

C : non c'est des plaques dans la bouche, un peu blanche ou autres.

E2 : Ah non, pas du tout.

11- C : Est-ce que vous avez mal aux dents actuellement ?

E2 : Là, pas du tout.

12- C : Est-ce que vous voulez bien me dire si vous avez des soucis au niveau santé générale ? Si oui, lesquels ?

E2 : D'autres soucis ? J'ai commencé à avoir des hémorroïdes à ma 1^{ère} grossesse.

C : Est-ce que vous avez eu d'autres soucis ?

E2 : D'autres soucis ? Attendez....ben non. Depuis j'ai eu ces gripes, là. Quand j'ai quitté mon appartement, euh, si je vous expliquais comment ils ont fait pour nous faire partir... incroyable... bon. On est allé, je suis amenée à Nanterre. Parce qu'ils n'avaient même pas trouvé de quoi... même pas un hôtel. La 1^{ère} fois que je suis allée à Nanterre, j'étais dans le froid. Il faisait froid. Et j'ai commencé à attraper ce genre de grippe. Il y a longtemps de ça.

13- C : Pensez-vous que votre santé bucco-dentaire a un impact sur votre santé générale ?

(Silence)

E2 : Non, pas du tout. A pas du tout.

E2 : Mes problèmes de dents, ça vient à chaque fois que je prends mal au cou. J'ai des torticolis ici, parfois à ne pas pouvoir tourner la tête. Et c'est les oreilles qui sifflent. C'est pour ça que je suis toujours comme ça (foulard sur la tête qui couvre les oreilles). J'avais pas ça avant.

14- C : Pensez-vous que votre santé générale a un impact sur votre santé bucco-dentaire ?

E2 : Non, ah ça non. Pas du tout.

Ma santé générale vient de où j'habite, avenue Amiral H, y a beaucoup... c'est une rue très bruyante, très polluante. Et puis, il y a une place à côté, il y a des boulevards partout avec la place d'Italie. Vous voyez le quartier ? Et c'est toujours plein d'air qui souffle, qui souffle. Même les gardiens de cet hôtel, il y en a pleins qui disparaissent, qui s'en vont parce qu'ils ne tiennent pas le coup. C'est trop pollué, je crois.

Et je crois que si j'avais pu garder mon appartement, je serai en meilleure santé. Voilà.

2^{ème} partie : Description de son propre état de santé bucco-dentaire, interprétation des symptômes et des causes, pronostic subjectif.

15- C : Comment jugez-vous votre santé bucco-dentaire aujourd'hui ? Bien, pas bien...

E2 : Ca fait 3,4 fois que vous me demandez ça.

C : Oui, je repose les questions à différents moments pour que vous m'expliquiez de plus en plus, en fait.

E2 : Eh bien, je vais vous expliquer. Je le trouve négligé, parce que je ne me suis jamais occupée de mes problèmes dentaires. Par ce que, euh, mes dents encore, je pouvais sourire et tout cela. Et je ne l'ai pas fait. Puis, une fois que j'ai perdu mon appartement, c'est là que j'ai eu des problèmes. Et euh... Donc... euh...

C : Et est- ce que vous voudriez bien, s'il vous plait, me raconter un petit peu ce qui s'est passé dans votre bouche, tout au long... et comment vous vous expliquez les dents que...

E2 : Eh bien, je vous ai dit : la première, j'avais... quel âge j'avais ? Ma 1^{ère} grossesse, j'ai eu L., je devais avoir 22 ans.

C : D'accord. Et après, elle est tombée parce qu'il y avait des caries...

E2 : Je ne sais pas du tout. Je sais que les copines, à la campagne, on croquait des noix, comme ça avec nos dents, tout ceci tout cela, bon.

C : Et les autres dents, ça s'est passé comment, à quel moment ?

E2 : Les autres dents, les autres dents... ça devait être aussi dans les courants d'air. Car une autre fois, je travaillais dans un atelier de couture, c'est pareil. Ecoutez, c'était des tables, il y avait des fenêtres derrière. Donc soit vous prenez froid au dos, soit si vous êtes devant... j'ai quitté 2 à 3 boutiques comme ça, pour sauver ma santé.

C : Parce qu'il y avait trop de courant d'air...

E2 : Et je crois que ça existe encore ça.

C : Oh, oui, ça existe encore.

E2 : Et puis, vous savez, aux Etat-Unis, avant, ils mettaient des trucs en haut.

C : Des grands ventilateurs.

E2 : Et bien, il paraît qu'ils les ont retirés. Eh bien, ici, encore ils le font. Vous allez à la poste, eh bien moi, je suis obligée de m'éloigner. Voilà. Sans quoi, je me dit : ouh, là, je vais encore attraper mal ici.

C : Alors, qu'est-ce qui s'est passé d'autre dans votre bouche après, pendant la grossesse ou les ateliers. Est-ce qu'il y a eu d'autres moments où vous avez eu d'autres soucis, où vous avez eu mal...

E2 : Oui. C'est-à-dire, c'est-à-dire que dans Paris, euh, vous comprenez, entre Paris et Bordeaux, une grande différence. Même entre les banlieues et Paris, une grande différence. Paris, vous prenez le métro. Je ne sais pas si vous avez fait le changement Place d'Italie.

C : Oui.

E2 : C'est atroce. Alors, nous avons des métros, des escaliers dégoutants. Euh, qui sont jamais désinfectés. Dans le centre de Paris, les métros sont désinfectés deux fois par an : au printemps et en automne. Porte d'Italie, ça fait des années que j'y suis et ce n'est jamais désinfecté. Et puis, en plus, c'est plein de courants d'air. Toutes les portes sont ouvertes. Il y a des courants d'air dans tous les sens. Rien que là, je prends mal. Et c'est pour ça que les assistantes sociales étaient venues à l'hôtel pour me trouver un logement. Je leur ai dit : mais je ne veux pas habiter... je veux bien habiter dans le 14^{ème}, mais évitons la Place d'Italie.

C : Alors, si je comprends bien : vous me parlez souvent des courants d'air parce que les courants d'air ça vous donne des gripes.

E2 : Oh là là !

C : Et les gripes vous donnent mal aux dents

E2 : Mais c'est, les... vous savez, des douleurs. Des douleurs dans les mains, dans les bras, dans les jambes. Partout.

C : Est-ce que vous pensez ça... Je ne sais pas... Vous me dites si j'ai bien compris : qu'en fait vous faites attention aux courants d'air parce que ça vous fait mal partout, parce que vous avez la grippe. Mais ça vous fait aussi mal aux dents, en fait.

E2 : Exactement !!

C : d'accord.

E2 : C'est pour ça que je suis tout le temps enveloppée.

C : D'accord.

16- C : Est-ce qu'il s'est passé beaucoup de chose dans votre bouche ? Est-ce que vous voulez bien me les raconter ?

17- C : Et à votre avis, à quoi c'est dû tout ça. Aux courants d'air, à la grippe ? Et est-ce qu'il y a eu d'autres choses qui ont entraîné des problèmes dans votre bouche ?

E2 : C'est-à-dire qu'avant j'habitais dans le centre de Paris et, euh, il y avait pas ces problèmes de courants d'air, comme ça. Et puis, maintenant, il y a ce nouveau métro. Alors parlons-en de ces nouveaux métros. Ils ont été faits, c'est un monsieur qui m'a dit ça, ces métros-là ont été faits au Canada. Et euh, vous savez, c'est les métros en plastique. Il y a en a Place d'Italie. Si on se tient pas, on tombe. Déjà, premièrement, quand on est architecte avancé (prétention française, nous sommes les plus forts, et ceci cela) : on accepte pas de ces métros comme ça. Nous avons des métros qui, bon, il y avait pas de problème. On pouvait marcher sans tomber. Et il fallait. Il faisait un peu de bruit, mais il fallait simplement faire la même chose, mais changer de moteur. Tout simplement. Ils ont créé ces... c'est du truc comme ça. Ça s'appelle comment ?

C : Ça du plastique

E2 : Et ça s'emboîte... Alors dans ces métros-là, il y a des courants d'air. Moi, je suis allée voir celui qui conduit le métro, une fois. Mais écoutez, c'est plein de courants d'air. Parce que, déjà, ils vont les mettre les courants d'air, mais glacés. Donc tous les gens. Les gens entrent avec des écharpes là-dedans. Et puis, ils ne se plaignent pas. Ils ne disent rien. Est-ce que c'est normal ça ? Pourquoi ils nous mettent des courants d'air comme ça ? On est pas en Afrique ici.

C : A part les courants d'air et les grossesses, est-ce qu'il y a eu d'autres choses qui ont entraîné des choses aux dents.

E2 : Il n'y a eu que ça.

C : les courants d'air et les grossesses.

E2 : Ah oui. Moi, mes problèmes dentaires, ça vient de là. Mes gripes, ça vient de là. Les douleurs aux jambes, du dos, n'importe quoi que j'entends dire. Les gens se plaignent du mal de dos, mais s'il n'y avait pas la fenêtre qui est ouverte derrière, peut-être qu'ils n'auraient pas eu mal au dos.

C : Et, vous avez eu d'autres enfants, d'autres grossesses ?

E2 : Oh, j'en ai eu 3

C : Et à chaque fois, il y a eu des problèmes dents ?

E2 : Trois, et j'ai fait une fausse couche.

C : Ah. Et à chaque fois, vous avez eu des problèmes avec les grossesses.

E2 : Ah, non, non. Non, non, non, non. Non pas du tout. C'est... c'est-à-dire que, comme je vous l'ai dit, moi, je n'habitais pas dans ces secteurs-là à l'époque. Place d'Italie, c'est pas recommandé pour les personnes âgées.

C : Et est-ce que vous avez déjà fait faire des soins en bouche dans votre bouche ? Est-ce qu'il y a déjà des dentistes qui vous ont déjà fait des soins en bouche.

E2 : Ben, c'est-à-dire qu'une fois, le pépé, il m'a emmené... ma première dent d'ailleurs qui a été arraché... il m'a emmené et il m'a dit : va chez le dentiste. C'était dans le 11^{ème} arrondissement, là. Et il m'a arraché... ah, non, c'était... j'étais dans un foyer, je crois. Oui, à Charenton, je crois. Un dentiste, c'était un vieux dentiste. Y avait kyste sur une dent. Qu'est-ce que j'ai crié. Ouh là, là, j'ai eu l'impression qu'on m'arrachait tout. Ouh, là, là, deux kystes sur une dent. C'est celle-là qui est partie. C'est pour ça, après, j'ai tout laissé tomber. Ça m'a marqué ça.

C : Et est-ce que vous pensez...

E2 : Et les kystes, ça vient de quoi ?

C : les kystes, c'est des infections. C'est quand les dents sont trop abimées, ça fait une boucle, il y a une infection et ça s'appelle un kyste.

E2 : Qu'est-ce que ça fait mal et les deux

C : Et on a du mal à anesthésier. On a du mal à ce que l'anesthésie marche quand il y a des kystes.

18- C : Est-ce que vous Pensez que les soins réalisés dans votre bouche vous ont aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E2 : Mais ils n'y en a aucun soins qui ont été réalisés.

C : A part ça. Les autres dents, elles sont parties comment ?

E2 : Ah non, les autres dents sont parties naturellement.

C : d'accord.

19- C : Pensez-vous que le brossage des dents tous les jours aide à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E2 : Ah, oui.

E2 : Mais moi, souvent, je me lave les dents avec du citron.

C : d'accord.

E2 : Et, euh, parce que ça les blanchit. Je fume un petit peu.

E2 : Et, euh, parce que je crois que c'est bon pour les gencives : des vitamines, du citron que j'achète moi.

20- C : Que faites-vous pour prendre soin de votre santé bucco-dentaire ? De vos dents, de vos gencives...

E2 : Eh bien, simplement, je les lave. C'est tout ce que je fais.

C : Vous lavez avec quoi ?

E2 : Avec une brosse à dent.

C : Est-ce que vous prenez du dentifrice ou un bain de bouche ou autre ?

E2 : Actuellement, je n'ai pas de dentifrice ici, ni de citron. Alors, euh, on me donne un médicament, là pour la grippe. Ca m'a blanchit toutes les dents.

C : Ah, c'est peut-être du bicarbonate.

E2 : Ah, c'est ça

C : C'est possible. Et, euh, vous vous brossez les dents, vous prenez du citron. Est-ce que vous faites autres choses ? Et votre citron, vous le prenez tous les jours ?

E2 : Ah, chez moi, euh, oui je prends du citron tous les jours. Je suis mangeuse de kiwi, de citron... euh, je ne bois pas d'alcool. Qu'est-ce que je voulais dire ?

C : Là, à part le brossage et le citron, est-ce que vous faites autre choses ? C'est juste une question.

E2 : Ah, euh, non rien du tout.

21- C : Comment pensez-vous que votre santé bucco-dentaire va être dans l'avenir ? Dans les mois qui viennent ou dans les années qui viennent ? Vous pensez qu'elle est bonne, pas bonne ?

E2 : Ah, moi je pense que toutes les dents qui sont moitié mortes, c'est comme un arbre. Elles vont tomber et puis c'est tout. Eh là, j'aimerais bien quand même...

C : on peut faire des petites prothèses, je vous l'ai dit.
E2 : Et ça va me faire souffrir ? Je suis douillette moi. Rire.
C : (*Rire*) Pas forcément

- 22- C : Si vous pouviez changer votre bouche, comment serait-elle ? Par quels traitements ?
E2 : Ecoutez, avec l'âge que j'ai. Que je puisse parler surtout. Parler et manger. Parce que vu l'âge que j'ai, [le reste] je m'en fous.

1^{ère} sous-partie : représentations cognitives sur les maladies bucco-dentaires

23- Caries dentaires :

a. C : Selon vous, à quoi sont dues les caries ?

E2 : Et bien, je ne sais pas. C'est quand on se brosse pas les dents, je crois. Et puis, euh, mais, si on a des caries, ça vient aussi de la nutrition, de la nourriture. Vous croyez pas? Eh bien voilà.

C : je vais vous expliquer plein de choses après. Pour l'instant, je n'ai pas le droit de vous raconter plein de choses, pour ne pas vous influencer. Pour que ce soit vraiment vos idées à vous.

E2 : Bon, je parle, parce que là, c'est les jeunes encore. Mais là, quelqu'un qui boit, ça va vite alors.

C : Vous pensez que l'alcool aussi ça provoque des caries.

E2 : Oh là, là !! Et puis ils sentent mauvais de la bouche.

b. C : Vous pensez que ça se fait par quel mécanisme, la carie ? Elle apparaît comment ?

E2 : Et bien, on l'a écrit là. Il y a autre chose ? (C : c'est pour savoir...) Et ça peut venir aussi. Quelque fois, on se fait une blessure en croquant une noix ou des noisettes. Et puis une blessure, et puis la carie vient. Des saignements...

E2 : je ne sais pas.

c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir des caries ?

E2 : Eh bien, c'est... c'est inquiétant parce que l'on a besoin de ses dents jusqu'à la fin de sa vie. Et si on commence à les perdre... (C : c'est difficile, je suis d'accord).

d. C : Comment peut-on éviter d'avoir des caries ?

E2 : Eh bien, déjà, quand une maman vous met au monde en bonne santé, il faut déjà, déjà après que ça puisse continuer. Que l'enfant ait bien à manger, qu'il soit bien traité et puis qu'il mange des vitamines, etc... qu'on lui dise de se brosser les dents, etc...

e. C : Comment soigne-t-on les caries ?

E2 : (*Silence*) Ah! Eh bien, on va vous voir.

C : C'est le dentiste qui sait

E2 : Le dentiste, quand je suis allée, il m'a arrachée et puis schtock (E2 mime l'arrachage de dents). Il m'a fait une piqûre. Il m'a fait mal déjà. Schtock. J'aurais pu faire une hémorragie. J'étais dans un foyer à Charenton. Ca s'est bien passé. J'ai eu de la chance. J'étais jeune encore à l'époque.

24- La gencive qui saigne :

a. C : A quoi est due la gencive qui saigne ?

E2 : Ah, voilà. Eh bien, je ne sais pas exactement.

C : je vous expliquerai après.

E2 : Parce que moi, ça m'est arrivé ça. C'est drôle, hein ?

b. C : Du coup, vous vous expliquez par quel mécanisme la gencive se met à saigner ?

E2 : Ah, c'est-à-dire que quand on se brosse les dents, c'est pas tout le temps. Et... moi je me suis aperçue c'est chaque fois que j'avais une grippe.

E2 : Que je prenais trop de doliprane, eh bien, il fallait que je fasse doucement. Dès que je vois du sang, je... j'arrête de frotter, puis je me rince. Et puis c'est tout, parce que ça s'arrête. Mais chaque fois que j'ai une grippe, moi ça me fait ça.

c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir la gencive qui saigne ?

E2 : Je ne crois pas, puisque j'ai eu plusieurs expériences et ça s'est très bien passé.

d. C : Comment peut-on éviter d'avoir la gencive qui saigne ?

E2 : (Silence) Euh. Ca, je ne sais pas.

e. C : Comment soigne-t-on la gencive qui saigne ?

E2 : Ca, non plus, je ne sais pas. J'aurais pu le savoir si j'avais été voir mon dentiste.

25- Les dents qui bougent :

a. C : A votre avis, à quoi sont dues les dents qui bougent ?

E2 : Ben, c'est dû, parce que je crois, les gencives se... se diminuent.

C'est comme nous, en vieillissant on se... se... on est moins grand. Oui, c'est ça. Parce que moi, quand j'avais des gencives qui couvraient bien mes dents. Et puis...

b. C : Et Par quel mécanisme, en fait, les dents se mettent à bouger ?

E2 : (Silence) Et bien, justement parce que la gencive se déchausse. Ca s'enfoncé. Et puis, les dents s'écartent, j'ai remarqué. C'est naturel, c'est la vieillesse.

C : les dents bougent toujours un petit peu.

E2 : Regardez comment on est quand on est vieux, comment on est. On a la peau qui tombe... Et ça vient d'un coup ça.

c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui bougent ?

E2 : Ben, c'est grave, c'est grave, à condition qu'on n'en avale pas, une. Et si on en avale une, qu'est ce qui se passe ?

C : Rien

E2 : Elle reste dans l'estomac, alors ?

C : Non, après elle redescend et elle sort par l'autre côté.

E2 : Ah, quand même.

C : Mais comme c'est tout rond et tout mou, ça ne va pas abimer l'intérieur.

E2 : Ah.... Ah, bon, ah, bon. On a pas d'inquiétude à se faire.

d. C : Comment peut-on éviter d'avoir les dents qui bougent ?

E2 : En mettant des prothèses. C'est pas ça ?

C : Je ne sais pas, c'est à vous de me dire.

E2 : Et bien, moi je pense quand les gens ils font... où quand le dentiste les resserre avec des fils. Je ne sais pas comment ils font.

C : Il y a de ça, oui.

E2 : Oui. Mais paraît-il. Il paraît que, j'ai une amie qui est décédée maintenant, et elle m'a dit qu'on a fait. Elle, elle buvait. Elle, elle avait du tartre. Et le dentiste lui a enlevé le tartre et elle a tombé toutes ses dents. Parce que le tartre, ça lui tenait ses dents.

e. C : Comment soigne-t-on les dents qui bougent ?

E2 : Eh bien, je crois qu'on doit mettre des tas de fils, non ? Parce que moi, vous savez. Tenez regardez. (*la patiente fouille dans des papiers*) Moi je prends Maxi. Vous connaissez ?

C : Oui, le magazine

E2 : Bon, y a une page de médecine. Bien, regardez. J'en ai plein chez moi, à l'hôtel. Pourvu qu'ils ne me les balancent pas ces andouilles.

Voyez, ça c'est un truc de dentaire.

C : Ah, oui, il y a tout sur « Prenez soins de vos dents »

E2 : Alors qu'est-ce qu'il lui fait alors ?

C : Ah, il lui fait un détartrage.

E2 : Et c'est pour ça, c'est un truc que je prends pour lire. Et jamais je lis. Si j'avais un appartement, je pourrais lire. Quand on est dans un hôtel, et bien...

C : C'est compliqué...

26- La sensation de bouche sèche :

a. C : Maintenant, on va parler de la sensation de la bouche sèche. A quoi est due la bouche sèche ?

E2 : C'est... c'est... Moi, pour moi, ce que ça me fait, ce sont des émotions. Pour moi.

b. C : C'est dû aux émotions. Et, alors, par quel mécanisme il y a cette bouche sèche qui apparaît ?

E2 : Parce que, tiens, quand on m'a dit de partir à l'hôpital, j'étais pas bien du tout et j'avais demandé à la voisine de l'hôtel si elle voulait pas aller m'acheter du pain. Ceci cela. « Oh, j'ai pas le temps... » Et puis après, il y a eu un autre voisin : il m'a dit, « moi je peux y aller si vous voulez ». Il y est allé et puis, euh, bon. Après il a fallu que je m'en aille. Le gardien, en bas, il voulait faire des commissions. « Je peux aller avec vous faire les commissions » il me dit. Je dis « Mais j'ai la grippe, je peux pas sortir dans le froid ». Il est un peu comme ça, celui-là. Et, euh, donc, euh... donc, après il faut appeler les pompiers, une ambulance pour que j'aille à l'hôpital. « Mais, Madame, vous ne pouvez pas rester ici, euh, vous êtes malade, vous devez aller à l'hôpital » Et ça, ça commencer la bouche sèche. Parce que j'étais incapable, j'étais

tellement malade, que j'étais incapable de prendre mes papiers. J'ai pris ça, parce qu'il fallait que je me dépêche parce que... les ambulanciers étaient là. Il fallait que je m'en aille vite.

c. C : Et, Est-ce que c'est grave d'avoir la bouche sèche?

E2 : Moi, je crois, pour moi, pour moi. Parce que je suis à la première étape. Mais peut-être si quelque chose, je serais tombée. Je sais pas, je connais pas. Enfin, ça, ça m'avait jamais fait.

d. C : Comment peut-on éviter d'avoir la bouche sèche?

E2 : Ah, oui. En prenant, je sais pas... à ce moment-là, si on a un bout de sucre avec je ne sais plus ce que l'on met dessus. Qu'est-ce que l'on met sur un bout de sucre ?

C : Il y en a qui mettent un peu d'alcool, d'autres un peu de menthe. Chacun a ses habitudes pour le bout de sucre.

E2 : Oui, oui. Mais l'émotion, vous savez, à un certain âge, on en a reçu tellement. Moi, j'en ai reçu tellement.

e. C : Comment soigne-t-on la bouche sèche?

E2 : Eh, bien oui, même avec un verre d'eau. Oui, oui.

27- Les dents qui grincent :

a. C : A quoi est dû les dents qui grincent ?

b. C : Comment arrivent les dents qui grincent ? Par quel mécanisme le grincement des dents apparaît ?

c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui grincent ?

d. C : Comment peut-on éviter d'avoir des dents qui grincent ?

e. C : Comment soigne-t-on les dents qui grincent ?

28- C : Est-ce que vous pensez pouvoir faire quelque chose par vous-même pour améliorer la situation ?

E2 : Oh, voilà. Moi, il n'y a pas que cette histoire-là. C'est ma situation, aussi des gripes. C'est de partir de cet hôtel. D'aller dans le centre de Paris. J'y suis née. Et puis, avoir... Je reprendrai la santé, là. Je sais. Un téléphone branché comme j'avais avant. J'ai mon médecin attitré, toujours le même. Je suis malade, je téléphone au médecin. On vient me chercher. Au lieu d'aller dans une maison de retraite, j'ai encore le temps. Mais les assistantes sociales veulent absolument me mettre dans une maison de retraite.

C : Après, ça peut être plus confortable qu'un hôtel.

E2 : Oui, mais non. Il y a des logements sociaux qu'on peut me mettre à moi. Ils ne sont pas chers. Et puis voilà.

E2 : Mais ça ne passe pas dans le 13^{ème}.

E2 : C'est ça moi, pour que ma santé s'améliore. Et ce que je souhaite. Mon souhait s'est quitter cet hôtel. Cette chambre de 7m carré. Je ne sais plus repasser. Je suis restée dans cet hôtel, ça fait 21 ans que je suis là-dedans. Et j'ai fait 5 ans à l'hôtel de Bordeaux. Avant, j'avais un appartement, c'était la loi de 1948. Insalubre, qu'on était toujours en train de peindre. Une pièce, tout le temps, on ne pouvait même pas y habiter en hiver. Mais c'était un 75m carré. C'était clair. Un ancien truc d'artiste.

Atelier d'artiste peintre. C'était bien. Et puis, si mon Maxime a fait l'imbécile, vous croyez... comment je vous parle maintenant, vous entendez pas que ma voie tremble.

C : Si un petit peu

E2 : Et vous savez de quoi ça vient

C : Non....

E2 : Ca vient du mal qu'on m'a fait. Comme si tout à coup va sangloter. Et ça, ça correspond avec la bouche sèche.

C (*toussant*) : j'ai le nez qui coule.

E2 : C'est la grippe aussi.

C : Oui, j'ai trois enfants aussi qui l'ont eu.

E2 : Il paraît que la grippe a été très forte cette année.

C : Oui, le vaccin n'a pas marché.

E2 : Moi je ne fais jamais le vaccin. Parce que je n'y crois pas.

C : Alors, pour améliorer la situation bucco-dentaire, il faut déménager.

2^{ème} sous-partie : représentations cognitives sur la santé bucco-dentaire

29- C : Est-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E2 : Ah, oui. C'est sur. Parce que moi, à part mes gripes, je n'ai aucune maladie. Et j'aurais certainement quand même mal aux dents.

30- C : Pour vous, c'est quoi être en bonne santé bucco-dentaire ?

E2 : (*Silence*) Alors là, je ne sais pas.

E2 : Si, c'est d'avoir des dents saines. Des dents saines sans problèmes, sans rien.

a. C : Pour vous, ça ressemble à quoi des dents en bonne santé ?

E2 : Aller jamais chez le dentiste, parce que l'on en a pas besoin (Rire).

C : Et c'est quoi, ça ressemble à quoi des dents saines.

E2 : Oh, écoutez, j'en vois plein des belles dents. Avec les métisses qu'il y a.

b. C : Pour vous, à quoi ressemble une gencive en bonne santé ?

E2 : Ecoutez, on a uniquement ça quand on est jeune. Jusqu'à l'âge de 30 ans, 40 ans : ça peut durer comme ça une belle dentition. Et, après, ça flanche.

c. C : Pour vous, comment peut-on avoir une sensation de confort dans la bouche ?

E2 : Ah, bien, quand on a ses dents.

E2 : Vous savez quand il manque une dent ou d'autres, parfois on se mord la langue.

31- C : Pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E2 : Et oui. Ca sert à quoi. Quand on commence à avoir des problèmes, c'est d'aller chez le dentiste.

32- C : Pour vous, à quoi ça sert d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E2 : Dans notre génération, on parlait pas du tout ça. Nous, c'était la brutalité, ceci cela, pom.

a. C : Est-ce que ça sert pour parler ?

E2 : Bien sur.

b. C : Est-ce que ça sert pour manger ?

E2 : Oh bien sûr. Bien sur que oui, c'est plus facile. Les carottes râpées, à croquer.

33- C : Pour vous, c'est important d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E2 : Oui, oui, oui.

34- C : Que faites-vous pour avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E2 : Je me brosse les dents.

E2 : Je vis comme les clochards de la rue, les misérables. Parce que quand on m'a mis dans cette situation, sans logement, vous perdez tout. Plus de contact. Cet hôtel en plus, ils interdisent les visites, même étrangères. Même si vous avez des enfants.

C : Et pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire.

E2 : Et bien, c'est de ne plus avoir le courage, de ne plus avoir la fierté de lutter, d'aller plusieurs fois au même endroit pour avoir ceci, avoir cela. Vous comprenez, parce que l'on y croit plus.

3^{ème} partie : Description du répondant et de son environnement

35- Date de naissance :

E2 : Il n'aurait pas fallu que je naisse ça aurait été bien. Vous savez quand il n'y...

E2 : Avril 1936

36- Niveau d'étude :

E2 : à l'école jusqu'à 14 ans.

37- Dernier métier exercé :

E2 : A 21 ans je reviens à la DDASS à Paris. Il me donne une adresse pour placement, bonne à tout faire. Je suis rentrée chez eux enceinte. Elle ne pouvait pas avoir d'enfant. Et puis après, je me suis refait avoir. J'ai fait 2 enfants chez eux. A l'époque, ils les ont mis dans un home d'enfants d'adoption à Neuilly. Et alors, tout mon salaire de bonne partait, comme j'étais nourrie logée. Et eux payaient le complément. Alors, mes enfants après ils sont partis à la Dass.

E2 : Les métiers, alors. J'étais seconde main qualifiée. Après de l'offre ambulancière. Enceinte, je gardais la malade.

38- Catégorie socio-professionnelle

39- Situation familiale

40- Type de logement (maison/appartement/foyer de vie/ propriétaire/locataire)

41- Adhésion à une mutuelle

42- Avez-vous vécu dans différents pays pendant votre vie ? Si oui, lesquels et quand ?

E2 : Je suis née en France.

43- Avec votre famille ou vos amis, comment se passent les repas ensemble?

- E2 : Ah, non, je n'ai pas d'amis. J'ai connu des amies qui sont décédées. Non, elles étaient fières comme tout, on en parlait pas.
- 44- Est-ce que vous parlez de votre problème dentaire à vos amis ou/et à votre famille ? Si vous avez de la famille ou des amis, comment vous aident-ils ? En quoi ils vous soutiennent ?
- 45- Consultation d'un médecin généraliste (oui/non/fréquence)
E2: Non, je n'ai pas de médecin attitré. Je ne vois pas du tout de médecin généraliste.
- 46- Consultation d'un dentiste (oui/non/fréquence)
C: Vous êtes allée combien de fois chez le dentiste ?
E2 : 2 fois. Ils m'ont arraché les dents et après elles sont tombées naturellement.
- 46- Est-ce que le cabinet dentaire est loin de chez vous ?
- 47- Comment faites-vous pour y aller ?
C : Est-ce plus facile si quelqu'un est avec vous pour fixer le rendez-vous chez le dentiste ?
E2 : Ah, oui. Il faut avant que je puisse avoir un appartement avec un téléphone branché. Alors, j'irai chez le dentiste bien sûr. J'aimerais bien avoir quelqu'un qui m'accompagne. Et puis après j'y irai toute seule.

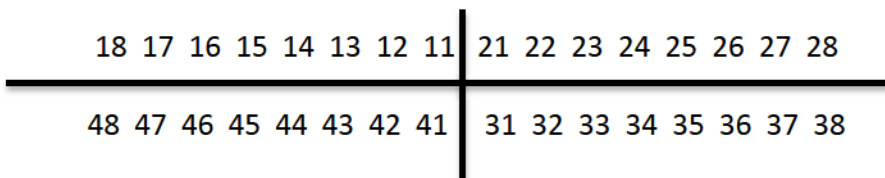
Entretien 3

Date : 11/03/2015

Lieu : Orsay Saint Laurent

Pseudonyme : E3

Schéma bucco-dentaire selon les propos du répondant :



Commentaires :

Pendant GOHAI :

E3 : C'est un sujet, je suis un béotien. Je n'ai pas de problème. Sauf si. J'ai senti récemment que j'avais un bridge. Mais vous pourrez me le regarder. Parce que j'ai l'impression qu'il remue et qu'il s'est un peu affaissé. Alors, il faudrait peut-être que je change. Enfin, on verra. Je ne me souviens pas avoir eu de problème.

E3 : Ah, on pourrait quand même dire qu'avec l'appareil dentaire, euh... parce que j'en ai un, je vous le montrerai. Si vous voulez après. Mais j'en ai un petit, pas très grand. Euh, quelque fois quand je mange du nougat, ça colle un peu.

C : Oui, mais ça c'est un peu normal.

E3 : C'est un peu tout le monde.

Ben, enfin, puisqu'on en parle. *(Rire)* J'ai une canine, une des canines. L'autre, elle a été remplacée par l'appareil. Bon. Elle remue celle-là, depuis quelques temps. Qu'est-ce qu'on peut en dire ? C'est tout. Elle remue. Vous voulez, si je retire l'appareil bien sûr. Là, elle est maintenue par l'appareil. Mais, sinon, elle a tendance à remuer. Bof, j'y touche pas. On verra bien. Un jour ou l'autre, elle tombera. Quand ça arrivera on prendra les mesures.

E3 : Alors, je vais vous dire. Puisqu'on est là pour discuter, discutons. J'ai... à l'époque, quand j'étais jeune, quand j'étais gamin même, euh, c'était pendant la guerre, et j'ai des dents qui sont mal placées. Et à l'époque, on ne faisait pas ce que l'on fait pour les mêmes maintenant, c'est-à-dire de l'orthodontie ou je ne sais pas comment on appelle ça. Euh, pour replacer les dents. Ce que l'on a fait faire pour nos propres enfants, ma femme et moi, pour bien leur placer les dents. Ils avaient toujours les appareils qu'ils, quelques fois, foutaient en l'air : ça les embêtaient quoi. Mais c'est ça, j'ai toujours regretté. Vous voyez...

E3 : Bon bien, c'est un problème de mâchoire qui, peut-être, n'est pas assez grande pour les dents ou, je pense... ou les dents qui sont trop grosses, ou quoi, ou qu'est-ce ? Vous le savez mieux que moi.

C : Mais le raisonnement est bon.

E3 : Ah bon. Mais enfin, ça toujours été mon problème car je voyais bien que mes dents étaient mal placées. Non, à part cette histoire de dents qui remuent. Ca, ça arrive quelques fois.

1^{ème} partie : Etat de santé déclaré (questions fermées) :

1-C : Est-ce que vous avez des problèmes de santé bucco-dentaire actuellement ? Pour vous ?

E3 : Ben, j'ai simplement ce problème. Enfin, ce problème du, comment on appelle ça, le... (intervention de C : le bridge) ...bridge qui remue un peu. C'est une impression peut-être. Ou non, je crois qu'il s'est passé quelque chose, mais quoi ?

Est-ce qu'il y a à l'intérieur de... il y a certainement un produit comme du ciment, je pense, et peut-être que ce ciment s'est descellé. C'est possible.

C : On va regarder tout à l'heure

E3 : Vous le verrez vous. Vous qui avez l'habitude et puis c'est votre métier. Vous le verrez tout de suite.

2-C : Est-ce qu'il vous manque des dents ? Combien vous en manque-t-il ?

E3 : Ah, bien sûr, si je retire mon appareil. Oui.

C : Selon vous, il vous en manque environ combien ?

E3 : Oh, attendez, on peut le retirer.

C : comme vous voulez

E3 : Ca ne vous dérange pas ?

C : Ah non, non. C'est mon métier. Alors du coup, il vous manque : 1, 2, 3, 4, 5, 6. Il vous manque 6 dents.

E3 : Six dents, oui. Oh, j'ai pas à me plaindre. A mon âge, à 86 ans, euh (*silence*). Ca a commencé j'étais au régiment. J'avais des... comment il avait appelé ça le dentiste allemand, c'était, il dit : vous avez des « dents gâteaux de miel ». Ca existe ça ?

C : Bien, elles s'effritaient ou... je ne connais pas cette expression.

E3 : Non, bien oui. C'est ce qu'il m'avait dit à l'époque. Je ne connaissais pas non plus. C'était des dents qui étaient des molaires, je me souviens parce qu'il me les a soignées. Et, et, je ne me les même pas fait arracher, je ne m'en rappelle plus, à l'époque. Y a des bridges à la place maintenant. Mais c'est parce que, oui, elles étaient... Pourtant, j'étais jeune à l'époque. Oui j'avais 20 ans, et elles étaient déjà esquinées, cariées ou voilà.

3- Est-ce que vous avez fait remplacer les dents manquantes ?

4- Est-ce que vous portez des prothèses ?

5- Quel type de prothèses avez-vous en bouche ?

6- C : Est-ce que vous avez (pensez avoir) des caries ?

E3 : Non

7- C : Est-ce que vous avez les gencives qui saignent (au brossage) ?

E3 : Mmm, ça dépend. Quelque fois oui. Ca arrive quelques fois

8- C : Est-ce que vous avez les dents qui bougent ?

E3 : Bof. Oui, un peu quand même. J'ai l'impression, moi. Eh qu'est ce que vous voulez. Ca, je ne sais pas si vous pourrez me répondre. Est-ce que la gravitation a une influence, justement, a une influence sur le déchaussement des dents ?

C : non, mais je ne peux pas encore vous expliquer pourquoi ça se déchausse. Faudra que vous m'expliquiez d'abord, avant que je vous donne la réponse (*rire*). Mais promis, je vous expliquerai après.

E3 : Bon, parce que je pensais, naïvement (non mais dites-moi car c'est une de mes questions). Peut-être pas naïvement, par les choses que j'ai appris. Car vous savez, la gravitation, ça fait énormément de choses. Même il y a des choses que j'ignorai moi. Par exemple, la force de Coriolis. Vous en avez entendu parler ? Et bien, c'est une force qui est intervenue, si j'ai bien compris car c'est une chose compliquée, comme toutes ces choses- là. C'est une force qui est intervenue au moment où la terre a basculé, pour... c'est ce qui a créé les saisons.

25. Les dents qui bougent :

a. C : A quoi sont dues les dents qui bougent ?

E3 : Moi, je pensais que c'était d'abord l'âge. L'âge, les gencives qui se rétractent en quelque sorte et... ou se contractent, ou se rétractent. On ne sait pas exactement. Mais c'est vrai, oui, oui. Et puis, je pensais : alors moi, la force de la gravitation qui progressivement faisait desceller les dents. Parce que quand vous voyez des crânes, vous voyez souvent des crânes avec beaucoup de dents en bas et les dents du haut n'y sont plus. Vous l'avez remarqué ?

C : Votre remarque est vraie.

E3 : C'est pourquoi je me suis dit : « tiens la force de gravitation, a certainement une influence puisque les dents du bas, elles ne sont pas, comment dirais-je, elles monteraient plutôt que descendre comme les dents du haut ».

b. C : Comment arrivent les dents qui bougent ? Par quel mécanisme les dents se mettent à bouger ?

c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui bougent ?

E3 : Ca dépend jusqu'à quel point elles bougent. Parce que, en ce qui me concerne personnellement, ça n'a aucune influence sur quoique ce soit. Alors, évidemment que si elles bougent de trop, elles se déchaussent complètement. Et c'est peut-être ce qui m'arrive avec cette fameuse dent canine. Là. Canine, canine !

C : c'est ça.

E3 : Canis, canis, le chien.

d. C : Comment peut-on éviter d'avoir les dents qui bougent ?

E3 : Je crois, j'avais entendu dire que il fallait se les brosser très souvent. Mais est-ce vrai, je n'en sais rien.

e. C : Comment soigne-t-on les dents qui bougent ?

E3 : Ah, ça je ne sais pas. (*Silence*) Si je crois qu'on a fait, où on faisait des pointes de feu ou des choses comme ça à un moment ? Il me semble.

C : Je continue et je vous expliquerai après.

E3 : Enfin, moi, je vous le dis, je suis un ignorant car je n'ai jamais fait aucune étude sur les dents.

9- C : Est-ce que vous avez une sensation de bouche sèche ?

E3 : Ah, quelque fois, oui. Oui, oui, ça c'est sur. Alors là, oui. D'ailleurs, je suis assoiffé. Assez souvent. Entre nous, est-ce que vous voulez boire un petit verre ?

C : Non, ça va

E3 : J'ai du jus d'orange si vous voulez

C : c'est gentil, ça va. Moi ça va. Mais si vous voulez boire quelque chose...

E3 : Ah non, mais je pourrai boire après. On verra ça tout à l'heure.

C : Parce que je vais beaucoup vous faire parler

E3 : Bon, bon. Ah oui, alors là, j'aurai certainement soif. Mais je parle. Toute ma vie, j'ai parlé beaucoup, croyez-moi.

10- C : Est-ce que vous avez des candidoses ou mycoses en bouche ?

E3 : Ah. Très bonne question. J'ai depuis quelques temps, quelques mois pourrais-je dire, sur le bout de la langue (*le patient montre sa langue*) comme des fils. Qu'est-ce que c'est ça ? J'ai l'impression d'avoir des fils dans la bouche. Et ça, ça fait quelques mois. Et je dirai même un an maintenant.

C : Je regarderai, mais ça peut être lié au fait que vous me dites que vous avez souvent soif.

E3 : Ah, oui, j'ai souvent soif. Et la nuit, parfois, je me lève pour boire. De l'eau bien sûr. (*rire*).

11- C : Est-ce que vous avez mal aux dents actuellement ?

E3 : Non.

12- C : Est-ce que vous voulez bien me dire si vous avez des soucis au niveau santé générale ? Si oui, lesquels ?

E3 : Oui, alors. J'ai une chose très importante, c'est que j'ai été opéré des coronaires. J'ai été opéré des coronaires y a déjà maintenant 4 ou 5 ans. Et on m'a mis un pace maker. Donc, sur le plan cardiaque, j'ai été... Alors autrement non, j'ai été opéré de la prostate. Avec succès d'ailleurs. J'avais peur que ce soit cancéreux, comme tout le monde. Non, non, il a fait des analyses, il m'a dit non. Il me dit « cette opération, bien ». « A l'issue de cette opération, je peux vous dire que ce n'est pas cancéreux ». Rien ne vous dit que ça ne peut pas revenir. Bien sûr.

13- C : Pensez-vous que votre santé bucco-dentaire a un impact sur votre santé générale ?

E3 : Non, non.

14- C : Pensez-vous que votre santé générale a un impact sur votre santé bucco-dentaire ?

E3 : Non, non, c'est complètement indépendant.

2^{ème} partie : Description de son propre état de santé bucco-dentaire, interprétation des symptômes et des causes, pronostic subjectif.

15- C : Comment jugez-vous votre santé bucco-dentaire aujourd'hui ?

E3 : Oh, disons bonne d'une manière générale. Euh, mais (*silence*) ce que je voudrais... c'est pas que ça m'horripile, c'est pas que ça m'inquiète, mais cette histoire de bridge qui s'est affaissé. Ça, je voudrais en avoir le cœur net. Quoi. Et de façon à aller chez le dentiste, pour me faire faire ce qui a lieu de faire. C'est tout. Vous pensez, à mon âge... Même si je dois payer. Ça m'est complètement égal. On a pu à faire d'économie. Non, mais sincèrement (C : Sincèrement vous avez plutôt intérêt à prendre soin de vous maintenant). Non, je préfère, je préfère, puisque j'ai eu la chance d'avoir une bonne retraite, je préfère aider mes enfants et mes petits-enfants. Surtout mes petits-enfants.

16- C : Est-ce qu'il s'est passé beaucoup de chose dans votre bouche ? Est-ce que vous voulez bien me les raconter ?

E3 : Oh, ça va être vite fait. Je n'ai jamais eu de problème particulier. (*Silence*) Non. Si, ah, si. Récemment, je vais vous dire. Récemment je suis tombé dans le jardin, là, de l'autre côté. Et à la suite de ça, ils m'ont examiné, fait des machins. J'ai eu l'impression que j'avais cette dent-là. Mais ça, on l'examinera. Y avait, il s'avaient mis un peu de pop... comment on appelle ça, vous savez ce les... pour la... Il y avait un début de carie et ils ont mis quelque chose. Et j'ai l'impression que ça l'avait cassé. Donc ça, vous regarderez. Vous le verrez. Et puis, pendant peut-être un mois, comme je suis tombé sur la bouche, j'ai eu l'impression que mes dents de devant remuaient. Mais ça, maintenant, ça s'est calmé. Voilà. Et si, en définitive, il me reste ça. (*E3 montre une boule sur la lèvre*) Oui, une boule sur la lèvre, qui ça a dû tuer des nerfs là dedans, parce que c'est gour, vous voyez. C'est toujours gour. Alors que pourtant ça m'est arrivé il y a 3 mois. Enfin, bon, c'est pas un drame.

C : Et, sinon, vous m'aviez dit que vous aviez commencé à avoir des soins dentaires quand vous étiez militaire ?

E3 : Oui, à 20 ans. Il a soigné des dents. Des molaires qui ont été remplacées par des bridges. Voilà. Mais bien plus tard.

17- C : Selon vous, à quoi est dû tout ce qui vous est arrivé ? Le fait qu'il y ait des extractions, des soins des caries ?

E3 : Oui, ça a commencé par des caries, bien sûr. Au début, il m'avait mis des plombages. Et puis après, ça été des couronnes. Et puis, au bout d'un certain temps, on s'est aperçu que la dent d'à côté était malade aussi. Alors là, ils ont mis des bridges. Voilà un peu la genèse.

C : Selon vous il y a une explication à tout ça, à tout ce qui est arrivé ?

E3 : Non. C'est naturel, disons. Enfin, quasiment. Qui est-ce qui ne perd pas quelques dents dans sa vie ? Sauf ma femme. Ma femme, elle est morte l'année dernière. Et

bien, elle avait 83 ans. Et bien, elle a conservé toutes ses dents. « Toi, t'as de la chance ». Elle a été soignée bien sûr : les plombages, les machins. Mais toutes ses dents ! C'est extraordinaire.

18- C : Pensez-vous que les soins réalisés dans votre bouche vous ont aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E3 : Oh, oui. Oui. On peut le dire. Oui, oui. Parce que si je n'avais rien fait, et bien les caries auraient progressé. Et, en progressant, c'est ce qu'on voit quelques fois, les gens qui se baladent avec des chicots.

19- C : Que pensez-vous du message des brossages des dents tous les jours ?

E3 : Je pense que c'est le minimum que l'on puisse faire. A mon sens. Ah oui, ah oui. Ça je le pense. Et je pense que j'ai raison. *(rire)*

20- C : Que faites-vous pour prendre soin de votre santé bucco-dentaire ?

E3 : Malheureusement pas grand chose

C : Allez racontez moi tout, qu'est ce que... *(Rire)*

E3 : Je me brosse les dents. Point final. Je ne me les brosse qu'une fois par jour. Je devrais les broser 2 fois, je sais. Le soir, on devrait. Mais, euh, ou on est trop fatigué, ou on n'y pense pas. Ça c'est...

C : Vous n'êtes pas le seul.

E3 : Ouh que non, ouh que non, je sais. *(Rire)* Mais enfin, c'est comme ça.

21- C : Comment pensez-vous que votre santé bucco-dentaire va être dans l'avenir ? Pour quelles raisons ? Grâce aux soins, grâce à autres choses ?

E3 : Ah ben, si je fais les soins que je crois devoir faire, je pense que ça continuera tant que je vivrai. Non, grâce aux soins en grande partie. Oh ben oui. Faut continuer à se broser les dents. Et même, si j'étais plus courageux, je les broserai 2 fois par jour. Mais enfin. Vous les brossez combien de fois, vous ?

C : Moi, je les brosse 2 fois par jour.

E3 : Vous êtes du métier, c'est normal.

22- C : Si vous pouviez changer votre bouche, comment serait-elle ? Par quels traitements ?

E3 : Alors, si je voulais changer ma bouche, je serais heureux d'avoir des dents bien rangées.

C : Le traitement orthodontique.

E3 : Oui. Voilà ce que je souhaiterais, je ne dirai pas que j'en ai souffert. Il ne faut pas exagérer. Mais ça m'a toujours un peu turlupiné. Ce fait d'avoir des dents mal rangées. Alors que, bon, on en discute, on a le temps, vous n'êtes pas pressée ?

C : Non, ça va, j'ai le temps.

E3 : Vous me le direz, car on peut passer la nuit. *(Rire)* On la passera pas aller !

