

Qualité de vie et traumatismes dentaires

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN
CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

MASSOT Charlotte

Née le 17/09/1989

Le Vendredi 10 juillet 2015 devant le jury ci-dessous :

Président : M. le Professeur Assem SOUEIDAN

Assesseur : Mme. le Docteur Valérie ARMENGOL

Assesseur : Mme. le Docteur Bénédicte ENKEL

Directeur de thèse : Mme. le Docteur Elisabeth ROY

UNIVERSITÉ DE NANTES	
Président	Pr LABOUX Olivier
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE	
Doyen	Pr AMOURIQ Yves
Assesseurs	Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	
Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur LESCLOUS Philippe	Madame LICHT Brigitte Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités	
Monsieur BOULER Jean-Michel	
Professeurs Emérites	
Monsieur BOHNE Wolf	Monsieur JEAN Alain
Praticiens Hospitaliers	
Madame DUPAS Cécile Madame LEROUXEL Emmanuelle	Madame BLERY Pauline Madame Isabelle HYON Madame Hélène GOEMAERE GALIERE
Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	Assistants Hospitaliers Universitaires des C.S.E.R.D.
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BADRAN Zahi Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Madame JORDANA Fabienne Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LE BARS Pierre Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur MARION Dominique Monsieur NIVET Marc-Henri Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUJILLOU Xavier Monsieur VERNER Christian	Madame BOEDEC Anne Monsieur CLÉE Thibaud Monsieur DAUZAT Antoine Monsieur DEUMIER Laurent Madame CLOITRE Alexandra Madame GOUGEON Béatrice Monsieur KOUADIO Kouakou (Assistant associé) Monsieur LANOISELEE Edouard Monsieur LE BOURHIS Antoine Madame LE GOFFE Claire Madame MAÇON Claire Madame MELIN Fanny Madame MERAMETDJIAN Laure Monsieur PILON Nicolas Monsieur PRUD'HOMME Tony Monsieur RESTOUX Gauthier Madame RICHARD Catherine Monsieur ROLOT Morgan
Enseignants Associés	A.T.E.R.
Madame BRETECHE Anne (MC Associé) Madame RAKIC Mia (MC Associé) Madame VINATIER Claire (PR Associé)	Monsieur COUASNAY Greig

06/02/15

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

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur SOUEIDAN

Professeur des universités
Praticien hospitalier des centres de soins d'enseignement et de recherche dentaire
Docteur de l'université de Nantes
Chef du département de parodontologie

Pour m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse,
Pour votre disponibilité et vos conseils,
Veuillez trouver dans cette thèse, l'expression de mes sentiments les plus respectueux

A Madame le Docteur Elisabeth ROY

Maître de conférence des Universités
Praticien-Hospitalier des C.S.E.R.D.
Docteur de l'université de Nantes
Département de pédodontie, Nantes

Merci de m'avoir soumis ce sujet de thèse,
Pour votre réactivité, votre implication et votre bonne humeur au cours de
l'élaboration de cette thèse.
Pour votre confiance et vos conseils tout au long de mon cursus universitaire,
Votre ouverture d'esprit et votre écoute ont été précieux.
Que ce travail soit le témoignage de mon respect, de mes sincères
remerciements et de toute mon estime.

A Madame le Docteur Valérie ARMENGOL

Maître de conférence des Universités

Praticien-Hospitalier des C.S.E.R.D.