Mais, oui, ça m'a toujours turlupiné, car je sais, je ne reproche rien à mes parents, puisque ça n'existait pas du temps où j'étais... En plus c'était pendant la guerre. Alors, le soin des dents, ça passait après. Malheureusement, c'était comme ça. Mais le fait

d'avoir pu déjà, pour mes enfants et mes petits-enfants, j'y ai participé, d'avoir des dents bien rangées... Surtout ma petite fille. Tenez, je vais vous dire : elle a 17 ans maintenant. Alors, à cet âge-là, vous savez ce que c'est. Elle a porté pendant pas mal de temps des appareils orthodontiques. Et, maintenant, elle a les dents impeccables. C'est quand même formidable, pour pas grand chose au fond. Quand on sait que on peut remettre les dents bien rangées simplement par le fait de porter un petit appareil. Et encore, maintenant, c'est des fils. Ça a encore changé, vous voyez, tout évolue. Ça je l'ai vu autrefois, les fils. Alors, évidemment, c'est moins gênant que les gros appareils qu'on avait dans le temps. Je me souviens mes gosses, ils ne pouvaient pas le supporter. Le matin, on retrouvait l'appareil à droite à gauche, etc... Vous avez des enfants ?

C : Oui j'ai des enfants, qui ont commencé les traitements orthodontiques.

E3 : Vous voyez, ça n'a pas changé. Ça n'a pas changé. Donc... seulement si, ce qui a changé c'est que on fait les traitements. C'est déjà important. Ce qui prouve qu'on a beau dire « ça va pas en France, ceci et cela ». Mais en fait, tout évolue. Non seulement, dans votre domaine, mais dans tous les domaines.

1^{ère} sous-partie : représentations cognitives sur les maladies bucco-dentaires

23- Caries dentaires :

a. C : Selon vous, à quoi sont dues les caries ?

E3 : Ils en parlaient encore l'autre jour. Surtout au sucre, d'après ce que j'ai compris. Surtout au sucre et puis peut-être à certains autres aliments qui sont néfastes à l'émail, la pulpe, etc...

b. C : Selon vous, comment arrivent les caries ? Par quel mécanisme la carie apparaît ?

E3 : Par la salive. Je pense, oui. Enfin, c'est une déduction. Je ne suis pas sûr, mais je pense que oui. Ça paraît logique.

c. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir des caries ?

E3 : En évitant. Enfin, pas éviter, il ne faut pas exagérer non plus. Mais en... quel qualificatif je pourrais donner... comment dirais-je... en faisant attention à son alimentation. Oui, à son alimentation, ou une certaine partie de son alimentation. Remarquez, c'est la même chose.

d. C : Selon vous, comment soigne-t-on les caries ?

E3 : Ah, ben. Alors attendez. Ça, on peut donner plusieurs réponses (C : Ah, oui). D'abord, en se brossant bien les dents de façon à ce que ces dents soient... il n'y ait pas de restes alimentaires, sucres et autres débris alimentaires. Je crois que c'est la base.

C : Selon vous, comment soigne-t-on les caries ?

E3 : Alors là, il faut aller chez le dentiste. C'est la première des choses à faire.

C : Alors bien se brosser pour enlever les débris alimentaire, c'est : comment soigne-t-on ? Ou comment éviter les caries ?

E3 : Eviter. Oui, c'est ça plutôt.

C : Moi je parle de la logique des choses.

24- La gencive qui saigne :

a. C : Selon vous, à quoi est due la gencive qui saigne ?

E3 : Eh, bien, c'est pas à cause de bactéries ou de microbes, non ?... Je pense. Alors c'est ça aussi qu'il faudrait que vous m'expliquiez, puisqu'on en est là. Il y a, vous avez : les microbes, les bactéries et le 3^{ème}, c'est les...

C : C'est les virus ?

E3 : Les virus. Il y a une différence.

C : Oui, les microbes c'est une taille. Dans les microbes, vous avez les bactéries et les virus.

E3 : Ah, c'est une taille.

C : C'est une taille, les microbes.

E3 : C'est plus gros ou plus petit.

C : Ce sont des êtres unicellulaire, ou avec...

E3 : Unicellulaires. Ca, je le savais, oui.

C : Et, dans les microbes, parfois on met aussi les parasites, qui sont un peu plus complexes. Mais bactéries, virus et parasites, c'est 3 éléments différents.

E3 : D'accord. Donc, que disait-on ?

C : A quoi est due la gencive qui saigne ?

E3 : Eh bien, certainement, à mon avis, soient des microbes, soient des virus, ou des bactéries. Ca dépend... les virus, non, non. Car les virus, c'est pas plutôt, d'après ce que j'ai pu comprendre, c'est plutôt, pour des maladies, non ?

C : C'est souvent d'autres types de maladies, oui.

E3 : Oui, il me semble. Alors que, là, ce serait plutôt des bactéries ou des microbes, alors.

b. C : Selon vous, comment arrive la gencive qui saigne ? Par quel mécanisme le saignement de gencive apparaît ?

E3 : Eh, parce que, certainement, euh, comment ça s'appelle. Je commence à perdre un peu la mémoire. Ca, ça m'agace. Euh... vous savez les petits... comment on appelle ça. Le nom m'échappe. Mais si, vous allez me le dire.

C : Les microbes, les...

E3 : Non, non, non. Les petits vaisseaux.

C : Les petits vaisseaux : les petits capillaires ?

E3 : Les capillaires. Voilà. Ca doit commencer par là. Je crois. Donc, voilà.

Ben...qui éclatent et puis le sang se répand.

c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir la gencive qui saigne ?

E3 : Ca peut le devenir. Après, vous faites de la gingivite ou je ne sais pas trop quoi.

d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir la gencive qui saigne ?

E3 : Ben, je crois, toujours, en se brossant les dents. Ca je le sais, je crois que c'est ça. A mon avis, c'est ça.

- e. C : Selon vous, comment soigne-t-on la gencive qui saigne?
 E3 : Ca, je ne le sais pas. (*Silence*) Oh, on doit mettre une pommade, enfin un produit quelconque. Hein ? (*Rire*)
 C : En fait, on fait des détartrages.
 E3 : Ah, c'est la plaque dentaire. Ah voilà. Ben, moi je crois que ça : j'ai des problèmes avec la plaque dentaire. Il faut que j'y aille assez souvent chez le dentiste pour retirer tout ça. Parce que, ça, c'est la salive qui, comment, est calcaire. Oui, il y a beaucoup de calcaire dedans. Ca, on y peut rien. Enfin, bon.

25- Les dents qui bougent : **Abordé plus haut**

26- La sensation de bouche sèche:

- a. C : Selon vous, à quoi est due la bouche sèche?
 E3 : Eh bien, c'est un défaut de salive.
- b. C : Selon vous, comment arrive la bouche sèche? Par quel mécanisme la bouche sèche apparaît ?
 E3 : Ben, les glandes salivaires ne fonctionnent plus. Je pense que ça ne peut... c'est l'explication la plus simple.
- c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir la bouche sèche?
 E3 : Ca peut le devenir aussi.
- d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir la bouche sèche?
 E3 : Moi, je dirai en buvant. Comment voulez-vous faire autrement ? Ou en suçant des bonbons peut-être ? (*Silence*) Ca excite les glandes salivaires.
 C : Bon raisonnement
 E3 : Moi, je crois qu'on arrive à tout par le raisonnement. Descartes avait raison.
- e. C : Selon vous, comment soigne-t-on la bouche sèche?
 E3 : Je ne sais pas. Je préfère vous dire la vérité.

- 27- C : Vous ne m'en avez pas parlé, alors je vous pose la questions : est-ce que vous pensez avoir les dents qui grincent ?
 E3 : Non, je ne le pense pas.

Les dents qui grincent :

- a. Selon vous, à quoi sont dues les dents qui grincent ?
 b. Selon vous, comment arrivent les dents qui grincent ? Par quel mécanisme le grincement des dents apparaît ?
 c. Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui grincent ?
 d. Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir dents qui grincent ?
 e. Selon vous, comment soigne-t-ton les dents qui grincent ?

- 28- C : Pensez-vous que l'on peut faire quelque chose pour améliorer la situation ? Est-ce que vous pouvez faire quelque chose par vous même pour améliorer la situation ?
 E3 : Pour la bouche sèche ?

C : Pour l'ensemble de votre bouche, de la santé bucco-dentaire.

E3 : Vous savez, à part ces quelques petits problèmes dont je vous ai parlés. Moi je pense que j'ai pas de problèmes majeurs. Je ne vois pas ce que je pourrais améliorer. Cette bouche sèche... Et puis, je pensais aussi, j'ai oublié de vous le dire : je prends beaucoup de médicaments. Or tous les médicaments que je prends matin, midi et soir, euh, peut-être m'assèchent aussi la bouche.

C : vous avez raison

E3 : Parce que il y a, je ne sais pas combien... D'ailleurs, il ne faut pas que j'oublie de les prendre.

C : Alors, est-ce que vous pensez pouvoir faire quelque chose par vous même pour améliorer la situation ?

E3 : Non. Personnellement, non. Sauf les quelques bricoles que j'ai relevées.

2^{ème} sous-partie : représentations cognitives sur la santé bucco-dentaire

29- C : Est-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E3 : Oh, ben, bien sûr.

30- C : Pour vous, c'est quoi être en bonne santé bucco-dentaire ?

E3 : Ben, c'est de ne pas avoir de difficulté quelconque pour, d'abord, pour ingurgiter des aliments. Pour ingurgiter les aliments, car ça a une incidence sur la digestion. Le fait d'avoir une bonne santé bucco-dentaire et des bonnes dents par voie de conséquence, euh... font que vous améliorez la digestion. Ca aussi, c'est une question de logique. On sait très bien que il faut bien, d'abord, bien mâcher les aliments car si on vous a... la nature... pour dire, pour ne pas parler de Dieu. *(Rire)*

La nature vous a donné des dents de différentes natures, euh... des incisives, des canines, des molaires, des prémolaires même, si on veut. Euh, c'est justement pour mâcher les aliments avant de les ingurgiter. Voilà. Je crois que j'ai résumé la situation.

a. C : Pour vous, c'est quoi avoir des dents en bonne santé ? A quoi ressemble des dents en bonne santé ?

E3 : *(Silence)* Comment pourrait-on dire ? Euh *(silence)*. Bah, d'abord, des dents propres. Propres. *(Silence)* Et soigner. Par le dentiste, par les médicaments ou ce que vous voulez, peu importe. Il faut avoir les dents en bonne santé et en nombre suffisant. Parce que je me sens, je m'aperçois bien que lorsque je n'ai pas mon appareil. Bon, il est pas important, mais ça manque déjà. Pour la mastication.

b. C : Pour vous, c'est quoi avoir une gencive en bonne santé ? A quoi ressemble une gencive en bonne santé ?

E3 : Et bien, qui n'a, qui n'est... euh, qui est sans maux, quelqu'il soit. C'est-à-dire des aphtes, des choses, euh, sans aucune maladie de la gencive, n'est-ce pas ? Je ne vois pas ce que je peux dire d'autre.

- c. C : Pour vous, comment peut-on avoir une sensation de confort dans la bouche?
 E3 : Ah ! (*Silence*) Ben, hormis le fait d'avoir un appareil dentaire qui, il faut le reconnaître, est quand même une petite gêne. Hein ?! Si je n'avais pas cet appareil et toutes mes dents, moi je serais content. En l'état actuel des choses, je suis confortable. Je n'ai rien demandé de plus. Mais ce qui me gênerait le plus, c'est par rapport à ce confort, c'est l'appareil.
- 31- C : Pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?
 E3 : Ben, c'est un peu le contraire de tout ce qu'on vient de dire. (*Rire*) C'est être, comment dirais-je, laxiste dans la façon de... dans son comportement dans ce domaine. Voilà. Laisser les choses en l'état. En d'autres termes, glorifions les dentistes (*Rire*).
- 32- C : Pour vous, à quoi ça sert d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?
 E3 : Oh, ben, ça sert pour la santé en général. Je dirais que ça peut être le point de départ d'une bonne santé en générale.
- a. C : Est-ce que ça sert pour parler ?
 E3 : Aussi
- b. C : Est-ce que ça sert pour manger ?
 E3 : Oh, bien, bien sûr.
- 33- C : Pour vous, c'est important d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?
 E3 : Je le pense, oui. Oui, oui. Forcément.
- 34- C : Que faites-vous pour avoir une bonne santé bucco-dentaire ?
 E3 : Ben, tout ce qu'on vient de dire. C'est tout ce que j'ai fait d'ailleurs dans ma vie, je me suis toujours soigné les dents.

3^{ème} partie : Description du répondant et de son environnement

- 35- Date de naissance : 15/12/1928
- 36- Niveau d'étude : Brevet élémentaire
- 37- Dernier métier exercé : Et le seul, j'étais dans l'assurance
- 38- Catégorie socio-professionnelle
- 39- Situation familiale : marié et 2 enfants (6 petits-enfants et 3 arrière petits-enfants)
- 40- Type de logement (maison/appartement/foyer de vie/ propriétaire/locataire)
 E3 : J'ai une maison dans la Drome (propriétaire) et locataire dans le foyer logement.

41- Adhésion à une mutuelle :

E3 : Oui.

42- C : Avez-vous vécu dans différents pays pendant votre vie ? Si oui, lesquels et quand ?

E3 : Non, en France, toujours

43- C : Avec votre famille ou vos amis, comment se passent les repas ensemble? Est-ce que le bucco-dentaire intervient ou pas ?

E3 : La, je ne comprends pas très bien la question.

C : En fait, c'est comment se passent les repas quand vous mangez en famille ?

E3 : C'est agréable. Très agréable.

C : Pas de soucis avec les dents, avec la bouche ?

E3 : Non, non. Absolument pas. Pas... Non, parce que... (*interruption par le passage d'un aide pour les médicaments*).

44- C : Est-ce que vous parlez de votre problème dentaire à vos amis ou/et à votre famille ?

E3 : Non

45- C : Si vous avez de la famille ou des amis, comment vous aident-ils ? En quoi ils vous soutiennent?

E3 : Je n'ai pas d'amis... Ma fille, ma fille serait là.

46- C : Consultation d'un médecin généraliste (oui/non/fréquence)

E3 : Oui, oui, j'ai un médecin. Ben, je le vois pour le renouvellement de l'ordonnance.

47- C : Consultation d'un dentiste (oui/non/fréquence)

E3 : Ben, je vais chez le dentiste... une fois par an, pour le détartrage.

48- C : Est-ce que le cabinet dentaire est loin de chez vous ?

E3 : Avant, j'avais mon dentiste. Avec mon opération, ma fille a voulu que je me rapproche. (*Silence*) Ici, il y a un dentiste à côté. Je peux aller le voir.

49- C : Comment faites-vous pour y aller ?

E3 : Ma fille peut m'aider. Elle prend sa voiture.

50- C : Est-ce plus facile si quelqu'un est avec vous pour fixer le rendez-vous chez le dentiste ?

E3 : Ben, je peux fixer moi-même le rendez-vous, ou ma fille.

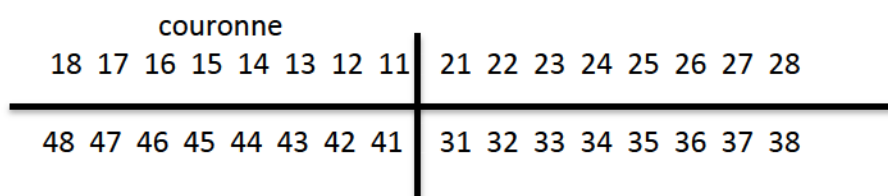
Entretien 4

Date : 08/05/2015

Lieu : Massy

Pseudonyme : E4

Schéma bucco-dentaire selon les propos du répondant : Bonne état BD, gencive rose et dent claire et naturelle.



Commentaires :

Pendant GOHAI :

Commentaire pendant la question 4 du GOHAI- E4 : J'ai pas d'appareil dentaire. Enfin si, des petits...

Commentaire pendant la question 7 du GOHAI – E4: Mes dents sont pas parfaites, elles sont ce qu'elles sont.

C : Est-ce que vous êtes satisfait ?

E4 : Oui, par ce que je les ai presque toutes.

Commentaire pendant la question 9 du GOHAI – E4 : La seule chose qui m'a préoccupé, c'est mes mâchoires, pas mes dents. A part ça (E4 montre l'écart type « dents du bonheur » entre ses 2 incisives centrales supérieures).

1^{ème} partie : Etat de santé déclaré (questions fermées) :

1- C : Est-ce que vous avez des problèmes de santé bucco-dentaire actuellement ?

E4 : Non

2- C : Est-ce qu'il vous manque des dents ? Combien vous en manque-t-il ?

E4 : Non

3- C : Est-ce que vous avez fait remplacer les dents manquantes ?

E4 : Il y a fort longtemps. Alors il y a quand même fort longtemps. Parce que la dernière que l'on m'a remplacée, ça doit être une par là (*le patient ouvre la bouche et montre en bas à droite*). Elle m'a été remplacée parce que j'avais déjà une couronne. Et cette couronne, je pense, a été mal posée. Et ça m'a obligé, quelques années après, à la remplacer.

C : Et ça, c'était il y a longtemps.

E4 : Oui. Ca fait plusieurs années.

4- C : Est-ce que vous portez des prothèses ?

E4 : Dans la bouche, non. Qu'est-ce que vous appelez prothèse ?

C: Ce qu'on appelle prothèse, c'est tous types [d'appareils] : ceux qui s'enlèvent et se remettent, les bridges, les couronnes, les implants, etc...

E4 : Ce qui s'enlève et se remet.

C : Ou ce qui est fixe : les couronnes.

E4 : Ben, alors, j'ai des couronnes.

C : Vous avez des couronnes.

E4 : Oui

5- C : Quel type de prothèses avez-vous en bouche ? Que des couronnes ?

E4 : Oui. (*silence*) Je ne sais pas combien j'en ai.

(*E4 ouvre la bouche et C regarde et compte*)

C : j'en vois 1, 2, 3, 4 . A priori, vous avez à peu près 4 couronnes.

E4 : Voilà. Ca, vous voyez, je ne sais même pas. Elles ne me gênent tellement peu.

C : Tant mieux.

6- C : Est-ce que vous pensez avoir des caries?

E4 : Non, je ne pense pas.

7- Est-ce que vous avez les gencives qui saignent (au brossage)?

E4 : Non

C : Au brossage ?

E4 : Non

8- C : Est-ce que vous avez les dents qui bougent ?

E4 : Oh, vous me posez des questions ! Moi, d'après moi, non. Mais je pense qu'il y a quand même une certaine élasticité générale due à l'âge. C'est ça que je pense.

C : D'accord.

E4 : Je ne sais pas si c'est vrai, mais c'est ça que je pense.

9- C : Est-ce que vous avez une sensation de bouche sèche ?

E4 : Parfois. Comme si j'ai peut-être moins de salive qu'auparavant.

10- C : Est-ce que vous avez des candidoses ou mycoses en bouche ?

E4 : Qu'est-ce que c'est des candidoses ?

C : Des candidoses, c'est comme... vous savez, on peut avoir des champignons aux pieds ou aux mains. Et bien, parfois, on peut en avoir dans la bouche.

E4 : J'ai eu des aphtes à un moment donné. C'est une candidose ?

C : Non, ce n'est pas exactement la même chose.

E4 : Je n'en ai pas en ce moment. Il m'est arrivé d'en avoir. Ou d'avoir le haut du palais (*la répondante met son doigt sur son palais*), euh, comme cabossé ou comme irrité. Mais c'est pas maintenant. C'est, c'est... dans ma vie. Pas maintenant. Non, là maintenant, ça va bien.

C : Eh bien, tant mieux.

11- C : Est-ce que vous avez mal aux dents actuellement ?

E4 : Non

12- C : Est-ce que vous voulez bien me dire si vous avez des soucis au niveau santé générale ? Si oui, lesquels ?

E4 : Comme les gens de mon âge, j'ai de l'arthrose. Et je vais faire une cure, justement pour l'arthrose. Je commence le mois prochain. C'est ma 4^{ème}. C'est surtout ça que j'ai. J'ai de l'arthrose.

C : Et ça va les cures, ça fait du bien ?

E4 : Oui. Qu'on le veuille ou non, ça fait du bien. C'est pas marrant à faire, du tout. Mais ça fait du bien. Qu'est-ce que j'aurais encore ?... Peut-être une fragilité intestinale. C'est à peu près... (*Silence*)

13- C : Pensez-vous que votre santé bucco-dentaire a un impact sur votre santé générale ?

E4 : Non. Elle ne m'embête pas assez.

14- C : Pensez-vous que votre santé générale a un impact sur votre santé bucco-dentaire ?

E4 : Je pense que c'est possible. Oui. Parce que que, quand même, le corps est interdépendant. Et, d'ailleurs, quand j'ai des problèmes digestifs, c'est que j'ai des ennuis. Ca se traduit sur la diarrhée, par exemple. C'est très lié. Quand j'ai beaucoup moins d'ennuis, j'ai beaucoup moins de... Je me soigne. Vous voyez, j'ai du charbon. Mais, j'ai beaucoup moins d'ennuis. Et je me soigne avec des choses douces, hein. J'aime pas. C'est de l'homéopathie. Voilà.

C : Et ça fait du bien.

E4 : Quand c'est bien ciblé, oui !

2^{ème} partie : Description de son propre état de santé bucco-dentaire, interprétation des symptômes et des causes, pronostic subjectif.

15- C : Comment jugez-vous votre santé bucco-dentaire aujourd'hui ? Bien, pas bien.

E4 : Moi, je le trouve bien. (*Silence*)

16- C : Est-ce qu'il s'est passé beaucoup de chose dans votre bouche ? Est-ce que vous voulez bien me les raconter ?

E4 : A part ces couronnes, euh. Rien. Et maintenant, depuis que je suis âgée, c'est mâchoires qui peuvent me gêner.

C : Est-ce que vous voulez bien me raconter comment ça vous gêne ?

E4 : Ben, ça me gêne que je suis en train... d'abord, je mange, je suis vorace (*Rire*). Ce qui veut dire que je mange vite.

C : D'accord

E4 : (*Rire*). Et, et, en train de mâcher tout d'un coup, blaf, y a quelque chose qui se déplace en bas et je me mords les joues. Ca peut être là (*E4 montre joue droite*), ça peut être là (*E4 montre joue gauche*), et ça peut même être devant (*E4 montre la lèvre inférieure*). Alors, actuellement, je commence, je fais très attention. Parce que si ça se produit une fois, ça se reproduira. Si ça se produit une fois, ça se reproduira,

parce que y a, y a, y a... la peau réagit et se gonfle. Donc automatiquement, je retombe dessus. Et ça fait très mal. Vraiment très mal.

C : Et ça vous arrive régulièrement ?

E4 : Je touche du bois. *(Rire)* Depuis, un certain temps non.

C : D'accord. En mâchant doucement ça suffit pour limiter...

E4 : Je ne sais pas. Je pense que ça limite oui. Parce que à ce moment là je suis vraiment très attentive. Je n'ai pas envie de me remordre. Ça fait vraiment très mal ! A hurler, hein ! Alors, oui, je fais très attention.

a. C : Et vous pensez que c'est dû à quoi ce problème de mâchoires ?

E4 : Alors, il se peut que je crispe mes mâchoires quand je suis, euh, quand je suis, euh, quand j'ai un ennui. Qui se traduit pas une forme d'angoisse. Donc, je peux très bien, euh, là, crisper mes mâchoires et faire un truc comme ça *(E4 dévie sa mâchoire)*. D'ailleurs, j'ai été obligée de me regarder pour savoir, car je ne me rendais pas compte du mouvement que je faisais. C'est le bas qui bouge, c'est pas le haut. Le haut ne bouge pas. Masi on s'en rend pas compte. On s'en rend pas compte du tout. Qu'est-ce qui... Et avant d'avoir ça, et bien, j'avais des petits bruits comme, je ne sais pas comment le dire...

C : des petits bruits qui étaient où ?

E4 : Là *(E4 montre la mâchoire supérieure, en arrière des pommettes, au niveau des 2^{ème} molaires supérieures)*. Ça fait un bruit. Chaque fois que je mâchais, ça faisait un bruit. Maintenant, j'ai, malheureusement ou heureusement, dépassé le stade. Ça ne fait plus de bruit. Mais, l'époque, je ne me mordais pas quand je faisais le bruit. C'est un déclic, plutôt.

C : D'accord.

b. C : Alors, à votre avis, comment s'est arrivé ? Par quel mécanisme c'est arrivé ces clics ou après c'est...?

E4 : Je n'ai pas compris.

C : Selon vous, par quel mécanisme c'est arrivé le fait que...

E4 : Qu'il y ait des déclics.

C : Oui.

E4 : C'était un mauvais fonctionnement de la mâchoire. Ca, je le savais très bien. Et puis ca s'est fait un certain temps, ça c'est calmé. Ca s'est refait de temps en temps, et puis après ça s'est refait répétitivement. Et puis, après ça ne s'est plus fait du tout. Donc, après, je me suis mordue à la place.

C : Ok, c'est donc comme ça.

E4 : Oui, ça a commencé par un déclic et ça a fini par euh...par une morsure. *(Rire)*

C : là, il n'y a plus de déclic.

E4 : Non, plus aucun déclic. Donc ça a dû user quelque chose, quelque part.

C : D'accord

E4 : *(Rire)* Je suppose...

c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir ce problème de déclic au niveau des mâchoires?

E4 : *(Silence-réflexion)* Quand je l'avais, ça m'a étonné. Ca me gênait un peu avec les gens, parce que ça s'entendait un peu dehors. Ca, c'était un petit bruit : toc-toc.

Euh... je... ça m'a quand même alerté. Je n'ai pas pensé que c'était gravissime, car je ne suis même pas allée voir un dentiste.

C : Et maintenant qu'il n'y a plus de clic et que vous vous mordez les joues, est-ce que vous pensez que c'est grave ? Votre problème de mâchoires, maintenant.

E4 : Ben, il faut surtout... c'est grave et pas grave pour moi. Euh, c'est grave si ça se reproduit trop parce que je pense que je vais léser ma peau à l'intérieur. Euh, si je... j'arrive à être attentive et à pas me mordre, ce n'est plus grave. Parce que ça n'a pas l'air de bouger plus que ça. Je ne sais pas si ça bouge. Mais ça n'a pas l'air de bouger plus que ça.

- d. C : Comment peut-on éviter ce problème de mâchoires selon vous?

E4 : *(Silence-réflexion)* S'il y a quelque chose d'usé, ben, c'est irrémédiable. *(Silence)* Ca, je crois malheureusement que ça peut être ça. Euh, si c'est pas usé, ben, ça me demande peut-être de la décontraction de cette mâchoire. La décontraction... Le dentiste m'a fait un truc pour me décontracter la bouche la nuit. Je ne le supporte pas. Non, je ne le mets pas. Non, ce n'est pas la peine. Donc, je pense que la seule chose que je peux faire. Pour l'instant je suis tranquille, ça se produit pas. Mais si ça se reproduit, il faut que je sois attentive à... à la décontraction et à mâcher lentement.

C : Et comment vous pourriez faire pour faire de la décontraction de vos mâchoires, selon vous ?

E4 : Lâcher la mâchoire. Là, je suis en train de le faire *(E4 entrouvre sa bouche)*. Et quand on met la langue au palais, ça la lâche. *(E4 répondant le fait)*

C : vous avez trouvé ça toute seule ?

E4 : Oui.

E4 : Et puis, lâcher la mâchoire. Donc être, avoir l'esprit, l'attention dessus. D'ailleurs, quand je me mords, j'ai l'attention sur ma mâchoire, parce que je n'ai pas envie de recommencer. Tout en sachant que comme c'est gonflé, ça va retomber dessus quand même. Voilà.

C : Ok, c'est très intéressant.

E4 : Ah bon !

Cécile : Ah oui !

(Rire)

- e. C : Comment peut-on soigner ces problèmes de mâchoires?

E4 : Moi, je crois que ça ne se soigne pas. Je crois qu'il n'y a que mon attention, autant que ça peut durer. Oh, si ça dure comme ça, que ça ne bouge pas. Bon, ben, je dis merci au Dieu, encore. Voilà.

C : Et pour les couronnes, est-ce que vous voulez bien me raconter comment ça s'est passé ?

E4 : Oh, là, là, j'en ai eu une à l'âge de 14 ans. Euh, les couronnes, je vous l'ai dit. Ça doit être une qui doit être par là. On a été obligé de la refaire, car je me rappelle très bien que quand il a posé la couronne, je l'ai écrasée et que ça a fait un bruit. Je me rappelle très bien de ça. Donc, elle a duré un certain temps, mais il a fallu la refaire celle-là. Voilà. Je me rappelle très bien que quand il m'a remis la prochaine, la couronne d'après, il m'a dit « N'appuyez pas ». Attendez, l'autre... *(Rire)* Il aurait

peut-être pu la faire payer mais m'en remettre une autre. Voilà, c'est ce que je... elle aurait duré toute ma vie je pense. Voilà. Bon, ben, c'est comme ça.

C : Et les autres couronnes, ça s'est bien passé ?

E4 : Oui. Y a rien. Y a le travail du dentiste, bien entendu (*Silence*). Je ne m'en rappelle plus. Il avait dit quelque chose, mais je n'y ai pas tellement prêté attention.

C : C'était il y a longtemps toutes ces histoires de couronnes ?

E4 : Il y a quelques années quand même... Est-ce que mon mari était encore vivant ? Comme point de repère. J'en sais rien. Mon mari, il y a 10 ans qu'il est mort. Euh... Non ça doit être après. C'est là. Dans ce laps de temps des 10 ans, mais plutôt au début. Au début des 10 ans, je m'exprime mal.

C : Avant et après le départ de votre mari, vous pensez qu'il y a eu un changement ? ou pas. Pour les dents.

E4 : Non

17- C : Selon vous, à quoi est dû tout ce qui vous est arrivé ? Les couronnes ou les problèmes de mâchoires.

E4 : Ben, les couronnes, je pense que... (*soufflement*)... c'est peut-être une histoire de manque de calcium, je ne sais pas moi, de... Peut-être aussi que... (*soufflement*)... mmmhh, peut-être aussi de, comment, de bactéries. Je ne me plains pas car, dans l'ensemble, j'ai encore toutes mes dents. J'ai 84, quand même.

C : Vous avez de belles dents.

E4 : Elles ne sont pas belles, elles sont bonnes. (*Rires*) Elles ne sont pas belles parce qu'elles ne sont pas bien rangées.

C : Oh si, ça va. Et vos problèmes de mâchoires selon vous, à quoi c'est dû ? Tout ce qui vous est arrivé à ce niveau-là.

E4 : Alors, est-ce que ça pourrait être l'arthrose qui se met là aussi, au milieu. Parce que quand même, dans ma vie, c'est... c'est relativement récent. Après 65 ans, par exemple. Donc, l'arthrose, je la sens surtout depuis 4-5 ans. Mais je devais déjà en avoir avant. Je n'avais pas senti. Moi, je pense que ça peut être de l'arthrose et puis le reste, je ne sais pas.

C : Et est-ce que quand vous avez commencé à vous [apercevoir] que vous aviez de l'arthrose ailleurs ? Il y a eu un lien avec les clics ?

E4 : Pas du tout

C : Pas du tout

E4 : Pas du tout. J'y ai pensé maintenant, parce que, euh, pour ces gênes. J'y ai pensé après, quand j'ai commencé à faire mes cures. Y a pas longtemps que j'y ai pensé, peut-être 4-5 ans. Donc, là, j'ai fait le lien : ça peut être de l'arthrose qui se met au niveau de la mâchoire puisque j'en ai là, j'en ai là. Regardez mes doigts (*E4 montre ses phalanges supérieures de l'index et du majeur des 2 mains*). Tenez, voilà, ça s'en est. Donc, il n'y a pas de raisons. Ça se pourrait. Voilà, c'est ce que je me dis. C'est pas impossible.

18-C : Qu'est ce qui, selon, vous a aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E4 : L'hérédité. Pas du côté de ma mère, mais du côté de mon père. Par ce que maman avait 1 ou 2 appareils. Ce que je n'ai pas. Moi, je pense que c'est génétique de toute façon. De qui, peut importe, mais je pense que c'est génétique.

C : D'accord.

19- C : Que pensez-vous du message des brossages des dents tous les jours ?

E4 : Moi, je pense qu'il faut se les nettoyer tous les jours, ne serait-ce que pour les bactéries déjà. Oh, moi, qu'est-ce que je fais ? Euh, Quand je fais vraiment tout ce qu'il faut. Parce que, des fois, je ne le fais pas. Euh, je fais un très bon brossage le matin, avec le brossage normal plus les brossettes. Parce que j'ai des interstices entre les dents et qu'il y a toujours des aliments qui sont là. Je les pousse, je les sens. Et puis, ça me gêne. Euh, à midi, là maintenant, je fais simplement un brossage à l'eau et au petites brossettes pour enlever. Voilà. Et le soir, normalement, il faudrait que je fasse un bon brossage. Je ne fais pas les 3 toutes les fois. Bon, au moins une fois par jour, y a le brossage avec le dentifrice. Et les brossettes tout le temps. Ca les brossettes, je ne peux pas m'en passer.

C : Les brossettes le matin, le midi...

E4 : ... Et le soir avant de me coucher. Parce que, là, il y a vraiment des aliments, des morceaux d'aliments. Parfois, je pousse. Carrément.

C : C'est très bien.

E4 : Bon bien là, si ça fait des bactéries. Bon ben, je... Je suis bonne.

20- C : Vous avez répondu à la question « Que faites-vous pour prendre soin de votre santé bucco-dentaire ? » Est-ce que vous faites d'autres choses que le brossage ?

E4 : Non

21- C : Comment pensez-vous que votre santé bucco-dentaire va être dans l'avenir ?

E4 : Je crois que ça va continuer comme ça.

C : Pour quelles raisons ?

E4 : Parce que, si je fais un entretien à peu près correct, y a pas de raison que ça devienne tout d'un coup... C'est surtout au niveau bactérien, je pense, qu'il faut faire un entretien. Parce que c'est... assez ennuyeux.

22- C : Si vous pouviez changer votre bouche, comment serait-elle ? Par quels traitements ?

E4 : Ah !

C : Par quels traitements ?

E4 : Si je pouvais la changer, j'aurais pas les dents écartées. Je pense qu'enfant c'est... Et puis, j'ai les dents en avant. Je pense qu'enfant si on avait pris soins de ça, ça aurait déjà arrangé certaines choses. Vous savez, les enfants, on leur met des choses, il faut faire très attention. Mais alors, à mon époque, c'était plus délicat que maintenant, parce qu'il restait souvent beaucoup de caries tout le long. (E4 montre le devant des dents du haut) Moi, je me rappelle avoir vu des bouches de gens, d'enfants, qui étaient comme moi avec les dents en avant. Donc, à ce point de vu là, ils ont bien fait de ne rien me faire si c'était pour me mettre des caries. Mais je crois

que maintenant ça doit [être] beaucoup plus au point et qu'on doit pouvoir remettre les dents en place sans abimer l'émail.

1^{ère} sous-partie : représentations cognitives sur les maladies bucco-dentaires

23- Caries dentaires :

C : Est-ce que vous pensez que vous avez déjà eu des caries ?

E4 : Ben oui, puisque ces dents... Oui, j'ai eu des caries dans ma jeunesse. Oui, oui. Oui, oui.

a. C : Selon vous, à quoi sont dues les caries ?

E4 : Je pense que c'est au manque d'entretien. (*Temps de réflexion*) Je crois que l'entretien est très important. Maintenant, est-ce que les caries, ça à voir avec le manque de calcium, je ne le sais pas.

C : Ca on en parlera après. Donc, selon vous, c'est...

E4 : L'entretien est primordial pour moi. Parce que si c'est un manque de calcium, bon ben ça, ça retombe sur le généraliste.

b. C : Selon vous, comment arrivent les caries ? Par quel mécanisme la carie apparaît ?

E4 : La carie, c'est une attaque de l'émail... Est-ce que les bactéries peuvent attaquer l'émail ? Oui, hein... On en revient toujours au même point. Je crois que l'entretien est primordial. Ecoutez. (*E4 tape sur la table*) Je pense à une dame que j'ai vu l'autre jour. Croyez-moi, elle m'a mis mal à l'aise. C'est une personne qui est adorable ceci dit, j'avais jamais vu ça chez elle. Tout d'un coup, elle se met à parler, elle souriait. Elle, elle... les dents, elles étaient vertes ! Et quand je vois des personnes âgées avec des tas de choses, c'est... ça me met mal à l'aise. C'est vrai, hein.

C : C'est vrai.

E4 : Alors, c'est vrai que dès qu'on a mangé, on a des trucs qui se plantent dans les dents. Donc c'est pour ça que les brosettes, hein

C : C'est bien, hein.

E4 : Moi, moi, même avant le brossage avec la brosse, c'est la brosette !

C : C'est vrai que c'est très utile.

c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir des caries, selon vous ?

E4 : Euh, je ne sais pas si c'est grave. Je pense qu'il faut les soigner. Faut pas les laisser... Oui, ça doit être grave parce que j'ai des visions d'enfants qui ont des carences dans l'enfance, ça peut venir de carence aussi, je pense. Qui ont eu des carences dans l'enfance, avec des dents toutes délabrées, toutes marrons. Je pense que ce n'est pas quelque chose à laisser s'installer.

d. C : Comment peut-on éviter d'avoir des caries ?

E4 : En se brossant les dents. Et puis, peut-être, en regardant le manque de calcium. Je ne sais pas s'il y a autre chose que le manque de calcium. Je sais pas si y a d'autres choses que le calcium. S'il y a d'autres éléments que ça. Enfin, nous, on connaît surtout le manque de calcium.

C : D'accord

e. C : Et, à votre avis, comment soigne-t-on les caries ?

E4 : Ben, chez le dentiste. Ouais. Il vous enlève la partie cariée et il fait le plombage. Voilà. Quand c'est bénin. Quand ça va trop loin, bon, ben, il met une couronne. Et puis, peut-être quand ça va plus loin –c'est pas mon cas, je touche du bois (E4 tape sur la table) (Rire)– et ben, on vous arrache les dents, on vous met des bridges, des...

24- La gencive qui saigne : Non

25- Les dents qui bougent :

a. C : A quoi est dû les dents qui bougent ?

E4 : Comme je vous ai dit tout à l'heure, je pense qu'il y a une élasticité... générale, due à l'âge.

C : Donc, selon vous, à quoi ça peut être dû les dents qui bougent ?

E4 : Je pense que c'est l'âge.

b. C : Comment arrivent les dents qui bougent ? Par quel mécanisme les dents se mettent à bouger, à votre avis ?

E4 : Ben, c'est pas de leur racine (*silence*) tient moins. Est-ce que la racine... ? La racine tient dans la gencive. Est-ce qu'elle tient dans l'os aussi ? Ca, je ne le sais pas. Si elle tient dans l'os, il peut y avoir un problème osseux de la mâchoire. Si c'est dans la gencive, c'est la gencive qui a un problème. Ou alors, ou alors, peut-être les deux.

c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui bougent ?

E4 : Je pense. On vous parle de dents qui bougent et on parle aussi de déchaussement. Le déchaussement, il me semble que c'est plus grave que l'ensemble de la mâchoire, qui est un peu élastique.

d. C : Comment peut-on éviter d'avoir les dents qui bougent ?

E4 : Je ne sais pas. Peut-être en faisant comme ça (E4 claque des dents plusieurs fois de suite).

C : En claquant des dents ?

E4 : En claquant, ouais. (E4 recommence) D'une façon quand même raisonnable. (E4 recommence)

C : Et ça servirait à quoi ?

A l'enraciner. (Rires) A repousser les racines (Rires), soit dans les gencives, dans les gencives et... l'os, si les deux sont conjugués. Je ne le sais pas.

e. C : Selon vous, comment soigne-t-on les dents qui bougent ?

E4 : J'en ai aucune idée. (*Silence*) Je ne sais même pas si ça se soigne. C'est soignable les dents qui bougent ? Un peu quand même.

C : Je vous raconterai tout à l'heure. Sinon, je vais influencer vos réponses.

E4 : Il ne faut pas influencer mes réponses. (Rires) Elle doit dire des grosses bêtises !! (Rire)

C : A pas du tout. Ce n'est pas des bêtises.

26- La sensation de bouche sèche:

a. C : A quoi est dû la bouche sèche?

E4 : Moins de, moins de salive qu'avant.

b. C : Selon vous, comment arrive la bouche sèche? Par quel mécanisme la bouche sèche apparaît ?

E4 : Ben ça, ça peut être quand on dort d'avoir la bouche entrouverte et peut-être bien de respirer par la bouche. Mais ça, ça me paraît presque normal. Mais... quand on mange et que, y a des façon où j'ai des, par exemple maintenant les frites, j'arrive moins bien à les manger parce que je n'ai pas assez de salive. Et ça, j'en suis. C'est très désagréable d'avalier sec. Donc il faut à ce moment-là, il faudra à ce moment là (*E4 fait le mouvement de passer la langue dans le vestibule*) passer la langue. Ou alors, la mettre... Si vous la mettez au sommet (*E4 fait le mouvement de mettre la pointe de la langue au palais*), au bout d'un moment, il y a de la salive. C'est drôle hein ça. Parce que je le sais, je fais de la méditation et je mets la langue en haut. Et, au bout d'un moment, je suis obligée d'arrêter d'avalier. (*Rire*) Donc, le fait de mettre la langue en haut, ça donne aussi de la salive. Comme ça, là, coller (*E4 refait le mouvement de mettre la pointe de la langue au palais*). Ah, ça donne de la salive. C'est drôle. Et comme ça aussi. Quand je mange des frites, il faut que je passe, il faut (*Rire*) passer la langue partout.

c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir la bouche sèche ?

E4 : Moi, je pense que oui. Ça doit influencer sur la digestion, déjà. Et certainement, c'est grave, je pense. Et c'est très désagréable en plus.

d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir la bouche sèche ?

E4 : (*Soufflement mêlé de rire*) Je ne sais pas. Ah, parce que je vous dis, passer la langue partout. Voilà, pour lui redonner un peu. Peut-être boire un peu. Mais, enfin, ça ne mets pas... c'est pas l'humidité de la salive, la boisson.

C : D'accord.

E4 : Mais boire aussi, ça doit quand même faire du bien. Ça doit aussi y participer je pense.

e. C : Comment soigne t-on la bouche sèche ?

E4 : Je ne sais pas. (*Silence*) Ça se soigne ? Pas trop, hein ? Ce serait trop beau.

27- Les dents qui grincent : C : Est-ce que vous avez les dents qui grincent ?

E4 : Je n'ai pas l'impression.

C : Vous n'avez pas l'impression.

E4 : Peut-être qu'elles grincent la nuit. Dans la journée, non. Mon mari avait les dents qui grinçaient. Ah, oui je les entendais (*Rire*).

C : Et vous ?

E4 : Non, non.

C : Je vais quand même vous posez les questions, vu que votre mari avait les dents qui grinçaient.

- a. C : A quoi sont dues les dents qui grincent ?
E4 : C'est peut-être nerveux.
- b. C : Par quel mécanisme le grincement des dents apparaît, à votre avis ?
E4 : Elles sont trop serrées l'une sur l'autre.
C : Trop serrées l'une sur l'autre.
E4 : Ouais, ouais. Il m'arrive d'avoir les dents serrées (*E4 accentue le mot « serré » en serrant les dents*). Elles grincent pas, et je ne suis pas bien. Ca me gêne.
- c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui grincent ?
E4 : Je ne sais pas si c'est grave. Mais ça ne doit pas arranger l'émail.
- d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir des dents qui grincent ?
E4 : Peut-être l'attention déjà. Quand on est éveillé. Maintenant, quand on dort, ça ne doit pas être... on ne doit pas pouvoir le maîtriser. Moi, j'ai l'impression que c'était quand il dormait qu'il avait les dents qui grinçaient, mon mari.
C : C'est très fréquemment ça.
E4 : Je les entendais. J'étais malheureuse pour lui.
C : Lui ne l'entendait pas.
E4 : Non, puisqu'il dormait. (*Rire*) Moi, j'entendais.
- e. E4 : Comment soigne-t-on les dents qui grincent ?
E4 : Je ne sais pas. Ca se soigne ?
C : Ca s'aide...
(Rire)
- 28- C : Pensez-vous que l'on peut faire quelque chose pour améliorer la situation ? Est-ce que vous pensez pouvoir faire quelque chose par vous-même pour améliorer la situation ?
E4 : Déjà l'entretien, euh, à peu près correct, c'est très important. Euh, c'est essentiellement l'entretien à mon avis. Parce que qu'est-ce que vous pouvez faire d'autre ? Pas grand chose.
C : Alors vous, est-ce que vous avez l'impression que vous faites autre chose ?
E4 : Moi, sûre : que l'entretien. Ben, le jour où je fais attention à pas me mordre, oui, là je fais autre chose. Donc j'y mets mon attention dessus. Quand je décontracte ma mâchoire, je fais autre chose également. Mais c'est aussi du domaine de l'attention. De la sensation ! Et de l'attention. L'attention, euh, comment dirais-je... l'attention ça implique beaucoup de choses finalement. Beaucoup de... ça monopolise beaucoup de choses dans l'individu.
C : Vous faites de la méditation ?
E4 : Oui.
C : Est-ce que vous avez l'impression que de faire de la méditation, ça vous a aidé au niveau de votre santé bucco-dentaire ? Ou pas ? Parce que vous parlez beaucoup d'attention.
E4 : Oui. Oui, je parle beaucoup d'attention parce que la méditation, c'est une attention. Y a... C'est une attention différente que l'attention mentale. A-tension, je

dis. Voilà. Que l'attention mentale. Euh, Bucco-dentaire, ben oui, dans un certain sens, puisque quand je mets ma langue, ça me décontracte ma mâchoire. Déjà, elle n'est pas là. Et, en même temps, ça me met de la salive. Donc, indirectement, oui. Indirectement, oui. Et je vous dirais plus tard, si ça joue, je ne sais pas là. Si ça joue sur cette zone, là. Et je pense que ça jouera. Parce que cette zone, ça, c'est liée je pense, peut-être à l'arthrose, mais c'est lié aussi à une forme d'angoisse latente. Donc, s'il y a une décontraction, tout ça c'est interdépendant.

2^{ème} sous-partie : représentations cognitives sur la santé bucco-dentaire

29- C : Est-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E4 : Moi, il me semble que non. (*Silence*)

30- C : Pour vous, c'est quoi être en bonne santé bucco-dentaire ?

E4 : Ben, c'est avoir des dents, c'est avoir des dents. Avoir ses dents, déjà. L'idéal serait d'avoir toutes ses dents, comme quand on est jeune. Que saines, voilà, bien entretenues, saines. Voilà. C'est tout simple.

a. C : Pour vous, c'est quoi avoir des dents en bonne santé ? A quoi ressemble des dents en bonne santé ?

E4 : Déjà, elles sont belles à regarder. Mais si elles... si elles sont pas bien rangées. Vous, vos dents sont en bonne santé.

C : Elles sont pas bien rangées ! (*Rire*)

E4 : Mais elles sont belles. Déjà, de les avoir propres. De ne pas avoir un tas de détritrus, c'est une horreur. Oh, cette dame avec ses dents vertes. Ouh. Elle m'a marquée ! Parce qu'il y avait une épaisseur de vert. Alors, qu'est-ce que, c'est...

C : A votre avis, c'est quoi ?

E4 : Elle les lave pas, tout simplement. Elle ne lave pas ses dents. Si elle s'imaginait l'effet que ça fait. Elle se jetterait sur sa brosse à dents. (*Rire*)

C : Peut-être un jour qu'un osera lui dire.

E4 : Moi, je n'ai pas osé. Pourtant, c'est une personne très intéressante, très charmante. Et je l'ai vu il y a quelque temps ; elle avait pas ça. C'est... on dirait que même elle a des épaisseurs, tellement c'est vert. Mais c'est une horreur ! Ouh, là, là !

b. C : Pour vous, c'est quoi avoir une gencive en bonne santé ? A quoi ressemble une gencive en bonne santé ?

E4 : Ben, elle est rose. Elle est rose. Elle ne doit pas saigner au nettoyage. Alors, je pense qu'au nettoyage, c'est bon de les brosser. Pas que la dent. Et, vous savez, ça se salit vite une dent, hein. C'est fou comme ça se salit vite.

C : Très vite

c. C : Pour vous, comment peut-on avoir une sensation de confort dans la bouche ?

E4 : Ne pas avoir mal aux dents. D'avoir la bouche humide. Voilà. Pas être mordue à l'intérieur (*Rire*). Sans morsure. Voilà, ça c'est une bonne bouche. Et aussi, quand

même, la langue. D'avoir une langue qui est pas, euh, qui est pas l'expression d'un gros dérangement digestif. C'est idiot ce que je vais vous dire, mais il me semble qu'une langue qui n'a pas de dérangement digestif, elle n'est pas épaisse. Elle est humide, elle est pas épaisse à la sensation.

31- C : Pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E4 : Ben, c'est déjà cette dame. C'est d'avoir des dents si mal entretenues. Euh, c'est, elle, euh, c'est fou l'entretien, hein. C'est vraiment la base. Surtout ça. Et puis, euh, euh, d'avoir pas une mauvaise haleine non plus. Tiens, j'ai oublié de vous le dire : le confort de la bouche, c'est une haleine fraîche.

C : D'accord.

E4 : Ca c'est important. Parce que ça veut dire beaucoup.

C : Est-ce que, pour vous, il y a d'autres choses ? C'est bon, pour avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ? Vous avez parlé de dents, de l'entretien, de l'haleine... il y a autre chose ?

E4 : Ben, d'avoir les soins du dentiste quand on en a besoin. Naturellement, ne pas laisser s'installer, avoir des chicots. Y en a plus maintenant des chicots. Il y en a eu autrefois. Moi, je me rappelle dans mon enfance, d'avoir eu des chicots. Oui.

C : Mais non, il y en a encore un peu.

E4 : Il y en a encore un peu malgré tout. Alors, c'est peut-être des gens qui n'ont pas les moyens. Parce qu'il y a une question de finance. Et les dents, c'est cher. C'est vraiment très cher les dents. C'est plus cher que... c'est plus cher que les lunettes.

32- C : Pour vous, à quoi ça sert d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E4 : Déjà, ça doit faciliter... d'abord, c'est agréable pour la personne qui vous regarde. C'est agréable pour vous-même. Et ensuite, ben, ça vous permet de bien mâcher vos aliments. Donc c'est lié à la digestion, automatiquement.

a. C : Est-ce que ça sert pour parler ?

E4 : (*Silence*). Pour la phonétique ? (*Silence*) Si on a toutes ses dents, il n'y a pas de problème. Peut-être que si on a des... Mais je n'ose même pas le dire, parce que l'on ne le voit plus, les gens à qui il manque des dents. Effectivement, ça change le soin de la voix. Et à ce moment là, on comprend peut-être moins, ou c'est moins agréable à entendre. Donc ça capte moins l'attention. Tout étant interdépendant, ça va beaucoup loin qu'on ne le pense. C'est pour ça que je ne le dis pas, parce que j'en vois pas des gens qui...

C : Il y en a.

E4 : Y en a quand même. Euh, ben oui. Voilà.

b. C : Est-ce que ça sert pour manger ?

E4 : Plutôt, oui. Essentiellement.

33- C : Pour vous, c'est important d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E4 : Oui. Une bonne santé bucco-dentaire, une bonne vue. Ben, je crois que dans le corps tout est important.

C : C'est vrai. .

E4 : On a besoin de tout.

34- C : Que faites-vous pour avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E4 : Entretien. Je dis toujours la même chose. Je reviens à l'entretien ! L'entretien habituel, plus les soins si nécessaires.

C : Si vous parlez de « soins si nécessaires », c'est...

E4 : Le dentiste...voilà.

3^{ème} partie : Description du répondant et de son environnement

35- Date de naissance : 08/09/1931

36- Niveau d'étude : BEPC

37- Dernier métier exercé : E4 : je travaillais dans l'armée de l'air.

C : vous étiez militaire ou civile ?

E4 : J'étais militaire. Je fus militaire. Et après, je me suis trouvé un hobby que j'ai poussé très loin parce que j'étais vraiment. J'avais le choix entre plusieurs choses. Il y a des choses par exemple : j'adorais la musique, mais j'avais des contraintes physiques pour la musique. Donc, je me suis dit, tu vas aller à un tout petit truc, c'est pas intéressant. Donc, j'ai beaucoup cherché et je suis tombée sur l'artisanat. Donc, j'ai plus de 30 ans de dentelle au fuseau derrière moi, tellement j'ai aimé ça, tellement c'est créatif, tellement c'est rigoureux. Parce que j'ai un côté très rigoureux dans mon boulot. Et, là, je me suis vraiment... j'ai donné des cours aux uns et aux autres... je me suis ECLATEE... tellement, aimé ça que j'ai presque mis la créativité au profit de l'amélioration profonde de la technique. Donc, j'ai beaucoup dessiné des dessins techniques, des choses comme ça. Ah, je me suis bien amusée. Malheureusement, je n'ai plus d'élèves maintenant. Il n'y a pas si longtemps que ça, 1 an ou 2.

C : Ah, vous avez continué aussi longtemps que ça.

E4 : Oh, si j'en avais, je continuerai encore. J'aime énormément ça. On peut dessiner des choses ensemble. Créer. D'ailleurs, là, j'ai une élève dont je ne suis pas contente du tout, du tout. On a dessiné un éventail. Qu'on a essayé de faire en technique que l'on appelle Belforchild. Et, elle, elle regarde en grand. Moi, je ne suis pas du tout comme ça. J'ai quand même la vue globale, mais je prends des choses difficiles et j'en fais des graphs. Elle, elle fait n'importe comment et je ne suis pas contente. Voilà, je ne lui dis rien, car je ne peux rien lui dire. Mais je ne suis pas contente du tout. *(Rire)* Par contre, j'en ai une autre. On a le même état d'esprit, elle est très technicienne. Et là, on fait du bon boulot ensemble. On s'amuse bien.

C : C'est intéressant.

E4 : Ah, c'est très intéressant. Parce que y a une base. Mais quand on connaît très bien la base et bien là, on peut s'éclater. Mais, je n'aime pas qu'on magouille. Il faut être créatif, mais il ne faut pas magouiller. Il faut bien faire la différence. *(Rire)*

38- Catégorie socio-professionnelle

39- Situation familiale : veuve, 1 fille « Qui ne fait pas de la dentelle, mais qui fait autre chose ».

C : une créative.

E4 : Eh bien, c'est ce que je disais, c'est génétique. Dans mes ancêtres, j'ai eu des artistes, des compagnons du devoir. Et mon arrière-grand-père, compagnon du devoir, charpentier. Je ne l'ai jamais vu. Je n'ai pas une photo de lui. J'ai un petit carnet de compagnonnage de lui. Mais que vous le croyez ou non, à travers l'artisanat, cet être-là, j'ai un lien avec lui. Un lien fort, très fort. Et souvent, quand je trouve quelque chose, je suis près de lui. Et il est près de moi. On est dans la même lignée. On est jumeau, là pour ça. C'est drôle, je n'ai rien de lui. Et je suis la seule de la famille qui ait récupéré une petite mallette qu'il avait. Des choses sans valeur. Mais qui viennent de lui. C'est quand même drôle ce truc là.

C : Il y a des liens familiaux, hein ?

E4 : Oui, même sans avoir vu la personne. C'est l'artisanat qui nous lie. C'est fort et c'est étrange. C'est vrai, c'est une réalité, incontrôlable, intemporelle. Mais c'est une réalité. Donc, ma fille, elle, elle fait de l'artisanat. Elle fait des fauteuils, des chaises... elle me dit « la dentelle c'est trop grêle pour moi ». Elle, elle tape. Et elle fait des colliers. Vous voyez, la génétique, qu'on le veuille ou non, ça existe.

Dans des grandes choses et aussi dans des toutes petites choses. Et je vous donne un exemple. Quand j'étais enfant, je suçais mon pouce. Et fallait que j'ai dans les mains, un drap que j'appelle gratteux, c'est-à-dire de grosse toile. Je faisais ça et je faisais « igol, igol, igol ». Bon. Ma fille naît. Elle, il lui fallait de la soie dans une main et le pouce. Et c'était pas « igol » mais « igoï ». Alors moi, ça, ça m'a... *(Rire)* ... « igoï, igoï, igoï ». C'est drôle hein ? Ca laisse pensif, hein ? C'était « igol » et « igoï ». Presque les mêmes syllabes et le même geste. C'est bizarre.

C : Oui, vous avez raison, un côté héréditaire.

E4 : La preuve, hein !

40- Type de logement (maison/appartement/foyer de vie/ propriétaire/locataire)

E4 : Appartement, propriétaire

41- Adhésion à une mutuelle

E4 : Oui.

42- C : Avez-vous vécu dans différents pays pendant votre vie ? Si oui, lesquels et quand ?

E4 : Oui. Ma petite enfance : quand j'ai eu 3 mois, je suis partie au Maroc avec mes parents. Et je suis restée jusqu'à l'âge de 6 ans et demi. Et très marquée par ce pays. Ensuite, je suis allée à Clermont-Ferrand et à Cannes, toujours avec mes parents. Quant à moi, en tant que ma propre vie, j'ai été alors en France. Ensuite, je me suis mariée. Nous avons passés quelques années en Allemagne. Et, pendant la guerre d'Algérie, comme mon mari était militaire, comme bien entendu, on trouve son mari là où on travaille, je suis allée à Oran en Algérie. Et j'en suis revenue 8 jours avant l'auto détermination. De 1957 à 1962. L'Algérie étant moins attachante que le Maroc, trop française à mon goût. Je suis très marquée par le Maroc.

43- C : Avec votre famille ou vos amis, comment se passent les repas ensemble? Est-ce que vous pensez à votre bouche pendant que vous mangez avec votre famille ou vos amis ?

E4 : Je pense à ma bouche surtout quand j'ai faim. Parce que comme je vous ai dit, je suis vorace. Sans quoi, s'il y a quelque chose qui me passionne, je ne vais plus penser à ma bouche. Ca se passe bien.

44- C : Est-ce que vous parlez de votre problème dentaire à vos amis ou/et à votre famille ?

E4 : Non, il n'y a pas lieu.

45- C : Si vous avez de la famille ou des amis, comment vous aident-ils ? En quoi ils vous soutiennent?

E4 : Ils me disent « va chez le dentiste ». Ce que je veux dire pour les dents, c'est qu'à un moment, il a été obligé de me limer parce que j'étais en déséquilibre. J'avais quelque chose, comme si j'avais une petite montagne mal placée. Et, une ou deux fois, il a été obligé de me limer mes dents. Alors que ça a à voir avec le déséquilibre là. Où est-ce que le déséquilibre... lequel a influencé l'autre, je n'en sais rien.

46- C : Consultation d'un médecin généraliste (oui/non/fréquence)

E4 : Oui, quand il le faut. Au moins une fois par an, pour avoir ma prise en charge de cure. Et puis, quand il le faut. Mais pas plus. J'ai un toubib qui est minimaliste. D'ailleurs, il faut que j'aie le voir avant d'aller en cure, car j'ai le genou qui est gonflé. Il y a quelque chose qui bouge. Je vais voir le docteur quand il le faut. Pas pour rien.

47- C : Consultation d'un dentiste (oui/non/fréquence)

E4 : J'ai un dentiste attitré, mais je ne vais le voir que quand j'ai un problème. Je devrais y aller au moins un peu plus souvent pour me faire faire un détartrage. J'y pense pas trop souvent. Voilà.

C : Vous n'avez pas de fréquence précise ?

E4 : Non

48- Est-ce que le cabinet dentaire est loin de chez vous ?

E4 : Oui. Parce que ce monsieur est sérieux dans son travail et dans ses prix. Je vais à Sainte Geneviève des Bois. C'est pas la porte à côté. Pour que je me déplace, c'est que... j'ai confiance en lui.

49- C : Comment faites-vous pour y aller ?

E4 : Alors là, j'y vais en métro. Je prends le RER C.

C : Ah, ça fait une trotte.

E4 : Ca fait 1 heure et demi. Alors que si j'y allais en voiture, ça mettrait une demi heure. Mais je ne suis pas assez dégourdie sur les grands axes. Je ne conduis que... je « conduisotte ».

C : Proche.

E4 : Proche, ouais.

50- C : Est-ce plus facile si quelqu'un est avec vous pour fixer le rendez-vous chez le dentiste ?

E4 : Pour le détartrage, oui. Uniquement pour ça. Parce que le reste, quand j'ai mal, je vais chez le dentiste. Je n'attends pas. C'est le détartrage que je laisse un peu tomber. Effectivement, ça peut me déchausser les dents. Bon, je tacherais d'être un peu plus sérieuse.

Je vous ai demandé plusieurs fois pour le manque de salive et pour ça. Car c'est mes deux problèmes.

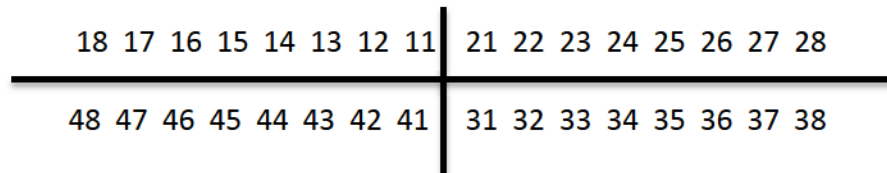
Entretien 5

Date : 19/05/2015

Lieu : CFX

Pseudonyme : E5

Schéma bucco-dentaire selon les propos du répondant :



Commentaires :

Note du chercheur : Patient hospitalisé car il n'arrive plus à tenir debout. Il reste toujours allongé.

Pendant GOHAI :

Commentaire pendant la question 2 du GOHAI- E5 : Il m'arrive par exemple, je ne vais pas prendre un sandwich car la croûte est trop dure pour mâcher. J'appelle ça des choses répondant à votre questionnaire. Mais ca ne va pas au delà du quotidien.

Commentaire pendant la question 3 du GOHAI- E5 : Pas toujours... peut-être parfois. Vous savez la nourriture qui reste dans la gorge. Je simplifie.

Commentaire pendant la question 6 du GOHAI- E5 : Je n'ai aucun appareil dentaire. Et limiter des contacts, pour des raisons esthétiques, si vous voulez, je ne vois pas ce que je pourrai avoir d'autres comme raisons. Ce qui fait que finalement, ma réponse est non.

Commentaire pendant la question 7 du GOHAI- E5 : Non, étant donné que j'ai perdu des dents depuis quelques temps. Ayant perdu depuis quelques temps des dents, je n'en suis pas satisfait.

Commentaire pendant la question 9 du GOHAI- E5 : Vous savez tant que je ne me regarde pas dans la glace, je n'y pense pas sans arrêt. Je ne suis pas obsédé par l'état de mes dents. Mais il est un fait que je suis préoccupé par le fait de la chute de ces dents sur un délai, une durée limitée. C'est les dents du bas. Les dents du haut n'ont pas bougé.

Commentaire pendant la question 10 du GOHAI- E5 : Jamais : les 3 derniers mois couvrent la période où justement je les ai perdu.

Non, je n'ai jamais mal aux dents. Enfin, j'ai eu mal aux dents dans ma vie. Mais depuis longtemps, je n'ai plus mal aux dents.

Commentaire pendant la question 11 du GOHAI- E5 : En dehors de la chute des dents, non.

Commentaire après la dernière réponse au GOHAI- E5 : Ce qui me préoccupe est de savoir quand je vais retourner chez le dentiste. Et avance, mon problème de mobilité actuel, ça pose un problème. Ce qui fait, que je me dis : quand on devient vieux, on a moins de dents. Il en résulte que, à part la chute des dents, les problèmes de dents ne m'ont jamais vraiment préoccupés. Voilà.

1^{ème} partie : Etat de santé déclaré (questions fermées) :

- 1- C : Est-ce que vous avez des problèmes de santé bucco-dentaire actuellement ?
E5 : *(Silence)* J'ai le problème lié à la chute de plusieurs de mes dents depuis quelques mois. En dehors de cela, je n'en ai pas.
- 2- C : Est-ce qu'il vous manque des dents ? Combien vous en manque-t-il ?
E5 : Ben oui... C'est, c'est là *(E5 montre les incisives inférieures manquantes)*, vous voyez. Et il me manquait des dents avant. Et je m'excuse de le dire, mais c'est dû à la carence d'un des vos confrères.
C : Vous allez me raconter tout ce que vous voulez me raconter.
E5 : J'ai perdu deux dents d'un coup. Deux dents cassées, là, ici. Et je suis allée en Suisse après. J'ai trouvé un dentiste qui s'appelait XX. Je m'en souviens, alors que je ne me souviens pas du nom de l'autre. Et il a vu, à ce moment là, euh... j'ai même du prendre des antibiotiques. *(Silence)* Il m'a administré des antibiotiques en raison des problèmes infectieux causés par les soins... c'était les jeunes maladies nosocomiales, il n'avait pas à y aller à l'hôpital. *(Rire)*
C : Combien vous en manque-t-il ?
E5 : *(Silence)* Bien, écoutez... je ne sais pas tellement bien. *(Silence)* Si je vous dis 5, ça vous semble un chiffre normal.
C : Ca, c'est vous qui savez.
E5 : Non mais pour les gens de cet âge.
C : C'est très variable.
E5 : Oui. Je vous dis 5 mais peut-être que je minore.
C : D'accord.
E5 : Ca serait le cas, ce n'est pas grave.
- 3- C : Est-ce que vous avez fait remplacer les dents manquantes ?
E5 : Non. Je n'ai pas de prothèse dentaire, d'aucune sorte.
- 4- C : Est-ce que vous portez des prothèses ?
- 5- C : Quel type de prothèses avez-vous en bouche ?
- 6- C : Est-ce que vous avez (pensez avoir) des caries ?
E5 : Non. J'en ai peut-être, mais je ne pense pas en avoir. Mais j'en ai eu autrefois. Mais je n'en ai plus actuellement.
- 7- C : Est-ce que vous avez les gencives qui saignent (au brossage ou toutes seules) ?
E5 : Parfois.
C : C'est quand : au brossage ? Toutes seules ?
E5 : Oui, quand le brossage est un peu, un peu brusque ou... Oui ça m'arrive... ou la brosse à dents plus récente. Enfin, pour toutes sortes de choses. Il m'est arrivé d'avoir des saignements, euh, du fait du brossage.
C : D'accord.
E5 : Ca m'est arrivé.
- 8- C : Est-ce que vous avez les dents qui bougent ?

E5 : Non.

9- C : Est-ce que vous avez une sensation de bouche sèche ?

E5 : Oui. Le matin, j'ai la bouche très sèche.

C : D'accord.

10- C : Est-ce que vous avez des candidoses ou mycoses en bouche ?

E5 : Je ne crois pas. Il faudrait un examen dentaire pour le confirmer. Mais je n'ai pas été voir le dentiste depuis très longtemps, ce qui fait que... je n'ai été voir le dentiste la dernière fois que parce que je voulais me faire un peu nettoyer les dents à la suite de l'abandon du tabac.

C : D'accord.

11- C : Est-ce que vous avez mal aux dents actuellement ?

E5 : Non.

12- C : Est-ce que vous voulez bien me dire si vous avez des soucis au niveau santé générale ? Si oui, lesquels ?

E5 : Des problèmes de santé générale ? Si je répondais non à quelqu'un qui est étendu sur un lit d'hôpital (*Rire*)... ça ne paraîtrait pas sérieux. Ben oui, j'ai un problème de santé qui est sérieux actuellement. C'est que je ne peux plus marcher. J'ai commencé par tituber depuis 3 ans ou 4 ans. Par tituber. J'ai consulté un ORL qui m'a donné un médicament qui n'a pas fait grand chose, et puis j'ai pas eu le courage de faire le chemin pour la rééducation de type... je ne dirai pas kinésithérapique mais enfin apparentée. Et, donc, je me suis mis à marcher un peu en titubant. Et j'ai marché en titubant sans y prêter d'attention, jusqu'au moment où j'ai commencé à tomber. Alors une fois, je suis tombé. Mais parce que je courais... L'explication de ma chute était naturelle, si je puis dire. Naturelle ou accidentelle, comme vous voudrez. Alors que depuis quelques jours, depuis 1 semaine, depuis exactement la nuit de dimanche à lundi, je suis tombé du fait de la raison pour laquelle et que l'on recherche, que je suis à l'hôpital en ce moment.

C : C'est déjà un vrai problème. Mais est-ce que vous avez d'autres soucis à part ça ?

E5 : En dehors des problèmes de la marche. (*Temps de réflexion*) J'ai fait un AVC il y a 4 ans. Mais, sinon, je suis quelqu'un qui va atteindre, je l'ai dit, demain, 90 ans et qui n'a jamais été sérieusement malade.

C : Chapeau !

E5 : Je n'ai jamais pris le lit, vous comprenez. Je n'ai jamais manqué mon travail, en dehors des maladies d'enfants, qui se sont prolongées d'ailleurs au delà de l'âge habituel par le fait que mes parents, à tort d'ailleurs, m'ont mis trop tardivement dans un établissement scolaire. Ce qui fait que je suis passé à travers les maladies d'enfants.

C : Je vois ce que vous voulez dire.

E5 : Que j'ai eu, en somme relativement tardivement, dans ma préadolescence, les maladies que l'on a dans son enfance.

13- C : Pensez-vous que votre santé bucco-dentaire a un impact sur votre santé générale ?

E5 : Non.

14- C : Pensez-vous que votre santé générale a un impact sur votre santé bucco-dentaire ?

E5 : Non, non, non. Je n'ai pas de raisons sérieuses de répondre oui.

2^{ème} partie : Description de son propre état de santé bucco-dentaire, interprétation des symptômes et des causes, pronostic subjectif.

15- C : Comment jugez vous votre santé bucco-dentaire aujourd'hui ? Elle est bonne, pas bonne, bien...

E5 : Eh bien, elle n'est pas bonne, parce que je suis préoccupé par la chute des dents et par la nécessité éventuelle de les remplacer. Alors, ira-t-on par un remplacement individuel ou par un dentier... je n'en sais rien. Mais il est bien certain que je vais [me] trouver, à un moment donné peut-être, dans la difficulté de mâcher. (*Silence*) C'est déjà un peu le cas, dans ce que j'ai dit tout à l'heure.

16- C : Est-ce qu'il s'est passé beaucoup de choses dans votre bouche ? Est-ce que vous voulez bien me les raconter ?

E5 : Dans ma vie dentaire ou dans ma vie en général ?

C : Dans votre vie dentaire, depuis que vous avez des dents. Est-ce qu'il c'est passé beaucoup de choses dans votre bouche ?

E5 : Je ne vois pas le sens de la question.

C : Ben, alors : est-ce que vous voulez bien me raconter, tout au long de votre vie, comment ça s'est passé avec votre bouche ?

E5 : Avec ma bouche, la question est de type dentaire ?

C : De type dentaire, oui, c'est ça.

E5 : Eh bien, j'ai eu des problèmes de dents enfant et adolescent. Et ça a cessé assez vite, finalement. Avec la maturité, j'ai cessé d'avoir des... Ah non, pas spécialement, non. J'ai eu des problèmes de dents plus tardifs. J'ai eu des problèmes de dents, oui. Euh. Du style carie, mmm.

C : Du style carie, et vous avez fait des choses ?

E5 : Ah oui, j'ai consulté des dentistes. Il y avait certains dont j'étais content. Et il y a d'autres qui m'ont dit que si on allait se promener ensemble sur le lac, elle pourrait faire beaucoup de choses pour moi. Je me suis dit « elle est folle ». J'ai changé de dentiste.

C : (*Rire*) C'est véridique ?!

E5 : Je suis tombée sur une dentiste excellente d'ailleurs. Que j'ai recommandé à mes enfants. Et qui était très très compétente. Le Docteur YY. Je me souviens de son nom. Une femme très très gentille. (*Rire*) Et l'autre, comme je n'ai pas dit son nom, je l'ai déjà oublié.

17- C : Selon vous, à quoi est dû tout ce qui vous est arrivé ? Au niveau dents, ce que vous appelez problèmes ?

E5 : Ben, les choses banales qui arrivent à tout le monde : caries, etcetera... de ce genre. Euh, douleur dentaire, névralgie ou autre. En somme, ma vie dentaire ne m'a pas beaucoup préoccupée. Je n'ai pas été quelqu'un qui [a] vraiment été gêné par les problèmes dentaires. Sans avoir été exonéré quand même. Mais les dents n'ont jamais tenu dans ma vie une place importante. J'ai toujours pu mâcher. J'ai jamais été obligé de me faire mettre des prothèses. Dans une certaine mesure, mon appareil dentaire que je ne considère pas comme satisfaisant. Sur un certain plan, les dents sont trop rapprochées. Sur un plan esthétique, si vous voulez. Et puis maintenant, actuellement, elles sont serrées les unes contre les autres. Et le fait qu'elles sont serrées, quand il arrive quelque chose à l'une, qui tombe, l'autre tombe à côté. Mais rien de... qui tienne à l'obsession si vous voulez.

18- C : Qu'est ce qui, selon vous, a aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E5 : Elle est moyenne. Elle est moyenne parce que, quand même, il y a des « mais ». Euh, si vous voulez, euh, si, si... là où j'ai mis en cause un de vos confrères, si j'ai perdu là deux dents, c'est, c'est à cause de ces soins.

C : De ses soins à lui.

E5 : Oui. La preuve : quand je suis arrivé en Suisse, on m'a mis sous ATB. Ca n'allait pas du tout. Mais sinon, euh, j'ai comme tout le monde eu mal aux dents. Mais, enfin, je ne me souviens pas que les dents n'aient été jamais pour moi un martyr.

C : D'accord. Et est-ce que vous pouvez imaginer s'il y a des choses qui vous ont aidé à avoir ces dents...

E5 : Je suis quand même préoccupé par les problèmes de dents sur un plan esthétique. Dans ce sens que je dis souvent à telle ou telle femme, par exemple, même à des hommes : « Vous avez une magnifique, vous avez une très belle dentition ». Et je trouve la mienne moche, si vous voulez. Je trouve que j'ai une dentition non satisfaisante esthétiquement.

19- C : Que pensez-vous du message des brossages des dents tous les jours ?

E5 : Il est positif. Ouais, je pense. Si on oublie un jour ou l'autre, ça fait rien. Mais je pense que la négligence de soins dentaires est quand même une erreur.

C : Donc pensez-vous que le brossage des dents tous les jours aide à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E5 : Oh oui, quand même.

20- C : Que faites-vous pour prendre soin de votre santé bucco-dentaire ?

E5 : Ben, je me lave les dents tous les jours. C'est tout. Alors, très rarement chez le dentiste. Ca fait 25 ans que je ne suis pas allé chez le dentiste. En dehors de la fois où j'y suis allé pour me les faire nettoyer après avoir cessé de fumer.

C : D'accord. Vous étiez allés le voir parce que vous aviez arrêté de fumer.

E5 : Oui, c'est ça. Je me suis dit : je vais arrêter de fumer, je vais me les faire nettoyer. C'est ça.

C : Donc c'était dans le but de quoi ?

E5 : Dans le but d'avoir des dents plus propres... peut-être aussi plus blanches. C'est de la coquetterie, là aussi.

21- Comment pensez-vous que votre santé bucco-dentaire va être dans l'avenir ? Pour quelles raisons ?

E5 : J'ai envie de faire une réponse presque humoristique. C'est demain mon anniversaire. Pour la première fois cet anniversaire va commencer par 9. A cet âge-là, le mot « dans l'avenir » perd de sa signification. *(Rire)*

C : Mais vous avez peut-être encore quelques années...

E5 : Je dis ça perd de sa signification. Je ne dis pas ça n'en a plus aucune. J'y pense quand même parfois, en ce sens que il m'arrive d'imiter les vieillards qui perdent leurs dents et qui parlent mal, si vous voulez. Il y a une expression. Mais je ne sais plus laquelle c'est. Mais je ne sais plus... pour ceux qui parlent mal parce qu'ils n'ont plus de dents. Parce que c'est important d'avoir quand même ses dents pour parler. Les dents ont un rôle important dans l'élocution.

C : Alors comment vous faites pour imiter les vieux qui ont des problèmes.

E5 : *(Rire)* Alors, vous m'avez dit que c'est enregistré. Je ne veux pas que ce soit l'enregistrement d'un pitre. *(Rire)*

C : *(Rire)* Bon, tant pis, je ne saurais pas alors. Bon, mais quand même, comment pensez-vous que va être votre santé bucco-dentaire dans 6 mois, dans 1 an, dans 2 ans ?

E5 : J'en sais rien. J'en sais rien, mais ça me préoccupe un peu. Pas, pas énormément, mais un peu.

C : Et ça vous a préoccupé, avant, vos dents ?

E5 : Non, je ne suis pas quelqu'un qui a été préoccupé par les problèmes de dents. Non.

22- C : Si vous pouviez changer votre bouche, comment serait-elle ? Par quels traitements ?

E5 : Oh, bien, je prendrais la bouche de Sacha Distel plutôt que la mienne. Mais Sacha Distel vivant. On l'a malheureusement perdu. C'était une personne sympathique et qui avait une dentition merveilleuse.

C : Et alors par quels traitements vous pensez que vous pourriez avoir une dentition pareille ?

E5 : Euh, avoir un autre ADN. *(Rire)*

C : Vous pensez que c'est plutôt génétique ?

E5 : Non, je pense que nous en sommes pas une famille. Il y a des gens qui ont une dentition extraordinaire et même héréditairement. Ce n'est pas notre cas. Mais nous n'avons pas non plus des dents détériorées.

C : Vous avez encore beaucoup de dents.

E5 : Oui, j'ai encore des dents. Avant, cette chute, je n'avais pas eu de problème.

1^{ère} sous-partie : représentations cognitives sur les maladies bucco-dentaires

23- Caries dentaires :

a. C : Selon vous, à quoi sont dues les caries ?

E5 : (*Silence*) Ecoutez, je n'en sais rien. Je en sais rien d'assez précis pour répondre. Elles peuvent être dues à des problèmes... de... comment dire... d'alimentation ?... de composition de la dent ? Je ne dirais pas chimique, car ce serait un peu trop précis, mais... j'ignore. Je n'ai jamais trop pensé à cette question, vous comprenez. Alors, je ne sais pas, je ne sais rien de précis que je pourrais vous dire.

C : Mais ça peut aussi être ce que vous pensez.

E5 : Oui. Mais, en réalité, ça n'a jamais beaucoup occupé ma pensée.

(*Rire*)

b. C : Comment arrivent les caries ? Par quel mécanisme la carie apparaît ?

E5 : (*Silence*) Quelle nation de caries ?

C : Quels nat... ?

E5 : Oui, j'entends par là : la pourriture de la dent,...

C : Pour vous, ça ressemble à quoi une carie ?

E5 : Je n'en sais rien.

C : Pour vous, c'est quoi une carie ?

E5 : (*Silence*)

C : Parce que vous m'avez dit que vous aviez eu des caries.

E5 : Oui. Mais, dans le fond, je ne me suis jamais exactement demandé ce que ça voulait dire.

C : D'accord. Donc par quel mécanisme ça peut arriver ? Donc, vous ne voyez pas à quoi ça ressemble une carie ?

E5 : J'ai peur de dire des bêtises.

C : Il n'y a pas de bêtises. Croyez-moi, il n'y a pas de bêtises. Donc, vous pouvez vraiment dire ce que vous pensez.

E5 : Si vous voulez, ça m'évoque aussitôt le mot chicot.

C : Oui.

E5 : Vous voyez. Alors la carie, c'est une dent qui s'est dégradée par manque de soins ou par une maladie qui, euh, de nature dentaire ou pas, qui a altéré la bonne santé de la dentition. Mais je ne peux pas dire grand chose de plus, de peur de dire des bêtises ou des banalités.

C : Je vous préviens, il n'y a pas de bêtises, pas de banalités.

E5 : Non, je sais bien. Mais, enfin, ça peut être par orgueil personnel.

C : Ca c'est possible. (*Rire*) Donc, est-ce que vous avez une idée sur comment ça peut apparaître une carie ?

E5 : Non

c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir des caries, selon vous ?

E5 : (*Silence*) C'est plus ou moins grave. Moi, j'ai eu des caries, je n'en ai aucun souvenir. Vous prenez l'exemple, par contre, des gens qui ont des problèmes dentaires persistants et ils vont souvent chez le dentiste. Ce n'est pas mon cas. J'y

vais au fond. Je vous réponds parce que vous êtes présentée par le docteur G., que vous êtes sympathique, etcetera. Mais, en dehors de ma chute actuelle de dent, au fond, mes dents, je m'en fiche. Mais, par contre, elles me préoccupent beaucoup à cause du caractère esthétique et le fait que les dents de Sacha Distel sont plus belles que les miennes. Ou l'étaient en tout cas.

d. C : Comment peut-on éviter d'avoir des caries ?

E5 : Je ne sais pas. Non, non, je ne sais pas. Par un bonne hygiène dentaire. Mais en dehors de vous dire par une bonne hygiène dentaire, je ne vois pas ce que l'on peut faire. Car ça peut être quelque chose, au fond, d'héréditaire. Ça peut être quelque chose de... de mauvaises habitudes alimentaires. Ça peut être pour des tas de raisons comme ça. Si c'était le sujet principal dont on parle tout le temps, je chercherais, moi, à me faire travailler mon imagination. Mais, au fond, les problèmes de dents ne sont pas des problèmes qui m'ont particulièrement préoccupés, ni même la souffrance de... Si, en dehors de cet événement dont je vous ai parlé et qui a été soigné en Suisse... Là, j'ai vraiment eu, alors, une alerte, parce que j'ai souffert. Mais je ne me souviens pas que les dents aient... parce qu'il y a des gens pour qui c'est le cas. Les dents n'ont pas été un martyr dans ma vie. Au fond, en dehors de l'aspect esthétique, je considérais que j'avais de bonnes dents. Je considérais. Parce que maintenant qu'elles tombent, je n'en sais rien.

e. C : Pour en finir avec les caries, selon vous, comment soigne-t-on les caries ?

E5 : Je ne sais pas. Si ça m'avait vraiment passionné, j'aurais fait dentiste au lieu de magistrat. *(Rire)*

24- La gencive qui saigne :

a. C : Selon vous, A quoi est due la gencive qui saigne ?

E5 : Déjà, chez moi, ça peut être par le frottement de la brosse. Et, en fin de compte, d'une façon générale, mes gencives ne saignent jamais. Car si je vous dis que je ne suis pas satisfait de ma dentition, mes gencives ne m'ont jamais posées aucun problème.

C : D'accord. La dentition, pour vous, c'est les dents.

E5 : La dentition, pour moi, c'est les dents.

C : Comment arrive la gencive qui saigne ? Par quel mécanisme le saignement de E5 : Ben, je vous ai donné l'explication de la brosse à dent. Sinon, le saignement de la gencive, c'est une chose que je ne connais pratiquement pas. C'est un saignement qui ne dure pas... et il n'est pas permanent. Il arrive des fois où je me lave les dents, et c'est même la plupart du temps. Ce qui fait que les saignements de gencive, je n'ai, au fond, pour ainsi dire, jamais de saignement de gencive.

b. C : Selon vous, par quel mécanisme le saignement de gencive apparaît ?

c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir la gencive qui saigne ?

E5 : C'est à vous de le dire. Moi, je n'ai pas d'opinion.

C : Vous n'avez pas d'opinion.

E5 : Non, je n'ai pas d'opinion. Je pense que certains saignements de gencive doivent être graves et d'autres non. Quelqu'un qui a en permanence des saignement de gencive, il est obligé de se faire traiter pour ça, c'est grave. Quelqu'un qui a un saignement de gencive parce qu'il a mangé un bonbon trop dur, euh, c'est c'est pas grave.

d. C : Comment peut-on éviter d'avoir la gencive qui saigne?

E5 : (Silence) En allant fréquemment chez le dentiste. *(Rire)*

Mais dans un sens, c'est la bonne réponse. Car, si j'ai la gencive qui saigne ou ça me préoccupe pas, à ce moment-là on n'en parle pas. Ou ça me préoccupe et je vais chez le dentiste. C'est ça que je veux dire par ma réponse.

C : Le raisonnement est bon.

e. C : Et, selon vous, comment soigne-t-on la gencive qui saigne?

E5 : Je ne sais pas, je n'ai aucune idée. Il doit y avoir des soins qui sont fonction de la cause, peut-être, et de la fréquence et de la nature... du saignement. Un saignement occasionnel ou un saignement permanent... Enfin, je ne sais pas. Je vous le disais tout à l'heure, si j'avais été plus intéressé, j'aurais choisi le métier de dentiste.

C : Mais le raisonnement est bon.

25- Les dents qui bougent :

C : Donc selon vous, vous n'avez pas de dents qui bougent ?

E5 : Je n'avais pas de dents qui bougent. Et maintenant qu'elles bougent, elles sont tombées. Et ça m'avait d'ailleurs inquiété, car elles bougeaient au point de tomber. Et c'est ce qui leur est arrivé. Et ce, des fois, elles sont tombées dans la journée. J'ai craché ma dent.

C : D'accord

E5 : Ou je l'ai même tiré légèrement. Mais ça m'ennuyait, en ce sens que peut-être je pouvais avaler une dent pendant la nuit.

C : Très vrai, très vrai...

a. C : Alors, selon vous, à quoi sont dues les dents qui bougent ?

E5 : *(Silence)* Ben, chez moi, je crois que c'est dû à l'âge. Sinon, au fond, j'avais une bonne dentition. Elles étaient très bien plantées. Mais j'ai... dentition... C'est toujours le syndrome de Distel. *(Rire)*

b. C : Alors, selon vous, par quel mécanisme, les dents se mettent à bouger ?

E5 : Ah, ben. D'abord, du fait de l'âge, la dent est moins bien accrochée à son support, si je puis dire. Alors, à ce moment-là, d'autres part, elle se met à bouger par le fait que quand une dent tombe, elles se supportent entre elles. Et, qu'à ce moment-là, les dents se mettent à tomber les unes après les autres. Ben, c'est ce que je ressens. Ou c'est ce que... dans une certaine mesure, c'est même ce que je constate. Mais je ne veux pas au delà de ce que je ressens. Car, ce que je constate, c'est déjà rentrer dans le domaine scientifique.

c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui bougent ?

E5 : (*Silence*) A quel âge ? Chez le bébé, qui n'a pas encore de dents : Non. Mais sinon, est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui bougent, c'est ça ? Je ne sais pas.

C : Par exemple, là pour vous ?

E5 : Ah ben, pour moi, oui. Parce que, ça, ça entraîne le risque de perte de la quasi totalité de la dentition. Et, alors, un problème de mastication aigue, en dehors de l'aspect esthétique. Un problème de mastication aigue. Il se manifeste déjà en partie pour certains types d'aliment plus ou moins durs à cause du rôle des dents du bas dans la mastication. Car je n'ai pas perdu de dents en haut. J'ai perdu trois dents en peu de temps.

Fin 1^{ère} partie enregistrement. Passage pour prise de médicament.

Début 2^{ème} enregistrement

- d. Comment peut-on éviter d'avoir les dents qui bougent ? Question non posée
- e. Comment soigne-t-on les dents qui bougent ? Question non posée

26- La sensation de bouche sèche:

C : Donc la sensation de bouche sèche, c'est le matin et surtout dû aux somnifères.

- a. C : Selon vous, à quoi est due la bouche sèche?

E5 : Ah non, je cherche une explication. Je vous dis que l'absorption de somnifères peut être une cause. Mais, en tout cas, j'ai souvent la bouche sèche le matin. Mais, je n'ai pas la bouche sèche à d'autres moments de la journée. Pour le moment, je n'ai pas la bouche sèche.

- b. C : Par quel mécanisme la bouche sèche apparaît, selon vous ?

E5 : Ca peut être l'absorption de médicament. Ca peut être telle ou telle nourriture de la veille, je n'en sais rien. Là je, j'improvise. Je n'ai pensé que aux médicaments pour le moment.

- c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir la bouche sèche?

E5 : C'est grave pour parler. Parce que ça altère la bonne prononciation, élocution, etc... mais sinon, pour moi personnellement, ma bouche sèche ne me préoccupe pas.

- d. C : Comment peut-on éviter d'avoir la bouche sèche?

E5 : Peut-être en cessant de prendre des médicaments la veille au soir. Je ne sais pas. Parce que sinon, je n'ai jamais eu la bouche sèche autrement. C'est pas un souvenir ancien la bouche sèche, vous comprenez.

C : Je comprends...

E5 : Ah si. Dans une certaine mesure, tout ce qui permet de saliver est peut-être bon pour éviter d'avoir la bouche sèche. Car la bouche sèche est souvent un défaut de salivation. La preuve est dès que je bois, ça cesse.

- e. C : Comment, selon vous, soigne-t-on la bouche sèche?

E5 : Je ne sais pas. (*Silence*) Je vous dis, je ne sais pas. Si on réfléchissait, on trouverait peut-être. Mais face à votre question, ça doit être une réponse spontanée et pas la résultante d'une réflexion approfondie.

C : Vous pouvez aussi réfléchir au moment où on en parle, c'est possible.

27- Les dents qui grincent :

C : Pour changer, est-ce que vous avez les dents qui grincent ?

E5 : Non

28- Est-ce que vous pensez pouvoir faire quelque chose par vous même pour améliorer la situation?

E5 : Oui, euh... Résister à la paresse de ne pas se laver les dents le matin. C'est déjà ça. On a tendance parfois à laisser tomber, car il faut ouvrir le tube dentifrice, appuyer, rajouter de l'eau. Car, maintenant, je rajoute de l'eau : à l'intérieur, pour l'hygiène de la bouche. Oui, il faut mieux faire ces choses-là. Ca vaut mieux que de ne pas les faire.

C : Et vous, est-ce que vous pouvez faire des choses : ça ou d'autres. Ou autre que ça ?

E5 : Pour la bouche sèche ?

C : Pour vos problèmes ou une bonne santé bucco-dentaire.

E5: Oui. En ce sens, que peut-être certains produits alimentaires sont néfastes pour la dentition. Mais je, je n'ai pas réfléchi plus avant. Par exemple, le, le... un excès de sucre ne serait pas recommandé. Bon, manger sans cesse des pâtes de fruits ou d'autres choses comme ça ne doit pas être forcément bon pour l'appareil bucco-dentaire. Mais, je ne suis pas sans arrêt en train de manger des pâtes de fruits. Et, en réalité, si je ne mange pas souvent des pâtes de fruits, ça n'est pas pour des raisons dentaires, c'est à cause de l'acidité stomacale.

C : Vous avez des acidités d'estomac ?

E5 : Ah oui, oui, oui

C : Ca remonte jusque dans la bouche ?

E5 : Non, pas tellement. Euh, là ce serait plutôt ma hernie hiatale. Non, non, je n'ai pas tendance au reflux oesophagien. Dans l'ensemble, je digère bien.

2^{ème} sous-partie : représentations cognitives sur la santé bucco-dentaire

29- C : Est-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E5 : (*Silence*) Qu'appellez-vous une bonne santé générale ?

C : Ben.

E5 : Si vous voulez quelqu'un qui n'a pas de maladie grave : cancer, tuberculose, je fus plutôt... Mon époque, la tuberculose a beaucoup frappée, y compris dans ma propre famille.

C : D'accord.

E5 : Euh, et bien, je ne vois pas. Alors, on peut avoir une bonne santé générale dans le sens où quand on est atteint d'aucune maladie grave. Maintenant, si vous entendez par là, euh, (*silence*)... une bonne santé générale... « La santé est un état précaire qui ne présage rien de bon » Knock. (*Rire*). Je l'ai vu en 1939 à la télé avec Louis Jovet

C : Ah, il paraît que c'était excellent. Extraordinaire, cet acteur.

E5 : Ca vient d'être refait avec Serrault. Il paraît qu'il se tape sur les cuisses, etc... C'est une très mauvaise, une erreur complète du personnage de Knock. On ne sait pas si Knock croit ou pas. Alors que là, s'il se tape sur les cuisses, c'est un escroc. Alors que Knock n'apparaît pas comme escroc. Quand il dit « est-ce que ça vous gratouille ou est-ce que ça vous chatouille ? » « Ah, me gratouille, p'te ». Je n'insiste pas dans l'imitation, car je vais faire le pitre que je dénonçais tout à l'heure. *(Rire)*

C : Donc, est-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ? Est-ce que vous considérez que vous avez été en bonne santé générale régulièrement dans votre vie... ?

E5 : Oui, oh, oui. Quand on a jamais été malade, c'est qu'on est en bonne santé générale.

C : Prenons par exemple : est-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E5 : Oui, mais ce n'est pas un souvenir personnel que je vais vous répondre. Car j'ai une bonne santé générale et ma santé bucco-dentaire n'est pas extraordinaire, mais elle n'est pas catastrophique non plus.

C : Et autour de vous, ou dans l'absolu ?

E5 : Il faudrait que j'interroge les gens qui me parlent. Ca va un peu loin quand même. *(Rire)* Si vous voulez, je ne connais pas de gens dans mon entourage qui, malades, soient morts de leur système bucco-dentaire.

30- C : Pour vous, c'est quoi être en bonne santé bucco-dentaire ?

E5 : *(Silence)* Etre santé bucco-dentaire, c'est ne pas avoir à consulter le dentiste.

C : D'accord.

E5 : Ceci étant, on peut très bien pas avoir une bonne santé bucco-dentaire quand on n'a pas consulté le dentiste alors qu'il le fallait. Il y a des fois des gens qui ont minorés leurs problèmes dentaires et qui n'ont pas consulté de dentiste, perdent leurs dents, ont des caries, des chicots, etc...

C : Donc est-ce qu'il y a d'autres choses que vous voudriez dire ? Pour vous, c'est quoi être en bonne santé bucco-dentaire ?

E5 : Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, c'est ne pas consulter trop souvent le dentiste. Quelqu'un qui n'a pas été chez le dentiste depuis 30 ans comme moi, ils ont peut-être tord. Mais, en fin de compte, ça prouvait que leurs dents ne posaient pas de problèmes.

a. C : Pour vous, à quoi ressemblent des dents en bonne santé ?

E5 : Ben, des dents en bonne santé, c'est déjà des dents qui n'ont pas les maladies habituelles de la... en matières dentaires, de type carie. Il n'y a pas que la carie d'ailleurs. Il y a des cas qui nécessitent une extraction de dents. Et qui ne sont pas... Répétez la question s'il vous plait.

C : Pour vous, à quoi ressemblent des dents en bonne santé ?

E5 : *(Silence)* Si vous voulez, il y a des gens qui ont des dents de travers et qui se chevauchent les unes, les autres, qui n'ont pas une régularité de la dentition. Ca prouve pas qu'ils ont une mauvaise santé bucco-dentaire. Et il peut y avoir des gens qui ont des belles dents et qui brusquement peuvent avoir un problème bucco-dentaire. Alors, je peux difficilement répondre à votre question.

b. C : Pour vous, c'est quoi avoir une gencive en bonne santé ? A quoi ressemble une gencive en bonne santé ?

E5 : Une gencive en bonne santé ?! Ca pourrait déjà être une gencive qui ne saigne pas, comme vous l'avez dit tout à l'heure. Et, d'autre part, que le lien entre la gencive et la dent soit suffisant pour le maintien d'une dentition homogène et régulière.

c. C : Pour vous, comment peut-on avoir une sensation de confort dans la bouche?