Docteur de l'université de Nantes

Département d'Odontologie conservatrice et endodontie, Nantes

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury,

Pour la qualité de vos enseignements pratiques et théoriques tout au long de mon cursus, travailler à vos côtés a été une expérience enrichissante,

Pour votre pédagogie et votre gentillesse,

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de ma haute considération

A Madame le Docteur Benedicte ENKEL

Maître de conférence des Universités
Praticien-Hospitalier des C.S.E.R.D.
Docteur de l'université de Nantes
Département d'Odontologie conservatrice et endodontie, Nantes

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury,
Pour votre aide et vos conseils lors de l'analyse statistique de cette étude,
Pour votre gentillesse et votre disponibilité,
Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

INTRODUCTION 10

1 Généralités et revue de la littérature 11

1.1 TRAUMATISMES DENTAIREs 11

1.1.1 DEFINITIONS..... 11

1.1.2 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES..... 11

1.1.2.1 Age 12

1.1.2.2 Sexe..... 12

1.1.2.3 Localisation des dents atteintes..... 12

1.1.2.4 Circonstances de survenue 13

1.1.2.4.1 Les accidents de la voie publique..... 14

1.1.2.4.2 La pratique sportive..... 14

1.1.2.4.3 La violence..... 15

1.1.2.4.4 Les blessures iatrogènes et l'usage inapproprié des dents 15

1.1.3 FACTEURS DE RISQUES 15

1.1.3.1 Les facteurs oraux 16

1.1.3.2 Les facteurs environnementaux 16

1.1.3.3 Les facteurs comportementaux 17

1.1.4 CLASSIFICATIONS..... 17

1.1.5 DIAGNOSTIC 19

1.1.6 PRISE EN CHARGE ET COMPLICATIONS..... 20

1.1.6.1 Nécrose pulpaire 20

1.1.6.2 Résorption 21

1.1.6.3 Oblitération canalaire 21

1.2 QUALITE DE VIE 23

1.2.1 INTRODUCTION A LA NOTION DE QUALITE DE VIE..... 23

1.2.2 OUTILS D'EVALUATION..... 26

1.2.3 OUTILS GENERAUX 27

1.2.4 OUTILS SPECIFIQUES 28

1.3 ORAL HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE (QUALITE DE VIE LIEE A LA SANTE ORALE) ... 28

1.3.1 CONCEPT 28

1.3.1.1 Outils d'évaluation..... 29

1.4 QUALITE DE VIE ET TRAUMATISMES DENTAIREs 32

2 Etude préliminaire..... 36

2.1 OBJECTIFS..... 36

2.2 MATERIEL ET METHODE 36

2.2.1 RECUEIL DES DONNEES..... 36

2.2.1.1 Questionnaire 37

2.2.1.2 Dossier clinique du patient..... 37

2.2.2 ANALYSE STATISTIQUE 37

2.3 RESULTATS..... 38

2.3.1 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES..... 38

2.3.1.1 Sexe..... 38

2.3.1.2 Age 38

2.3.1.3 Cause et lieu du trauma 38

2.3.2 DONNEES CLINIQUES..... 40

2.3.2.1 Dents atteintes..... 40

2.3.2.2 Type de traumatisme 40

2.3.2.3 Prise en charge..... 41

2.3.2.4 Traitement..... 42

2.3.3 DOULEURS 43

2.3.4	APPREHENSION.....	44
2.3.5	LIMITATION FONCTIONNELLE	45
2.3.5.1	Difficultés lors du brossage.....	45
2.3.5.2	Difficultés lors de l'alimentation	46
2.3.5.3	Modification de l'ouverture buccale	47
2.3.5.4	Difficultés lors de l'élocution.....	48
2.3.6	GENE ESTHETIQUE	48
2.3.7	GENE SOCIALE.....	50
2.3.8	IMPACT DES RENDEZ-VOUS	50
2.4	DISCUSSION	52
	CONCLUSION.....	55
	TABLE DES ILLUSTRATIONS :	56
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	58
	ANNEXES :.....	64

INTRODUCTION

La sphère orale représente 1 % de la superficie du corps humain et pourtant, elle est concernée par 5 % des traumatismes corporels [20]. Aujourd'hui, les principales complications des traumas sont connues. Cependant, à l'heure où santé ne rime plus uniquement avec absence de maladie mais avec bien-être, où l'image et l'esthétique prédominent, et où les relations sociales sont omniprésentes, qu'en est-il de l'impact sur la qualité de vie des patients ?