E5 : Il y a beaucoup d'éléments alimentaires là dedans. Euh, il peut y avoir des sensations d'inconfort dans la bouche par mastication ou autres produits de certains aliments. Par exemple, il y a un certain nombre d'aliments, c'est le cas de la viande, qui a tendance à rester dans la dent et à s'y incruster. Alors, la nécessité se fait de se les laver ou, éventuellement, par des moyens plus rudimentaires, par le doigt, de libérer la dent de ce qui la gêne. C'est rarement le cas des bananes. *(Rire)*

C : Alors, comment on peut avoir une sensation de confort dans la bouche? Est-ce qu'il y a d'autres choses ?

E5 : Je vois par contre très bien ce qu'est une sensation d'inconfort dans la bouche. On peut avoir l'impression d'avoir les dents qui branlent ou des dents sales, ou les dents se remplissant d'aliments par les creux qu'il peut y avoir à l'intérieur. C'est ça que j'appellerais une sensation d'inconfort.

31- C : Pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E5 : Et bien, la fréquence des maladies dentaires, du type caries. N'étant pas dentiste, je ne peux pas vous en énumérer 36.000. Bon. Ou alors, les chutes de dents sont fréquentes. Alors là, c'est inquiétant, les gens qui perdent leurs dents et à un âge relativement jeune, j'entends par là entre 60 et 70, c'est relativement jeune. Perdent leurs dents. Et, j'ai connu, autrefois, une époque, ou soit parce que les gens avaient une mauvaise santé bucco-dentaire ou autre, beaucoup de gens qui parlaient comme je n'ai pas imité tout à l'heure. *(Rire)*

C : Donc, pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ? Il y a d'autres éléments que vous voulez ajouter ?

E5 : Il y a quand même des gens que j'ai vu souvent avoir mal aux dents, mal aux dents. Carrément souffrant des dents. On avait beaucoup aussi... Ca a du progresser l'art dentaire et la fréquentation, parce qu'il y avait davantage de plaisanteries de ce genre, avec le chirdent qu'on voyait sauter dans la bouche, souffrant, plaisantant, des dessins humoristiques... Ca se voit moins.

32- C : Pour vous, à quoi ça sert d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E5 : Ca sert une bonne hygiène de la bouche déjà. Euh, alors, quant à ce qu'il faut éviter de manger, il y a bien sur un certain nombre de sucrerie et autres qui, à la longue, peut avoir un effet négatif sur les dents.

a. C : Est-ce que ça peut servir pour parler ?

E5 : Pour celui qui regarde parler, oui déjà ! *(Rire)* Mais, euh, peut-être.

Peut-être, mais je n'ai pas d'éléments pour vous dire oui ou non. Je ne veux pas répondre dans le trop flou ou rien que pour faire une réponse.

b. C : Est-ce que ça sert pour manger ?

E5 : Je pense que oui. Normalement, ça devrait avoir... Pour caricaturer, celui qui n'a pas de dents du tout, ça a certainement une influence. Et, malheureusement, c'était souvent le cas autrefois. On voyait des gens... Oh, tiens, on m'a demandé ici : est-ce que vous avez un dentier ? Car le dentier fait l'objet des choses qui se dérobent.

C : Complètement. Ca se vole.

E5 : Oui...

C : C'est tout un monde.

E5 : Oui...

33- C : Pour vous, c'est important d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E5 : Oh, oui. C'est d'ailleurs important d'avoir une bonne santé en général et bucco-dentaire, pourquoi pas. Et vaut mieux avoir une mauvaise santé bucco-dentaire que d'avoir un cancer du pancréas ou bien une maladie qui a beaucoup frappé autrefois : la tuberculose. Qui a terriblement frappé dans ma famille. A l'époque de l'avant-guerre de 14 et même d'après.

34- C : Que faites-vous pour avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E5 : Ben, je vous dis, je me lave les dents tous les jours. C'est tout. Et... n'ayant jamais mal aux dents vraiment, car ça fait longtemps que je n'ai pas eu mal aux dents, je ne me suis pas beaucoup préoccupé de mes dents. Sauf dernièrement, du fait de la chute des dents et de l'incidence qu'elles ont sur l'éventuelle mastication... et même ma mastication tout court : elle n'est pas si éventuelle que ça.

C : Et quand vous vous brossez les dents, vous vous brossez les dents quand ?

E5 : Le matin.

3^{ème} partie : Description du répondant et de son environnement

35- C : Date de naissance : 20 mai 1925

36- C : Niveau d'étude : licencié es lettres (lettres et philosophie) et docteur en Droit

37- C : Dernier métier exercé :

E5 : conseiller à la Cour de Cassation, Magistrat si vous voulez. Et très peu de temps avant, directeur au ministère de la justice. Je préfère dire ça, parce que je m'y suis plus, alors que je me suis tellement peu plu à la Cour de Cassation que j'ai pris ma retraite par anticipation.

38- Catégorie socio-professionnelle

39- C : Situation familiale :

E5 : 2 fils, 3 petits-enfants, marié avec une femme à la maison qui n'est pas bien maintenant, je l'aidais beaucoup.

40- C : Type de logement (maison/appartement/foyer de vie/ propriétaire/locataire)

E5 : Appartement Paris Habitat (HLM), locataire

41- Adhésion à une mutuelle :

E5 : Oui, Ministère de la Justice

42- C : Avez-vous vécu dans différents pays pendant votre vie ? Si oui, lesquels et quand ?

E5 : Oui, 1 an et demi en Suisse, entre 6 et 8 ans, pendant que ma sœur était malade.
Non, je n'ai pas vécu dans d'autres pays que la France.

43- C : Avec votre famille ou vos amis, comment se passent les repas ensemble? Est-ce que vous pensez à vos dents ou à votre bouche à ce moment-là ?

E5 : Non. Je n'interromps pas le repas pour me laver les dents.

C : Ou est-ce qu'il y a des choses qui vous gênent ?

E5 : Non. Mon appareil bucco-dentaire n'a pas hypothéqué mon existence.

44- C : Est-ce que vous parlez de votre problème dentaire à vos amis ou /et à votre famille ?

E5 : Jamais. Mon fils a des problèmes dentaires !

45- C : Si vous avez de la famille ou des amis, comment vous aident-ils ? En quoi ils vous soutiennent par rapport à vos soucis bucco-dentaires? Vous m'avez dit que vous avez perdu ces 3 dents-là, est-ce que votre famille vous a soutenu ?

E5 : Non.

46- C : Consultation d'un médecin généraliste (oui/non/fréquence)

E5 : J'ai un médecin généraliste. Mais je ne l'ai que parce que j'ai besoin de médicament. Pour renouveler mon ordonnance, je vais voir mon médecin traitant, comme on dit maintenant. Il est devenu obligatoire. Mais je ne consulte que pour ça. Ce que j'appelle malade, c'est être invalidé au point d'abandonner ses activités habituelles. Vous voyez. Mais il m'est arrivé de partir avec 39 de fièvre à mon travail.

47- C : Consultation d'un dentiste (oui/non/fréquence)

E5 : Non.

C : Votre dernière visite chez le dentiste ?

E5 : Après avoir cessé de fumer, c'est l'an 2000. Donc, ça fait 15 ans. Mais est-ce que ça compte d'aller voir un dentiste rien que pour se faire nettoyer les dents ? C'est pas grand chose. Donc, si je regarde dentiste pour soins, ça remonte à 30 ans. C'est ce que j'appelle finalement avoir une bonne santé bucco-dentaire, en dehors de l'aspect esthétique.

C : Et quand vous étiez plus jeune, vous alliez plus souvent chez le dentiste ?

E5 : Davantage, oui. Oui, oui.

C : C'était pour quel type de soins ?

E5 : Oh, pas des soins graves ; mal aux dents, je ne sais plus exactement.

48- C : Est-ce que le cabinet dentaire chez qui vous êtes allé il y a 15 ans est loin de chez vous ?

E5 : Je n'ai pas de dentiste. Je ne sais pas où est le cabinet dentaire. Je sais que mon fils a une dentiste qu'il apprécie beaucoup. Mais par un caprice propre à mon fils, il ne tient pas à ce que j'ai la même. Alors que c'est moi qui lui ai recommandé la mienne quand il avait des soucis.

49- Comment faites-vous pour y aller ?

50- Est-ce plus facile si quelqu'un est avec vous pour fixer le rendez-vous chez le dentiste ?

E5 : Il y en a eu si peu, je ne peux pas vous dire.

C : Mais si, là, est-ce que vous avez l'intention d'aller chez le dentiste ou pas ?

E5 : Actuellement, je suis plus préoccupé par mes jambes que par mes dents. Je ne sais pas si je vais pouvoir remarcher. C'est pas neutre ma réponse. Il y a un lien entre les deux. A partir du moment où je pourrai difficilement me déplacer, je n'aurai pas tendance à me véhiculer chez les praticiens de toute nature.

C : Et si les gens prennent des RV pour vous, est-ce que ça vous aiderait ?

E5 : Je ne vois pas ma femme me prendre un RV chez le dentiste. Elle s'agacerait si j'en prenais un pour elle. Au fond, le dentiste ne fait pas tellement partie de notre vie. Si ce n'est qu'une de ses amies était dentiste et elle est morte récemment, mais pas de ça.

Question du E5 : Est-ce qu'à ma place vous feriez une prothèse dentaire ?

C : A l'heure d'aujourd'hui, je ne peux pas vous dire car je ne sais pas ce qui se passe à l'arrière.

E5 : C'est-à-dire que ça provient actuellement des chutes des dents du bas. Qui, étant proches les unes des autres, se déchaussent progressivement et n'ont plus de support à côté d'elles. Donc, souvent, je constate que la dent branle et je préfère à ce moment là que... mais ce n'est pas si facile de la faire sauter.

C : Vous n'avez pas forcément intérêt à la faire sauter.

E5 : Non, moi je les garde. Y compris avec les risques de les avaler la nuit.

C : Donc ce qu'il faut c'est que, si elles bougent beaucoup, il faut les enlever. Car si vous les avalez, ça va par le tube digestif. Une dent est faite pour passer par le tube digestif. Donc ça va. Mais, par contre, si au moment où vous dormez, ça passe dans les poumons, vous risquez de l'inhaler, et là...

E5 : Je vous dis, je suis préoccupé par ces dents. Je vérifie d'ailleurs. Et, jusqu'à présent, je n'ai pas eu d'ennui. Elles sont toujours tombées dans la journée. J'irai le voir sur la nécessité et l'opportunité d'avoir ou non une prothèse. Je m'assurerai d'abord qu'il a beaucoup de clients.

E5 : Détartrage. Tout à l'heure, dans l'hygiène dentaire, j'aurais pu mentionner le détartrage. Oui, oui, le détartrage. Le choix du dentiste est déterminé par la proximité du domicile. J'ai été chez le dentiste pour des problèmes d'abcès.

La mauvaise d'hygiène bucco-dentaire entraîne des problèmes, même l'haleine.

Entretien 6

Date : 11/08/2015

Lieu : Saint Jean de Luz

Pseudonyme : E6

Schéma bucco-dentaire selon les propos du répondant :

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Commentaires :

Commentaire pendant la question 8 du GOHAI- E6 : Je suis en train de faire des implants, donc forcément j'ai du prendre des antidouleurs.

1^{ème} partie : Etat de santé déclaré (questions fermées) :

- 1- C : Est-ce que vous avez des problèmes de santé bucco-dentaire actuellement ?
E6 : *(Silence)* Je ne peux pas considérer comme un problème, ce que je suis en train de... *(Silence)*
C : Vous me répondez comme vous voulez. Donc ce n'est pas comme un problème.
E6 : Non, je ne le ressens pas comme un problème.
C : Alors, qu'est ce qui vous arrive en ce moment ?
E6 : Eh, bien, j'avais un bridge derrière. Et ce bridge, sur les 4 dents que j'avais, il y en a 2 qui se sont infectées. Donc, il a jugé utile, Dr H, de me faire des implants. Parce que déjà j'en ai plusieurs, alors je connais le problème *(Rire)*. La solution plutôt ! Disons plutôt la solution !
- 2- C : Est-ce qu'il vous manque des dents ? Combien vous en manque-t-il ?
E6 : Euh, oui. Je pense qu'il doit me manquer les molaires.
- 3- C : Est-ce que vous avez fait remplacer les dents manquantes ?
E6 : Les prémolaires, oui.
- 4- C : Est-ce que vous portez des prothèses ?
E6 : C'est considéré comme prothèse *(sous-entendu les implants)*.
C : C'est comme vous le considérez, vous.
E6 : Euh, non.
- 5- C : Quel type de prothèses avez-vous en bouche ? Qu'est-ce que vous avez en bouche vous ?
E6 : Que des implants.
C : Que des implants. D'accord. Donc pour vous, les implants, ce n'est pas des prothèses.

- E6 : Non, moi.
- 6- C : Est-ce que vous avez (pensez avoir) des caries?
E6 : Non.
- 7- C : Est-ce que vous avez les gencives qui saignent (au brossage)?
E6 : Non.
- 8- C : Est-ce que vous avez les dents qui bougent ?
E6 : Non.
C : Est-ce que vous avez déjà eu des caries, des gencives qui saignent ?
E6 : Oui. C'est l'étape ultime, les implants. Je suis chez le dentiste depuis l'âge de 10 ans. Donc, tout y est passé. Donc, nous finissons par les implants. *(Rire)*
C : Vous connaissez toute l'évolution technologique.
E6 : Tout à fait. Donc, c'était le dernier recours. On ne pouvait plus faire autre chose. Que des implants.
- 9- C : Est-ce que vous avez une sensation de bouche sèche ?
E6 : Non.
- 10- C : Est-ce que vous avez des candidoses en bouche ?
E6 : Non.
- 11- C : Est-ce que vous avez mal aux dents actuellement ?
E6 : Actuellement, non. Mais, forcément, j'ai eu beaucoup de rages de dents.
C : Beaucoup de rages de dents. Pourquoi ? Qu'est-ce qui vous est arrivé ?
E6 : Ben, avec les caries. Bon ben. Tutti quanti. Par contre, j'ai souvent des névralgies.
C : D'accord, vous avez souvent des névralgies. D'accord, on en parlera.
E6 : D'ailleurs, j'étais venu voir le Dr H. et celui... Parce que le Dr H., c'est le dernier qui me fait des implants là. Autrefois, c'était le Dr M. qui m'avait fait les implants à Bayonne. Et puisque je vais faire une fois par an la visite, je lui signale que j'ai des névralgies. Je suis venue voir le Dr H., que j'ai des névralgies. Personne ne voit rien. Voilà.
C : Et ces névralgies, elles se situent où ?
E6 : Eh, bien, depuis... c'est sur le côté. Ça peut être droit ou gauche. Bon, alors, je suis un petit peu inquiète parce que j'ai des acouphènes, aussi. Alors, ça, ça me fait penser, un petit peu si je ne vais pas avoir un jour un accident cérébral.
C : Ah. Et vous avez vu un docteur pour ça ?
E6 : Euh, oui. Il me dit non, qu'il n'y a pas lieu de s'affoler.
C : Bon. *(Rire)*
C : Et vos névralgies, vous pensez que c'est lié aux dents ?
E6 : Ben, je ne suis pas sûre. Et là, dernièrement, j'ai eu un phénomène assez particulier. Euh, je suis allée aux fêtes de Bayonne. Mais ça peu importe. Il faisait excessivement chaud, j'avais excessivement chaud. Et j'ai bu très glacé. Et ça a commence. J'ai commencé comme si j'avais très mal à la gorge et, si vous voulez, je croyais que c'était le début des névralgies que j'ai de temps en temps et que ça me

montait un petit peu à la tête. Mais euh, j'ai pris un cachet et tout est rentré dans l'ordre. Et là, on aurait dit que ça partait plutôt, parce que j'avais bu glacé. Je ne suis pas du tout habituée à boire glacé et les choses comme ça. Et là, comme il faisait excessivement chaud, j'ai bu glacé. Et j'ai senti que la gorge, vous savez, comme si j'allais avoir une angine. Et ça monté et ça me prenait un petit peu.

C : Par le bas

E6 : Et, après, ça remontait vers le haut.

C : D'accord. Et quand vous avez bu glacé, vous avez eu mal aux dents ?

E6 : Non pas du tout.

Voir questions sur les névralgies partie 2

12- C : Est-ce que vous voulez bien me dire si vous avez des soucis au niveau santé générale ? Si oui, lesquels ?

E6 : Euh, oui des petits soucis. Il y a 3 ans, j'ai été opérée du cancer de l'utérus. Mais sans aucune suite. Pas de chimiothérapie, pas de radiothérapie, rien. Et, maintenant, on fait une surveillance. Car, comme dit le chirurgien, 99,9% que ça se barre. Mais, pfff, le cancer, il faut quand même toujours... alors là, je fais un scanner tous les ans. Et, par contre, maintenant, j'ai un petit souci... Bon, je suis quand même en assez bonne santé pour mon âge et tout ça. Mais, euh, depuis, disons 4 ou 5 mois, j'ai une douleur articulaire qui me réveille toutes les nuits au bout de 2 heures. Alors, je change de position. On en parle plus. Et ça me réveille de nouveau dans le... Alors, on dirait que c'est plus une douleur de positionnement ou une douleur qui se réveille avec la chaleur, ou je ne sais trop quoi. Mon médecin m'a enlevé, parce que je faisais du cholestérol et que je prenais XXX. Il m'a dit d'arrêter le traitement, que ça pouvait être ça. Mais rien n'y a fait. Bon. Je vais le revoir bientôt. Ensuite, j'ai fait de la kiné. J'étais hyper stressée. (C : tendue ?) Voilà. Bon, et après, euh, maintenant, il m'a fait faire un scanner pour voir si j'avais pas l'os iliaque qui été un petit peu touché. Et, après, il m'a fait faire, dans la conclusion, il disait qu'il fallait voir ça dans un ensemble, quoi. Là, c'était le scanner... alors il m'a fait faire des analyses de sang. Et j'ai un chute de, euh... des gamma...

C : Des gamma GT ?

E6 : Oui, c'est ça, des gamma GT. Alors, pour l'instant il m'a donné des anti inflammatoires, qu'au début je ne voulais pas prendre. Bon, mais après, je me suis dit ce n'est pas la peine d'aller le voir et de ne pas prendre ce qu'il te dit. Bon, alors j'ai pris 8 jours. Ça à l'air de s'arranger. Mais ce n'est pas tout à fait parti. Alors, il m'a dit de continuer 8 jours de plus. Et, quand mon médecin traitant reviendra de ses vacances, de lui montrer l'analyse de sang. Pour que j'ai de... Et je lui ai dit « et si ça n'allait pas ? ». Parce que moi, j'ai pensé au cancer de l'os, peut-être... si ça avait pas un rapport avec ce que j'ai. L m'a dit « absolument pas ». Mais que ça n'avait rien à voir; mais que je lui montre à lui les analyses; mais que ce n'est pas trop méchant.

C : Bon. Et il y a un 3^{ème} point dont vous voulez me parlez ou pas ?

E6 : Non, non, c'est tout.

13- C : Pensez-vous que votre santé bucco-dentaire a un impact sur votre santé générale ?

E6 : Ah, sur ! Tout à fait.

14- C : Pensez-vous que votre santé générale a un impact sur votre santé bucco-dentaire ?

E6 : Aussi. C'est lié.

2^{ème} partie : Description de son propre état de santé bucco-dentaire, interprétation des symptômes et des causes, pronostic subjectif.

15- C : Comment jugez-vous votre santé bucco-dentaire aujourd'hui ?

E6 : Euh, bien.

C : Bien.

E6 : Oui.

16- C : Est-ce qu'il s'est passé beaucoup de choses dans votre bouche ? Est-ce que vous voulez bien me les raconter ?

E6 : Euh, ce qui c'est passé, c'est toujours les mêmes problèmes de caries. Et donc, au début, je vous l'ai dit, on soignait avec des plombages, choses comme ça. Après, on est passé donc... toujours, c'est les mêmes dents qui au bout d'une dizaine d'année ont refait des caries. Alors là, on est passé à faire les couronnes. Après les couronnes, ça été les bridges et, après les bridges, je vous dis, nous sommes maintenant aux implants. Alors les implants, j'en ai depuis, euh, attendez, depuis l'année 2000. Ça fait quand même 15 ans les premiers.

17- C : Selon vous, à quoi est dû tout ce qui vous est arrivé ?

E6 : Alors, je ne pense pas que ce soit imputable ni à mon hygiène de vie, parce que j'y fais gaffe, ni à l'hygiène bucco-dentaire, parce que bon, c'est pas pour me féliciter, mais à chaque fois ils me disent, bon, que c'est impeccable au niveau hygiène. Et j'y veille. Mais je pense que c'est, euh, c'est ma faiblesse. Je suis née comme ça. Parce que il ne faut pas que j'oublie que ma maman, à l'âge de 20 ans, n'avait plus une seule dent. On lui avait... parce que à l'époque... Ma maman, elle aurait eu 100 et plus. A l'âge de 20 ans, on lui avait arraché toutes ses dents. Elle n'avait aucune dent à elle. Parce qu'à l'époque, bon, en plus, maman habitait à la campagne, donc tout ça. Et moi, je pense que j'ai hérité d'elle, de ce côté là. Parce que même mes frères et mes soeurs n'ont pas, n'ont pas de problèmes dentaires comme moi. Et mon papa, qui est décédé à l'âge de 93 ans. Je pense, au point de vu d'hygiène de vie, je pense que ça devait être à peu près. Mais au niveau hygiène bucco-dentaire, c'était moins, papa. Et je pense qu'on ne lui a pas arraché ou soigné une dent avant l'âge de 70 ans. Parce qu'il n'en avait pas besoin. Non, pas parce que... parce qu'il n'en avait pas besoin. Non, je crois que c'est... un petit peu mon point faible.

C : Votre point faible. Vous avez pris un peu du côté de votre mère.

E6 : Oui.

18- C : Qu'est ce qui, selon vous, a aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E6 : Ce qui m'a permis, c'est que j'y ai porté des soins. Enfin, mais, comme vous les appelez... parce que malgré les soins que moi je donnais, c'est-à-dire le brossage, euh,

etc.... je faisais quand même des caries. C'est les progrès techniques qui ont fait que j'ai une, une bonne santé. Parce que c'est à cause de mes implants, et tout ça, que j'ai mes dents qui sont bien. Mais autrement...

19- C : Que pensez-vous du message de brossage des dents tous les jours ?

E6 : Très important. Mais il n'y a pas que ça.

C : Il n'y a pas que ça. Alors, qu'est-ce qu'il y a d'autre ?

E6 : Eh bien, moi, je pense que le fait de, la façon de, que vous avez de vous alimenter, et toutes ces boissons sucrées, tout ce sucre que nous mangeons, c'est néfaste. En plus de l'hygiène.

20- C : Que faites-vous pour prendre soin de votre santé bucco-dentaire ?

E6 : Donc, je les brosse 3 fois par jour. Je viens voir le dentiste sous les 6 mois. Même, le Dr H. m'avait dit, mais vous n'avez pas besoin. Parce que ce n'est pas une mince affaire avec tout ces implants et tout ça. Vous n'avez pas besoin tous les 6 mois. Tous les ans, ça suffit. Et quand j'ai laissé passer 1 an, vous voyez, quand je suis venue, j'avais quelque chose. (*Rire*) Vous voyez, j'aurais mieux fait de venir peut-être avant.

C : Vous saviez mieux que lui !! (*Rire*)

E6 : Bon, il faut dire que je n'étais pas sa cliente jusqu'à présent. J'étais la cliente de son associé.

C : A part vous brosser les dents, est-ce que vous faites autre chose chez vous ? Bain de bouche, brossettes...

E6 : Non. Euh, ah, attendez quand j'ai dit...

C : Brosser 3 fois par jour

E6 : Et puis aussi avec la petite brossette. Mais après. Mais ça, c'est pour les avoir blanches, je pense. Deux fois par semaine, je fais une pâte avec du dentifrice et de l'eau oxygénée et je brosse avec ça. Autrement, je ne fais jamais de bain de bouche, si ce n'est quand le dentiste me le dit. Mais, après, c'est vrai qu'on voit le tout et son contraire. Parce que, l'autre jour, j'ai vu justement qu'il ne fallait pas trop, très énergiquement brosser les dents.

C : C'est pour la gencive

E6 : Non, là c'est parce qu'on abime l'émail.

21- C : Comment pensez-vous que votre santé bucco-dentaire va être dans l'avenir ? Pour quelles raisons ?

E6 : (*Silence*) Ca ne va pas s'améliorer...

C : Alors, pour quelles raisons ?

E6 : Ben, euh. (*Silence*) Ben, je pense que c'est à cause de ma constitution. Oui.

C : Alors, est-ce que les implants vont vous aider ?

E6 : Oui. Les implants vont m'aider. Et surtout, les implants m'aident, ça je n'ai pas encore eu l'occasion de le dire. Les implants m'aident pour ma vie. Parce que, bon, il me semble que la digestion commence dans la bouche. Alors, déjà, si vous ne pouvez pas bien mâcher, si pour vous ne pouvez pas... bon d'abord, il me semble que vous perdez, euh, le goût des aliments. En vieillissant, on a, je pense, de moins en moins envie de manger. Alors, si vous n'avez pas envie de manger et que vous ne pouvez pas mâcher, alors je pense que ça a quand même une influence sur votre vie.

C : Alors pour quelles raisons les implants ? Vous me dites que ça ne va pas s'améliorer, et que les implants vont vous aider...

E6 : Oui, les implants, oui. Mais ce qui me reste après...

C : Comme vous dites "le portail".

E6 : *(Rire)* Voilà... est ce qu'on passera pas à ça après... *(Rire)*

C : Alors là, vous êtes moins sûre. Vous avez pas confiance quelque part dans...

E6 : Non, non.

C : En fait, quelque part...

E6 : Non, parce que si ma mauvaise... le mauvais état de dents venait parce que j'ai négligé de venir chez le dentiste, ou je ne, ne n'entretiens pas mes dents. Là, je pourrais dire. Mais là, puisque malgré cela j'ai des implants, je pense que ça va continuer, que c'est ma constitution.

C : D'accord. Et vous pensez que vos implants, eux, vont rester plus longtemps.

E6 : Oh, oui, je pense. Bien que, quand j'ai fait les implants, il y a 15 ans, il n'y avait pas tant de recul que ça. Pour savoir si les implants allaient tenir ou pas. Bon ! Est-ce que j'ai raison ?

C : Il n'y avait pas le recul. Ca, c'est vrai. Maintenant, une fois que c'est intégré...

E6 : Ce qu'y a, c'est que, maintenant, tout le monde en fait. Je vois, mon mari, il en a fait. Tout le monde en fait.

C : Avec de l'hygiène, si ça tiens 2 ans, ça peut tenir ad vitam...

E6 : Bon, c'est là où on se rend compte aussi, parce que je ne suis pas allée voir beaucoup les chirurgiens et tout ça. Mais 1ere question qu'on m'a partout posé : « est-ce que vous fumez ? ». « Non, je ne fume pas ». « Ah, bon. Donc, ça se passera bien ».

C : Il ne faut pas fumer et, par contre, il faut bien continuer à les brosser. Parce qu'il peut arriver des soucis. On découvre maintenant les péri implantites. Il peut y avoir une inflammation de la gencive qui entraîne une destruction osseuse.

E6 : Ah !

22- C : Si vous pouviez changer votre bouche, comment serait-elle ? Par quels traitements ?

E6 : *(Silence)* Si je pouvais changer les dents... ben, je ne sais pas. Il existe pas de vaccin pour se prémunir ?!

C : Non.

E6 : Mais bon, peut-être qu'on va découvrir. Parce qu'il me semble que le Dr E. m'avait dit que, dans quelques années, il n'y aurait plus de caries.

C : Alors, il y a le fantasme du vaccin, mais...

E6 : Ca va peut-être venir.

C : Alors, pour changer votre bouche, il aurait fallu quoi ?

E6 : Je ne sais pas.

C : Si vous voulez la changer. Peut-être vous ne voulez pas la changer.

E6 : Vraiment, je ne sais pas. Parce qu'il me semble que je fais ce qu'il faut et... que malgré cela.

C : Et est-ce que vous voulez changer votre bouche ? Peut-être vous ne voulez pas la changer.

E6 : Euh, je pense que déjà, j'aurais de quoi m'acheter quelque chose de conséquent. *(Rire)* Vous savez, vous-même, ce que ça coûte les implants. Il faut quand même être honnête. Mais bon, là c'est un autre problème, qu'on ne va pas rentrer là. Tout le monde ne peut pas se permettre... Il faut être content de... C'est là que les choses sont inégales. Et ça, c'est un autre aspect du problème.

C : Non.

1^{ère} sous-partie : représentations cognitives sur les maladies bucco-dentaires

23- Caries dentaires :

a. C : Selon vous, à quoi sont dues les caries ?

E6 : Alors, pour moi, euh, longtemps, j'ai pensé que c'était une mauvaise hygiène des dents. Mauvaise hygiène des dents, mais aussi une mauvaise vie. Enfin, je ne sais pas si je m'exprime bien. De ne pas avoir une alimentation équilibrée, saine. De fumer, de boire et tout ça. Maintenant, je me suis rendue compte que, malgré tout, il n'y a pas que cela. Je pense qu'il y a aussi une constitution, enfin.

b. C : Selon vous, comment arrivent les caries ? Par quel mécanisme la carie apparaît ?

E6 : Pourtant une carie, malgré tout, c'est la dent qui est attaquée. Mais bon, euh, je ne sais pas vous répondre.

c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir des caries ?

E6 : *(Silence)* Grave en soi non, si on les fait soigner. Mais il vaut mieux les éviter quand même. Je préférerais

d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir des caries ?

E6 : Bonne question. Je ne sais pas.

e. C : Comment soigne-t-on les caries ?

E6 : Ben, euh, chez le dentiste.

24- C : On va faire la même chose, on va parler des gencives qui saignent.

a. C : Selon vous, à quoi est due la gencive qui saigne ?

E6 : Mais, par contre, la gencive qui saigne un petit peu, c'est la gencive qui se déchausse, non ?! Il me semble.

b. C : Selon vous, par quel mécanisme le saignement de gencive apparaît ?

E6 : *(Silence)* Euh, c'est une réaction par rapport aux bactéries... je pense.

c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir la gencive qui saigne ?

E6 : Oui, je pense.

d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir la gencive qui saigne ?

E6 : Oui, je pense.

C : Et comment à votre avis ?

E6 : Et bien, on peut faire des bains de bouche et, là, c'est pareil. Je pense que j'ai eu jamais besoin. Mais j'ai une amie, on lui a curé la racine, l'intérieur de la gencive.

e. C : Selon vous, comment soigne-t-on la gencive qui saigne ?

E6 : Avec des bains de bouches et... des soins.

25- Névralgies:

a. C : Selon vous, à quoi sont dues ces névralgies ?

E6 : Moi, je pense beaucoup à mes dents. Parce que c'est quand même mon point faible. Bon, je ne peux pas dire que j'ai une mauvaise santé, mais mes dents... Comme on dit, à part le portail, plus rien n'est à moi maintenant. On a dû me faire des implants de chaque côté. Il a fallu me faire d'ailleurs, me refaire l'os de la mâchoire. Là aussi, je commence les prémolaires sur 4. Donc, il m'a fait 2. Et je sens que, certainement, l'autre va arriver. Donc je n'aurai que ceci qui m'appartient. *(Rire)*

C : Vous avez un joli sourire.

b. C : Et alors. Comment... Vous pensez que ça pourrait être quel mécanisme de lien avec vos dents ou votre bouche ces névralgies ?

E6 : *(Silence) (Soupir)* Je ne sais pas. Je ne peux me l'expliquer parce que j'ai eu, si vous voulez, des rages de dents, alors je suis toujours en train de penser "mais peut-être que là?" ... Je crois que c'était les derniers que j'étais venue voir le Dr H., il avait rien observé. Il avait fait des radios, des choses comme ça. Et, après quelques temps, après, j'ai eu mon infection sous mon bridge. Alors, comme des fois, je sais par expérience que la douleur peut venir d'un peu plus loin. Ça vient de loin. Vous avez l'impression que c'est cette dent là, mais ça peut venir d'un peu plus loin. Alors, je me dis que bon, euh. C'est pour ça dès que j'y vais. Mais je vous dis, celui qui m'a fait les implants, il m'a rien trouvé. J'étais venue voir le Dr H. Lui non plus. Il avait bien fait des radios et tout. Moi, je pense que c'est lié aux dents.

C : Il y a eu un cas où c'était des infections. Est-ce que ça pourrait être autre chose ?

E6 : Non, je ne peux pas penser à autre chose.

c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave du coup, ces névralgies, ce lien avec les dents ?

E6 : Oui. Oui, pour moi, oui.

d. C : Selon vous, est-ce que vous pensez qu'on peut faire quelque chose pour éviter ces névralgies ?

E6 : Je pense, pour moi, je pense qu'on pourrait faire quelque chose. Mais je ne sais pas. Moi, je en peux parler plus loin que ce qu'on me dit. Puisqu'ils constatent rien. Bon, ben, je ne sais pas si on peut faire d'autres examens ou que... vous me donnerez des conseils.

e. C : Selon vous, est-ce que vous pensez qu'on peut soigner ce problème de névralgies ?

E6 : Oui, je crois.

C : Vous avez des idées de ce qui pourrait être fait ?

E6 : Non, aucune. C'est vrai que les acouphènes aussi, ça me travail quand même. Comment j'ai ces acouphènes. Bon, là, je suis allée voir une spécialiste, mais il y a longtemps. Il y a 15 ans peut-être. Qui m'a dit qu'on y pouvait rien, qu'il fallait vivre avec et que, surtout, essayer d'être le plus confortable possible. Bon, ça n'a pas d'incidence sur mon audition. Bon, parce que là, je vais tous les 2 ou 3 ans. Ça n'a pas d'incidence. Alors euh, par contre, je n'ai pas l'idée précise pour savoir quand est-ce que ça m'est arrivé. Euh, mmh, je ne suis pas une personne qui écoute beaucoup de la musique forte. La seule raison... moi, on a beaucoup voyagé avec mon mari : est-ce que c'est dans l'avion que j'ai eu quelque chose ? Mais je ne peux pas dire un fait précis : ah, tiens, comme si...

C : Comme après un voyage dans l'avion, ou avoir été à tel endroit...

E6 : Voilà.

C : C'est reparti, ou c'est toujours présent ?

E6 : C'est toujours présent.

C : En permanence ?

E6 : En permanence. Et, alors, la seule chose, c'est que j'ai, euh, enfin j'ai dit à la spécialiste que je suis allée voir, que j'avais l'impression que quand je faisais la fête, j'en avais davantage. Elle m'a dit que non, ça ne varie absolument pas. Et moi, je vais vous donner l'explication. Alors, elle m'a dit que dans la fête, je ne me rendais pas compte que j'avais des acouphènes parce que j'étais prise dans l'ambiance et des choses comme ça... Et, après tout ce bruit, quand je rentre dans le calme chez moi, forcément je les entends de nouveau, davantage. Mais, en fait, mes acouphènes étaient pareils, dans le bruit comme à la maison. Elle, surtout, ce qu'elle conseille... mais ça ne me gêne pas, je vis avec. Ça ne m'empêche pas de m'endormir, de profiter de la vie, ni rien du tout. Donc, je me suis fait une idée que c'est comme ça, qu'il faut vivre avec. C'est qu'elle m'a dit. Elle a été de très bon conseil, parce qu'en plus elle m'a dit qu'il fallait vivre avec, essayer de... qu'il y avait ça. Elle m'a dit : si vous oubliez un petit peu ce que vous m'avez dit, vous pouvez me rappeler, je vous rafraichirais la mémoire. Elle était bien, super sympa. Mais c'est vrai que ça ne m'empêche pas de vivre. Non. Mais c'est toujours... ça fait « shhhhhh » constamment. Je vous parle, je fais un effort pour les écouter.

C : Et c'est les 2 oreilles ?

E6 : Les 2 oreilles.

C : Et les névralgies.

E6 : Alors, le médecin de famille a essayé de me donner... euh... attendez... qu'est ce qu'on donne quand on a des rhumatisme, pour fluidifier le sang ? Il n'y avait aucun résultat, ça n'avait rien changé. Il m'a dit, « ce n'est pas la peine que vous preniez des médicaments. Arrêtez et vivez avec ».

C : Et les névralgies, elles sont en permanence, ou elles reviennent régulièrement ?

E6 : Il me semble que c'est avec, euh, le beau temps, avec la chaleur davantage.

C : D'accord, d'avantage avec la chaleur. Vous avez l'impression que c'est plus en été qu'en hiver ?

E6 : Oui, plus en été.

C : Et ça se déclenche par quelque chose ?

E6 : Non, rien de particulier.

C : Et ça dure longtemps ? Ça s'arrête ?

E6 : Euh, ça peut durer jusqu'à 3 ou 4 jours.

26- La sensation de bouche sèche : Non.

27- Les dents qui grincent : Non.

28- C : Pensez-vous que l'on peut quelque chose pour améliorer la situation ? Est-ce que vous pensez pouvoir faire quelque chose par vous même pour améliorer la situation ?

E6 : Non, je pense que je suis au bout de ce que je peux faire, je pense.

2^{ème} sous-partie : Représentations cognitives sur la santé bucco-dentaire

29- Est-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E6 : Oui.

30- C : Pour vous, c'est quoi être en bonne santé bucco-dentaire ?

E6 : Bon, d'abord, c'est ne pas avoir de caries. Ne pas avoir des dents qui vous font mal. Parce que, parfois, vous pouvez avoir les dents sensibles, sans avoir de caries. Ne pas avoir, euh, de tartre. Euh... ne pas avoir les gencives qui saignent.

a. C : Pour vous, c'est quoi avoir des dents en bonne santé ? A quoi ressemble des dents en bonne santé ?

E6 : Bon, avoir des dents en bonne santé. Des dents qui ne font pas mal, qui n'ont pas de caries.

C : Et à quoi ça ressemble une dent en bonne santé ?

E6 : Euh, où l'émail est... il y a un côté esthétique aussi. Il me semble que, euh, les dents qui ne sont pas en bonne santé sont tâchées. L'émail qui change de couleur, peut-être.

b. C : Pour vous, c'est quoi avoir une gencive en bonne santé ? A quoi ressemble une gencive en bonne santé ?

E6 : Toute rose. Comme un bébé. *(Rire)*

c. C : Pour vous, comment peut-on avoir une sensation de confort dans la bouche ?

E6 : Alors, une sensation de confort dans la bouche, c'est quand la bouche ne fait pas mal. Enfin, les dents ne font pas mal, que vous pouvez, euh, manger et mastiquer comme vous voulez, sans avoir de problème. Que vous avez votre langue qui ne vous fait pas mal. Oui.

31- C : Pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E6 : Ah, j'ai pas parlé d'haleine. C'est important aussi.

C : Alors, l'haleine, c'est où ? Dans la mauvaise santé bucco-dentaire, dans les deux (santé bucco-dentaire et santé générale) ?

E6 : Oui, dans les deux. Parce qu'en général, c'est pas beau à voir quand on a mauvaise haleine. Parce qu'on a mangé quelque chose qu'il ne fallait pas ou... Est-ce que ce sont les dents, ou est-ce que ça vient de plus loin ?

C : Alors, pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E6 : Euh, une mauvaise santé bucco-dentaire...

C : C'est quand il y a une mauvaise haleine..

E6 : Oui, c'est quand il y a une mauvaise haleine, une mauvaise dentition, les dents qui vous font mal, la gencive qui saigne, les caries...

32- C : Pour vous à quoi ça sert d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E6 : A quoi ça sert... d'abord à son confort. Parce que si on a pas mal, ce n'est que mieux. Après, je vous ai dit que si... que la digestion commence là. D'abord... à s'alimenter. Bon, si, si, s'ils nous manquent les canines et les incisives pour couper, et si après on avait plus rien là, comme les chevaux, je ne sais pas comment on pourrait mouliner tout ce qu'on mange. On mangerait plus que de la purée. C'est ce qui se passe chez les personnes âgées.

C : Exactement.

a. C : Est-ce que ça sert pour parler ?

E6 : Oh, oui. Ah, j'ai laissé de côté toute l'esthétique. C'est important.

C : C'est important ?

E6 : Très important pour moi !

C : très important pour vous, d'accord.

E6 : Je crois que c'est ce que je regarde chez les gens...

C : En premier. Alors, vous regardez les dents en premier chez les gens... Pourquoi ?

E6 : Euh, bon... D'abord, je ne sais pas si c'est la peine que vous enregistriez ça, parce que je vais vous faire rire. C'est ce qu'on m'avait répondu, une personne, et c'est bien vrai. Bon, je vous ai dit que nous avons beaucoup voyagé et dans des pays comme l'Afrique, mais où nous allions chez l'habitant et tout ça. Et alors, bon, on me dit « N'allez pas comme ça, il va vous arriver une bricole un jour ». Bon, c'est vrai que nous avons toujours eu beaucoup de chance, on n'a jamais eu de problèmes, tout ça. On s'en va avec mon mari, sac à dos. Maintenant, un tout petit peu moins, car là j'ai quand même un peu peur. Vu l'âge et tout ce que j'ai vu. Bref, alors on me dit « Quoi, tu t'en vas dans ces pays ? ». Alors je réponds « Ben, de toute façon je n'ai pas de boucles d'oreilles, j'ai pas de bague, je n'ai pas de bijou. Je m'en vais avec un T-shirt et un vieux jean, et tout ça ». Et, quelqu'un a bout d'argument me dit « Et ça, tu ne crois pas qu'ils vont se rendre compte que tu as des sous. Et ça, tu ne crois pas qu'ils vont se rendre compte. » Et alors, il était à bout d'arguments et il me dit, comme ça « Déjà rien que quand ils vont voir que tu as toutes tes dents, ils vont savoir que tu as pu les arranger ». *(Rire)*

C : Ah, c'est pas mal. *(Rire)*

E6 : Voilà. « Déjà, quand tu vas sourire et qu'ils vont voir que tu as toutes tes dents, ils vont savoir que tu as des possibilités ». Bon, parce que je disais : "ça, je ne porte pas ; ça, je ne porte pas ; ça, je ne porte pas"... j'ai un vieux jean et un vieux T-shirt. « Oui, mais quand ils vont voir que tu as tes dents »... Donc voilà, c'est important.

C : Oui. C'est marrant.

E6 : Et c'est pour ça que je regarde les gens.
C : D'accord.

b. C : Et, est-ce que ça sert pour manger ?
E6 : Oui.

33- C : Pour vous, c'est important d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?
E6 : Oui

34- C : Que faites-vous pour avoir une bonne santé bucco-dentaire ?
E6 : Je vous dis, je les brosse. Et j'essaye de manger équilibré, j'essaye d'éviter les sucreries. Jamais de ma vie, je crois que je suis allée me coucher sans me broser les dents, en laissant soit du café, soit du sucre, soit une boisson que j'avais bu, qui va passer toute la nuit, là, avec mes dents. Et qui va un petit peu accentuer mon problème.
C : Est-ce que vous pensez que d'aller chez le dentiste, ça vous aide à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?
E6 : Oui, oui. Tout à fait.

3^{ème} partie : Description du répondant et de son environnement

35- C : Date de naissance : 09/04/1942

36- C : Niveau d'étude : Bac

37- C : Dernier métier exercé :
E6 : Professeur des écoles. Alors vous pensez bien que...
C : Ca faisait partie du programme.
E6 : Oui.
C : C'est bien. Au moins pour eux, ça faisait partie du programme.
E6 : Oh, oui. J'étais enchantée quand les dentistes... mais ça ne se fait plus, je crois, maintenant, le dépistage.
C : Non
E6 : Oh !! C'est important
C : Mais c'est inscrit au programme. Ils sont censés parler des dents. Mais ce n'est pas forcément leur métier, donc ils savent...
E6 : Mais moi, j'ai connu des dépistages. Chaque année, un dentiste venait bénévolement. Et exigeait que ce qu'il avait mis ait un retour : « eh, Mme W. surveillez le retour ».
C : Vous avez aidé beaucoup en faisant ça.

38- Catégorie socio-professionnelle

39- C : Situation familiale

E6 : mariée, une fille qui n'a pas autant de problème que moi. Mon mari non plus. Il en a moins.

40- C : Type de logement (maison/appartement/foyer de vie/ propriétaire/locataire)

E6 : Maison, propriétaire.

41- C : Adhésion à une mutuelle :

E6 : Oui

42- C : Avez-vous vécu dans différents pays pendant votre vie ? Si oui, lesquels et quand ?

E6 : Non, toujours au Pays Basque. Mais beaucoup voyagé, surtout là où on parle français ou espagnol.

43- C : Avec votre famille ou vos amis, comment se passent les repas ensemble? Est-ce que vous pensez à vos dents à ce moment-là ?

E6 : Eh, non. Mais, par contre, je pense à toujours faire un repas équilibré. Toujours, toujours.

44- C : Est-ce que vous parlez de votre problème dentaire à vos amis ou/et à votre famille ?

E6 : Un petit peu. Mais, non, je ne les agace pas non plus.

45- C : Si vous avez de la famille ou des amis, comment vous aident-ils ? En quoi ils vous soutiennent quand vous avez des problèmes de dents ?

E6 : Oui, ils sont là.

46- C : Consultation d'un médecin généraliste (oui/non/fréquence)

E6 : Oui, 2 fois par an.

47- C : Consultation d'un dentiste (oui/non/fréquence)

E6 : Oui, En principe tous les 6 mois.

48- C : Est-ce que le cabinet dentaire est loin de chez vous ?

E6 : Non.

49- C : Comment faites-vous pour y aller ?

E6 : En voiture.

50- C : Est-ce plus facile si quelqu'un est avec vous pour fixer le rendez-vous chez le dentiste ?

E6 : Je fixe mes rendez-vous. J'ai toute ma raison.

C : Est-ce que vous avez des problèmes articulation au niveau des ATM

E6 : Si.

C : Ca craque, ça ?...

E6 : Ben, c'est pour ça que (*Rire*)... je pense qu'il est content que je ne vienne qu'une fois par an. Parce que je peux pas écrire très grand. Parce que, comme je vous dis, depuis l'âge de... et une fois, euh, quand j'étais toute jeune. Je devais avoir douze ans, j'étais au lycée, pensionnaire. J'étais allée voir le dentiste et tout ça. Et, vous n'avez pas connu quand il faisait le pansement... Alors, vous attendiez qu'il fasse son pansement. Et il avait traité la carie et il allait préparer le pansement et il me dit « bon, vous fermez la bouche ». Et j'étais là (*E6 mime la bouche ouverte*). Mais je ne pouvais plus fermer la bouche, j'avais eu un...

C : Une luxation ?

E6 : Oui. Alors, il m'avait remis en place. Et, depuis, je pense que c'est un petit peu la peur aussi. Alors, il me dit d'ouvrir bien la bouche. Mais... euh... On dirait que je sens que l'articulation de la mâchoire s'en va un petit peu.

C : Vous avez l'impression, quand vous ouvrez, ça part un peu ?

E6 : Oui

C : Depuis toujours ?

E6 : Depuis lors. Mais je pense que c'est plus la peur. Parce que Dieu sait que j'ai ouvert la bouche plus d'une fois. Mais, c'est vrai que tous les soins, c'est important quand même. Que j'ai eu [qui] sont un peu enfouis en moi. Quand il m'a fait, justement, le bridge de 4 dents. Euh, je ne voulais pas faire, parce que je venais de faire les implants... j'en avais... plus refaire la mâchoires, parce qu'il m'avait gratté le col du fémur. J'étais restée un mois sans pouvoir trop marcher. J'en avais un peu assez. Et je lui avais dit que je ne voulais pas faire. « Et pourquoi vous ne voulez pas faire ? ». « Parce que j'ai peur ». « Quoi !! Avec tout ce que vous avez fait jusqu'à présent, vous avez peur que je vous mette un bridge. Oh, c'est rien du tout ! ». C'est vrai, c'est rien du tout. Mais quand il m'a dit que je devais refaire des implants, Dieu sait si j'en ai fait, ça m'embêtait un peu. Parce que il y a tout qui remonte, vous savez.

C : Quand vous ouvrez et fermez, est-ce que ça craque ?

E6 : Non.

C : Il n'y a jamais eu de craquement ou de claquement ?

E6 : Jamais. Il n'y a que eu, qu'une fois, ça c'est déboité.

C : Une fois quand vous étiez jeune.

E6 : Très jeune.

C : Et depuis ?

E6 : Rien.

Entretien 7

Date : 11/08/2015 Lieu : Ciboure

Pseudonyme : E7

Schéma bucco-dentaire selon les propos du répondant :

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Commentaires :

GOHAI : *Sans commentaires*

1^{ème} partie : Etat de santé déclaré (questions fermées) :

- 1- C : Est-ce que vous avez des problèmes de santé bucco-dentaire actuellement ?
E7: Non, non
- 2- C : Est-ce qu'il vous manque des dents ? Combien vous en manque-t-il ?
E7: Il ne m'en manque pas.
- 3- C : Donc vous n'avez pas eu besoin de les remplacer ? (*à la place de « Est-ce que vous avez fait remplacer les dents manquantes ? »*)
E7: Ben, il y a 15 ans, on m'a fait des implants. Mais c'est toujours les dents. Je ne sais pas, c'est considéré...
C : C'est comme vous voulez, c'est vous qui considérez
E7: Oui, pour moi c'est des dents les implants. Oui. Depuis 15-16 ans. 4 implants.
C : D'autres types de prothèses dans la bouche ?
E7: Non. Des couronnes, je ne sais pas.
C : Comme vous voulez. Des couronnes, vous en avez dans la bouche ?
E7: Oui, oui. J'ai des couronnes. C'est considéré comme des prothèses des couronnes.
C : Nous on considère que c'est des prothèses.
E7: D'accord.
C : Mais c'est votre façon de voir votre bouche.
E7: Ah, oui, d'accord. Ah, ben oui, d'accord. J'ai des couronnes.
C : Vous en avez combien ?
E7: Ouh, ben, je ne sais même pas, hein. Parce qu'on m'a remplacé les mêmes. Parce que de temps en temps on remplace, au bout de tant d'année. Je ne sais pas (*Rire*).
C : Vous avez une idée ou pas du tout ?
E7: Peut-être 4-5. Je ne sais pas. Peut-être même moins. Je ne sais pas. On va mettre comme ça.
C : 4-5
E7: Oui. 4-5, peut-être moins. Je ne sais pas. Il faut que je regarde peut-être. (*Rire*)
C : Donc, vous avez toute vos dents ?

E7: Ah, oui, j'ai toutes mes dents.

4- Est-ce que vous portez des prothèses ?

5- Quel type de prothèses avez-vous en bouche ?

6- C : Est-ce que vous pensez avoir des caries?

E7: Non. Parce que j'ai été consulté il y a quelques jours. J'ai aucune carie. Depuis 1 an, je n'ai rien.

7- C : Est-ce que vous avez les gencives qui saignent (au brossage)?

E7: Non

C: Est-ce que vous avez eu des caries par le passé ?

E7: Oh, oui, oui, oui.

C : Est-ce que vous avez eu les gencives qui saignaient au brossage ou à d'autres moments ?

E7: Oui, ça a dû arriver. Dans ma vie, oui. Pas les 3 derniers mois. Mais ça a dû arriver, oui, oui.

8- C : Est-ce que vous avez les dents qui bougent ?

E7: Non

C : Vous avez déjà eu les dents qui bougent ?

E7: Non, jamais. Pas encore.

9- C : Est-ce que vous avez une sensation de bouche sèche ?

E7: Non. Certains médicaments peuvent provoquer ça, la bouche sèche. Certains médicaments.

C : Ça vous est déjà arrivé ?

E7: Oui.

10- C : Est-ce que vous avez des candidoses ou mycoses en bouche ?

E7: Non, non, jamais eu ça.

11- C : Est-ce que vous avez mal aux dents actuellement ?

E7: Non.

12- C : Est-ce que vous voulez bien me dire si vous avez des soucis au niveau santé générale ? Si oui, lesquels ?

E7: Non, arthrose. Mais est-ce que ça a à voir ? Et à part ça, ça va.

C : Ça va plutôt bien alors.

E7: Ben, pour l'instant oui. (Rire). Oui

13- Pensez-vous que votre santé bucco-dentaire a un impact sur votre santé générale ?

E7: (*Réflexion*) J'ai jamais réfléchi à ça.

C : il n'y a pas de bonnes réponses. Je questionne pour savoir ce que les gens pensent.

E7: Moi, je pense que oui. Ça. En fait. Oui.

14- Pensez-vous que votre santé générale a un impact sur votre santé bucco-dentaire ?

E7: (*Réflexion*) Santé générale...non je ne pense pas. Pour moi, non.

2^{ème} partie : Description de son propre état de santé bucco-dentaire, interprétation des symptômes et des causes, pronostic subjectif.

15- C : Comment jugez-vous votre santé bucco-dentaire aujourd'hui ? Bien, Pas bien...

E7: Bien. Elle est bien. Au dernier bilan, elle est bien.

C : Et vous comment vous la sentez ?

E7: Bien aussi.

C : Bien aussi.

E7: Oui, oui.

16- C : Est-ce qu'il s'est passé beaucoup de choses dans votre bouche tout au long de votre vie ?`

E7: Beaucoup, il s'est passé, parce que oui. On m'a ... j'ai eu les implants. Ensuite on m'a retiré une dent. Dent qui était là. Il fallait faire un comblement. Comment on appelle ça ? Un comblement ?

C : Un comblement, oui.

E7: Ma, c'est tout ce qui...puis les caries. C'est tout. Et j'ai eu le comblement là.

C : On vous a mis les implants parce que ce sont des dents qui ont été enlevées à cause de quoi ?

E7: Ben c'était les derrières. Les 4 ... les dernières. Comment il appelle ça ...

C : les molaires ?

E7: Les 4. Ben c'est à dire j'ai un bridge de 4. Molaires et prémolaires. Les dernières.

C : Il est tombé à cause de quoi le bridge ?

E7: Mais il n'est pas tombé. Non, mais on m'a fait les implants. Comme c'est les 4 on m'a fait 1 seul bridge. Les 4 implants et un bridge. Je ne sais pas comment ça marche.

C: Et on vous a fait les couronnes parce qu'il y avait des caries ? Parce qu'il y avait des dents qui bougeaient ?

E7: Il ne bougeait pas. Essentiellement des caries, je pense.

C : Selon vous comment c'est arrivé tout ça ? Pourquoi on vous a mis des couronnes, des implants ?

E7: Ah, ben, c'est parce que, pour avoir des dents. Parce que les implants, pour moi, c'est comme des vraies dents.

17- Selon vous, à quoi est dû tout ce qui vous est arrivé ?

18- C: Qu'est ce qui, selon vous, a aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E7: C'est peut-être génétique. Je ne sais pas. C'est peut-être, je ne sais pas. Ou peut-être, je ne sais pas, parce que je fais pas attention à ce que je mange. C'est pour ça

que j'ai pris du poids, j'étais mince avant. Parce que j'ai, comment on appelle ça? Je prends le médicament pour....euh...

C : Est-ce que c'est pour la thyroïde ?

E7: Oui, pour la thyroïde. Mais la dose est vraiment minime. Mais je prends quand même. Levothyrox. Voilà.

C : Et à votre avis, est-ce qu'il y a autre chose que la génétique qui vous aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E7: Ben, parce que j'ai toujours brossé les dents. Oui, oui, oui. Je me suis toujours...oui. Ça doit y faire. Je fais attention.

19- C : Que pensez-vous du message des brossages des dents tous les jours ?

E7: Oui, oui. Moi, je brosse 2 fois par jour.

C : Vous pensez que c'est un message important ou bien...

E7: Moi, je pense.

20- C : Que faites-vous pour prendre soin de votre santé bucco-dentaire ?

E7: Bien, je me brosse les dents. Je ne fais rien d'autres.

C : Alors, vous vous brossez les dents 2 fois par jour...

E7: Et je vais chez le dentiste.

C: Vous allez quand chez le dentiste ?

E7: Une fois par an, disons. Sauf si j'ai mal entre temps. Pour une carie...j'ai eu des caries.

C: Vous vous brossez les dents avec une brosse à dents...est-ce que vous faites des bains de bouche, faites des brossettes ?

E7:Oui, je brosse les dents, normal. Les bains de bouche, non. Sauf quand on me prescrit. Et les brossettes, pas souvent. Mais je devrais. Oui, les brossettes, c'est pas régulier, c'est pas...

21- C : Comment pensez-vous que votre santé bucco-dentaire va être dans l'avenir ? Pour quelles raisons ?

E7: Oh, ben, j'espère qu'elle va être comme aujourd'hui. J'espère ! Maintenant...(Rire)

C : Pour quelles raisons ?

E7: Je fais tout pour, euh, enfin, je fais que les brosse.

C : vous faites tout. Qu'est-ce que vous faites ? Vous les brossez...

E7: C'est tout.

C : vous allez chez le dentiste.

E7: Je vais chez le dentiste. Oui.

22- Si vous pouviez changer votre bouche, comment serait-elle ?

E7: Ah, ça...

C : Ou peut-être vous ne voulez pas la changer ?

E7: Ben, je voudrais bien. Avoir les dents comme j'avais.

C : Elles étaient comment avant ?

E7: Elles étaient très régulières. J'avais une bonne dentition. Oui. Mais après ça bouge, c'est l'âge.

C : Si vous pouviez les changer, vous feriez quel type de traitement?

E7: Changer dents. Déjà je ferais comme on a fait à mon petit-fils. Il a eu les appareils.

C : Les appareils orthodontiques ?

E7: Oui, mais il faut, plus jeune quoi. Il faut être jeune. Mais dans le temps, ça n'existait pas. Là où j'étais ça n'existait pas. Mes parents, ne se sont pas occupés de ça.

1^{ère} sous - partie : représentations cognitives sur les maladies bucco-dentaires

23- Caries dentaires :

a. C : Selon vous, à quoi sont dues les caries ?

E7: Ben, selon moi, c'est ce que j'ai lu. Quand on mange trop sucré... c'est des bactéries qui se logent. Voilà.

b. C : Selon vous, comment arrivent les caries ? Par quel mécanisme la carie apparaît ?

E7: C'est une inflammation, je ne sais pas. Je ne sais pas exactement par quel mécanisme.

c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir des caries ?

E7: Grave. Ben, on peut perdre les dents, c'est grave.

C : On peut perdre les dents c'est grave...

E7: Oui, oui, moi je pense que c'est grave quand même. Tout ce qu'on a dans la bouche c'est sérieux. Je pense.

d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir des caries, selon vous ?

E7: Pour éviter avoir des caries, il faut avoir une alimentation, je pense, bien équilibré. Ne pas manger comme je mange, du sucre, des choses...je pense que c'est ça. Et puis, une bonne hygiène, aussi.

e. C : Selon vous, comment soigne-t-on les caries ?

E7: Les caries. On va chez le dentiste. C'est lui qui soigne. Mais ça se soigne très bien. Sauf qu'il faut y aller. Des fois, ça ne fait pas mal une carie. Mais elle est là quand même. C'est pour ça il faut y aller pour contrôle.

24- La gencive qui saigne :

a. C : Selon vous, à quoi est due la gencive qui saigne ?

E7: Parce qu'il y a une inflammation de la gencive.

b. C : Selon vous, par quel mécanisme les gencives se mettent à saigner ?

E7: Eh, ils sont... je ne sais pas. Elles sont faibles... je ne sais pas.

c. Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir la gencive qui saigne ?

E7: Oui, oui. Chez certaines personnes qui ont le sang liquide, c'est très grave.

d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir la gencive qui saigne ? *Non posée*

e. C : Selon vous, comment soigne-t-on la gencive qui saigne ?

E7: Ah, mais moi, on m'a jamais soigné pour les gencives qui saignent. Des bains de bouche. Peut-être il y a des comprimés, je ne sais pas.

25- Les dents qui bougent :Non

26- La sensation de bouche sèche:

a. C : Selon vous, à quoi est due la bouche sèche?

E7: Moi, je pense, moi personnellement, c'était dû aux médicaments. J'ai pris des antidépresseurs. Et ça m'a. Effectivement, j'avais la bouche sèche. Antidépresseur et anxiolytique. Oui. Très désagréable.

b. C : Selon vous, comment arrive la bouche sèche ? Par quel mécanisme la bouche sèche apparaît ?

E7: C'est-à-dire que ça manque de salive. Manque de salive.

c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir la bouche sèche ?

E7: Ça, je ne sais pas.

d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir la bouche sèche?

E7: Ça, je ne sais pas. Ben, déjà, il ne faut pas prendre de médicaments qui l'assèchent. Pour commencer, mais après. Je ne sais pas.

C : Et quand ça vous est arrivé vous avez fait des choses par rapport à cette sensation qui vous était désagréable ?

E7: Je ne m'en rappelle pas. Je ne me souviens pas. Je pense qu'on m'a rien fait. On m'a rien fait.

e. C : Selon vous, comment soigne t-on la bouche sèche ?

E7: Aucune idée. Non aucune idée.

27- Est-ce que vous avez ou avez déjà eu les dents qui grincent ?

E7: Oui, ah, oui. Oui. En fait, j'avais même un appareil. Il fallait que je le mette la nuit...

C: une gouttière ?

E7: Une gouttière. Une gouttière. C'est mon dentiste à Paris qui... moi je en m'en rendais même pas compte. C'est mon dentiste, il a vu mes dents. Mais il faut une gouttière parce que vous grincez. Ça a un nom d'ailleurs.

C : Le bruxisme

E7: Bruxisme, exactement.

C : Vous avez encore ?

E7: L'appareil ?! Mais je ne le mets pas parce qu'après quand on fait d'autres dents...après il est plus aux normes quand on refait.

a. C : Selon vous, à quoi sont dues les dents qui grincent ?

E7: C'est nervosité. Je pense.

- b. C : Selon vous, comment arrivent les dents qui grincent ? Par quel mécanisme le grincement des dents apparaît ?
 E7: Ben, voilà une bonne question. Parce que les mâchoires doivent être figées. Pour moi, c'est aussi un rapport avec les mâchoires. Contractées, contractées.
 C: Vous pensez que les mâchoires se contractent ?
 E7: Oui, je pense. Chez moi, oui. Oui, je pense.
- c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui grincent ?
 E7: Ben, ça abîme les dents. Grave, je ne pense pas qu'on en meurt de ça, mais ça abîme les dents. Et les couronnes, parce qu'on a dû me changer la couronne à cause de ça.
- d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir les dents qui grincent ?
 E7: Ben, en fait, il faut mettre la gouttière. Je dois continuer à grincer.
 C : Est-ce que vous pensez qu'il y a d'autres choses à faire ?
 E7: Que la gouttière ?
 C: Oui
 E7: Euh, je ne sais pas. Je ne connais pas.
- e. C : Selon vous, comment soigne-t-on les dents qui grincent ?
 E7: Ben, c'est en mettant l'appareil. Je pense qu'on donne pas de calmant pour ça, pour les dents qui grincent. Mais peut-être que oui.
 C: ça peut arriver, quand c'est très, très fort.
 E7: Ah...

- 28- C : Est ce que vous pensez pouvoir faire quelque chose par vous-même pour améliorer la situation ?
 E7: Par moi-même? Par rapport à ce que je fais. Je ne sais pas. Qu'et-ce que je pourrais faire ? Je ne sais pas. Il y a toujours des choses à faire. Faire attention à la nourriture, peut-être.

2^{ème} sous-partie : Représentations cognitives sur la santé bucco-dentaire

- 29- C : Selon vous, Est-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?
 E7: Mmmh. Bonne santé générale. Oui, c'est possible. Quoi que, parce que ça agit quand même sur l'organisme. Si on mastique mal...Non, alors, non.
- 30- C : Pour vous, c'est quoi être en bonne santé bucco-dentaire ?
 E7: Ben, ne pas avoir de problème. Allez chez le dentiste comme je fais ces jours-ci. Pour faire le détartrage et c'est tout. Et puis à l'année prochaine.
- a. C : Pour vous, c'est quoi avoir des dents en bonne santé ? A quoi ressemble des dents en bonne santé ?
 E7: Ben les dent en bonnes santé, quand elles ne bougent pas, qu'il n'y a pas de caries. Qu'on peut mastiquer. C'est ça.

- b. C : Pour vous, c'est quoi avoir une gencive en bonne santé ? A quoi ressemble une gencive en bonne santé ?
E7: La gencive qui ne saigne pas, qui n'est pas inflammée ni enflée. Voilà.
- c. C : Pour vous, comment peut-on avoir une sensation de confort dans la bouche?
E7: Je ne me suis jamais posée la question. Quand on est bien, quand on n'a pas mal.
C : Est-ce que la salive peut aider à avoir une sensation de confort dans la bouche ?
E7: Oui, je pense que oui.
- 31- C : Pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?
E7: Ben, c'est quand on a des problèmes dans la bouche.
C : on peut avoir des problèmes où ?
E7: Ben les problèmes...mauvaise santé, mauvaise santé, c'est ça ?
C : Oui.
E7: C'est des problèmes quand on a mal, quand on a la bouche sèche. Tout ça. C :
Quand elles saignent, les gencives.
- 32- C : Pour vous à quoi ça sert d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?
E7: Pour moi, c'est important, personnellement.
C : Et ça sert à quoi ?
E7: Ben justement, pour avoir une bonne santé générale. Ensuite...
- a. C : Est-ce que ça sert pour parler ?
E7: Oh, oui, oui
- b. C : Est-ce que ça sert pour manger ?
E7: Oui
- 33- C : Pour vous, c'est important d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?
E7: Oui, bien sûr
- 34- C : Que faites-vous pour avoir une bonne santé bucco-dentaire ?
E7: Je fais toujours...je me brosse les dents c'est tout. Et je consulte le dentiste.

3^{ème} partie : Description du répondant et de son environnement

35- Date de naissance : 21 mai 1945

36- Niveau d'étude :Bac + 3

37- Dernier métier exercé : traductrice

38- Catégorie socio-professionnelle

39- Situation familiale : mariée avec enfant

40- Type de logement (maison/appartement/foyer de vie/ propriétaire/locataire)
Appartement propriétaire

41- Adhésion à une mutuelle : Oui

42- C : Avez-vous vécu dans différents pays pendant votre vie ? Si oui, lesquels et quand ?

E7: Oui. URSS ensuite, la Pologne. En France depuis 1962.

C : Quand vous étiez plus jeunes, dans les pays où vous étiez, il y avait des programmes à l'école pour la santé bucco-dentaire ?

E7: Non. J'ai pas souvenir.

43- C : Avec votre famille ou vos amis, comment se passent les repas ensemble, vous pensez à vos dents ?

E7: Jamais. Si je n'ai pas mal, je ne pense pas.

44- C : Est-ce que vous parlez de votre problème dentaire à vos amis ou /et à votre famille ?

E7: De mes problèmes dentaires. Je peux dire que j'ai mal aux dents. Quand j'ai mal aux dents ?

C : Quand vous avez mal aux dents ou que vous faites des traitements ?

E7: Oui. Avec les amis je ne pense pas. Avec la famille, oui.

45- C : Si vous avez de la famille ou des amis, comment vous aident-ils ? En quoi ils vous soutiennent ?

E7: Ben non.

C : Quand il y a des poses d'implants ?

E7: Ah, oui, mon mari est venu me chercher.

46- C : Consultation d'un médecin généraliste (oui/non/fréquence)

E7: Oui. Disons, ordonnance pour 3 mois. Sauf si j'ai un problème : grippe, angine.

47- C : Consultation d'un dentiste (oui/non/fréquence)

E7: Oui, 1 fois par an. Sauf si douleur ou si je pense avoir quelque chose.

48- C : Est-ce que le cabinet dentaire est loin de chez vous ?

E7: Non

49- C : Comment faites-vous pour y aller ?

E7: En bus, mais bon, je peux y aller à pied. Ce n'est pas loin.

50- C : Est-ce plus facile si quelqu'un est avec vous pour fixer le rendez-vous chez le dentiste ?

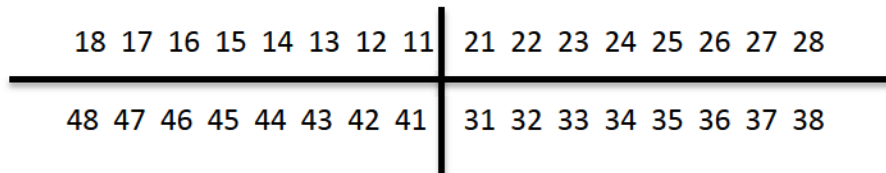
E7: Fixer moi-même. Non, non toute seule.

Entretien 8

Date : 13/08/2015 Lieu : Saint Jean de Luz

Pseudonyme : E8

Schéma bucco-dentaire selon les propos du répondant :



Commentaires :

Commentaire pendant la question 1 du GOHAI- E8 : Ben, j'ai été équipé. Donc, j'ai eu l'obligation de changer, de mettre plus de liquide que de dur. Donc, c'est permanent maintenant. Je l'ai intégré. (E8 parle d'une Prothèse amovible présente dans sa bouche).

1^{ème} partie : Etat de santé déclaré (questions fermées) :

- 1- C : Est-ce que vous avez des problèmes de santé bucco-dentaire actuellement ?
E8: Euh, non. Ça risque d'arriver. Rapidement sans doute. Vu ce qui c'est passé. Dès qu'une étape se termine, c'est l'ouverture d'une autre. (Rire)

- 2- C : Est-ce qu'il vous manque des dents ? Combien vous en manque-t-il ?
E8: Oui. Ouh, à, là, beaucoup.
(E8 enlève PAP maxillaire et mandibulaire : remplacement de 11 dents.)

- 3- C : Est-ce que vous avez fait remplacer les dents manquantes ?
E8: Oui

- 4- C : Est-ce que vous portez des prothèses ?
E8: Oui

- 5- C : Quel type de prothèses avez-vous en bouche ? Comment appelleriez-vous le type de prothèse que vous portez ?
E8: Comment j'appellerai le type de prothèse amovible. Déjà.
C: Est-ce que vous avez d'autres types de prothèses dans votre bouche.
E8: Non. Ah, oui, en bas, je pense qu'il a refait aussi. Mais je ne sais pas comment vous l'appellez ça.
C: C'est des couronnes ?
E8: Ça a été taillé et collé tout ça.
C: Bridge ou couronne. Ça dépend.

E8: Pas de bridge qui est entre 2 dents. Là c'est les 3 incisives. C'est un petit ensemble de 3 dents. Si vous voulez on peut le rechercher.

C : Oh, non, non. C'est juste comment vous le déclarez, vous. Et alors, vous, vous considérez que c'est des prothèses les dents de devant ou c'est vos dents ?

E8: Ce n'est pas mes dents. Elles sont un peu en dessous. Elles ont été utilisées comme pivot, si vous voulez pour coller un appareillage.

C : Vous, vous considérez que c'est plus un appareillage, même les petites dents de devant ?

E8: Oui, un appareillage. Oui. Vous savez, j'ai deux types : fixe et amovible.

6- C : Est-ce que vous avez (pensez avoir) des caries?

E8: non

C : Est-ce que vous avez eu des caries avant ?

E8: Oui

7- C : Est-ce que vous avez les gencives qui saignent (au brossage)?

E8: Non

C : Est-ce que vous avez eu la gencive qui saigne?

E8: Qui saigne, qui saigne, oui quand même

8- C : Est-ce que vous avez les dents qui bougent ?

E8: Non

C : Est-ce que vous avez eu les dents qui bougent?

E8: Oui

9- C : Est-ce que vous avez une sensation de bouche sèche ?

E8: Non

C : Est-ce que vous avez déjà eu une sensation de bouche sèche dans la bouche ?

E8: Non

10- C : Est-ce que vous avez des candidoses ou mycoses en bouche ?

E8: Non

11- C : Est-ce que vous avez mal aux dents actuellement ?

E8: Non, il n'y en a plus beaucoup. (Rire)

C : Vous avez mal avec la prothèse de temps en temps ?

E8: Non

12- C : Est-ce que vous voulez bien me dire si vous avez des soucis au niveau santé générale ? Si oui, lesquels ?

E8: Oui. Je suis en pré, mais en traitement pour un cancer prostate.

C : est-ce qu'il y a d'autres soucis ?

E8: Oui, diabète, diabète 2. Bon on va s'arrêter là. J'ai eu un angor, il y a une dizaine d'année.

13- C : Pensez-vous que votre santé bucco-dentaire a un impact sur votre santé générale ?

E8: Oui

14- C : Pensez-vous que votre santé générale a un impact sur votre santé bucco-dentaire ?

E8: Sans doute. Mais je ne peux pas l'identifier. Mais inconsciemment, je sais qu'il y a quelque chose. Dans l'alimentation c'est évident.

2^{ème} partie : Description de son propre état de santé bucco-dentaire, interprétation des symptômes et des causes, pronostic subjectif.

15- C : Comment jugez vous votre santé bucco-dentaire aujourd'hui ? Bien, pas bien ?

E8: Aujourd'hui, en fonction d'un passé que l'on oublie : bien

16- C : Est-ce qu'il s'est passé beaucoup de chose dans votre bouche ? Est-ce que vous voulez bien me les raconter ?

E8: Oui, Ah, Madame, chère amie, la route est longue....Alors qu'est-ce qui c'est passé. Ces caries quand j'étais gosse. Mais j'ai oublié. A l'époque, les médecins dentistes étaient assez musclés. Même brutaux quelque fois. Et...il y a eu des extractions. Qu'est-ce qui...bon c'est ça. En fait ça tourne toujours autour de caries-extractions, on remplace, on remplace, on remplace pas. On couronne aussi. Des dents qui ont été couronnées souvent. Et puis en dessous, souvent l'infection continuait, alors, il a fallu enlever. Et puis, mettre une petite prothèse et puis après une plus grosse prothèse. Voilà. C'est comme ça que je peux résumer. J'ai eu aussi un accident où j'ai cassé des dents. Ça été un cheminement inexorable. Aujourd'hui, je le vois comme ça. Aujourd'hui, j'espère être encore, et avoir un avenir encore assez ouvert pour qu'il continue à être inexorable !!

17- C : Selon vous, à quoi est dû tout ce qui vous est arrivé ?

E8: Pour moi, c'était du sucre ou une alimentation qui n'était pas saine de ce point de vu. Ou trop carnée ou trop sucrée. Je ne sais pas. Pour moi c'était...je n'étais pas un cas particulier. Tous mes copains, c'était à peu près la même chanson. « Où vas-tu ? » « Je dois aller chez le dentiste. » Vous savez, ce n'était pas dramatique mais il fallait aller chez le dentiste. ZZZZZ (E8 mime la turbine) A l'époque c'était presque à la pédale, vous savez. Pas loin, pas loin.

C : on a fait des efforts.

E8: C'est bien, c'est bien. Parfois je m'endors sur le fauteuil.

C : C'est bien, vous n'avez pas été traumatisé.

E8: Ah, je ne suis pas traumatisé du tout par le dentiste. Mais des fois, c'est vrai.. ; le Dr H. ça fait 2 ans que je suis ici. Avant j'étais chez un dentiste à H., il est parti à la retraite. Il était tellement doux, il était tellement apaisant, si vous voulez, j'étais dans un état, je m'endormais. Je somnolais. J'étais en paix avec moi-même.

18- C : Pensez-vous que les soins réalisés dans votre bouche vous ont aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E8: Oui

C : Est-ce que vous pensez qu'il y a d'autres choses qui vous ont aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire?

E8: Donc, il n'y a plus que la nutrition, après à côté de ça. Mais je n'ai pas tellement changé de nutrition. Même si je me fais reprendre souvent. Aujourd'hui, oui, quand même. Pour tout ce qui concerne la boisson, pour tout ce qui concerne les gâteaux. Tout ça. Oui, ça a joué, bien sûr ça a joué. Et puis comme je disais tout à l'heure, les dents fortes ne sont plus là et donc la mastication est diminuée d'autant. Alors on change de nourriture. Le poisson par exemple.

C : Et est-ce qu'il y a autres choses qui vous aident à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E8: Sais pas. Tout ce que j'entends à la radio, presse, ça non. Non

19- C : Que pensez-vous du message des brossages des dents tous les jours ?

E8: Ah, c'est un bon message. Mais. Mais il faut apprendre à brosser les dents aussi. Voilà. Il suffit pas de passer le truc. Et il faut y passer un peu de temps. Ca, je l'ai appris sur le tard.

20- C : Que faites-vous pour prendre soin de votre santé bucco-dentaire ?

E8: Eh, bien, je me nettoie les dents.

C : Vous le faites quand.

E8: Après le repas du midi et puis le matin. Attends, après le repas du midi, le matin et puis le soir.

C: Et vous passez que la brosse à dents ? Est-ce que vous utilisez du bain de bouche, des brossettes, du fils dentaire...

E8: Quand j'étais en traitement là. Pour la préparation, j'ai utilisé beaucoup de bains de bouche. Depuis que je suis appareillé, je n'utilise plus le bain de bouche.

C: Et pour nettoyer votre prothèse, vous avez quelque chose de spécial ?

E8: Brosse à dents

21- C : Comment pensez-vous que votre santé bucco-dentaire va être dans l'avenir ?

E8: Elle va dépendre du nombre de dents qui restent. C'est vrai, parce qu'il y a la prothèse et il y a l'accroche de la prothèse. Tout est là.

C : Donc, pour quelles raisons ?

E8: Là, je ne peux pas vous dire. Je ne connais pas suffisamment mon fonctionnement ultérieur. Mais, je pense que le fait qu'aujourd'hui je réduise le sucre et tout ça, je pense que ça peut être un élément favorable. Maintenant, définitif ou décisif, je ne sais pas.

22- C : Si vous pouviez changer votre bouche, comment serait-elle ?

E8: Ah, ben, elle serait éclatante. A la, la, le miracle !

C: Et par quels traitements ?

E8: Pour avoir.. ; ben écoutez on parle beaucoup aujourd'hui de clonage, on parle beaucoup de ce type...non, je sais que ma bouche est là.

C: Est-ce que vous voudriez changer votre bouche ?

E8: Oui, mais pour moi, je ne fais pas de... d'obsession de ce pont de vu. L'apparence, ça m'est assez égal.

1^{ère} sous - partie : représentations cognitives sur les maladies bucco-dentaires

23- Caries dentaires :

a. C : Selon vous, à quoi sont dues les caries ?

E8: (*Silence*) Ben je pense que c'est... bon, il doit y avoir aussi la production interne du corps. Mais c'est surtout dû à l'alimentation. Et bien entendu, dans mon cas, pas trop aux soins parce que toute ma vie j'ai gardé une certaine hygiène bucco-dentaire. Je lave les dents tous les jours, etc....peut-être pas bien. C'est pour ça que je disais, qu'il faut apprendre. Peut-être pas bien. Mais, je faisais ce qui se faisait. Je faisais ce qui se faisait. Il est difficile quand on a 15 ou 16 ans de s'imaginer ce que pense le professeur d'université sur ce thème.

C : Et quelles seront les données sur l'avenir? Et on a beaucoup changé aussi.

E8: Oui, on a beaucoup changé, on a beaucoup changé. Mais, aussi, l'alimentation est primordiale. Je pense.

b. C : Selon vous, par quel mécanisme la carie apparaît ?

E8: Il y a l'action extérieure sur l'émail. Et il y a l'action nerveuse aussi, de l'intérieur. Je pense.

c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir des caries ?

E8: Grave. Ben, on peut dire que oui à cette question. Ce n'est pas gravissime, mais c'est grave. Puisque ça déclenche toute une série de conséquence sur la mastication donc sur l'état de l'estomac, etc., etc.... C'est un déclencheur, quoi !

d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir des caries ?

E8: Je ne vais pas faire de l'humour facile (*Rire*)... Je vais vous dire une réponse banale : en ayant une bonne santé bucco-dentaire et en prenant soins de son alimentation. Mais là, il faudrait que nous soyons parfaits.

C : Ah !

E8: Ben oui, ben oui, il faudrait que nous soyons parfaits. Ne pas manger tout ça, pas trop de viande, et tout ce que j'ai dit.

e. C : Selon vous, comment soigne-t-on les caries ?

E8: Ah, moi, ce que je sais du soin de la carie : Zrououou (*E8 mime avec la main*), on descend et on bouche. Obturation. (*Rire*) Et après quand ça va pas Vummmm, on va plus bas vers le nerf...voilà.

24- La gencive qui saigne :

a. C : Selon vous, à quoi est due la gencive qui saigne ?

E8: A quoi est due la gencive qui saigneAlors là, c'est bien sûr le tissu de la mâchoire. Je pense que c'est une mauvaise attache de la dent sur la mâchoire.

- b. C : Selon vous, par quel mécanisme le saignement de gencive apparaît ?
E8: Par quel mécanisme... ben les chairs n'acceptent plus le corps qui, de naturel, devient un peu étranger et réagissent, se manifestent. Le cri d'alerte, c'est le saignement.
- c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir la gencive qui saigne ?
E8: Grave. Oui, puisque c'est un indice de mauvais fonctionnement.
- d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir la gencive qui saigne ?
E8: Bien, une bonne santé bucco-dentaire.
C : Qu'est-ce que vous appelez une bonne santé bucco-dentaire ?
E8: Tout ce qu'il faut pour que ça ne saigne pas. (Rire)
C : Et à votre avis, qu'est-ce qu'il faut faire ?
E8: Oh, là, là, qu'est-ce qu'il faut faire, dites-moi !! Ne pas trop parler (Rire) Non, je plaisante, je plaisante. Qu'est-ce qu'il faut faire pour que la gencive ne saigne pas. Ben il faut faire régulièrement des visites chez le docteur pour que si quelque chose doit, doit se déclarer pour essayer de le prendre à temps. Je pense que c'est ça ce que j'appellerai... soi-même on va réagir quand ça fait mal. Or, une visite périodique qui est conseillée toujours, hein, une visite périodique conseillée peut atténuer beaucoup ce phénomène.
- e. C : Selon vous, comment soigne-t-on la gencive qui saigne ?
E8: (Silence) Oh, il doit y avoir des pastilles à prendre, j'imagine. Mais...je vois pas trop ...d'application de crème, de choses comme ça...plutôt en agissant sur l'aspect circulation.

25- Les dents qui bougent :

- a. C : Selon vous, à quoi sont dues les dents qui bougent ?
E8: A quoi est dû les dents qui bougent ... Ben il y a 2 choses : la dent est fixée dans une cavité, la mâchoire. Donc ça peut venir de la mâchoire. Et euh, à contrario ça peut venir aussi d'un mauvais état de la dent.
- b. C : Selon vous, par quel mécanisme les dents se mettent à bouger, selon vous ?
E8: Par quel mécanisme... par la mastication. Si c'est des dents d'en bas, par le contact avec la dent supérieure
- c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui bougent ?
E8: Ben oui. Parce que ça, c'est le début de la perte de la dent.
- d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir les dents qui bougent ?
E8: Comment peut-on éviter... je vous l'ai déjà dit 20 fois, je ne vais pas vous le redire... Comment peut-on éviter (Rire) : en prenant une assurance pour que la dent ne bouge pas (Rire)
C : Ça n'existe pas encore, ça n'existe pas encore.

E8: Ah, ça va pas tarder. Vous allez réussir à trouver quelque chose. Non je ne sais pas comment on peut éviter... c'est toujours en respectant une hygiène de vie.

e. C : Selon vous, comment soigne-t-on les dents qui bougent ?

E8: Alors, ça, j'ai jamais eu trop... j'ai jamais été confronté à ce problème. Moi c'était plutôt la carie, et pis il fallait dégager tout ça. La dent qui bouge.... Je ne peux pas vous répondre.

26- C : La sensation de bouche sèche: non

27- C : Les dents qui grincent :

E8: Les dents qui grincent en mangeant peut-être, quand un morceau ripe ou comme ça.

28- C : Est ce que vous pensez pouvoir faire quelque chose par vous même pour améliorer la situation ?

E8: Ah, oui.

C : Quoi par exemple ?

E8: Respecter tout ce qui est une manifestation logique de bonne santé et qui est exprimé par le corps médical, agir sur ma santé générale. Oui, ça, ça ne tient qu'à moi. Mais voilà, quoi...

2^{ème} sous-partie : représentations cognitives sur la santé bucco-dentaire

29- C : Est-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E7: Ah, non. Pas longtemps tout au moins.

30- C : Pour vous, c'est quoi être en bonne santé bucco-dentaire ?

E8: Avoir ses dents. Et ne plus avoir mal aux dents

a. C : Pour vous, c'est quoi avoir des dents en bonne santé ? A quoi ressemble des dents en bonne santé ?

E8: Une dent en bonne santé....ça ressemble à quoi une dent en bonne santé... Bien innervée. Je ne vois pas autre chose. Après il y a l'apparence.

b. C : Pour vous, c'est quoi avoir une gencive en bonne santé ? A quoi ressemble une gencive en bonne santé ?

E8: Eh, ben, des gencives rosées, saines, dures.

c. C : Pour vous, comment peut-on avoir une sensation de confort dans la bouche?

E8: C'est la sensation que je n'ai pas (*Rire*)... Mais c'est ne pas savoir que l'on a une bouche, des dents, une langue, que tout fonctionne sans qu'on s'en aperçoive. C'est comme quand on marche dans la rue. Quand on marche dans la rue, par contre quand vous avez mal à l'épaule ou à la cheville, là vous sentez votre... En fait, c'est l'utilisation de la bouche qui dit bonne ou mauvaise santé.

- 31- C : Pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?
E8: Et ben, c'est ça. C'est avoir une bouche qui vous dit : « hop, n'oublie pas, je suis là ».
- 32- C : Pour vous à quoi ça sert d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?
E8: Ça sert à quoi...et, ben, de se sentir à l'aise dans son corps.
- a. C : Est-ce que ça sert pour parler ?
E8: Oui, bien sûr
- b. C : Est-ce que ça sert pour manger ?
E8 : *(Perdu dans ses réflexions)* Pardon, c'était une question.
C : Est-ce que ça sert pour manger ?
E8: Oui
- 33- C : Pour vous, c'est important d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?
E8: Ben, aujourd'hui. Oui, c'est important. Oui puisque je me suis équipé pour essayer de continuer pour que la machine puisse tourner un peu. Voilà.
- 34- C : Que faites-vous pour avoir une bonne santé bucco-dentaire ?
E8: Je vais chez le médecin.
C : Et vous avez aussi modifié votre façon de brosser vos dents ?
E8: Oui
C : Depuis combien de temps ?
E8: Ben depuis, là dernièrement. Avec, quand le chantier de rénovation a été lancé.
(Rire) Mais la rénovation, vous savez...il n'y a que l'assurance décennale *(Rire)*

3^{ème} partie : Description du répondant et de son environnement

- 35- Date de naissance : 27/06/1942
- 36- Niveau d'étude Bac +2
- 37- Dernier métier exercé : Chargé de relation entreprise à l'ANPE
- 38- Catégorie socio-professionnelle
- 39- Situation familiale : divorcé 3 enfants
- 40- Type de logement (maison/appartement/foyer de vie/ propriétaire/locataire)
Appartement, locataire
- 41- Adhésion à une mutuelle : Oui
- 42- C : Avez-vous vécu dans différents pays pendant votre vie ? Si oui, lesquels et quand ?
E8: Oui, En Ecosse, en Israël, en Suisse. Pendant la vie d'adulte.

C: Est-ce que vous pensez que ça a modifié la façon de voir votre bouche en allant dans d'autres pays ?

E8: Non

43- C : Avec votre famille ou vos amis, comment se passent les repas ensemble, est-ce que vous pensez à vos dents?

E8: Oui. Surtout avant. Quand il s'agit de choisir le menu. Pour moi, c'est devenu un souci. Oui. Si on me sort de la viande dure, etc., je ne vais pas apprécier. Alors, je vais faire semblant, « pas très bonne », vous trouvez toujours des astuces. Mais c'est parce que j'ai du mal à mastiquer. Donc j'y pense.

44- C : Est-ce que vous parlez de votre problème dentaire à vos amis ou /et à votre famille ?

E8: Avec ma compagne oui. Puisque nous en avons tous les deux. Nous avons le même dentiste.

45- C : Si vous avez de la famille ou des amis, comment vous aident-ils ? En quoi ils vous soutiennent quand vous avez des soins dentaires?

E8: Financièrement ?

CE8: Financièrement ou autres ?

Me soutiennent en m'écoutant, en me tolérant, en me ... Oui, ma compagne me soutient. Mais dans la vie en général c'est comme ça.

46- C : Consultation d'un médecin généraliste (oui/non/fréquence)

E8: Oui. Tous les 3 mois

47- C : Consultation d'un dentiste (oui/non/fréquence)

E8: Oui. Quand le besoin se fait sentir. Je n'ai pas encore inauguré l'étape prévention. Mais ... (*Rire*). Vous savez l'échéance est courte maintenant. Donc euh,

C: Ne dites pas ça, on ne sait jamais.

E8: Je crois savoir.

48- C : Est-ce que le cabinet dentaire est loin de chez vous ?

E8: Non, 300 mètres

49- C : Comment faites-vous pour y aller ?

E8: A pied

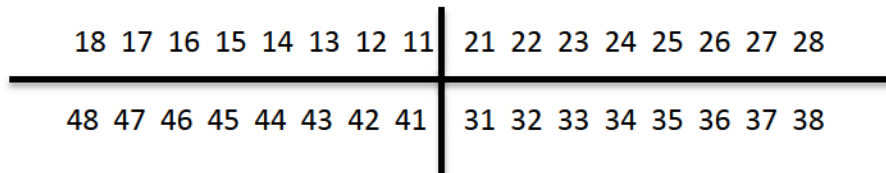
50- C : Est-ce plus facile si quelqu'un est avec vous pour fixer le rendez-vous chez le dentiste ?

E8: Oh, pfff. C'est-à-dire m'obligerait à...non.

Entretien 9

Date : 29/08/2015 Lieu : 91 Pseudonyme : E9

Schéma bucco-dentaire selon les propos du répondant :



Commentaires :

Commentaire pendant la question 2 du GOHAI- E9 : Très souvent, comme mastiquer une pomme. C'est à cause de mes appareils.

Commentaire pendant la question 11 du GOHAI- E9 : Parfois car j'oublie de les coller

1^{ème} partie : Etat de santé déclaré (questions fermées) :

- 1- C : Est-ce que vous avez des problèmes de santé bucco-dentaire actuellement ?
E9: Non
- 2- C : Est-ce qu'il vous manque des dents ?
E9: Oh, oui
C: Combien vous en manque-t-il ?
E9: J'en n'ai plus que 5 à moi. Alors euh... combien on en a en tout ?
C : 32
E9: Alors, il m'en manque 27.
(Rire)
- 3- C : Est-ce que vous avez fait remplacer les dents manquantes ?
E9: Oui j'ai 2 appareils. Qu'on enlève et qu'on remet.
- 4- C : Est-ce que vous portez des prothèses ?
- 5- C : Quel type de prothèses avez-vous en bouche ?
C : A part c'est 2 prothèses là, il qu'il y a d'autres prothèses en bouche ?
E9: Euh. Oui, là en haut il reste plus qu'une dent. Il doit y avoir une couronne. Une grosse dent au fond.
C : Avec une couronne.
E9: Mmmh.
- 6- C : Est-ce que pensez avoir des caries actuellement ?
E9: Oui.
C: Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?
E9: Ben, je les sens pas mais je les vois. Mes 2 dents là qui...j'ai 4 dents en bas, et quand je me lave les dents, me brosse les dents, il semble qu'en bas c'est un petit peu abimé. Il va falloir que j'aille voir le dentiste.
- 7- C : Est-ce que vous avez les gencives qui saignent au brossage?

E9: Non

C : Est-ce que vous avez eu les gencives qui saignent au brossage avant ?

E9: Non, jamais.

8- C : Est-ce que vous avez les dents qui bougent ?

E9: Eh, ben oui, justement, les 2 qui me semblent avoir des petites caries, elles bougent. Mais ma dentiste m'avait dit, y a 2 ans, qu'il faudrait que je les fasse extraire. Et du coup qu'il faudrait changer l'appareil. Parce que du coup, je n'aurai plus que 2 dents.

C : il faudrait changer les accroches.

E9: C'est ça, exactement.

9- C : Est-ce que vous avez une sensation de bouche sèche ?

E9: Non

C : Est-ce que ça vous est déjà arrivé ?

E9: Non, on ne peut pas dire que j'ai eu la bouche sèche.

10- C : Est-ce que vous avez des candidoses ou mycoses en bouche ?

E9: Non. Ce que j'ai eu c'est que des fois mon appareil du bas, il me gêne sur la gencive et ça me fait une petite boule. Donc j'avais acheté, euh, comme de la gomme, je ne sais pas si vous voyez ce que c'est ?

C : Non. C'est quoi

E9: Eh, ben, j'ai jeté la plaque. C'est une toute petite boîte rectangulaire. On dirait comme du chewing gum. Et je le colle sur l'appareil et du coup ça ne blesse pas ma gencive.

C : Ah bon. Ça existe dans le commerce ?

E9: Ah, oui, je dois avoir une boîte là.

C : Je ne connais pas

E9: Vous ne connaissez pas

C : Non

E9: *(E9 cherche une boîte mais ne trouve pas)* J'ai dû la jeter à la poubelle, excusez-moi.

C : Ce n'est pas grave.

E9: C'est une petite boîte rectangulaire comme ... et à l'intérieur c'est comme de la gomme, comme du chewing gum. Et vous prenez ce que vous voulez, et vous le mettez à l'intérieur de votre appareil. Ça colle l'appareil. Et du coup ça blesse plus la gencive.

C : Alors comment vous avez trouvé ça ?

E9: Ben, j'étais allée chez le pharmacien. Et je lui ai dit, euh, « mon appareil, il me blesse, vous n'auriez pas quelque chose ? » Il m'a dit « Si, si il y a de la pâte que vous pouvez mettre sur votre appareil. Et comme ça, ça vous blessera pas. » Parce que j'avais vraiment une petite boule. Et, du coup, je n'ai plus eu de petite boule parce que ça ne touchait pas ma gencive.

C: Il faudra que je trouve parce que vous êtes la 1ère à me parler de ça.

E9: Ah, c'est une petite boîte grande comme ça, c'est vert. Mais je ne sais plus comment ça s'appelle. On dirait un peu comme du patafix, vous voyez. Vous tirez

dessus, vous prenez ce que vous voulez et c'est malléable. Ça se met la forme qu'on veut. Vous le mettez où vous voulez sur votre appareil. Bien sec par contre. Il faut que ce soit bien sec pour que ça tienne par contre.

C : Et ça tient longtemps ?

E9: Moi, j'en mettais tous les matins quand j'avais mal, quand ça blessait un petit peu.

C: Et vous l'avez mis combien de temps ?

E9: Oh, je l'ai bien mis pendant 1 semaine et après je n'ai plus eu mal. Voyez, aujourd'hui j'en ai pas mis.

11- C : Est-ce que vous avez mal aux dents actuellement ?

E9: Non.

12- C : Est-ce que vous voulez bien me dire si vous avez des soucis au niveau santé générale ? Si oui, lesquels ?

E9: Je prends des médicaments pour le diabète. Je ne suis pas à l'insuline, que des cachets. Et puis, pour le cholestérol aussi et pour le ... le... la tension. Mais tout est régularisé par les médicaments. En somme tout est bon. Par les médicaments. Par contre, j'ai beaucoup d'arthrose : j'ai 2 hanches, deux prothèses de hanches. Et il m'en faudrait une au genou et je ne suis pas décidée. (*Rire*)

C : Et il y a des douleurs liées à l'arthrose ?

E9: Je prends du voltarène, mais j'essaie de ne pas en prendre tous les jours. Mais il n'y a que ça qui me soulage.

13- C : Pensez-vous que votre santé bucco-dentaire a un impact sur votre santé générale ?

E9: Moi, j'ai pas mal à l'estomac. C'est un mal que je ne connais pas. Donc, euh. Mais je pense qu'il y a des personnes... parce que c'est vrai qu'on ne mâche pas très bien. Moi je ne mâche pas très bien. On voit bien, j'aime manger que les aliments qui ne sont pas à mâcher en plus. Parce que, euh, voilà. Et puis je pense que mes appareils ne vont plus. Aussi, ils sont...par exemple, croquer dans une pomme, je ne peux pas. Par exemple manger des beefsteaks hachés, des yaourts, des crèmes. Tout ce qui est facile à manger, ça va.

C : Et quand vous avez eu vos appareils au début, vous arriviez à mieux mâcher ?

E9: Ah, oui, il me semble que... oui, il me semble que... j'ai eu du mal à m'habituer mais il me semble que je mâchais mieux. Ça fait déjà les 2^{ème} appareils. Alors si je rechange, ça fera le 3^{ème} appareils.

C : Vous avez commencé quand les appareils ?

E9: Piffff, je ne sais pas je devais avoir 45-50 ans. Ah, oui parce qu'on m'avait enlevé la, j'étais allée en clinique à Chevreuse ou Saint Rémy-les-Chevreuse, je ne sais plus. Un stomatologue qui m'avait enlevé 7 ou 8 dents d'un coup en bas.

C : Ça dû être quelque chose ?

E9: Oh, je...une anesthésie générale. Et après je n'ai pas du mal du tout. Même pas pris un doliprane. Ah, ouais, je n'en revenais pas. Moi qui n'aime pas les dentistes, j'avais peur.

C : Vous étiez tombée sur le bon.

E9: Je ne sais pas, mais c'était un stomato super. Et je ne voulais plus aller chez un dentiste me faire arracher une dent. Une fois, il y a un dentiste qui avait voulu m'arracher une dent. Pendant $\frac{3}{4}$ d'heure, il n'a pas pu m'arracher ma dent. Je transpirais de partout, j'ai bien cru que j'allais avoir un malaise. Et il a abandonné. Il m'a dit « bon, je vous envoie chez un stomato ». Depuis, quand j'ai une dent à arracher, même si ça devrait bien se passer, j'ai tellement peur que je vais chez un stomato. Avec un dentiste normal j'ai peur. Alors qu'il pourrait très bien me l'arracher. C'est parce que j'ai eu peur. Et pourtant c'était un dentiste qui m'en avait déjà arrachée. Mais là, il n'y arrivait pas, je ne sais pas pourquoi.

C : Ça arrive, certaines dents sont plus difficiles que d'autres.

E9: Je m'en souviens. C'est un souvenir, vraiment, je transpirais, je lui ai dit je vais avoir un malaise, je me sens pas bien. Il m'a dit, « bon j'arrête et je vais téléphoner à un stomato » J'ai été à Orsay, et ça c'est très bien passé. Et il m'a dit, il y en a 6 à arracher. Je vais vous les enlever toutes d'un même coup. Vous allez rentrer à l'hôpital à 13h, à la clinique de Chevreuse ». Et je sortais à 20h, et ça allait. Une anesthésie générale qui n'a pas duré longtemps. Ça j'ai peur, je n'aime pas aller chez le dentiste. C'est vrai, j'aime pas aller chez le dentiste.

C : Pour les extractions ou pour tout ?

E9: Pour tout. Pour tout.

C: Même quand vous faites les appareils ?

E9: Pour tout, même le détartrage. Quelle horreur !

C : Vous n'aimez pas ?

E9: Ah, là là

C: Et vous arrivez à en faire régulièrement un détartrage ?

E9: Ben là, il faudrait que j'en aie. Je n'ai pas été chez le dentiste depuis 2 ans. Mais il y a 2 ans, elle m'avait fait. Mais j'aime pas, je trouve que ça fait mal. Et puis moi, j'ai les dents très déchaussées donc ça fait mal.

C : Vous n'y est pas allé depuis 2 ans parce que vous avez peur ?

E9: Parce qu'il y a 2 ans, elle m'avait fait un devis pour mes appareils. Et je n'ai toujours pas pu le faire faire. Mais il va falloir que je le fasse parce que, quand même, je sens bien que je ne mange plus comme je mangeais avant à cause de mes dents. Et puis j'en ai 2 qui bougent. Si jamais elles tombent... je ne peux plus mettre d'appareil. Alors je ne suis pas jojo avec que 2 dents au milieu. *(Rire)* Je fais du théâtre, ils auront Dracula.

C: Ah, vous faites du théâtre ? Donc ça ne vous dérange pas pour parler ?

E9: Ah, non, ça ne me dérange pas pour parler. Non, non, ça ne me dérange pas pour parler. Mais, bon, quand même quand je n'ai plus d'appareil en bas, je ne parle pas pareil.

C : Ça change.

E9: Ah oui, ah oui.

14- C : Pensez-vous que votre santé générale a un impact sur votre santé bucco-dentaire ?

E9: Ça franchement, je n'ai jamais pensé. J'ai jamais pensé j'avoue. Pour ma santé générale, c'est vrai je prends des médicaments pour le diabète et tout ça mais, mais on ne peut pas dire que je sois malade. A part avoir été opéré des hanches, j'ai pas

de problèmes. Bon, je suis surveillée pour le diabète tous les 3 mois. C'est normal. Mais sinon, euh voilà. Non ça va.

2^{ème} partie : Description de son propre état de santé bucco-dentaire, interprétation des symptômes et des causes, pronostic subjectif.

15- C : Comment jugez vous votre santé bucco-dentaire aujourd'hui ? Bien, pas bien ?

E9 : Bon, vu que j'ai plus que 5 dents...(Rire). Bien et pas bien, parce que je devrais aller au moins aller me faire soigner les caries. Mais je sais qu'elle va me dire qu'il faut les arracher. Voilà. Et si elle me dit qu'il faut les arracher, ça veut dire faut refaire les 2 appareils. Moi je pensais que faire que celui du bas. Mais elle dit qu'il faut faire les 2.

C : C'est possible...

E9 : Parce qu'elle a dit qu'il faut qu'ils soient bien en face.

C : Voilà, qu'il s'emboite bien.

E9 : Voilà. Et les 2, de ma poche, ça fait quand même une somme assez importante. Mais bon, je vais être obligée d'y passer de toute façon.

C : Et donc, vous la jugez bien et pas bien.

E9 : Ma dentiste ?

C : Non, votre santé bucco-dentaire aujourd'hui ?

E9 : Ah, ben...je peux pas dire que je souffre des dents, hein, euh, c'est moi qui suis un peu négligente, plutôt, je dirais.

C : Pourquoi vous dites ça ?

E9 : Ben, parce que je devrais aller chez un dentiste. Déjà que pour le détartrage.

C : Avant vous aviez l'habitude d'aller faire régulièrement des détartrages ?

E9 : Non, jamais. Je vais chez la dentiste que quand j'ai mal ou quand j'ai un problème. J'aime pas... c'est pas que la dentiste, en général, j'aime pas aller chez les docteurs. J'y vais parce que ...en vieillissant, bon, j'ai eu le diabète à partir de 60 ans, 62 ans. Sinon, j'aime pas aller chez les docteurs. J'ai toujours peur qu'on m'annonce quelque chose. Ben là, c'est par exemple, c'est le fer mais ça peut être d'autres choses. J'aime pas, Voilà.

16- C : Est-ce qu'il s'est passé beaucoup de chose dans votre bouche ? Est-ce que vous voulez bien me les raconter ?

E9 : En ben, dans ma bouche, j'ai toujours eu...j'ai pas eu de très bonne dents. La preuve c'est qu'on m'en a arraché beaucoup. Hein ! Mais peut être aussi ma faute. J'ai peut-être trop attendue, hein, je pense, voilà. Et puis après, il a fallu me mettre des appareils. Quoi, voilà. On a voulu me mettre des implants mais c'est trop onéreux. Je ne pouvais pas. Et, bon la 1^{ère} fois que j'ai eu les appareils, j'ai eu du mal à m'y habituer. Je les enlevais souvent. Et puis, la 2^{ème} fois, je me suis dis : « bon allez, tu les enlèves pas ». Voilà. Et puis là, j'y suis bien habituée à mes appareils.

C : Ils ne vous gênent pas ?

E9 : Non, pas du tout.

C : Et alors, ça a commencé quand les histoires de... tout ça ça a commencé par quoi à votre avis ?

E9 : Et bien je pense que c'est après mes grossesses. Je ne sais pas. J'ai eu trois enfants assez rapprochés. Et je pense que ça a joué là-dessus parce que jeune fille, je .. Enfin, parce que jeune, je n'avais pas de problème de dents. Et c'est vrai qu'après, à partir de 30 ans, 35 ans, j'ai, j'ai, j'ai eu des problèmes de dents. Et je n'aimais pas aller chez le dentiste, donc j'y allais que quand j'avais une bonne rage de dents. *(Rire)* Et voilà.

C : Ça faisait vraiment mal.

E9 : Oui, ça faisait vraiment mal. Je mettais des clous de girofle, je mettais des... *(Rire)*. Oh, là, là ; là, là, là, là, là, là

C : Et tout ça ça a commencé par quoi ? Des caries, des dents qui bougent ?

E9 : Des caries, les caries.

C : C'est les caries qui ont commencé.

E9 : Les caries. Ouais.

C : Alors il y a eu les grossesses, avant ça allait.

E9 : Ben oui. Jusqu'à 30 ans, je n'ai pas eu de problème dentaire. Et puis après, ça c'est très vite dégradé. Puisque j'ai eu mes 1^{er} appareils vers, euh, 42- 43 ans. Je ne me souviens plus.

C : Ah, oui ça été rapide. Ça dû être difficile ?

E9 : Ben, oui. Oui et puis pour moi c'était prendre un coup de vieux en plus.

C : Beaucoup les gens le vivent comme ça, quelque soit l'âge.

E9 : C'était vraiment prendre un coup de vieux. Mais bon, on peut pas rester... et puis quand euh,... Une fois j'avais laissé mes appareils chez ma fille. Le matin, les avait bien passé au stéradent, tout ça. Puis on est parti et j'ai plus pensé. Mon dieu, quand je me mis dans la voiture sans appareil. ; Qu'est ce qu'on est moche ! On a fait demi-tour ! Surtout en haut, j'en ai plus. J'en ai qu'une, là. En bas, j'en ai encore 4, ça ne se voit pas trop. Mais en haut ça se voit bien.

C : Et votre fille, ne vous a rien dit. Elle n'avait pas vu.

E9 : Oh, ben, personne n'a rien vu. Il n'y avait que moi. Je n'avais pas dû parler. Parce que quand je parle, ça se, se, se serait vu. *(Rire)*

17- C : Selon vous, à quoi est dû tout ce qui vous est arrivé ? Non posée

18- C : Pensez-vous que les soins réalisés dans votre bouche vous ont aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E9 : Et ben, moi je pense que dans mon cas personnel, parce que moi, il faudrait que je change mes appareils. Il faudrait que les mutuelles et la sécu remboursent un peu plus. Voilà. Parce que c'est vrai que c'est... Et encore moi, je ne me plains pas j'ai une mutuelle qui est assez bonne. Mais, quand même, quand même.

C : Et est-ce qu'il y a d'autres choses qui pourrait vous aider ?

E9 : Ah ben, oui. Moi j'ai la peur du dentiste. Je ne sais pas ce qui pourrait m'aider. Il faudrait que je fasse un travail sur moi-même. *(Silence)* Et encore, maintenant, je trouve que ... parce que quand on lui dit : je veux être endormie, bon, ils nous endorment. Je me souviens quand j'étais jeune, plus jeune. Pour une carie, ils n'endormaient pas forcément.

C : D'où la peur et la douleur.

E9 : Voilà, exactement. Oui, c'est ça. *(Rire)*, c'est vrai.

19- C : Que pensez-vous du message des brossages des dents tous les jours ?

E9 : Oh, ben ça c'est bien. Même plusieurs fois par jours. Ah ben, oui, il faut, au moins après chaque repas. Moi, je trouve.

C : Vous l'avez fait toute votre vie, ça ?

E9 : Pas quand j'étais plus jeune. Non. Après, quand j'ai eu mes enfants. Je leur ai appris à se brosser les dents après chaque repas et du coup j'ai fait pareil. Voilà, c'est ça.

20- C : Que faites-vous pour prendre soin de votre santé bucco-dentaire ?

E9 : Ben, je me brosse les dents (*Rire*) Je me brosse les dents, je nettoie mes appareils. Ben c'est un peu tout ce que je fais. Et puis j'essaie de ne pas mordre dans des trucs durs : pas de pomme, pas de pain. Voilà.

C : Parce que ça fait mal ou parce que...

E9 : Non, alors. Par exemple, l'autre jour j'étais chez des amis à l'apéritif. Bon, j'ai voulu manger des cacahuètes. Mon dieu. J'en avais pleins le haut des gencives et tout. Ça colle à l'appareil, et tout ça colle partout. Il y a des choses comme ça, qu'on ne doit plus manger quand on a des appareils. Quand même, Je trouve.

C : Même si on peut les manger...

E9 : Ou alors c'est parce que mes appareils ne sont plus assez adhésifs à mes gencives. Peut-être. Et c'est vrai que je vais manger des cacahuètes. Là je parle de cacahuètes parce que ça m'est arrivé. J'étais pas chez moi, j'ai demandé à aller à la salle de bain. J'ai posé mes appareils, je les ai rincés. Je me suis fait un bain de bouche comme j'ai pu. Mais, j'ai craché pleins de morceaux de cacahuètes qui étaient restés collés. Qu'étaient pas mâchés-mâchés. Alors je me suis dit : « plus de cacahuètes ».

C : Vous aimez les cacahuètes ?

E9 : Oui, ben oui. J'aime tous ce qu'il ne faut pas. En général

C : Et pour prendre soin de votre santé bucco-dentaire, est-ce que vous faites d'autres choses ? Est-ce que vous avez l'habitude de bain de bouche...

E9 : Oui, ça m'arrive de faire des bains de bouche à l'Hextril. Oui, ça m'arrive. (*silence*) Moins, moins, depuis que je mets cette gomme. Parce que, avant quand j'avais cette petite boule, ça m'inquiétait un peu quand même. Et c'était juste que ça frottait un petit peu. C'est tout.

C : C'est des frottements. Nous on appelle ça des petites ulcérations. Ce qu'il faut c'est les faire vérifier.

E9 : Alors, je me suis dit on va voir si ça passe. Et puis ça c'est atténué. J'ai plus rien du tout. Et ça faisait bien une petite boule, comme le bout du stylo.

C : C'est comme les cloques de chaussure. Il faut faire vérifier.

E9 : C'est bien la gomme, vous verrez.

21- C : Comment pensez-vous que votre santé bucco-dentaire va être dans l'avenir ? Pour quelles raisons ?

E9 : Ben, alors là dans l'avenir, euh. De toute façon, j'ai pu que 5 dents. J'espère les garder. Mais je sais que je ne les garderai pas. Parce que le dentiste m'avait dit il y a 2 ans, il faudrait enlever tous ce qui vous reste et vous mettre un appareil complet. Mais ça, ça me fait un petit peur et j'ai peur que ça tienne pas un appareil complet.

Si ? En bas ? Si peut être que ça tient en bas ? En haut, je suis presque à l'appareil complet puisque je n'ai plus de dents. Mais ça fait ventouse en haut.

C : Ça fait plus facilement ventouse en haut qu'en bas. Mais si vous avez, la pour l'instant vous mettez de la colle sur celui du bas ?

E9 : Non, il tient.

C : À mon avis ça devrait tenir. Parce que les dents sur lequel elle accroche, elles n'accrochent plus si bien que ça. Ça veut dire que vous avez de la crête osseuse sur lequel tient l'appareil. Ce devrait quand même tenir. Après, peut-être qu'il faudra un peu de colle. E9 : Ça j'y ai pensé. Il va falloir que je le fasse.

C : Vous pensez que vous serez mieux.

E9 : Oui.

C : Alors, comment vous pensez que ça va être dans l'avenir ?

E9 : Je pense que ce sera mieux si j'ai 2 appareils nouveaux.

C : D'accord, même si vous perdez vos dents ?

E9 : Ben, si j'ai pas le choix...

C : Vous préférez...

E9 : Vous savez en haut, je ne me rends pas compte que ce n'est pas mes dents. J'y suis habituée. Je ne me rends pas compte que je n'ai plus de dents en haut. Je m'en rends compte dans la glace quand je me vois sans dents, quand même. Mais sinon, je ne m'en rends pas compte. Donc, je me dis qu'en bas ce sera pareil.

C : Il y a de fortes chances.

E9 : Par contre, quand j'ai été opérée de mes hanches, j'avais dit : « vous ne venez pas me voir avant 48 heures » Parce qu'on a pas le droit de mettre ses appareils. Alors, je me disais « A mon dieu, la honte ». Alors j'avais dit à tout le monde « Personne ne vient me voir avant 48 heures ». *(Rire)* Je ne voulais pas qu'on me voit sans dents. Mais ils ont raison, parce que... je ne sais pas pourquoi ils ne veulent pas....Oui je pense que ce sera mieux si j'ai 2 appareils. Je pourrai mieux manger déjà. C'est vrai que parfois, j'aimerais bien manger une pomme. Alors une pomme, si j'en mange mais je la coupe et avec une cuillère je la râpe. Parfois, il faut que je fasse des toutes petites tranches pas épaisses comme on fait sur les tartres. Sinon, ça me gêne.

C : Sinon, ça vous gêne

E9 : Ouais.

22- C : Si vous pouviez changer votre bouche, comment serait-elle ?

E9 : Oh, là, là ben j'aimerais avoir des dents plus jolies. Parce que je trouve que mes appareils, euh... c'est pas très joli en bas. Et en haut, je trouve qu'il va de travers. Vous voyez ?

C : Oui, je vois c'est moins régulier.

E9 : Ouais !

C : Par quels traitements vous ferez ça ?

E9 : J'espère que si je change d'appareil, ils seront mieux. La couleur des dents et puis, euh, je ne sais pas pourquoi il va un peu sur le côté celui d'en haut. Ouais.

C : Ça il faut que vous en parliez car elle peut agir là dessus avec le prothésiste.

E9 : Mais là, là, c'était... j'avais fait faire cet appareil, il y a bien 15 ans. Et c'était dans un centre de ma mutuelle à Paris. Alors que maintenant, je vais ici aux Ulis. Mais je

lui en parlerai, je lui dirai : « là je trouve que j'ai les dents qui font un peu comme ça ».

C : Donc en refaisant vos appareils, vous pourriez changer votre bouche ?

E9 : Oui. Enfin changer, c'est un grand mot. Mais déjà avoir en bas, la même couleur. Parce que déjà là, je n'ai pas les dents de la même couleurs.

C : Est-ce que vous avez eu les dents qui grincent ?

E9 : Toute jeune, j'avais les dents qui grinçaient la nuit.

1^{ère} sous - partie : représentations cognitives sur les maladies bucco-dentaires

23- Caries dentaires :

a. C : Selon vous, à quoi sont dues les caries ?

E9 : Ben je pense qu'on manque de soins, peut-être. Peut-être qu'à l'époque, je me brossais moins les dents. Et puis je mangeais peut-être plus de sucrerie aussi. Je pense.

b. C : Selon vous, par quel mécanisme la carie apparaît ?

E9 : Oh, moi, je vois une fois que c'est arrivé. Ou je le sens, j'ai mal. Pour le moment, je vois que c'est un peu abimé en bas, donc je me dis qu'un moment ça va me faire mal, donc tu vas être obligé d'aller chez le dentiste.

C : A votre avis, qu'est-ce qui se passe pour que ce soit abimé comme ça,

E9 : Eh bien, je n'en sais rien. Je vous avoue que je ne sais pas.

c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir des caries ?

E9 : Ben, oui quand même. Parce que je pense que tout débute par là, hein, souvent.

d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir des caries ?

E9 : Ah ! Je ne sais pas. J'ai toujours entendu dire qu'il ne fallait pas manger de sucrerie

C : Oui

E9 : Et bien, un bon nettoyage des dents. Une bonne hygiène. Une bonne alimentation équilibrée aussi, peut-être, je ne sais pas, je ne sais pas

e. C : Selon vous, comment soigne-t-on les caries ?

E9 : Ben, par les plombages (*Silence*) Euh, par les plombages et parfois ils mettent une couronnes par dessus. Pour moi, il y a que ça les plombages et les couronnes. J'ai jamais eu...Ah, si j'avais eu une dent sur pivot. *Silence*. Que j'ai avalé d'ailleurs. Que j'ai avalé sans m'en rendre compte. Et puis le soir, en me lavant les dents « oh ben tiens il me manque une dent ». Oh, mon dieu ! Donc, catastrophe, j'ai téléphoné à mon docteur à 8h du soir. Il m'a dit « vous inquiétez pas, » « Et si ça me perfore l'estomac. » « Mais non vous l'a retrouverez dans vos selles ». Alors, je surveillais un peu mes selles mais je n'ai pas vu de dents. Et puis, alors là, c'était marrant. 15 jours après, je passais une radio de contrôle de mes hanches que j'avais opéré. Et là, il me dit, le radiologue, « Vous avez un plaque dans le ventre » j'ai dit « non j'ai jamais été opéré du ventre » « Ah si Madame vous avez un plaque dans le ventre » « Ah, j'ai dit non » Et puis d'un seul coup j'ai dit « Ah, c'est peut-être la dent sur pivot que j'ai avalé » Rire. Et c'était ma dent sur pivot. Il m'a dit « Elle est dans vos intestins,

Madame, faites attention. Il faut que vous la fassiez enlever car sinon elle pourrait perforer vos intestins » Et alors, j'ai surveillé mes selles et tout. Et 3-4 jours après ma dent, elle est sortie. Non mais quelle histoire ! Ça c'était une histoire. Il a rigolé le radiologue.

24- La gencive qui saigne :Non

25- Les dents qui bougent :

a. C : Selon vous, à quoi sont dues les dents qui bougent ?

E9 : Ben, parce qu'elles doivent se déchausser. Moi je sais que celle là, elle est très déchaussée.

C: Qu'est-ce que c'est pour vous le déchaussement ? Comment vous expliquez ?

E9 : Ben, ça, je .. moi je dis c'est peut-être la vieillesse. Je dis ça, mais je ne sais pas.

b. C : Selon vous, par quel mécanisme les dents se mettent à bouger ?

E9 : Ben si ça se déchausse, c'est peut-être moins enfoncé... J'avoue que je ne me suis jamais posé la question. Je ne sais pas.

c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui bougent ?

E9 : Ben oui, parce qu'elles peuvent tomber.

d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir les dents qui bougent ?

E9 : Ah, bonne question. Alors ça je ne sais pas parce que si je savais.... (Rire) Celle là, elle bouge un petit peu.

e. C : Selon vous, comment soigne-t-on les dents qui bougent ?

E9 : Je ne sais pas, on doit les consolider...par en bas. Je ne sais pas, j'avoue, je ne sais pas. Vous voyez, on est ignorant.

26- La sensation de bouche sèche: Non

27- Les dents qui grincent :

E9 : Alors plus maintenant. Mais quand j'étais plus jeune. Même mariée, mon mari me disait la nuit « tu es pénible tu grinces des dents »

C : Avec ou sans les appareils, ça a fait une différence ?

E9 : Ben, avec les appareils je ne grince pas. Donc c'est quand j'avais pas d'appareil. Je suis une nerveuse, quand même, je suis une nerveuse.

a. C : Selon vous, à quoi sont dues les dents qui grincent ?

E9 : Ben, justement je fais un rapport avec quand j'étais angoissée ou je m'énervais...un truc comme ça. Pourtant, la nuit, je dormais. Et même jeune, mes parents me disaient que je grinçais des dents.

b. C : Selon vous, par quel mécanisme le grincement des dents apparaît ?

E9 : Ben, je ne sais pas non plus. Pourquoi on se frotte les dents ? Ça je ne sais pas non plus pourquoi on se frotte les dents. C'est psychique. (*Rire*). Non mais je ne sais pas. Je dis ça mais j'en sais rien.

c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui grincent ?

E9 : Ben ça doit les user quand même.

d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir dents qui grincent ?

E9 : Je ne sais pas

e. C : Selon vous, comment soigne-t-on les dents qui grincent ?

E9 : Ben, j'avoue que je ne sais pas non plus parce qu'on ne m'a jamais soigné pour les dents qui grinçaient.

C : Est-ce qu'il y a des dentistes que vous avez vu quand vous étiez jeunes et qui ont...

E9 : Ben, non parce que quand j'étais jeune, je n'avais pas de problème de dents. J'ai du aller chez le dentiste la 1ere fois à 30 ans.

C : Avant vous n'y étiez pas allé.

E9 : Non, je n'ai jamais eu de carie étant jeune.

28- C : Est ce que vous pensez pouvoir faire quelque chose par vous même pour améliorer la situation ?

E9 : Oui, allez chez le dentiste. Ça c'est sûr. Ça c'est sûr, il faudrait que j'aille chez le dentiste.

C : Et est-ce que vous pensez qu'il y a d'autres choses que vous pouvez faire chez vous ?

E9 : Moi, j'avais pensé m'acheter du fil dentaire pour, euh, entre les dents. Entre les peu de dents qui me restent. Mais je ne sais pas, est-ce que ça ne m'abimerait pas les dents ? Non, ça ne mes les abimerait pas?

C : Vous avez essayé les brossettes interdentaires ? On ne vous en a jamais parlé ?

E9 : Non. Ça c'est bien aussi.

C : quand on a de l'espace entre les dents, c'est bien, il faut que vous en parliez avec votre dentiste.

2^{ème} sous-partie : représentations cognitives sur la santé bucco-dentaire

29- C : Est-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E9 : Je pense que non. Pour les gens qui ont des dents. Parce que quand on a des appareils, finalement, on a pas beaucoup de dents donc la santé dentaire elle est minime

30- C : Pour vous, c'est quoi être en bonne santé bucco-dentaire ?

E9 : Ben, c'est ne pas avoir mal aux dents. Ne pas avoir mal aux dents. Pouvoir manger ce que l'on veut. Et puis allez au moins 1 fois par an chez le dentiste pour faire une vérification. Ce que je ne fais pas. (*Rire*)

a. C : Pour vous, A quoi ressemble des dents en bonne santé ?

E9 : Des dents en bonne santé c'est des dents qui ne sont ni déchaussées, qui n'ont pas de caries, euh qui sont pas usées. (*Silence*) Oui, voilà. Et qui ne font pas mal, bien sûr.

b. C : Pour vous, ça quoi ressemble une gencive en bonne santé ?

E9 : Alors, une gencive en bonne santé, qui n'est pas enflammée, qui n'est pas rouge. Je n'ai jamais eu de problème de gencive, alors, je ne sais pas trop. J'ai ma fille par contre, euh... Oui. Je ne sais pas trop. Qui n'est pas trop enflammée, pour moi c'est tout. Mais il y a sûrement d'autres choses.

c. C : Pour vous, comment peut-on avoir une sensation de confort dans la bouche?

E9 : Ben, quand... une sensation de confort. Ben, quand on peut déjà tout manger. Quand on a pas les dent qui gênent ou les appareils qui gênent. Et puis quand on a pas la bouche, pas la bouche sèche aussi. Moi je n'ai pas ce problème. Mais il doit en avoir qui ont certainement ce problème. Je pense que voilà. Pour moi, c'est ça le principal.

31- C : Pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E9 : Ben, c'est par exemple, ne plus avoir de dents et ne pas les faire remplacer. Ou avoir les dents abimées et ne pas aller chez le dentiste. J'en fais un petit peu partie de ceux-là. Et une mauvaise santé bucco-dentaire... euh, ben de ce fait si on a des dents abimées et qu'on ne les fait pas soigner, on ne mange plus donc ça joue sur tout. Ou on ne mange que liquide et ce n'est pas bon non plus.

32- C : Pour vous à quoi ça sert d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E9 : Ben parce que comme vous dites, une bonne santé bucco-dentaire, ça joue sur la santé générale. Donc pas de problème d'estomac pour faire passer les aliments. Pas de problèmes d'intestins. Le moral aussi parce qu'on peut manger n'importe quoi aussi. C'est important aussi.

C : Ça joue sur le moral.

E9 : Ben je trouve que oui. Ah, oui, ça joue sur le moral. Parce que moi, je vois quand je veux manger quelque chose et que je ne peux pas le manger, ça m'énerve. (*Rire*)

a. C : Est-ce que ça sert pour parler ?

E9 : Certainement parce que je pense que... moi si je n'avais pas l'appareil, avec toutes les dents qui me manquent, j'aurais des problèmes pour parler. Ça c'est sûr. Oui, je pense

b. C : Est-ce que ça sert pour manger ?

E9 : Ben aussi, oui. S'il faut manger que des purées et des compotes. Oui

33- C : Pour vous, c'est important d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E9 : Et oui. Je reconnais que c'est important. C'est pas pour autant que je le fais, mais je reconnais que c'est important.

C : Mais vous, allez quand même... là votre difficulté c'est que vous avez une décision à prendre.

E9 : Oui, là j'ai une décision à prendre et qu'est pas facile à prendre parce que financièrement c'est un peu lourd.

C : Mais depuis 40 ans, vous avez fait des choses.

E9 : Mais c'est que je ne voulais pas rester sans dents.

C : Est-ce que ça vous est déjà arrivé de passer du temps sans dents ?

E9 : Oui. Et à l'époque je faisais partie d'une chorale, alors je ne vous dis pas. Pendant 1 semaine, je n'ai pas été à la chorale.

C : C'était le temps du traitement ?

E9 : Non, c'est qu'on m'avait pas mis d'appareil provisoire. J'ai pas compris pourquoi d'ailleurs. En haut j'avais, mais pas en bas. Il y avait eu un problème, mais je ne sais plus ce qu'il y avait eu. C'était embêtant.

34- C : Que faites-vous pour avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E9 : Je me nettoie les dents. Brossage des dents. Bain de bouche de temps en temps. (*Silence*) Et je devrais, je dis bien au conditionnel-futur, allez chez le dentiste.

C : Et votre prothèse, comment vous en prenez soins ?

E9 : Ma prothèse je la brosse tous les jours. Et une fois par semaine, je la fait tremper dans du stéradent. Je ne sais pas si c'est bien. A chaque fois que je me brosse les dents, je brosse la prothèse.

3^{ème} partie : Description du répondant et de son environnement

35- Date de naissance 15/04/1944

36- Niveau d'étude bac

37- Dernier métier exercé : comptable

38- Catégorie socio-professionnelle

39- Situation familiale : veuve + 3 enfants

40- Type de logement (maison/appartement/foyer de vie/ propriétaire/locataire)
Appartement locataire

41- Adhésion à une mutuelle : oui

42- C : Avez-vous vécu dans différents pays pendant votre vie ? Si oui, lesquels et quand ?
E9 : Non

43- C : Avec votre famille ou vos amis, comment se passent les repas ensemble?
E9 : Ah, très bien
C : Est-ce que vous pensez à vos dents pendant les repas ?

E0 : Non. Si, quand je peux pas manger ce que mange les autres. Par exemple quand c'est un bourguignon, je suis obligée de couper la viande en tout petits morceaux. Je suis obligée de faire attention. Mais sinon, non.

C: Vous faites attention sur certains plats.

E9 : Voilà, c'est ça.

44- C : Est-ce que vous parlez de votre problème dentaire à vos amis ou /et à votre famille ?

E9 : Bah, oui. Oui

45- C : Si vous avez de la famille ou des amis, comment vous aident-ils ? En quoi ils vous soutiennent?

E9 : Ben oui, ils me disent qu'il faudrait que je change mes appareils. Ça c'est sûr. Mais personne ne me dit qu'ils vont le payer. *(Rire)*.

46- Consultation d'un médecin généraliste (oui/non/fréquence)

E9 : Oui, tous les 3 mois.

47- Consultation d'un dentiste (oui/non/fréquence)

E9 : Ben oui mais ça fait 2 ans que j'ai pas vu.

C : Et avant, vous le voyez quand ?

E9 : En règle générale, je vais quand j'ai mal ou j'ai un problème. Je devrais y aller tous les ans , j'y vais pas tous les ans.

48- C : Est-ce que le cabinet dentaire est loin de chez vous ?

E9 : Non

49- C : Comment faites-vous pour y aller ?

E9 : A pied ou en bus

50- C : Est-ce plus facile pour vous si quelqu'un est avec vous pour fixer le rendez-vous chez le dentiste ?

E9 : A non. J'aime prendre moi-même mes décisions.

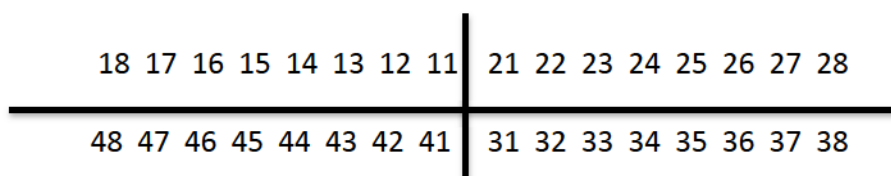
Entretien 10

Date : 07/10/2015

Lieu : 91

Pseudonyme : E10

Schéma bucco-dentaire selon les propos du répondant :



Commentaires :

Commentaire pendant la question 11 du GOHAI- E10 : Et en fait, c'est pas dentaire. C'est plus les gencives et tout ça.

Commentaire pendant la question 12 du GOHAI- E10 : C'est pas...c'est ni chaud, ni froid, ni sucré. C'est plutôt acide. Acide ou astreignant. Ou les noix, quelques fois des graines... des graines. Mais pas des pistaches. Les pistaches, ça ne me gêne jamais. Mais les noix, oui. C'est l'acide. C'est vraiment l'acide.

1^{ème} partie : Etat de santé déclaré (questions fermées) :

1- C : Est-ce que vous avez des problèmes de santé bucco-dentaire actuellement ?

E10 : Euh. Comment on pourrait dire. D'une façon générale, euh, toujours à surveiller. C'est ça que je pourrai dire. Toujours à surveiller.

C : Toujours à surveiller. Mais est-ce que vous considérez que vous avez des problèmes actuellement.

E10 : Non, j'appellerai pas ça des problèmes.

2- C : Est-ce qu'il vous manque des dents ? Combien vous en manque-t-il ?

E10 : Oui. Euh, Sagesse. Les 4. En manque, en vrai. Je n'ai pas toutes mes vraies dents (*Rire*) Il y a quelque chose en place.

C : Donc en fait, s'il y a eu des dents qui manquent, elles ont été remplacées ?

E10 : Oui, c'est ça. C'est quelle est la question ? Est-ce que j'ai toutes mes vraies dents ?

C : Mais est-ce que... Mais vous portez des prothèses ?

E10 : Des implants. J'ai 2 dents implantées.

C : Est-ce qu'il y a d'autres types de prothèses ?

E10 : Ben des couronnes. Je ne sais pas si ça s'appelle des prothèses. Mais ça, combien y-en a ? Ça je ne sais pas. Je ne sais pas parce que c'est sur du long terme.

C : Et alors, est-ce que les prothèses, comme ça, implants, couronnes, est-ce que c'est vos propres dents ou pas ?

E10 : Les couronnes, c'est mes dents. Les implants, c'est pas mes dents.

C : Pour quoi il y a une différence ?

E10 : La sensation n'est pas la même. La sensation...euh, dans certains cas de mâchage. Dans certains cas. Et au brossage. C'est clair.

C : Et les implants, c'est récent ?

E10 : Oui, c'est récent. Les implants, on va dire que les implants ils ont 6 mois maintenant.

C : Et les couronnes ?

E10 : Euh, des années...des années.

3- C : Est-ce que vous avez fait remplacer les dents manquantes ?

4- C : Est-ce que vous portez des prothèses ?

5- C : Quel type de prothèses avez-vous en bouche ?

6- C : Est-ce que vous pensez avoir des caries ?

E10 : Non, je ne pense pas.

C : Est-ce que vous en avez eu ?

E10 : Beaucoup. Beaucoup, avec des sortes de pics.

7- C : Est-ce que vous avez les gencives qui saignent (au brossage) ?

E10 : Facilement.

C : Il y avait déjà avant ?

E10 : Oui

8- C : Est-ce que vous avez les dents qui bougent ?

E10 : Oui.

9- C : Est-ce que vous avez une sensation de bouche sèche ?

E10 : Euh. Non

C : Est-ce que vous avez déjà eu une sensation de bouche sèche dans la bouche ?

E10 : Oui. Et quand ? Pourquoi ? Ça très clairement...

C : On en reparlera.

10- C : Est-ce que vous déjà eu avez des candidoses ou mycoses en bouche ?

E10 : A mon avis, oui. C'est assez lointain. Mais, oui.

C : Est-ce que vous grincez des dents ?

E10 : Je n'en ai pas conscience. Je serre des dents, je serre des dents.

C : Peut-être qu'on en reparlera.

E10 : Je serre des dents, ça c'est clair. Grincer des dents ? Et puis J. (*Epoux de E10*) ne me l'a jamais dit.

11- C : Est-ce que vous avez mal aux dents actuellement ?

E10 : Non

12- C : Est-ce que vous voulez bien me dire si vous avez des soucis au niveau santé générale ? Si oui, lesquels ?

E10 : Euh, et bien il y a eu le cancer qui a été un bon choc à cause des chimios.

Qu'est-ce qui pourrait avoir eu un impact ? Est-ce que la maladie de Lyme aurait pu ?

C'est un gros traitement antibiotique. Même chose pendant 3 à 4 mois. Une fatigue énorme, énorme. Mais de façon consciente pour moi c'est vraiment les grossesses qui sont néfastes pour les dents. Mais ce n'est pas une maladie. *(Rire)*. Ça se paye !

C: Sinon, vous prenez des médicaments ? Des choses ou autres ?

E10 : Non, rien du tout.

13- C : Pensez-vous que votre santé bucco-dentaire a un impact sur votre santé générale ?

E10 : Non, comme ça je ne pense pas.

14- C : Pensez-vous que votre santé générale a un impact sur votre santé bucco-dentaire ?

E10 : Oui, ça oui.

2^{ème} partie : Description de son propre état de santé bucco-dentaire, interprétation des symptômes et des causes, pronostic subjectif.

15- C : Comment jugez vous votre santé bucco-dentaire aujourd'hui ? Bien, Pas bien

E10 : Euh, on va dire : correct. Correct à passable.

C : Correct à passable.

16- C : Est-ce qu'il s'est passé beaucoup de chose dans votre bouche ? Est-ce que vous voulez bien me les raconter ?

E10 : Alors, beaucoup de caries enfant. Des dévitalisations enfants. Très douloureuses. C'est un souvenir impérissable. Sans rien.

C : Sans anesthésie.

E10 : Oui. C'est sévère. Ouh, aie, aie. Donc extraction de dents de sagesse. Et puis des caries, de façon récurrentes. Des soins, avec tout ce qui faut qui sont désagréables. Et puis des dents qui se cassent un peu. Je dois avoir au moins 3 histoires de dents qui ont cassé. La dernière remontant à 3 ans. Mais j'en ai eu 2 autres, avec Dr O.

C : Est-ce que ça continue ?

E10 : Non, apparemment non.

C : Est-ce qu'il y a eu un moment, un phénomène déclenchant qui fait qu'il y a un passé et un présent ? Parce que aujourd'hui, il n'y a pas de caries

E10 : Alors, il y a eu tout l'épisode gencive. Je n'ai pas parlé de la gencive. Alors, là ça a commencé il y a 25 ans. Les curetages....Les gencives qui sont tout à fait enflammées et puis qui se rétractent. Et les spécialistes qui vous font des curetages. Voilà. Tous les 8 ans. Avec un fréquence à 8 ans. Et maintenant, un suivi régulier, bi-annuel.

C: Et ce suivi régulier bi-annuel, il est depuis combien de temps ?

E10 : 4 ans. Et oui, et puis les greffes et puis les implants. Je ne parle pas du présent.

C : Une impression qu'il y a toujours eu quelque chose.

E10 : Oh, ouais. *(Rire)*

C : Il n'y a pas eu de changement.

E10 : Ben ça c'est transformé. C'est passé des dents aux gencives, aux palais, tout autour. Sauf les implants, c'était de nouveau les dents. Mais, ouais, quand ça a basculé. Quand ça allait mieux pour les dents, ça a basculé sur les gencives.

C : Okay. Et il y a un moment. On pourrait situer historiquement ce basculement ou pas ?

E10 : Euh, oui. Les histoires de caries, c'est la jeunesse, l'extrême jeunesse, les enfants. Donc, la gestation, mais la fatigue de la jeune mère. Puis ça se tasse. Mais très vite sont arrivés les problèmes de gencive. J'avais sûrement encore quelques caries ou des couronnes à faire. Et puis, ça a basculé sur les gencives.

17- C : Selon vous, à quoi est dû tout ce qui vous est arrivé ?

E10 : Euh, alors. A quoi ? Euh... Les caries, à mon avis, c'est hygiène et alimentation qui ne collent pas. Je n'ai pas souvenir d'avoir mangé des choses sucrées, particulièrement. Mais, sans doute, quelque part. Et après, bien, fatiguée. Une vie horriblement fatigante. Et après, et après... les histoires de gencives, je l'ai mis sur une histoire familiale parce que ça existait dans la famille, dans ma famille maternelle. Dans le sens génétique. Pas psychologique.

18- C : Pensez-vous que les soins réalisés dans votre bouche vous ont aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E10 : Oui, ça j'en suis persuadée.

C : Qu'est ce qui selon vous a aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E10 : Le suivi des praticiens. Et plus particulièrement, le suivi d'un praticien proche. Ça a plus d'impact.

C : Vous pensez que vous avez combien de couronnes dans la bouche ?

E10 : Euh. On ne compte pas les implants. Je dirais 4 ou 5 couronnes. Et 2 implants.

C : Donc, il reste pas mal de dents naturelles ?

E10 : Oui mais il y en a des dévitalisés non couronnées. Je pense que j'ai beaucoup de dents dévitalisées. Mais je ne sais pas combien.

19- C : Pensez-vous que le brossage des dents tous les jours aide à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E10 : Oui j'en suis persuadée

C : Que pensez-vous du message des brossages des dents tous les jours ?

E10 : Oui. Pour moi, c'est un message essentiel. Essentiel. *(Rire)*

20- C : Que faites-vous pour prendre soin de votre santé bucco-dentaire ?

E10 : Euh, brossage de dents. Brossage interdentaire. Les dents et en interdentaire. Et je fais attention à mon alimentation. Et je fais attention au sucré. Sans difficulté, parce que je n'aime pas trop le sucre. Alors ça va *(Rire)*. Mais effectivement, je ne garderai pas du sucre dans la bouche. Des choses comme ça. A priori. Et il doit y avoir des moments où je me plante parce qu'il y a des moments où tu as besoin de te reconforter. La tu passes sur un autre système. Du genre, tu manges une plaque de chocolats. *(Rire)*. De toute façon 2 fois par jour et éventuellement.

21- C : Comment pensez-vous que votre santé bucco-dentaire va être dans l'avenir ? Pour quelles raisons ?

E10 : J'ai confiance, qu'en étant bien suivie, je dois, ça doit bien se passer. J'en suis persuadée. J'espère que c'est vrai mais j'en suis persuadée (*Rire*).

22- C : Si vous pouviez changer votre bouche, comment serait-elle ? Par quels traitements ?

E10 : Euh. Alors, elle aurait une muqueuse costaud. Et puis des dents qui sont bien plantées. Pas dans le sens de l'orientation parce que ça, ça ne me gêne pas. Mais dans le sens pas fragiles.

C : Une sensation de fragilité dans la bouche.

E10 : Oui, un petit peu. Pas très forte, mais un petit peu. Je n'aime pas savoir qu'elles bougent. Qu'elles sont mobiles.

1^{ère} sous - partie : représentations cognitives sur les maladies bucco-dentaires

23- Caries dentaires :

a. C : Selon vous, à quoi sont dues les caries ?

E10: Au fait que des aliments restent dans la bouche et qu'il continuent à se transformer et que ça attaque les dents.

b. C : Selon vous, comment arrivent les caries ? Par quel mécanisme la carie apparaît ?

E10 : Par quel mécanisme ? Eh bien ça attaque certainement la pellicule... mais c'est souvent en dessous les caries, c'est souvent en dessous...ça se voit toujours?... à mon avis c'est comme du bois qui pourrit à un endroit. Donc ça devient pas solide.

c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir des caries ?

E1 : Ben, oui. Ça attaque la dent.

d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir des caries ?

E10 : Pour moi, le brossage et attention au sucre.

e. C : Selon vous, comment soigne-t-on les caries ?

E10 : Ben, c'est le dentiste qui fait des trous dans les dents. Qui nettoie ça, qui enlève tout le pourri pour pas que ça continue à gagner. Et qui vous fait un pansement. Et qui vous bouche ça bien solidement. (*Rire*)

24- La gencive qui saigne :

a. C : Selon vous, à quoi est due la gencive qui saigne ?

E10 : Euh, ça je ne sais pas. Je ne sais pas. Ce n'est pas de l'irritation parce que ça vient...c'est de la fragilité. Mais pourquoi de la fragilité ? Vitamine peut-être. Des histoires de vitamines. Peut-être

b. C : Selon vous, comment arrive la gencive qui saigne ? Par quel mécanisme le saignement de gencive apparaît ?

E10 : Ben euh, une...comment dire.... Quelque chose qui.. c'est une gencive très fragile, très en mauvais état. Et quand on la touche un peu trop, ça fait saigner. Donc même un brossage léger, manger certaines choses.

- c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir la gencive qui saigne ?

E10 : Euh, si elle est bien solide en dessous et que c'est momentané, ça ne me semble pas trop grave. Si c'est la gencive, si elle est pas belle. Alors, oui c'est grave. C'est pas le sang. Le sang ne me paraît pas grave.

C : Ce n'est pas le sang qui est grave ?

E10 : Non

C : Il y a autre chose ?

E10 : Oui, c'est beaucoup plus l'état, le mauvais état de cette gencive toutes abimées.

- d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir la gencive qui saigne?

E10 : (*Silence*) Ça m'arrive très peu. Qu'est-ce que je peux... brossage tout doux. Hygiène ! En fait, faire attention que ... Je crois que c'était ça mon réflexe.

- e. C : Selon vous, comment soigne-t-on la gencive qui saigne?

E10 : Je ne soigne pas, je fais confiance à la nature. (*Rire*) Oui, pour moi c'est des épisodes momentanés. Comme quand on se fait une écorchure.

C : Ça se répare.

E10 : Ça se répare. Oui, clairement, ça se répare.

C : A une époque, vous avez parlé de beaucoup de fatigue. Est-ce que vous vivez toujours la même fatigue? Parce qu'il y a des saignements moins, donc est-ce que c'est lié à des changements autres ?

E10: Avec une vie fatigante ou non fatigante, là c'est clair. J'ai une vie qui n'est pas du tout fatigante et, bon, ma bouche, elle a juste la suite de ce qu'elle a vécu. Elle est bien. Je la trouve plutôt bien.

C : D'accord, elle a la suite de ce que vous avez vécu.

25- Les dents qui bougent :

- a. C : Selon vous, à quoi sont dues les dents qui bougent ?

E10 : Au fait que la gencive se rétracte. Une mauvaise gencive se rétracte, tient moins bien la dent, l'enserme moins bien. Sans doute aussi, que l'os fait comme de l'ostéoporose, qu'il fond. Donc tout ça fait une plantation comme si on plantait dans du sable. Donc ça tient pas très bien.

- b. Par quel mécanisme les dents se mettent à bouger ?

E10 : Par des mécanismes de pressions, qui ne sont pas la pression directe. Celle-là est dans le bon sens. Des pressions différentes, un peu latérale

- c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui bougent ?

E10 : Oui. C'est un peu effrayant même. Parce que ça tiendra moins bien. (*Rire*) C'est clair ça ne donne pas une impression de solidité.

- d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir les dents qui bougent ?

E10 : En faisant, en prenant bien bien soins de ses os et de ses gencives.

C: Est-ce qu'il existe des moyens ?

E10 : Ben, c'est les parodontologues qui vous nettoient bien, qui vous suivent de près. Et puis évidemment, l'hygiène quotidienne.

e. C : Selon vous, comment soigne-t-on les dents qui bougent ?

E10 : Par la restitution d'une gencive en meilleur état. La fabrication de faux os avec des trucs bovins dont on signe des décharges au cas où. *(Rire)*

26- La sensation de bouche sèche:

C : Est-ce que vous arriveriez à resituer quand ça vous est arrivé ?

E10 : Comme ça, non.

C : Mais il y a eu.

E10 : Oui, il y a eu. Il y a des moments où ça m'arrive. Euh, avec sans, doute avec un truc de santé un peu moindre. Mais comme ça j'arrive pas... c'est pas très fréquent.

C : En fait vous associez à un moment...

E10 : Ouais à un moment où il y a quelque chose qui va pas très bien dans l'état général.

a. C : Selon vous, à quoi est due la bouche sèche?

E10 : Ben, manque de salive.

b. C : Selon vous, comment arrive la bouche sèche? Par quel mécanisme la bouche sèche apparaît ?

E10 : Ben, des glandes salivaires qui ne fonctionnent pas comme elles le doivent. Voilà mais, donc effectivement, qu'est ce qui... c'est des glandes, donc qu'elles sont les actions, qu'est-ce qui manque comme apport qui fait que les glandes salivaires ne font pas leur boulot.

c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir la bouche sèche?

E10 : Euh, à mon avis oui. D'abord c'est très, très inconfortable. Ça c'est franchement pénible. Et ensuite, je pense que cette humidité est bienfaisante, c'est comme les plantes qui ont besoins de leur taux d'humidité.

d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir la bouche sèche?

E10 : En interrogeant des spécialistes médicaux ou dentiste pour comprendre, si ça vient trop souvent. Et pour agir dessus. Et puis, ben, en regardant aussi s'il y a des tisanes qui aident. Enfin des petites choses commence ça, quotidienne pour le confort. Par exemple, les graines de lin. Les graines de lin aident à... par exemple si tu as les yeux secs, si tu mets dans ta salade des graines. Il y en a qui disent tu mâches. C'est mon ophtalmologiste qui m'avait dit ça, à un moment j'avais un peu un problème avec les lentilles et tout. Tu mâches des graines de Lin. Et Ça contribue. C'était mineur. Donc, il y a des petites choses comme ça qui viennent compléter un apport nutritif, nutritionnel qui te manque.

e. C : Selon vous, comment soigne t-on la bouche sèche?

E10 : Aucune idée.

C : Il y a eu des soins ?

E10 : Non, non jamais. C'était des inconforts comme ça. Jamais au point de se soigner. Parce qu'on se soigne pas comme ça, chez moi !! (*Rire*) On attend que ce soit vraiment... (*Rire*)

27- Les dents qui grincent :

a. C : Selon vous, à quoi sont dues les dents qui grincent ?

E10 : A mon avis, c'est de la nervosité, de la tension. Euh, qui se répercute...on est tendu et on le fait porter sur c'est dents et on ne sait pas pourquoi.

b. C : Selon vous, par quel mécanisme le grincement des dents apparaît ?

E10 : Frottement des dents serrées.

c. C : Selon vous, est-ce que c'est grave d'avoir les dents qui grincent ?

E10 : Ouais. Pourquoi ? Je ne sais pas. Mais on se dit que ça doit drôlement abimer.

d. C : Selon vous, comment peut-on éviter d'avoir dents qui grincent ?

E10 : Ben, avec les gouttières (*Rire*) Et aussi en essayant de prendre conscience de ces phénomènes. Quand est-ce qu'on serre et à quel moment on serre.

e. C : Selon vous, comment soigne-t-on les dents qui grincent ?

E10 : (*Silence*) Ben par des soins... autour de la nervosité. Qu'est ce que ça peut être ? Quelques calmants globaux et puis peut-être un peu de psychologie. Des soins psychologiques.

C : Donc ce n'est pas forcément un dentiste ?

E10 : Ben... non, à part la gouttière, je ne sais pas ce qu'il peut faire. Il ne peut pas renforcer les dents, il ne peut pas rajouter une couche pour que ce soit cette couche qui s'use. Il ne peut pas mettre un appareil qui empêcherait les gens de bouger (*Rire*) (*E10 mime d'être bloqué la bouche semi-ouverte*). Donc, non, je ne vois pas trop.

28- C : Est ce que vous pensez pouvoir faire quelque chose par vous même pour améliorer la situation ?

E10 : Ben, non, je pense que ce que je fais actuellement correspond à ce qu'on m'a préconisée et que ça à l'air de marcher. Donc, à mon niveau, c'est l'hygiène, la régularité de l'hygiène, c'est la technique et peut-être, ça c'est en regardant sur internet. Peut-être il y a des produits qui seraient bons. Par exemple, l'Aloé Véra. J'ai vu qu'ils conseillaient que pour les dents un peu dans mon genre, de prendre des dentifrices à l'Aloé Véra. Bon, j'avais essayé d'en acheter comme ça. Et je n'ai rien vu. Mais c'est des petites... c'est pas spectaculaire c'est choses là.

C : C'est plus du confort...

E10 : Non. Je pense, ce que je me disais c'est qu'à la longue tu dois apporter quelque chose qui ... c'est sûr du très long terme. Mais comme en général, tu n'as pas beaucoup de conseil. Il faudrait peut-être demander à un naturopathe, peut-être. C'est vraiment une orientation... Et puis tu ne sais pas ce qui est du vrai du faux. Alors, tu essayes et puis tu vois pas de résultats, c'est normal, c'est magique. Donc tu ne

continues pas, pas forcément... Donc, je pense qu'on doit pouvoir avoir une petite action par soi-même.

C : Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous pouvez améliorer ou là, c'est bon ?

E10 : Là, je trouve que c'est pas mal. Non, non, je suis assez contente.

C : Il n'y a pas forcément à améliorer.

E10 : Non, en général, je n'y pense pas, en fait, je ne pense pas à ma bouche. Et je suis rassurée sur son état, sur l'évolution non péjorative.

2^{ème} sous-partie : représentations cognitives sur la santé bucco-dentaire

29- C : Est-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E10 : Euh, je pense pas trop. Je pense que c'est quand même très proche. Mais si tu n'as pas d'hygiène, que tu manges à peu près correctement, mais que tu n'as pas d'hygiène, ben, c'est pas top. Mais il y a des gens qui n'ont pas beaucoup d'hygiène, ça ne les gêne pas plus que ça.

30- C : Pour vous, c'est quoi être en bonne santé bucco-dentaire ?

E10 : C'est ne pas penser à sa bouche. Donc on est bien avec sa bouche, elle est normalement humide, on n'a pas de caries, on mâche bien. Ça sent le solide, on croque dans des pommes sans problèmes. Et sans crainte que ça bouge, que ça saigne.

a. C : Pour vous, c'est quoi avoir des dents en bonne santé ? A quoi ressemble des dents en bonne santé ?

E10 : Luisante, je dirai. Vivant, un aspect vivant. Mais assez lumineux.

b. C : Pour vous, c'est quoi avoir une gencive en bonne santé ? A quoi ressemble une gencive en bonne santé ?

E10 : Belle peau bien pulpeuse, bien rebondit, bien rose, tendue. Présente (*Rire*)

c. C : Pour vous, comment peut-on avoir une sensation de confort dans la bouche ?

E10 : Ben avec tout ça. Bonne santé, bonne hygiène, bon suivi. Si la situation n'est pas catastrophique

31- C : Pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E10 : Ben c'est d'avoir pleins de... c'est que la bouche soit une préoccupation. Donc, fréquente. Par confortable. C'est pas des douleurs. Voire douleurs. Et savoir qu'il y a tel soin, et encore tel soin, à l'infini quoi.

32- C : Pour vous à quoi ça sert d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E10 : A vivre normalement.

a. C : Est-ce que ça sert pour parler ?

E10 : Absolument

b. C : Est-ce que ça sert pour manger ?
E10 : Complètement

33- C : Pour vous, c'est important d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?
E10 : Oui, oui, oui.

34- C : Que faites-vous pour avoir une bonne santé bucco-dentaire ?
E10 : Je suis attentive à me faire suivre. *(Rire)*

3^{ème} partie : Description du répondant et de son environnement

35- Date de naissance : 15 /05/1949

36- Niveau d'étude Bac + 4 maîtrise

37- Dernier métier exercé Enseignante IUT

38- Catégorie socio-professionnelle Mariée, 3 enfants, 7 petits-enfants

39- Situation familiale

40- Type de logement (maison/appartement/foyer de vie/ propriétaire/locataire)
Maison propriétaire

41- Adhésion à une mutuelle : Oui

42- C : Avez-vous vécu dans différents pays pendant votre vie ? Si oui, lesquels et quand ?
E10 : non

43- C : Avec votre famille ou vos amis, comment se passent les repas ensemble?
E10 : Non. Sauf pendant des soins, bien sûr. Mais non.

44- C : Est-ce que vous parlez de votre problème dentaire à vos amis ou /et à votre famille ?
E10 : Dans le sens convivial, non. En fait, si tu es en soins, oui. Parce que c'est très présent... et qu'on arrive avec une joue gonflée et on va te poser des questions *(Rire)*. Ça fait pas partie des sujets de conversations.

45- C : Si vous avez de la famille ou des amis, comment vous aident-ils ? En quoi ils vous soutiennent?
E10 : A l'exception de ma mère qui m'a parlé de ses histoires de famille. Qui elle m'a parlé de ses dents. Alors, là, effectivement, y avait quand même une approche familiale. Mais plutôt descendante vers moi. Moi je ne renvoyais pas dans ce sens là. Mais elle, elle en parlait et ça m'a alertée quand même.

46- Consultation d'un médecin généraliste (oui/non/fréquence)

E10 : Mon mari est médecin généraliste à la retraite. Donc c'est compliqué. Il existe un suivi, oui. J'ai rien du tout, pas de médicament.

47- Consultation d'un dentiste (oui/non/fréquence)

E10 : Donc, j'ai ce parodontologue, tous les 6 mois. Sans ça le dentiste, c'est quand même quand il y a un souci. C'est pas tellement une CS spontanée.

48- C : Est-ce que le cabinet dentaire est loin de chez vous ?

E10 : Non, c'est pas loin. Même en RER. En fait si je travaillais et que je n'étais pas dans ce coin là. C'est très relatif à la vie qu'on mène.

49- C : Comment faites-vous pour y aller ?

E10 : Voiture. Mais je pourrai y aller en RER

50- C : Est-ce plus facile si quelqu'un est avec vous pour fixer le rendez-vous chez le dentiste ?

E10 : Ah, oui, ça ça m'aiderait. Ça, ce serait très bien. Et pour mon mari aussi.

Discussion après :

E10 : Ma bouche mes dents, je pense qu'elles vont rester.

C : tout seul par soi-même c'est trop compliqué d'avoir...

E10 : Bon, non, quand t'as été bien échaudé tu comprends et tu le fais. Alors, par exemple, je ne fais plus de mammographie depuis des années alors que j'ai quand même été bien échaudé (*Rire*).

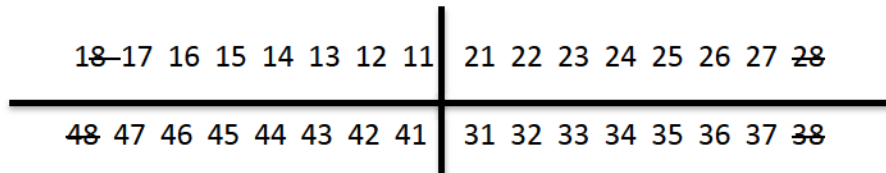
C : C'est moins présent. Il y a quand même une histoire de présence.

E10 : De présence, oui. Et puis j'ai conscience que c'est fragile. Alors que ce serait un autre cancer, c'est le hasard. Tandis que là, je sais que ça me pend au nez. J'aurais n'importe quel truc qui n'irait pas bien dans mon corps, je suivrai. Evidemment. Et j'ai la chance d'avoir une santé qui va bien. Je crois que c'est ça la nuance : tu fais, quand tu sais vraiment que tu as besoin. Comme un cardiaque sera régulièrement chez le cardiologue parce qu'il le sent et qu'il a une épée au dessus de la tête.

Entretien 11

Date : 27/04/2016 Lieu : CFX Pseudonyme : E11

Schéma bucco-dentaire selon les propos du répondant :



Commentaires :

E11 : Moi, je suis une vieille qui a toutes ses dents.

C : C'est intéressant pour moi.

E11 : Les vieux ont des dents donc risques infectieux. Il peut y avoir des choses dramatiques.

GOHAI :

Commentaire pendant la question 2 du GOHAI- E11 : Ça commence

Commentaire pendant la question 3 du GOHAI- E11 : je m'étrangle, comme tout le monde

Commentaire pendant la question 8 du GOHAI- E11: Non une fois, parce qu'il a fallu qu'on me mette un couronne, j'ai pétié une dent. Trois jours après le décès de mon mari, je me suis rendu compte que j'avais une dent qui était pétiée. La 1^{ère} fois de ma vie que ça arrivait. Alors, euh, il a fallu faire ce qu'il fallait. C'est tout. Mais il a fallu 1 mois et demi avant d'aller chez le dentiste pour faire ce qu'il fallait. Mettre une couronne.

Commentaire pendant la question 9 du GOHAI- E11 : mais ça m'a préoccupé rarement avec cette histoire de couronne. Mais purée, mais, mais, c'est tellement épisodique parce que je n'ai pas eu de couronnes depuis 10 ans. Là, c'est exceptionnel. Il a fallu que je m'occupe de mes dents.

E11 : Ce n'est pas représentatif car si c'est juste ces 3 derniers mois, avec cette histoire de truc. Mais c'est exceptionnel. Là, vous tombez pile poil dans le créneau. Donc c'est pas de pot. Autrement, jamais.

E11 : Alors ce que je peux vous dire, pourquoi je n'ai jamais eu de problème de gencive. C'est parce que j'utilise un dentifrice à base de sel de mer et que du coup, j'ai des gencives saines qui ne saignent pas qui sont impeccables. Donc, je peux vous faire la pub : autrefois j'utilisais du dentifrice Vince qui n'existe plus. Maintenant, j'utilise du Selgine, jusqu'à ce que ça disparaisse pour qu'on me foute cet espèce de Colgate ou de machin au fluor, je ne sais pas ...que je trouve archi nul.

C : Ça fait longtemps que vous prenez ces dentifrices à base de sel de mer ?

E11 : Oh, ça fait 40 ans. Toujours pratiquement. J'avais tendance à avoir les gencives qui saignaient. Un dentiste m'a dit mais prenez ce machin-là. C'est un peu dégeu,

c'est un peu salé. Surtout que Vinci, c'était de la poudre... mais c'est absolument génial. Je n'ai pas de plaque dentaire. J'ai... enfin, je veux dire que la plaque dentaire ... euh... même le coup de la plaque dentaire...j'y vais, pfouf... « Ah bon vous venez pour quoi ? »...c'est plus à la limite si je fume et qu'il faut dénoircir les dents du bas.

C : Vous fumez ?

E11 : Oui, 3 cigarettes pas jour.

1^{ème} partie : Etat de santé déclaré (questions fermées) :

1- C : Est-ce que vous avez des problèmes de dents ou de santé bucco-dentaire actuellement ?

E11 : Actuellement, non puisque ma couronne a été mise et que tout va très bien Mme la Marquise. *(Rire)*

2- Est-ce qu'il vous manque des dents ? Combien vous en manque-t-il ?

E11 : Euh, oui uniquement les DDS qui n'ont jamais poussées et qui ont été enlevées car elles ne sortaient pas. La dernière ayant été enlevée j'avais... il y en a eu 3 qui ont été enlevées. La 4^{ème} n'a jamais existé. Une a 30 ans, une à 40 ans et une à 50 ans.

C : Oh, c'est beau.

E11 : A 50 ans, je regarde et je dit « oh, c'est marrant j'ai un petit truc blanc au fond ». C'était... ma dent.

C : Comme quoi, il n'y a pas d'âge.

E11 : Nan, mais c'est marrant. *(Rire)*

3- C : Du coup, vous ne vous les êtes pas fait remplacé parce que vous n'en aviez pas besoin ?

4- C : Est-ce que vous avez fait remplacé les dents manquantes ?

E11 : Ben, non.

5- C : Est-ce que vous portez des prothèses ?

E11 : Ben non. Euh, sauf si les couronnes c'est des prothèses.

C : Alors, nous, CD ont dit que ce sont des prothèses mais est-ce que vous vous le vivez comme des prothèses ?

E11 : Ah, pas du tout.

C : Et ces couronnes, est-ce que vous savez combien vous en avez dans le bouche ? Quels types de prothèses avez-vous en bouche ?

E11 : Oh !! Ma 1^{ère}, je l'ai eu j'avais 20 ans. C'est celle-là *(E11 montre sa dent 25)*.

E11 : Elle est d'origine. Vous voyez, elle a 53 ans !

C : Pas mal

E11 : Hein ! C'était un bon dentiste. Je ne sais pas, j'aurais envie de vous dire : « regardez et comptez ». Je ne sais pas. *(Rire)*

C : Vous avez une estimation, vous avez une idée ?

E11 : (*Silence*). Oh, j'en ai 6,7 je dirais bien. Hein. A vue de pif. J'en avais qui était en or. J'en ai fait enlever parce que ce n'était pas beau. Il ne reste plus que celle là (*E11 montre sa dent 25*) et peut-être là (*E11 montre sa dent 14*), non ?!

C: Non, il ne reste qu'un fond

E11 : C'est un inlay

C : C'est ça, c'est un inlay

E11 : Voilà. Donc j'ai eu beaucoup de soins dentaires disons, entre 20...euh disons, entre 15 et 25 ans. J'ai eu un appareil dentaire quand j'étais petite.

C: Vous avez eu un traitement orthodontique avec le fil ?

E11 : Oui. Ah non, ça n'existait pas à l'époque. C'était des palais. Un palais fendu au milieu. Qu'on mettait que la nuit. Il fallait serrer. Et puis toutes les semaines, ou je ne sais plus quel jour, on élargissait. C'était....c'était très douloureux.

C : C'était très douloureux ?

E11 : Ouais. C'est pour ça que j'ai des dents...vous voyez en haut.. qui sont...

C : Ah, oui elles sont bien alignées.

E11 : Elles sont pas mal, hein ! Le bas, on l'avait pas fait pour le bas...là. C'est un peu...

C : il y a un peu d'encombres

E11 : Voilà. Donc, le dentiste c'est un individu que j'ai beaucoup fréquenté quand j'étais petite. C'était la roulette, c'était horrible. On pleurait comme un veau. Il était très dur ce dentiste. Masi, voilà, ce qui reste de lui (*E11 montre sa 25*) c'était un bon dentiste.

6- C : Est-ce que vous avez (pensez avoir) des caries?

Non.

C : Est-ce que vous avez eu des caries ?

E11: Oui. C'est ça qui a généré en générale les couronnes.

7- C : Est-ce que vous avez les gencives qui saignent (au brossage)?

E11: Ben non. Grâce à mon dentifrice.

C : et vous avez eu avant ?

E11: Ben, j'ai.. ; quand j'étais très jeune, j'avais les gencives sensibles. Et si je change de dentifrice, je sais que ça va re saigner.

8- C : Est-ce que vous avez les dents qui bougent ?

E11: Ah, pas du tout.

C : est-ce que vous avez déjà eu des dents qui bougent ?

E11: Non

9- C : Est-ce que vous avez une sensation de bouche sèche ?

E11: Non E11:

C : Et est-ce que vous avez déjà eu une sensation de bouche sèche dans la bouche ?

E11: Ben oui, quand on a de la fièvre par exemple. Dans des conditions particulières, qu'on est malade ou qu'on a un peu la gueule de bois. Voilà, mais enfin...

10- C : Est-ce que vous avez des candidoses ou mycoses en bouche ?

E11: Non. Je ne sais pas ce que c'est.

11- C : Est-ce que vous avez mal aux dents actuellement ?

E11: Non

12- C : Est-ce que vous voulez bien me dire si vous avez des soucis au niveau santé générale ? Si oui, lesquels ?

E11: Ah, j'ai eu des soucis très graves puisque j'ai eu une fracture du rocher à 20 ans. Coma et... et c'est de là que vient mon extrême distanciation par rapport au corps médical.

C : Est-ce que vous avez eu d'autres soucis ?

E11: Ben, on m'a enlevé l'appendicite quand j'avais 20 ans. Qu'est-ce que j'ai eu comme autres soucis ?? On a du me faire un ... j'ai eu un problème d'hémorragie consécutif à ... vous savez pendant un moment la pilule ça faisait faire des saignements... donc on m'a fait un curetage pour ça. J'avais 45 ans, non, un peu moins, 40 ans. Non, je suis une brave bête.

C : Vous êtes solide.

E11: Oui, oui.

C : du diabète, de la tension...

E11: Oh je fais un peu d'HTA depuis 2 ans. Il faut bien que je fasse quelque chose. (Rire) A ... J'ai commencé à 71 ans, voilà.

13- C : Pensez-vous que votre santé bucco-dentaire a un impact sur votre santé générale ?

(Silence). Ben, oui, c'est un tout. Par exemple, quand je passais des examens et que j'étais crevée et bien je me faisais des aphtes. Enfin, c'est l'impression que j'avais. Ce n'était peut-être pas ça du tout, mais c'était comme ça.

14- C : Pensez-vous que votre santé générale a un impact sur votre santé bucco-dentaire ?

E11: (Silence) Oh, sûrement. Mais comme j'ai une bonne santé générale...euh... je ne peux le dire que intellectuellement. Je ne peux pas le dire par expérience. Non, ma bouche n'a jamais été un vrai problème. Mais c'est vrai que je suis attentive, euh, par exemple si jamais j'ai une petite douleur dans la mâchoire supérieure, là, euh... Ça c'est le réflexe de l'archéologue moyen qui sait l'épaisseur de l'os entre la maxillaire supérieure et le cerveau et qui se dit « Faut pas déconner ». La mandibule, on s'en fout, c'est le bas. Ce n'est pas grave. Mais au-dessus, oui. Au-dessus, ça va vite. Oui c'est quelque chose sur lequel je suis attentive. Et puisque je raconte autour de moi. Attention, tu as mal aux dents où ? En haut ou en bas ?

2^{ème} partie : Description de son propre état de santé bucco-dentaire, interprétation des symptômes et des causes, pronostic subjectif.

15- C : Comment jugez-vous votre santé bucco-dentaire aujourd'hui ?

E11: Bien, Très bien. Osons ! Oh, oui. Toutes ses dents à 73 ans à part les DDS. Je trouve que qu'est ce qu'on peut demander de mieux. Hein. Ça me semble difficile.

16- C : Est-ce qu'il s'est passé beaucoup de chose dans votre bouche ? Est-ce que vous voulez bien me les raconter ? Donc, vous m'avez un peu racontée, vous avez eu un traitement ortho jeune...

E11: Oui. Et j'ai eu des couronnes très jeunes.

C : Très jeune.

E11: Oui

C : Vous avez eu des caries ? Jeune ?

E11: Ben oui, c'était des caries qui... euh... n'oubliez pas qu'on est dans les années 60. Quoi.

Donc, ben les caries, il fallait faire ce qu'il fallait. On mettait des plombages.

C : Vous avez commencé à aller chez le dentiste vers quel âge, à votre avis ?

E11: Oh, bien, très tôt avec mon problème d'appareil. Je devais avoir une dizaine d'année.

Et j'avais une trouille du dentiste, une trouille ! Alors ! Surtout que... à cette époque-là les anesthésies ce n'étaient pas comme maintenant. Et, il y a même eu un moment où j'ai fait un malaise. Et je n'avais plus le droit aux anesthésies rapides. A la suite, après mon accident, comme j'avais eu un problème neurologique grave, j'étais sous Gardéнал, donc j'avoue, que je n'aimais pas trop. Je n'aimais pas. Parce que se retrouver dans les pommes et puis se dire...bon...le principe c'était on m'anesthésiait, on foutait dans un coin et on me foutait dans la salle d'attente. On attendait que ça durcisse. Mais ça s'est vite arrêté ça, parce que maintenant... mais quand même, ça j'ai horreur des anesthésies dans la bouche. Je déteste. J'ai une trouille bleue.

C : Selon vous, d'après ce que vous me dite un peu, entre 10 et 20 ans vous avez eu énormément de soins...

E11: Oui de soins, et puis de séances à cause de cet appareil...(sourir)... et puis après ça, si j'ai continué à aller chez le même dentiste jusqu'à sa retraite. C'est à dire jusqu'à plus de 30 ans.

C : Et là, vous avez eu l'impression qu'à partir de 20 ans, vous avez eu moins de soins ou c'était différent ?

E11: C'était différent. Et puis, je m'occupais pas de moi, et puis je m'en foutais. J'avais d'autres problèmes beaucoup plus... les conséquences de mon accident étaient d'un point de vue neurologique, beaucoup plus graves, beaucoup plus.. ; (*Silence*) beaucoup plus pénibles. Les dents s'étaient... bah, j'ai dit que j'ai été relativement attentive. La preuve c'est qu'on a jamais eu à m'arracher de dents parce que j'étais dans un état calamiteux. Donc...mais dire ... et puis je ne me suis jamais beaucoup intéressée à moi de toute façon.

17- C : Selon vous, à quoi est dû tout ce qui vous est arrivé quand il y a eu cette période avec beaucoup de soins et même après?

E11: Je ne sais pas. Je ne sais pas. Je ne sais pas et je ne comprends pas d'ailleurs. Parce qu'on avait une maman qui... on ne déjeunait pas à la cantine, on avait une nourriture saine. Pourquoi ? On ne mangeait pas beaucoup de bonbons. En plus moi,

je n'étais pas sucrée, j'étais pas bonbon. J'étais plutôt du genre saucisson-fromage au gouter quand j'étais petite. Je ne sais pas, c'était assez bizarre d'avoir ces problèmes. Mais dans ma famille, mes frères et sœurs on a des bonnes dents. On est tous pareils. De ce point de vue-là.

18- C : Qu'est ce qui selon vous a aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E11: La chance, la nature. (*Rire*) Une nature sympa. Parce que je me servais... je ne veux pas dire que je faisais le cowboy à décapsuler une bouteille de bière avec mes dents. Mais avec mes dents, je faisais n'importe quoi. « Arrête-toi, fais attention à tes dents ». Maintenant, je n'ai plus autant de force qu'avant dans mes dents. C'est ça. Ça c'est relativement nouveau. Non mais c'est vrai.

C : il y a un nouvel apprentissage à faire.

E11: Voilà, c'est fini. Par exemple ouvrir les machins de fromage en tirant sur cette saloperie de couvercle en plastique qui est trop collé. A l'hôpital, qu'est ce que j'ai pu pester contre ça. Les doigts, on peut pas et les dents ça devient difficile.

C : Et est-ce que vous pensez-vous que les soins réalisés dans votre bouche vous ont aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E11: Oh, ben oui. Oui j'ai eu des bons dentistes. Silence. Pour moi, je ne ... alors je vais vous dire une chose horrible, j'ai toujours été dans les, chez les dentiste privés, euh, j'avais tellement entendu de choses horribles sur les truc dans les ... genres dispensaires ou autres, je n'ai jamais foutu les pieds dans un... Voilà, c'est comme ça. Ma maman m'avait trouvé donc le meilleur dentiste de Caen, parce que j'étais à Caen. La preuve. C'est quand même un témoignage ça. Même si j'ai une bonne nature. Vous savez, dans les années 50, les appareils ce n'étaient pas encore la mode. Donc, voilà, on avait tenté. Et puis je crois que j'ai eu de la chance.

19- C : Que pensez-vous du message de brossages des dents tous les jours ?

E11: Pour (*soufflement bruyant de la bouche style, pas grand chose à faire*) Moi je me brosse les dents une fois par jour. Ça me suffit largement. Justement ce matin, je me disais, quand je pense qu'il y en a qui se brosse les dents avec l'horloge pour ça fasse 5 min. Moi je me brosse les dents jusqu'à ce que je me dises ça va. Euh, je ne vois pas en quoi brosser les dents comme une damnée ça va ... ça risque de limiter le fait que la gencive remonte et que mes racines apparaissent. C'est peut-être ça la chose qui me gêne que ça fait un truc blanc là (*montre sa gencive et ses dents de devant*). Donc je brosse mes dents et je pense que j'ai la chance d'avoir une salive sympa qui ne ... qui nettoie tout. Et puis j'aime bien l'idée, d'autrefois, que en croquant une bonne pomme, ça nettoie les dents.

C : Pensez-vous que le brossage des dents tous les jours aide à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

Oui quand même. Oui quand même. Encore un fois, il faut être modéré. Par contre, je suis totalement hostile et je déteste, pour avoir essayé quand même, les brosses électriques. Je trouve ça affreux. Ben, une bête brosse, dure. Mais j'ai du mal car ça

se raréfie la brosse dure. Pourquoi ? C'est bien une brosse dure. Il suffit de la manipuler avec, avec une certaine délicatesse. Bientôt, on fera ça à l'éponge.

20- C : Que faites-vous pour prendre soin de votre santé bucco-dentaire ?

(Silence)

C : Vous avez le brossage.

E11: Ben, oui. Qu'est ce que vous voulez que je fasse d'autre ?

C : Votre brossage c'est avec une brosse à dents à poils durs ...

E11: Oui

C : votre dentifrice...

E11: Au sel de mer

C : Est-ce que vous utilisez autre chose ?

E11: Oui, ben parfois j'ai du fil. Quand je sens que j'ai des bouts de saucissons qui sont restés coincés. *(Rire)* C'est une vraie saloperie ça. J'ai ma petite boîte et puis *(mime en faisant cric, cric cric)*, voilà, pof. Je fais ça au moment où c'est coincé. Selon mon alimentation, ça peut être plusieurs jours consécutifs ou bien ça peut être ... ou bien des fois j'ai du pot, mon saucisson ne se coince pas. Donc que.. ;

C : Est-ce que vous faites des bains de bouche ou ...

E11: Oh, non, non, non. Rien de tout ça. Non, non, non

Oh, non, moi je suis ... si vous saviez moi, je ne sais pas si je passe 10 min, allez 15 min par jour sur ma personne. Tout compris. Tout est toujours à fond la caisse. Maintenant, il faut que je prenne un peu plus de temps à cause de mes lentilles. Mais bon une ½ heure maximum du lever, au lever quoi... *(Rire)*

21- Comment pensez-vous que votre santé bucco-dentaire va être dans l'avenir ?

E11: Bien. Puisqu'elle a toujours été bien.

C : Pour quelles raisons ?

E11: Parce qu'elle a toujours été bien. Et puis manifestement, j'ai des pratiques qui lui conviennent. Que donc, qu'il n'y a pas de raison que ça change. Sauf si j'avais, je ne sais pas, mettons, une chimiothérapie qui va me développer des mycoses ou... mais je ne me vois pas avoir les dents, ayant les dents qui tombent. Mon père est mort à 95 ans, il avait toutes ses dents. A part, une... une incisive qu'on lui avait enlevée parce qu'il n'avait pas la place. A cette époque-là, mon papa était né en 1916, et bien on lui avait arraché une dent pour que les autres aient leur place. C'était très bien, ça faisait un tout petit trou, là, ben voilà, bon. Finalement, moi je vous dis, problème dentaire, on ne connaît pas ça dans la famille.

C : Vous avez un suivi chez le dentiste ? Est-ce que vous pensez que ça à ...

E11: Ben, j'ai un suivi quand j'y pense. *(Silence)*. C'est-à-dire que là, ça faisait 3 ans que je n'étais pas allée chez le dentiste, pour dire la vérité. Avec tout ce que j'ai vécu, là. Là, j'y suis allée par nécessité.

22- C : Si vous pouviez changer votre bouche, comment serait-elle ? Si vous souhaitez la changer.

E11: A bien, j'aurais essayé de réduire un peu le bordel du bas. Le chevauchement des incisives, euh, euh, oui, ça j'aurais. Je trouve que j'ai des jolies dents du haut.

Que j'ai plutôt un jolie sourire, à condition de ne pas voir le bas. Les dents inférieures. Et puis, même, je n'aime pas la perfection. Les gens qui ont tous la régularités des dents, là. C'est affreux. Euh, je trouve que mes dents sont moins blanches, mais au fond, c'est un peu comme l'ivoire, ça devient jaune. Et bien, c'est bien, voilà. Moi je suis contente de moi. Disons que j'ai décidé d'être contente de moi. Parce que je trouve que c'est la seule façon de ne pas se pourrir la vie. Voilà, donc.

C : Comme vous dites, vous avez de bonnes dents.

E11: Elles sont bien mes dents. Peut-être qu'aujourd'hui, on m'aurait fait un truc, ce serait plus régulier. Il y en a une qui est un petit peu ressorti, là. Mais, enfin, je me dis, ça va.

1^{ère} sous - partie : représentations cognitives sur les maladies bucco-dentaires

23- Caries dentaires :

a. C : Selon vous : à quoi sont dues les caries ?

E11: A quoi est due une carie ? Une carie est due à des éléments, alors ça peut être, j'imagine, des éléments alimentaires. Qui s'oxydent et qui attaquent l'ivoire. Une fois que ça a attaqué l'ivoire ça attaque autour...enfin, je ne suis pas spécialiste des dentistes. Donc ça attaque, voilà. Donc si on laisse stagner ces « détritits », ces reliquats alimentaires, c'est sûr que c'est mauvais pour les dents. Et s'y ajoute en plus, le fait que il y a d'autres... la qualité de la salive aussi qui joue un rôle puisque on n'est pas tous égaux face à la plaque dentaire. C'est-à-dire que... en fait c'est cette espèce de corrélation entre choses que l'on met dans la bouche qui stagnent plus ou moins alors que ça ne devrait pas y stagner et puis, eh bien, le fait que les dents réagissent en fonction de leur composition, d'une manière ou d'une autre.

b. C : Comment arrivent les caries ? Par quel mécanisme la carie apparaît ?

E11: Ah aucune idée. Le petit trou, là...mais je ne sais pas en fait.

c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir des caries ?

E11: Bon, c'est grave comme avoir des cors aux pieds. Je veux dire, ni plus ni moins. Ça veut dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas dans un certain comportement. Donc il faut y remédier. Pourquoi ce serait grave ? Oui, je dis que c'est emmerdant. Voilà, c'est embêtant, comme d'avoir des cors aux pieds. Euh, mais ... pas plus.

d. C : Comment peut-on éviter d'avoir des caries ?

E11: Ben, en sachant pourquoi, en quoi notre bouche, quels sont les points faibles de notre bouche. Si c'est la salive, si c'est les aliments, si c'est se brosser les dents le soir, le matin, si c'est euh... en fait je ne sais pas, parce que je n'ai jamais lu d'études.. parce qu'en fait ça ne m'a jamais vraiment intéressée, de savoir s'il y a une corrélation réelle entre l'hygiène buccale et les caries. Euh, il y a certainement une corrélation entre l'hygiène buccale et l'état de la bouche et les pathologies qu'on peut développer et les médicaments qu'on peut absorber. Euh, moi j'avais entendu dire que les ATB c'était vachement mauvais pour les dents. Finalement, ça nuisait aux dents. Comme je n'ai pratiquement jamais eu d'ATB, j'ai été élevé à la traditionnelle.

e. C : Comment soigne-t-on les caries ?

E11: Ah, ben , on prend un machin. C'est comme le jardinage, on désherbe. (*Rire*).

Alors, on a différents outils et des machins qui font tous du bruits. Ça c'est très désagréable parce qu'en plus il y a la pompe aspirante, il y a le machin qui envoie de l'eau, ça vous coule dans la gorge, vous avez l'impression que vous étouffez. Ça c'est très pénible, c'est désagréable. Mais je trouve que, je peux dire, en plus de 50 ans d'expériences, qu'il y a eu beaucoup de gros progrès de faits. J'ai au moins 63 ans d'expérience.

24- La gencive qui saigne :

a. C : A quoi est due la gencive qui saigne ?

E11: Aucune idée. Ça saigne

b. C : Par quel mécanisme le saignement de gencive apparaît ?

E11: Il arrive principalement quand on se brosse les dents. Pour moi. Pas autrement. C'est-à-dire quand il y a un frottement. Bien, disons, quand il y a une certaine pression sur cette partie de la mâchoire, des mâchoires.

c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir la gencive qui saigne ?

E11: (*Silence*). Pour moi rien n'est... je n'ai pas du tout ce genre de formule. Ça veut dire quoi grave ? J'en sais rien. Je sais pas... pour un signe c'est un signe. Je ne suis pas compétente pour le situer dans une échelle de la nocivité ou non nocivité ou de la banalité. Ben, c'est un truc qui est là, c'est pas agréable. Donc il vaut mieux en chercher la cause pour le faire disparaître, le soigner ou l'empêcher. Mais je veux dire. J'aime pas ce mot grave. Il y a 2 mots que je déteste c'est « est-ce que c'est grave ? » ou « est-ce que vous avez peur ? » Ça, c'est des mots qui ne rentrent pas du tout dans ma façon de fonctionner dans la vie, ça. Est-ce que c'est grave ? Ça saigne, c'est emmerdant, voilà !

d. C : Comment peut-on éviter d'avoir la gencive qui saigne?

E11: Eh, oui en se brossant les dents... en trouvant un truc comme moi avec mon dentifrice à l'eau de mer.

e. C : Comment soigne-t-on la gencive qui saigne?

E11: Pfuou (*bruit qui veut dire ne sais pas*). Ben comme ça, ou comme mon père faisait en se frottant les dents avec du bicarbonate de soude ou avec du gros sel.

25- Les dents qui bougent : Non

26- La sensation de bouche sèche:Non

27- Les dents qui grincent

E11: Alors là !

C : Alors racontez-moi ça. Vous avez les dents qui

E11: Oh, j'avais. J'empêchais même ma sœur de dormir. Tellement je grinçais des dents. Et j'ai grincé des dents, je crois, toute ma vie. *(La répondante fait grincer ses dents)*

Il y avait longtemps que je ne l'avais pas fait et je trouve que ça a changé. Ça grince plus par là ...

C : oui, le bruit est plus d'un côté.

E11: Peut-être depuis qu'il ma changé ma dent.

C : C'est la nuit ou pas.

E11: Ah, non, uniquement la nuit. C'est inconscient.

a. C : A quoi est dû les dents qui grincent ?

E11: Tension nerveuse. Moi je suis un paquet de nerf. J'étais un paquet de nerf. Donc euh, je pense que c'est un défoulement neurologique *(Rire)* Parce que je suis une grosse dormeuse. Je ne sais pas ce que c'est qu'une insomnie.

C : C'est une chance.

E11: J'ai passé une nuit blanche dans ma vie. C'est en 1968, quand l'Odéon a été occupé et qu'on avait dit avec ma sœur qu'on irait se faire une nuit à l'Odéon. *(Rire)*. Et qu'on s'est fait la nuit blanche et que on s'est dit si jamais on rentre à la maison, ça va être horrible, il ne faut pas que l'on se couche avant ce soir. Donc, vers 8h du matin, on a circulé dans Paris jusqu'à 7 h du soir. On a fait tout Paris : les Champs Elysée, l'Opéra et tout. Allez, on marche. Juste pour dire, on va pas dormir. *(Rire)*. Voilà, 68

b. C : Comment arrivent les dents qui grincent ? Par quel mécanisme le grincement des dents apparaît ?

E11: Aucune idée.

c. C : Est-ce que c'est grave, c'est le terme, ou très emmerdant d'avoir les dents qui grincent ?

E11: Pfoou *(bruit qui veut dire ne sais pas)* Moi, c'est comme ça. Ça exprime quelque chose mais ce quelque chose, je ne sais pas ce qu'il est. Moi, je l'explique parce que je suis un paquet de nerf. Maintenant, je ne grince plus des dents mais j'ai des tics. Je fais *(moue répétée avec les lèvres)*. Ou bien je fais *(mouvement de doigt dans l'air)* mon fil, mon mari, se foutaient de moi. « Maman tu te calme » parce que maman elle a les doigts qui font comme ça. C'est l'expression d'une tension nerveuse, voilà !

d. C : Comment peut-on éviter d'avoir dents qui grincent ?

E11: Aucune idée.

C : Est-ce que vous avez cherché à éviter d'avoir...

E11: Pas du tout, non. Puisque moi, ça ne me gênait pas.

e. C : Comment soigne-t-ton les dents qui grincent ?

E11: Ben, pourquoi faut le soigner. Enfin, je ne sais pas moi. C'est comme ça. On est pas tous égaux, on est pas tous pareil. Euh, y en a qui ont des insomnies, y en a qui ont pas d'insomnies. Y en a qui grincent, y en a qui grincent pas. Voilà ! Pour moi,

c'est pas... je déteste la notion de normalité. Je n'accepte pas cette notion de normalité. Ou d'anormalité.

28-C : Est ce que vous pensez pouvoir faire quelque chose par vous même pour améliorer la situation ?

E11: Ben je ne fais que ça quand je me brosse les dents avec mon dentifrice, quand il faut que je rame, quand je veux acheter du Vince et qu'on me dit « Ah ben non, Madame ça n'existe plus ». « Ah, bon qu'est-ce qu'il y a d'autres ? » « Ah, ben je ne sais pas. » « Ah, bon » et vous commencez à faire les pharmaciens. Parce qu'à cette époque là ce n'était pas internet. Pour essayer de trouver une solution, un truc à l'eau de mer. Quand vous dites à un dentiste « euh, je fais ça » « Ah, oui »..bon, pfou...c'est dermerdenzich... tout le temps quoi. Alors il y a peut-être d'autres solutions mais ce système me convient. Bon, pourquoi perdre du temps à chercher autre chose. Je ne m'intéresse pas. Je ne vois pas pourquoi je dépenserai de l'énergie pour trouver quelque chose qui pourrait améliorer quelque chose qui quand même va bien. Et me satisfait et me suffit.

C : Et est-ce que vous pensez, en fait que vous avez déjà eu la démarche d'améliorer la situation mais il y a bien longtemps.

E11: Oui.

C : Donc il y a eu un moment où vous avez fait une démarche pour améliorer votre situation BD.

E11: Oui.

C: Vous la situez à peu près à quel moment ? Ou qu'est-ce qui s'est passé ?

E11: Ben ça, j'avais 20 ans.

C : Vous pensez que vers 20 ans vous avez fait une démarche

E11: Ben oui parce que mon père, il utilisait le bicarbonate de soude. C'est un peu dégueu. Mais c'est vrai que quand... avec le doigt comme ça ou même sans mettre de brosse, c'était mieux. Et puis, je ne sais pas.

C : vous avez fait des essais.

E11: Oui c'est ça. j'ai tâtonné. Et puis j'ai dû demander ce qu'il y avait comme dentifrice. Et qu'un pharmacien qui m'a dit "Ah ben, est-ce que vous connaissez ce truc là ». Ou bien, est-ce que c'est un dentiste qui m'a dit... je ne me rappelle plus « eh bien, essayez ». Je suis une grande bavarde, je pose des questions. On me répond ou on me répond pas ... Je cherche. A partir du moment où j'ai trouvé quelque chose qui me convient, et bien... Mais je suis quand même fainéante parce que je suis sûre que le dentifrice VINCE si j'avais bien cherché, peut-être qu'en regardant à l'étranger, j'en aurai trouvé fabriqué encore. Mais...

C : Mais la nouvelle solution que vous avez trouvé vous satisfait.

E11: Oui, c'est pas mal. Sauf qu'il ne faut pas tomber en rade et espérer en trouver le jour même parce que naturellement, ce n'est pas en stock. (*Rire*). A part ça.

Non à partir du moment où je trouve que je n'ai pas d'ennui avec mes dents, euh, ça va.

2^{ème} sous-partie : représentations cognitives sur la santé bucco-dentaire

29- C : Est-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E11: Je ne sais pas. Sûrement. De toute façon, toutes les corrélations sont possibles. Sûrement oui. Mais, euh, je me suis jamais posée la question. Oui bien sûr puisque la santé BD est en partie liée à la santé générale mais en partie seulement. C'est comme l'histoire des cors aux pieds. Il n'y a pas de globalisation absolue dans notre fonctionnement vital.

30- C : Pour vous, c'est quoi être en bonne santé bucco-dentaire ?

E11: Ben, c'est pouvoir ne pas s'occuper de ses dents. Oublier ses dents. Ou peut-être pas oublier, mais ne pas y penser. Se servir de ses dents, ben, pour manger pour découper les trucs qu'on arrive pas à découper parce qu'on a pas de ciseaux sous la main... voilà.

a. C : Pour vous, c'est quoi avoir des dents en bonne santé ? A quoi ressemble des dents en bonne santé ?

E11: Ben, mes dents. Voilà. En toute modestie. Voilà. *(Rire)*

C : Elles sont moins blanches qu'avant mais elles sont encore bien.

E11: Elles sont bien, elles tiennent le coup. Euh... J'ai plus de mal à croquer les pommes là. J'en ai croqué une l'autre jour mais qui était verte. Purée, j'ai eu du mal. Là, je me dis. En fait, je ne croque plus. Donc, là aussi, il y a tout un truc que je vais faire. Il faut croquer, et on croque plus. Donc, c'est pas bien. Je pense aussi qu'on s'entretient la qualité des dents avec justement l'intensité de la mastication que c'est quelque chose qui doit jouer un rôle important dans le maintien de cette santé BD. Et on est dans une société où on croque de moins en moins. Vous voyez, ça fait 8 jours simplement, que je commence à penser à ça et à le mettre en corrélation justement avec ce que j'ai vu avec Charlie. Et bien voilà. Et puis aussi la mastication, c'est une chose que je ne vous ai pas dites aussi, c'est que quand j'étais étudiante et que je bossais dans des conditions et terriblement difficiles vue mon état de santé, vue les conditions matérielles. Et la chose qui me faisait un bien fou, c'était d'acheter des morceaux de noix de coco qui était débité en petit lamelles et que les gens vendaient le long du boulevard Saint Michel devant la Sorbonne. Et la mastication, c'était un bonheur ! Et il n'existe rien d'équivalent. Parce qu'il faut mâcher. Le Chewing gum c'est trop mou. Parce que... et ça, c'est quelque chose dont je pense que c'est bien parce qu'il y a le plaisir gustatif, la plaisir de la destruction d'une chose, l'accomplissement d'une activité. Du début à la fin. Et c'était génial. Et ça n'existe plus.

C : Pour vous est-ce qu'il y a un aspect des dents en bonne santé ?

E11: Ben oui, des dents en bonne santé, elles sont jolies à regarder. Je pense que les chicots, ce ne sont pas des dents en bonne santé. Qui deviennent noirâtres, qui deviennent... c'est ça que je trouve affreux quand je vois les gens à l'hôpital. C'est affreux. C'est, c'est ...

- b. C : Pour vous, c'est quoi avoir une gencive en bonne santé ? A quoi ressemble une gencive en bonne santé ?

E11: Une gencive qui est rose. Qui n'est pas rouge, qui n'est pas blanche qui est rose.
(Rire)

Vous avez de ces questions bizarres.

- c. C : Pour vous, comment peut-on avoir une sensation de confort dans la bouche?

E11: C'est qu'on est bien avec ses dents. Moi, je suis bien avec mes dents.

C : Est-ce qu'il y a d'autres choses qui peuvent rentrer en compte ?

E11: Oui. Quand je prends des kilos, j'ai les joues qui grossissent et je me mords les joues. Et c'est comme ça que je sais que j'ai pris du poids. Et que je me dis « Annie, il y a un truc qui va pas ». (Rire)

- 31- C : Pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E11: Ben, c'est avoir des dents moches, qui tombent, qui font mal, qui vous empêchent ... qui sont un handicap ou un obstacle au plaisir que l'on peut avoir à manger. Si on a mal aux dents. Oui ça doit être, c'est désagréable.

- 32- C : Pour vous à quoi ça sert d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E11: A la même chose qu'avoir une bonne santé mentale, qu'avoir une bonne santé de l'estomac, d'avoir une bonne santé. A vivre.

- a. C : Est-ce que ça sert pour parler ?

E11: Ah, ben oui. Je pense. Oui, parce que les gens qui ont des appareils dentaires qui tac, tac, tac (*mime avec les mains des prothèses qui claquent et bougent*). Ils zozotent ou avec le machin qui fait clac, clac, clac. Je trouve ça terrible, je trouve ça épouvantable.

- b. C : Est-ce que ça sert pour manger ?

E11: Ben oui, prioritairement quand même.

C : et donc ça sert pour mastiquer ?

E11: Bien sûr, bien sûr. La mastication... manger, c'est mastiquer. S'il n'y a pas de mastication, je considère que c'est du gavage d'oie.

- 33- C : Pour vous, c'est important d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E11: Ah, ben oui !

- 34- C : Que faites-vous pour avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E11: Ben, ce que je vous ai dit depuis le début. (Rire) Savoir comment se comporter avec ses dents. Savoir ce dont elles ont besoins. Les utiliser à bon escient. Et puis, voilà, c'est ça. Et se fixer un cap et réussir à conserver ce cap en dépit de tous les obstacles que notre société de consommation, que je ne qualifierai pas pour être polie, nous met devant les pieds. Trouver des bonnes brosses à dents, trouver un

bon dentifrice, trouver la bouffe qui peut permettre d'utiliser toutes les fonctions de ses dents. Oui, tout ça. Je trouve qu'on est dans une société qui nous détruit, qui confond fainéantise et bien-être. Ou qui assimile fainéantise et bien-être. Moins on en fait, plus on est heureux. Non, se bagarrer avec une noix, et bien c'est jouissif. Evidemment il vaut mieux utiliser un casse-noix que ses dents pour casser la noix. Mais si on peut casser la noix avec ses dents, on se dit, « elles sont encore bien mes dents ». Juste comme pour tester.

3^{ème} partie : Description du répondant et de son environnement

35- Date de naissance :

36- Niveau d'étude : Doctorant

37- Dernier métier exercé : conseil scientifique en histoire de l'Art du Moyen-Age (

38- Catégorie socio-professionnelle

39- Situation familiale : veuve +1 enfant + 1 petit-enfant

40- Type de logement (maison/appartement/foyer de vie/ propriétaire/locataire)
Appartement propriétaire

41- Adhésion à une mutuelle OUI

42- Avez-vous vécu dans différents pays pendant votre vie ? Si oui, lesquels et quand ?

E11: En Turquie 3 ans. En tant qu'archéologue, j'ai fais des missions d'1 mois dans plusieurs pays : Turquie, Chypre, Egypte, Grèce, Italie, Tunisie, Liban

C : Impact de vos voyages ou de votre métier sur votre perception de votre bouche.

E11: Non

43- C : Avec votre famille ou vos amis, comment se passent les repas ensemble? Vous pensez à vos dents ?

E11: Non

44- C : Est-ce que vous parlez de votre problème dentaire à vos amis ou /et à votre famille ?

E11: J'en ai parlé là avec cette histoire de dent pétée que j'ai mis 1 mois à faire quelque chose.

C : Quand il y en a, il vous arrive d'en parler ?

E11: Oui, mais c'est tellement rare. Non, j'écoute beaucoup. J'ai une amie qui est complètement obsédée par ses problèmes de dents. La pauvre. Je découvre à quel point par cette amie, la bouche, l'hygiène bucco-dentaire, l'appareillage, tout ça, ça peut être vachement important. Et je me dis, quel pot tu as ma vieille ! Il y en a une

en particulier. On l'avait appelé Zézette parce que ... elle était trop marrante, Ta, ta, ta, ta... on aurait dit je ne sais plus quelle actrice dans le « Père Noël est une ordure ». Et là, je me dis... J'ai découvert, grâce à ces deux femmes, que j'ai rencontrés à Broca, que j'ai une chance inouïe. Puisque pour moi ma bouche n'existe pas si vous voulez.

C : Elle n'est pas un problème

E11: Ma bouche est un problème dans ce sens où c'est le lieu d'où ma voix sort et que j'ai un débit de mitraillette. Que c'est très dommageable. J'aimerais être comme ma sœur qui a une voix douce. Moi c'est Tout, tout, tout ou...voilà. Ma bouche, c'est ça. Cette espèce de haut parleur qui m'a toujours posé des soucis. Parce qu'en plus, je bégaye un peu. C'est vraiment quelque chose de complexe. Mes idées vont très très vite alors en générale le temps d'exprimer les idées. De moins en moins, parce que ça s'emmêle les crayons et que j'oublie tout. Mais alors, les dents, rien du tout. Les dents, c'est un épiphénomène.

45- C : Si vous avez de la famille ou des amis, comment vous aident-ils ? En quoi ils vous soutiennent?

E11: Ben non parce que je ne leur parle pas. Je leur dis tiens, au fait, je me suis pété une dent. Oh, c'est bizarre et c'est tout.

46- Consultation d'un médecin généraliste (oui/non/fréquence)

E11: Oui. J'y vais 2 fois par an en général, comme je vais au supermarché. Je lui dit « voilà, il me faut ça, il me faut ça, il me faut ça » et il me répond « on va commencer par vous examiner » tension, ta, ta, ta ok

47- Consultation d'un dentiste (oui/non/fréquence)

E11: Oui. Normalement. J'ai le même dentiste depuis une dizaine d'année. Parce que moi, j'ai quand même eu la chance, après ce génial dentiste de Normandie, que j'ai suivi même quand j'étais à Parsi, jusqu'à 35-40 ans. Il est parti à la retraite, j'étais en deuil. Donc, j'en ai trouvé un autre près de mon boulot, dans le 4^{ème} arrondissement. C'est lui qui m'a enlevé mes DDS. J'ai eu le bonheur de ne pas à avoir à aller dans une clinique. Il m'a enlevé mes DDS là, comme ça. En me recousant. Ça c'est une chance inouïe. Il est parti à la retraite. Depuis 10 ans, j'en ai un autre, dans mon quartier, qui est correct.

C : Vous le voyez régulièrement ?

E11: Oh, non, je vous ai dit, ça faisait 3 ans.

C : Et avant c'était pour quoi ?

E11: C'était pour faire un tour de piste quoi. Non, J'ai eu ma crise en revenant de Turquie en 2005. J'ai eu une copine qui s'était foutue de moi en me disant « t'es moche avec toutes tes couronnes en or, tu devrais les faire enlever et les faire en porcelaine ». Alors, comme j'avais le fric, j'ai du faire ça pour deux. C'est comme ça que je l'ai vu. Il m'a fait un truc interchangeable : je t'enlève le truc en or et je te met un truc en porcelaine.

48- C : Est-ce que le cabinet dentaire est loin de chez vous ?

E11: Non, il est à côté. Il est à 500m de chez moi

49- C : Comment faites-vous pour y aller ?

E11: A pied

50- C : Est-ce plus facile si quelqu'un est avec vous pour fixer le rendez-vous chez le dentiste ?

E11: Ah, non, je suis une femme libre. Je ne suis pas une femme soumise

Commentaires après entretien :

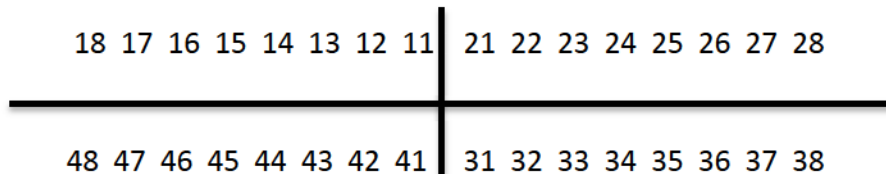
E11 : J'ai perdu la RX pano donc je n'ai pas refait de Pano. Comme je n'aime pas aller chez le dentiste, je me dis s'il avait vu quelque chose pendant ma CCM, il me l'aurait dit.

Je ne pense pas avoir une carie. Je le sens quand j'ai une carie. Avec le fil dentaire ça coince. Là, je l'enlève facilement

Entretien 12

Date : 07/05/2016 Lieu : 91 Pseudonyme : E12

Schéma bucco-dentaire selon les propos du répondant :



Commentaires :

GOHAI

Commentaire pendant la question 2 du GOHAI- E12 : Comme je viens d'avoir un problème de dent, je vais peut-être avoir tendance ne pas manger des choses trop dure.

Commentaire pendant la question 5 du GOHAI- E12 : Quelque fois, le froid ou des choses comme ça, donne un peu une sensation d'inconfort.

Commentaire pendant la question 9 du GOHAI- E12 : Ben récemment oui, donc je vais m'être plutôt parfois.

Commentaire pendant la question 12 du GOHAI- E12 : Le froid et sucré.

1^{ème} partie : Etat de santé déclaré (questions fermées) :

- 1- C : Est-ce que vous avez des problèmes de santé bucco-dentaire actuellement ?
E12: Oui, puisque j'ai eu un problème de dent qui s'est cassée. Et j'ai une autre dent qui s'est cassée sous un...qu'est-ce que vous voulez comme réponse ?
C : comme vous voulez, c'est vous qui répondez aux questions.
E12: Eh, oui, une dent cassée récemment. Il y a combien de temps que ma dent s'est cassée sous mon bridge. C'est 1 an et demi, 2 ans. Non même pas, peut-être 1 an.
E12: oh, plus.
Euh, 2 ans. Donc 2 ans, sous un bridge, une dent qui s'est cassée.
E12: Sous une couronne
E12: Sous une couronne, oui. Euh, ben c'est tout. C'est tout en problème.
Alors, ça joue sur les dents où l'hygiène bucco-dentaire ?
C : la santé bucco-dentaire.
E12: En problème, on cherche des problèmes. Non c'est tout rien de spécial.
Si j'ai quand même en hygiène bucco-dentaire, j'ai toujours un petit souci. Moi mes dents étant serrées, j'ai souvent besoin d'utiliser des fils dentaires pour extraire un

peu des morceaux, surtout avec des viandes un peu filandreuses ou autres, les pommes. Donc ça, je fais souvent appel à ça. Je ne sais pas si c'est dans ce chapitre là.
C : il n'y a pas d'ordre.

E12: Donc, ça si, c'est fréquent. Est-ce que l'on parle ici de ce que l'on fait pour...

C : On peut l'aborder maintenant, on le ré abordera plus tard.

E12: Brossage de dents, waterpick, on verra plus tard.

2- C : Est-ce qu'il vous manque des dents ? Combien vous en manque-t-il ?

E12: Oui

C : Combien vous en manque-t-il ?

E12: (*Rire*) La question qui tue. Euh, toutes celles de sagesse. Toutes celles de sagesse et deux.

3- C : Est-ce que vous avez fait remplacer les dents manquantes ?

E12: Non

4- C : Est-ce que vous portez des prothèses ?

E12: Non. Prothèses, vous dites les couronnes ?

C : Alors, pour nous CD, les couronnes sont des prothèses mais est-ce que pour vous ce sont des prothèses ?

E12: Ben oui, ça vient recouvrir une dent. Donc, oui, prothèse oui.

C : Mais est-ce que vous le ressentez comme une prothèse ?

E12: Non

5- C : Quel type de prothèses avez-vous en bouche ?

E12: Euh, dents en or. Je ne sais pas si c'est de l'alliage d'or.

6- C : Est-ce que vous avez (pensez avoir) des caries?

E12: Non

C : Est-ce que vous avez déjà eu des caries dans votre vie ?

E12: Oui. Il y a des gens qui en ont jamais ?

C : C'est rare, mais il y a des gens qui ont très très peu de caries. (*Rire*)

7- C : Est-ce que vous avez les gencives qui saignent (au brossage)?

E12: Alors, j'ai eu. J'ai eu. Et depuis un brossage avec une brosse électrique et le waterpick, je n'ai quasiment plus de saignement de gencive. Alors qu'avant, c'était fréquent. Au brossage

8- C : Est-ce que vous avez les dents qui bougent ?

E12: Non

9- Est-ce que vous avez une sensation de bouche sèche ?

E12: (*Silence*). C'est difficile à dire, je ne vois pas bien ce que vous voulez dire. Un manque de salive ?

C : Oui par exemple.

E12: Ben parfois, on peu avoir quand on fait de la marche. Là on a la bouche sèche.

A part, une activité physique qui déshydrate ou le soleil, je n'ai pas eu. En m'hydratant, je ne l'ai plus.

10- C : Est-ce que vous avez des candidoses ou mycoses en bouche ?

E12: Euh, Non. Par contre les aphtes, vous les mettez dans quoi.

C : vous avez eu des aphtes ?

E12: Oui. Beaucoup moins maintenant, mais j'ai eu une période très important d'aphtes. Aussi bien sur la muqueuse que sur la langue. Enfin, je veux dire...je ne sais pas si j'en parle.

C : on peut en reparler.

C : Est-ce que vous grincez des dents ?

E12: Moi, je ne m'en rends pas compte. Toi, tu as pas l'impression ?

Epouse : Parfois j'ai l'impression que tu te manges les dents.

C : Il y a du bruit ?

Epouse : Plutôt un mâchouillis (*mime avec les lèvres*)

E12: Un mâchouillis. Moi je ne pense pas.

Epouse : je ne l'ai jamais entendu grincer des dents.

11- C : Est-ce que vous avez mal aux dents actuellement ?

E12: Non

12- C : Est-ce que vous voulez bien me dire si vous avez des soucis au niveau santé générale ? Si oui, lesquels ?

E12: Alors, oui. De l'arythmie cardiaque. Silence. En ponctuel, une hémorragie méningée.

C : pas d'HTA, de diabète...

E12: Non. De ce côté là ça va. (*Rire*)

13- C : Pensez-vous que votre santé bucco-dentaire a un impact sur votre santé générale ?

E12: Je pense que oui. Oui.

14- C : Pensez-vous que votre santé générale a un impact sur votre santé bucco-dentaire ?

E12: Oui. Je pense que c'est réciproque. Oui, ne serait-ce que, euh, l'aspect général, ça rejaillit sur l'alimentation ou les dents. Je pense que c'est lié l'un et l'autre. Peut-être pas très très... oh, si je pense.

2^{ème} partie : Description de son propre état de santé bucco-dentaire, interprétation des symptômes et des causes, pronostic subjectif.

15- C : Comment jugez vous votre santé bucco-dentaire aujourd'hui ?

E12: A part ce problème de dents que j'ai eu. Bonne. Bonne sauf la dent cassée.

C : Qu'est-ce qui s'est passée pour la dent cassée ?

E12: Pfouf, ben je ne sais pas. Je me suis retrouvé avec un morceau de dent dans la bouche.

Epouse : c'est en mangeant.

E12: Oui en mangeant

Epouse : mais pas du dur

E12: Rien de dur spécialement. Mais c'était une dent qui était dévitalisée avec plombage. Donc peut être qu'elle a travaillé celle-là. C'est pas une dent vraiment qui était sans aucun problème jusque là. Il y avait même un gros plombage.

16- C : Est-ce qu'il s'est passé beaucoup de chose dans votre bouche ? Est-ce que vous voulez bien me les raconter ?

E12: Qu'est-ce qui s'est passé dans ma bouche ?

C : Est-ce qu'il y a eu beaucoup de soins....

E12: Fréquemment quand même, maintenant, régulièrement. Je que je peux vous dire, c'est que j'ai eu pas mal de caries. Quelques dents donc avec couronnes. Et que régulièrement, depuis quelques années, on a notre brosse à dents... J'avais avant une mauvaise hygiène, je ne dirais pas. Mais j'avais la sensation que j'avais la bouche qui sentait mauvais. Je m'en rendais bien compte. Et depuis la brosse à dents électrique et le waterpick, je n'ai plus aucun souci de ce côté-là. C'est-à-dire que la matière... en plus avec cette difficulté de coincement d'aliment dans les dents. Je pense qu'il devait y avoir la putréfaction qui devait jouer un peu. Donc depuis, j'ai plus de ... justement, mes dents, hormis là le problème récemment, je n'ai pas trop de problèmes.

Epouse : et puis on va tous les ans...

E12: Et on va tous les ans faire un détartrage. Un examen, une vérification.

C : Alors, vous avez commencé à avoir des caries jeune ?

E12: Oh, oui relativement. Alors, je ne me rappelle pas de trop. Mais vers 8-10 ans. Classiquement, je vais dire. *(Rire)*. Surtout qu'on se préoccupait moins à l'époque.

C : Et vous alliez voir le dentiste.

E12: Oui. Oui. Oui, de ce côté là, j'ai toujours été soigné. Je n'ai jamais eu de cet ordre. Si un petit phénomène. Je faisais à l'époque de la voile. Du dériveur. Beaucoup de dériveur et en compétition. Et en dériveur, quand on borde *(répondant mime de prendre le bout entre les dents et de le maintenir voir le tirer)*. Et je me suis cassée une dent.

C : On borde avec les dents.

E12: Ouais. A l'époque, je m'étais cassé une dent, rien qu'avec cet effort là. Donc c'est pour ça quand vous disiez que le comportement peut faire une évolution. ... Surtout que ça servait avec le dos à tirer, à faire le bordage. Donc, ça ça peut... je dis pas que ça à jouer sur les dents. Mais c'est une mauvaise utilisation des dents, je pense. *(Rire)*

C : Vous avez fait réparer cette dent

E12: Oh, oui, oui à l'époque, je l'avais fait réparer cette dent.

C : Elle est toujours là ?

E12: Aucune idée. Si elle est là, c'est sous une couronne. Peut-être la couronne qui a cassée, je n'en sais rien. *(Rire)* Je ne saurais pas vous dire.

17- C : Selon vous, à quoi est dû tout ce qui vous est arrivé ?

E12: J'aime bien le sucre. Sans excès. Mais j'aime bien les produits sucrés. Ben, je vous dis, bêtement sur une activité sportive, je pense que ça devait jouer un peu sur les dents, parce que je tirais fort dessus. Hein. Ça je m'en rappelle, je mordais puis je tirais. Sinon, le reste... Si le fait d'avoir les dents relativement serrées, fait que euh, certainement, euh, comment dire, ça laisse un peu de matière et autres coincés. Qu'on dégageait pas forcément. Le fil dentaire, on l'utilise depuis longtemps mais certainement pas jeune. On l'utilise depuis 20 ans, mais on a un certain âge. J'utilisais jamais le fil dentaire quand on avait 20 ans.

C : Donc tous ça c'est plutôt des caries et comportement...

E12: Oui, caries et comportement. Alors par contre, il y a les aphtes. Est-ce que les aphtes sont liés à une certaine hygiène bucco-dentaire ou pas. C'est pas spécialement.

C: Les aphtes:

a. C : A quels moments avez-vous liés les aphtes ?

E12: J'avais lié ça à un moment avec l'alimentation. Mais, euh, pfou, des noix ou autres choses... Il m'arrive de remanger des noix et je n'ai pas forcément d'aphtes. Il y a bien longtemps que je n'en ai pas eu. Alors.

C : A un moment de votre vie, vous aviez des aphtes ?

E12: J'avais fréquemment des aphtes à un moment. Ouais. C'est pas mortel mais embêtant. Et puis ça disparaissait. Généralement, il y a une phase. Ça dure une semaine quoi, à peu près, en gros. Et puis ça revenait après. J'avais un peu lié ça aux noix et au gruyère, je crois bien. Qui m'avait semblé, peut-être, potentiellement, un facteur sur les aphtes.

C : Depuis vous avez remangé du gruyère et des noix ?

E12: Oui. Donc, ça ne devait pas être lié à ça finalement.

b. C : A quoi sont dus les aphtes?

c. C : Par quel mécanisme les aphtes apparaissent ?

E12: Je ne sais pas. Je ne sais pas parce que... Surtout que ça n'apparaît pas toujours au même endroit.

d. C : Est-ce que c'est grave d'avoir des aphtes?

E12: Non. Non mais ennuyeux. Surtout quand c'est sur la langue, c'est difficile de parler après.

e. C : Comment peut-on éviter d'avoir des aphtes?

E12: Je ne sais pas.

f. C : Comment soigne t-on les aphtes?

E12: Alors j'utilisais des produits euh... qui étaient vendus spécifiquement pour ça. Qui piquaient énormément. Et puis c'est. Je pense que c'était le temps après. Je pense que le fait de mettre le produit permettait d'avoir un peu moins mal. C'est pas franchement hyper douloureux mais c'est un peu gênant.

18- C : Qu'est-ce qui, selon vous, a aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E12: Les 3 que je vous ai dit : l'entretien puisqu'on y va une fois par an, euh, fil dentaire, brossage des dents et jet d'eau. Ou jet dentaire.

C : Pensez-vous que les soins réalisés dans votre bouche vous ont aidé à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E12: Ah oui. Oui le détartrage.Ah, si, on peut noter, j'y pensais pas trop, j'ai une tendance au tartre. Alors c'est vrai que le fait de détartrer une fois par an améliore quand même effectivement le ... oui, oui j'ai un peu tendance à avoir du tartre. C'est pas énorme mais... le fait de passer à un détartrage régulièrement améliore. Voilà !

19- C : Pensez-vous du message de brossages des dents tous les jours ?

E12: Ben, nécessaire.

C : Pensez-vous que le brossage des dents tous les jours aide à avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E12: Ben oui. *(Rire)*. Il y en a qui disent non ? Alors après vous pourriez me dire si un par jour ou pas ? Parce que l'on a une petite opposition avec M. *(son épouse)*. Moi, je suis partisan du brossage le soir. Et toi c'est le matin.

Epouse : Celui du matin est indispensable.

E12: Moi celui du soir est indispensable. Vous voyez c'est un peu...

C : Comme quoi, chacun ses spécificités ! Comme je disais.

20- C : Que faites-vous pour prendre soin de votre santé bucco-dentaire ?

E12: Ben le brossage. Toujours pareil brossage, fil dentaire et jet dentaire.

C : Est-ce que vous faites du bain de bouche, du citron ou des choses comme ça ?

E12: Non. En bain de bouche non.

21- C : Comment pensez-vous que votre santé bucco-dentaire va être dans l'avenir ?

E12: Je peux dire j'espère qu'elle soit bonne mais, euh, comment. C'est une question qui est un peu embêtante quoi. Disons que comme là, j'ai une dent qui est cassée alors que je m'entretenais bien la bouche, je me dis que j'aurais bien d'autres problèmes un jour ou l'autre. Mais bon, je ne vois pas quoi faire de plus. J'espère qu'elle sera bonne mais à part l'entretien, le brossage, je ne vois pas quels seraient les autres éléments qui l'amélioreraient. Si vous avez des idées, je suis preneur.

C : Donc, vous espérez qu'elle soit bonne. Et pour quelles raisons elle serait bonne ?

E12: Parce que je pense que le fait de passer par les appareils ou autre est toujours une contrainte. Pour éviter les contraintes ou les ennuis. Je pense qu'un appareil dentaire est une contrainte. Et puis, je ne voudrais pas, quand même les implants et autres ne me font pas, j'ai pas trop envie. Je ne suis pas trop partisan d'implant et autres comme ça.

C : vous avez à peu près combien de couronnes en bouche ?

E12: Euh, je crois qui me restent 2 couronnes.

C Il vous reste 2 couronnes ? Les autres c'est vos dents à vous ?

E12: Oui

C : Vous être très habitué à vos propres dents ?

E12: Oui

22- C : Si vous pouviez changer votre bouche, comment serait-elle ? Par quels traitements ?

E12: Alors, peut être des dents moins serrées. Ça, ça serait pas mal. Pffou.. ; si plus régulières. Je n'ai pas les dents régulières. Toi (*parlant à son épouse*) elles sont biens. Moi ça a toujours été complètement aléatoire.

C : Ça toujours été comme ça ?

E12: Oui.

C : Alors moins serrées et plus régulières. Sinon, rien à changer ?

E12: Peut-être plus blanche parce qu'elles jaunissent un peu. Plus blanche..(*Rire*).. (*sourire de télévision*). (*Rire*). Non, c'est vrai que... oh, je ne me plains pas de mes dents. Mais moins serrées pour être moins ennuyé. Et puis, je pense aussi, de temps en temps, j'ai quand même pu ressentir une tension dans la mâchoire. Donc qu'elles soient moins serrées, ce serait peut-être pas plus mal.

C : Tension dans la mâchoire. Et vous l'avez attribuez à quelque chose cette tension dans la mâchoire?

E12: Non, rien de spécial. Est-ce que la température peut faire en sorte que si il fait -20 ou +30 ou +40, on doit avoir quand même des variations mécaniques dans la mâchoire.

C : Alors, là je peux vous répondre. Si vous avez de amalgame, l'ancien plombage gris, en bouche. En fait ils ont un coefficient de dilatation qui est supérieur à celui de la dent. Donc, quand vous faites des grandes variations de température dans votre bouche, donc, le coefficient de dilatation fait que le plombage pousse plus sur la dent.

E12: Donc les couronnes ?

Alors les couronnes ça va parce que ça englobe, mais les amalgames à l'intérieur de la dent. C'est pour cela, qu'au bout d'un moment, qu'il y a des traits de fêlures ou que ça se casse.

Donc, si on boit quelque chose de glacé et puis quelque chose de chaud, le coefficient de dilatation... oui c'est logique.

1^{ère} sous - partie : représentations cognitives sur les maladies bucco-dentaires

23- Caries dentaires :

a. C : Selon vous : à quoi sont dues les caries ?

Réponse classique télévisuelle ou informatique ou radio, aux sucres.

b. C : Comment arrivent les caries ? Par quel mécanisme la carie apparaît ?

E12: Ah... je regrette de ne pas avoir fait des études de dentiste. Bah, je pense que... je sais pas, entre l'émail... j'ai pas fais ce type de chimie. Je pense que l'émail doit être attaqué. Que le sucre concentré sur la dent doit produire...alors qu'est-ce que ça peut produire le sucre en se décomposant?... une base, un oxyde... je ne sais pas. Bon, je pense que c'est la présence du sucre au contact de l'émail qui produit des attaques.

c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir des caries ?

E12: (*Silence*). C'est le mot grave qui est un peu gênant. Je ne pense pas que ce soit grave. En fait, maintenant qu'elles sont soignées, euh... depuis qu'on les soigne, je ne dirais pas que c'est grave. Mais ennuyeux, oui. Ne serait-ce que parce que vous

disiez : les traitements, les matières que l'on met dedans. Et puis c'est générateur de douleur, les caries.

C : Vous avez eu beaucoup de douleurs dentaires ? Ou des souvenir de douleurs dentaires ?

E12: Ben, je pense que quand j'ai eu des caries étant jeune, un moment ça faisait mal et il fallait que j'aille chez le dentiste. Mais, je n'ai pas de souvenirs.

C : Et vous avez des souvenir du dentiste de l'époque ?

E12: Ça faisait plus mal que maintenant. Oui, oui Certain ! Parce que quand on allait chez le dentiste, il y a 40 ans, on savait qu'on allait souffrir. Je pense que l'anesthésie était infime. Ça devait être les prémises, ou le début des anesthésies. Je me rappelle qu'il y avait des douleurs quand il dévitalisait ou autres. Maintenant, il y a plus.... Mais c'est vrai que jeune, aller chez le dentiste, on savait qu'on allait souffrir. Ah oui, oui. Tu ne t'en rappelles pas ? (*vers son épouse*)

Epouse : Ah si si je me rappelle d'avoir mal

E12: On se rappelle qu'on souffrait. C'était pas de gaîté de cœur qu'on allait chez le dentiste.

d. C : Comment peut-on éviter d'avoir des caries ?

E12: Alors, on peut éviter de manger du sucre. Ce qui serait peut-être une bonne chose. Et puis un brossage et jet dentaire. Les deux. C'est vrai que, moi, dans mon cas de dents relativement serrées, le jet dentaire me permet des fois de retirer parfois pas mal de cochonneries. Enfin, de cochonneries... de particules, quoi. Donc, pour moi, c'est un peu les deux. Surtout le brossage et le nettoyage. Donc, sinon, j'en vois pas d'autres. Ah, Le dentifrice ? Les dentifrices, je ne sais pas si ça... Non, les dentifrices, je ne crois pas que ... ils font une grosse pub pour les enfants avec le fluor. Alors. Ça c'est le lobbying des marchands de dentifrices fluorés. Alors est-ce que c'est bon ou pas ? C'est vous qui pouvez le dire. (*Rire*). Mais je pense que c'est un lobbying, mon mot n'était pas inutile.

e. C : Comment soigne-t-on les caries ?

E12: Ah... Alors euh... ce que je ne sais plus si on peut soigner de 2 manières. Parce que parfois on avait la dent dévitalisée et parfois non. Donc, je pense que quand c'était une petite carie, c'est uniquement un nettoyage et un rebouchage. Et quand c'était une carie très profonde, on dévitalisait la dent pour la reboucher. C'est tout ce que je peux vous dire. Je regrette de ne pas avoir mieux travaillé mon sujet. (*Rire*), j'aurais eu une pensée...

C : Au contraire, c'est ça qui est intéressant.

24- La gencive qui saigne :

a. C : A quoi est due la gencive qui saigne ?

E12: Pour moi c'était principalement le tartre.

b. C : Comment arrive la gencive qui saigne ? Par quel mécanisme le saignement de gencive apparaît ?

E12: Parce que le tartre est quand même un élément dur qui se met entre la gencive et la dent. Et quand on brosse, on fait bouger sa gencive sur le tartre qui coupe. C'est coupant finalement, le tartre.

- c. C : Est-ce que c'est grave d'avoir la gencive qui saigne ?
 E12: (*Silence*). Oui. Enfin, le mot grave, c'est toujours un peu... Oui, parce qu'on peut peut-être se générer des infections. Et puis ça laisse un gout de sang dans la bouche. Et oui, ça sent pas particulièrement bon. Parce que le sang dans la bouche, ça pouvait laisser une mauvaise odeur, aussi après.
- d. C : Comment peut-on éviter d'avoir la gencive qui saigne?
 E12: En détartrant. Et brossage. Détartrage par le praticien et brossage par l'individu.
- e. C : Comment soigne-t-on la gencive qui saigne?
 E12: Vous voulez dire quand elle est enflammée ? Moi, sans penser à l'inflammation, moi je pense que c'est les deux que je vous ait dit : détartrage et brossage. On ne parle pas là d'un risque d'inflammation.
 C : On parle de ce que vous voulez...
 E12: Non, non, je n'ai jamais eu d'inflammation liée au saignement. Je n'ai pas eu ce problème.

25- Les dents qui bougent :

26- La sensation de bouche sèche:

27- Les dents qui grincent :

28- C : Est ce que vous pensez pouvoir faire quelque chose par vous même pour améliorer la situation ?

E12: En plus de ce que je fais maintenant ?

C : on parle de ce que vous faite maintenant.

E12: Alors brossage et jet dentaire le soir. Parfois un petit peu, comme là, on a mangé un truc un peu sucré. Je ressens le besoin d'aller me brosser les dents. Mais sinon, je ne vois pas spécifiquement d'autres ?

C : Qu'est-ce que vous pourriez faire par vous-même d'autres ?

E12: Plutôt, ce que je pourrais envisager ? Le bain de bouche, peut-être que ça peut faire quelque chose. Mais je n'en ai jamais éprouvé le besoin.

C : Quand faites-vous votre brossage ?

E12: Le soir.

C : C'est un brossage par jour...

E12: Oui... euh, oui sauf éventuellement, en fonction du repas très sucré, là où j'éprouve le besoin de faire un brossage. Mais là, c'est vraiment aléatoire. C'est en fonction de ce que je mange.

2^{ème} sous-partie : représentations cognitives sur la santé bucco-dentaire

29- C : Est-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E12: (*Silence*). Bon état général et mauvaise santé bucco-dentaire ? (*Silence*). Ça c'est un problème de dosage dans ce que vous me dites. Parce que euh, si on a un bon

état général et qu'on a aucune hygiène BD on tardera pas à avoir des problème d'état général. Question difficile à répondre...

Est-ce que vous voulez dire que l'on peut être en très bonne forme et que tout va bien, bon état général et qu'on aurait des très très mauvaise dents?... Mais à ce moment-là ça va rejaillir un moment ou à un autre sur la santé, je pense. Je ne pense pas que l'on puisse dire « je me fiche de mon état de mes dents alors que j'ai un bon état général ». Je ne pense pas.

C : Est-ce que l'on peut être en bonne santé générale et avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E12: Je ne pense pas. Je ne pense pas. Quand vous parlez de santé BD vous parlez des gros problèmes pas uniquement, un petit saignement de temps en temps.

C : Oui

E12: Non, je ne pense pas.

30- C : Pour vous, c'est quoi être en bonne santé bucco-dentaire ?

E12: (*Silence*). Manger sans se préoccuper de ses dents. Ne pas avoir de douleur. C'est pas de se dire, je fais attention. Ne pas penser à ses dents.

a. C : Pour vous, c'est quoi avoir des dents en bonne santé ? A quoi ressemble des dents en bonne santé ?

E12: A quoi ressemble des dents en bonne santé ? Pas de caries, pas de couronnes naturellement. Euh.... Je ne dirais pas qu'elles sont bien droites. La disposition des dents peut jouer. Maintenant quand on voit tous ces enfants avec des appareils dentaires, je me demande s'il aurait fallu faire ça ou pas. Je ne sais pas, vous me direz tout à l'heure.

E12: Epouse : Tu as eu un appareil dentaire...

E12: Ah oui, j'ai eu une fois un appareil. Je n'ai pas du le garder longtemps, ça m'embêtait. C'était des trucs, avec un palais. C'était des trucs anciens. On avait voulu à l'époque me redresser les dents. Ouais. Mais je n'ai pas eu ça longtemps, j'étais petit. Peut-être même avant 10 ans. Et puis il fallait garder ça longtemps... un truc épouvantable.... Ah, oui c'est vrai, j'avais eu ça tiens ?! Ça m'était sorti de l'esprit.

E12: Epouse : je ne connaissais pas pourtant.

E12: Non, mais c'était pas des ...oh, j'étais très petit. Je n'ai pas eu après.

C : Donc vous étiez déjà chez le dentiste tout petit ?

E12: Oui, oui, oui, oui. A l'époque, j'habitais à Saint Denis. Il y avait tout ce qu'il fallait. Tous médecins et tous professionnels médicaux. A l'époque il y avait moins le désert médical que maintenant.

C : Alors à quoi ressemble des dents en bonne santé, Pas de caries, pas de couronnes, dents droites, mais vous m'avez dit c'est pas vraiment ça.

E12: Alors si on n'a pas les dents droites, est-ce que c'est pas une bonne dent ? Alors après c'est l'esthétisme. C'est pas... Ah, oui, alors vous dites qu'on peut se poser la question de l'esthétisme. Une bonne dent ? Oui, il peut y avoir le problème d'esthétisme. Les gens qui ont des dentitions. On dit des belles dents, régulières... Il y a des gens qui souffrent pour l'esthétisme. S'ils font ça c'est pour avoir des belles dents. (*Rire*).

C : Mais en bonne santé ?

E12: En bonne santé, pour moi le fait qu'elles ne soient pas régulières ce n'est pas ... C'est plutôt, pas de caries, pas de couronnes. Est-ce que le tartre ? Non, ce n'est pas la dent en elle-même.

- b. C : Pour vous, c'est quoi avoir une gencive en bonne santé ? A quoi ressemble une gencive en bonne santé ?

E12: (*Silence*). Elle ne fait pas mal, pas de douleur. Pas de douleur, pas de saignement.

C'est tout.

- c. C : Pour vous, comment peut-on avoir une sensation de confort dans la bouche ?

E12: Après le brossage et le jet dentaire. Je ressens une sensation de confort dans la bouche.

C : Et comment vous décririez cette sensation de confort dans la bouche ?

E12: Ben alors... propreté. Oui, ça se ressent la propreté, on a la sensation d'avoir la bouche fraîche. C'est uniquement ça. Peut-être pas, quand on passe la langue, de petites particules ou autres. Une absence de particules. C'est principalement ça.

- 31- Pour vous, c'est quoi avoir une mauvaise santé bucco-dentaire ?

E12: Mauvaise santé. C'est pas une histoire d'appareil. Alors ce que je ne sais pas si l'appareil... avec l'âge, on perd ses dents. Mais on doit naturellement avoir des problèmes de dents avec l'âge. Ça c'est quelque chose que je ne sais pas. Même si on a une bonne santé bucco-dentaire, est-ce qu'on perd ses dents. Non ? Donc, toutes les personnes âgées qui perdent leurs dents c'est que c'est une mauvaise santé BD.

C : J'ai des patients qui ont 100 ans et qui ont toutes leurs dents. Ça existe.

E12: Ah, oui. Alors comment décrire une mauvaise santé BD ? Alors, l'odeur. Maintenant, je le ressens. Parfois, on a des gens qui vous parlent, il faut reculer quand même. Qu'il y ait au moins visuellement présence de dents. Parce qu'il y a des gens, quand il ouvre la bouche, on voit qu'il manque des dents. C'est vrai, que c'est un peu gênant. On se dit qu'il y a un problème. Peut-être pas de dents, les dents pas trop jaunes... les fumeurs et autres. Et puis c'est tout.

- 32- C : Pour vous à quoi ça sert d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E12: On rejoint les questions précédentes. Je pense qu'une bonne santé BD donne aussi après un bon état général. Disons, que ça participe au bon état général. On ne peut pas se dire je suis en forme si on n'a pas une bonne santé BD.

- a. C : Est-ce que ça sert pour parler ?

E12: Oui. Bien sûr.

- b. C : Est-ce que ça sert pour manger ?

E12: Ben oui. Oui, logique.

- 33- C : Pour vous, c'est important d'avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E12: Oui. Toujours pour l'état général.

34- C : Que faites-vous pour avoir une bonne santé bucco-dentaire ?

E12: Toujours pareil. Le fil le brossage et le jet d'eau. Est-ce que on pourrait mettre aussi des aliments ? Je ne sais pas s'il y a des choses qui génèrent une mauvaise santé bucco-dentaire. Peut-être il y a des choses on n'en mange pas nous des choses qui donne une mauvaise santé BD. Je ne sais pas il y a peut-être des produits ou des choses à manger. Ou le tabac par exemple. Je ne suis pas fumeur. Je ne bois pas non plus lourdement de l'alcool. Donc c'est vrai que... Une bonne santé BD ça limite aussi certains produits alimentaires. Ça je ne l'ai pas abordé car ça ne m'a jamais, euh, posé problème. C'est une partie dont je m'en rends compte maintenant. J'aime bien l'ail mais ça c'est d'une manière générale l'odeur de l'ail. Pas uniquement BD.

C : vous m'avez parlé du sucre.

E12: Oui le sucre par son action un peu opaque, on ne le ressent pas. Je ne vois pas d'autres produits ? Je pense qu'on essaie de manger un peu équilibré. *(en regardant son épouse)*

Epouse : on essaye

(Rire)

3^{ème} partie : Description du répondant et de son environnement

35- Date de naissance : 19/06/1947

36- Niveau d'étude : Ecole d'Ingénieur

37- Dernier métier exercé : Ingénieur expert dans le bâtiment auprès des assurances

38- Catégorie socio-professionnelle

39- Situation familiale : mariée + 3 enfants + 6 petits-enfants

40- Type de logement (maison/appartement/foyer de vie/ propriétaire/locataire)
Maison propriétaire

41- Adhésion à une mutuelle oui

42- C : Avez-vous vécu dans différents pays pendant votre vie ? Si oui, lesquels et quand ?
E12 : Non

43- C : Avec votre famille ou vos amis, comment se passent les repas ensemble?

E12: *(Silence)*. Peut-être s'il y a des choses dures comme du caramels ou de la nougatine. Si la nougatine est très dure, je pense à mes dents. Je cherchais des aliments durs et je repensais à des mariages où on se dit « ouh là, là, ça va être dur à casser ». Je ne suis pas trop adepte du froid. Je ne recherche pas trop les choses glacées, ni trop chaud. Le glacé, je n'ai pas trop. Les glace, c'est bon mais si, par exemple, on prends une bière. J'aime bien la bière fraîche mais pas glacé. C'est plus le goût qu'autre chose. Ce n'est pas mes dents qui me gênent.

44- C : Est-ce que vous parlez de votre problème dentaire à vos amis ou /et à votre famille ?

E12: Peut-être un peu avec M (*Epouse*). Sinon non

45- C : Si vous avez de la famille ou des amis, comment vous aident-ils ? En quoi ils vous soutiennent?

E12: Soutenir oui. Là, je ne vois pas trop (*Rire*). Je ne généralise pas, mais les hommes, on se plaint volontiers. (*Rire*). Vous semblez, vous mesdames, plus dures que nous. Hormis le fait ... quand ma dent s'est cassée, j'ai pas mal ronchonné après cette dent cassée. Mais pas plus.

46- Consultation d'un médecin généraliste (oui/non/fréquence)

E12: Oui, tous les 3 mois pour arythmie cardiaque

47- Consultation d'un dentiste (oui/non/fréquence)

E12: Oui, sans problèmes, une fois par an sinon, l'urgence.

48- C : Est-ce que le cabinet dentaire est loin de chez vous ?

E12: 15 à 20 min

49- C : Comment faites-vous pour y aller ?

E12: Voiture

50- C : Est-ce plus facile si quelqu'un est avec vous pour fixer le rendez-vous chez le dentiste ?

E12: Non

Epouse : c'est moi qui prends le RV pour le dentiste pour les contrôles.

TITRE : Analyse des obstacles représentationnels chez les personnes âgées autonomes concernant leur santé bucco-dentaire. Contribution à la conception de modèle de programme d'éducation pour la santé bucco-dentaire.

RESUMÉ : Problématique: Devant les recommandations de concevoir des interventions éducatives en santé bucco-dentaire intégrées dans des modèles de promotion de la santé (Petersen, 2010), le constat est fait, après une recension qualitative des écrits en s'adossant au modèle Precede-Proceed (Green et Kreuter, 1991) qu'il existe peu d'études sur les représentations cognitives en santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes en particulier sur la maladie carieuse, la gingivite, la mobilité dentaire, la sécheresse buccale et le bruxisme. **Objectif :** Identifier les représentations cognitives, selon Meunier (2002), exprimées dans le comportement de santé bucco-dentaire. **Méthode:** Suivant la méthode qualitative de la théorisation ancrée, l'analyse des verbatim est réalisée de l'étape de codification à l'étape de mise en relation (Paillé, 1994). L'échantillon, non représentatif, repose sur 12 répondants volontaires (5 hommes et 7 femmes, de 66 ans à 90 ans). Les entretiens semi-directifs sont menés à l'aide d'un guide d'entretien, préalablement testé, qui s'appuie sur plusieurs concepts dont le *Health Belief Model*. Il comprend : un état de santé déclaré, une description de sa propre santé bucco-dentaire et une description du répondant et de ses ressources. **Résultats :** Les représentations cognitives, favorables ou non, sont proportionnellement plus présentes au niveau de l'attribution causale et du mécanisme d'apparition des maladies bucco-dentaires. Les répondants expriment une proportion importante de « *je ne sais pas* » concernant les maladies en santé orale sauf pour la maladie carieuse. Ils ne se perçoivent pas comme malade. La notion de bonne santé orale est difficile à définir autrement que par opposition à une mauvaise santé orale. Enfin, alors que les thèmes ne sont pas questionnés dans le guide d'entretien, l'esthétique et les préoccupations financières occupent une place importante dans les discours. **Discussion :** Ces résultats font émerger des obstacles représentationnels vis-à-vis de la santé orale et mettent en exergue les différentes caractéristiques d'un comportement en santé orale. Ils semblent confirmer que l'étape du diagnostic éducatif est incontournable dans la conception d'un programme d'éducation en santé orale car elle permet, entre autre, de faire émerger les représentations cognitives, les connaissances déjà acquises et les nombreuses incertitudes. Il est à noter que toute intervention en éducation doit prévoir une définition positive de la santé orale. **Conclusion :** La poursuite de recherche s'avère nécessaire afin de répondre aux objectifs d'une intervention éducative. Un des principaux enjeux est l'adoption par l'individu d'un raisonnement basé sur l'acquisition de connaissances et de savoir lui permettant de prendre des décisions plus favorables à sa santé.

TITLE : An Analysis of cognitive representations of the independent elderly on their oral health. Contribution to the design of a model for oral health education programme.

ABSTRACT : Premise: Given the need to develop educational programmes integrated into more general models to promote oral health (Petersen, 2010), we observe that there are few studies on the cognitive representations of the independent elderly on oral health. This observation is made after an qualitative review of the literature drawing on the Precede-Proceed model (Green et Kreuter, 1991). The lack of studies on this topic is especially apparent regarding tooth decay, gingivitis, dental mobility, dry mouth and bruxism. **Aims:** To identify the cognitive representations, defined by Meunier (2002), present in oral health behaviour. **Method:** According to the qualitative method of Grounded theory, the verbatim's analysis is realized from the coding stage up to the integrating stage (Paillé, 1994). The sample, non-representative, is based on 12 voluntary respondents (5 men and 7 women, aged from 66 years to 90 years). The semi-directive interviews are led with an interview guide based on the reference design of the Health Belief Model. Data includes reported health status, reported description of the respondent and their resources and reported description of their own oral health. **Results:** The categories of causal attribution and mechanism of appearance include most of cognitive representations, either positive or negative. The respondents express an important proportion of " *I don't know* " regarding diseases in oral health, with the exception of cavities. They do not perceive themselves as sick persons. They define a good oral health only as opposed to poor oral health. Finally, while these topics are not addressed in the interview guide, aesthetics and financial concerns occupy an important place in the discourses. **Discussion:** These results reveal the representational barriers to improved oral health behaviour and stress the various characteristics of it. The results contribute to structuring a relevant educational diagnosis that is necessary to prior in an education programme. Every health educational programme must include a positive oral health definition. **Conclusion:** There is a need for further research to address the objectives of educational programmes. The main stake is to bring people to adopting knowledge based on reasoning yielding improved oral health decisions.

DISCIPLINE : Sciences de l'Éducation

MOTS-CLÉS : santé orale, personne âgée autonome, représentation cognitive, modèle Precede-Proceed

KEY-WORDS : oral health, independent elderly, cognitive representation, Precede-Proceed Model

AUTEUR: Cécile Akodjenou Hvostoff

Laboratoire Éducatifs et Pratiques en Santé, EA3412, UFR Santé, Médecine, Biologie Humaine
Université Paris 13, 74, rue Marcel Cachin, 93017 Bobigny cedex