Pour répondre à cette question, nous ferons, tout d'abord, le point sur les données actuelles de la littérature. Nous présenterons les facteurs épidémiologiques des traumatismes dentaires, puis la qualité de vie et plus particulièrement la qualité de vie liée à la santé orale. Enfin, une étude préliminaire nous permettra d'initier les retentissements des traumas dentaires sur la qualité de vie.

1 Généralités et revue de la littérature

1.1 Traumatismes dentaires

1.1.1 Définitions

Le traumatisme dentaire est une lésion de la région oro-faciale affectant une ou plusieurs dents et pouvant atteindre les os, les muqueuses et les tissus mous.

Dans le langage médical, un traumatisme désigne les lésions ainsi que, les phénomènes secondaires engendrés par un choc. Le terme trauma, quant à lui, désigne uniquement la lésion physique locale. Nous emploierons, dans ce travail, dans un sens équivalent comme cela est couramment effectué, les termes traumas et, traumatismes. [13]



Figure 1: Traumatisme dentaire atteignant les dents, les muqueuses et l'os alvéolaire (CSD Nantes, SAY LIANG FAT M, interne)

1.1.2 Données épidémiologiques

Au vu du rapport sur la santé buccodentaire de l'OMS (2003), nous disposons de peu de données épidémiologiques sur la survenue des traumas dentaires dans le monde. Selon la population étudiée, la prévalence des dents permanentes traumatisées varie de 2,4 à 58 % [50].

1.1.2.1 Age

D'après Glendor et coll. (2008), les traumatismes dentaires touchent un adolescent sur six et un adulte sur quatre. En ce qui concerne les dents temporaires, 25 % des enfants subissent un traumatisme de leurs dents temporaires au cours de leur scolarité [19].

En fonction de la tranche d'âge, on évalue dans les pays industrialisés, la prévalence entre 16 et 40 % chez les 6/12ans, et, entre 4 et 33 % chez les 12/14ans. En effet, l'incidence des blessures orales est plus fréquente pendant les dix premières années de la vie ; elle est de 1,7 % chez les 6/12 ans. Puis elle diminue avec l'âge, notamment entre 24 et 30 ans, et devient rare ensuite. Effectivement, en terme de prévalence, 71 à 92 % des traumatismes dentaires ont lieu avant 19 ans. Récemment, une augmentation a été observée chez les patients de plus de 18 ans et, notamment, chez les 65/74 ans. Ceci s'explique par le vieillissement de la population et, l'amélioration de la santé bucco-dentaire tout au long de la vie. Les personnes âgées gardent de plus en plus leurs dents sur l'arcade [53-55-10].

1.1.2.2 Sexe

Pour ce qui est du sexe, et selon la revue de la littérature de Glendor et coll. (2008), deux fois plus d'hommes que de femmes sont victimes de traumatismes dentaires. Cependant, pour Traebert et coll. (2003), cette différence tend à diminuer et disparaître. Celle-ci reflèterait l'intérêt croissant des femmes pour le sport et, notamment les sports jugés à risques. Ceci est confirmé par Oldin et coll. (2014), qui ne notent pas de différence significative entre les sexes [20-56-38].

1.1.2.3 Localisation des dents atteintes

Les traumatismes dentaires atteignent majoritairement les dents antérieures (figure 2). Que ce soit en denture temporaire ou permanente, les incisives centrales maxillaires sont les plus touchées, suivies par les incisives latérales maxillaires [53-30].



Figure 2: Traumatisme dentaire des incisives centrales maxillaires supérieures (d'après IADT, 2011)

1.1.2.4 Circonstances de survenue

Les circonstances de survenue diffèrent en fonction de l'âge auquel a lieu le trauma. En denture temporaire, les traumatismes dentaires sont essentiellement dus à des accidents dans, et autour de la maison, lors des loisirs, ainsi qu'à la crèche et à l'école. En denture permanente, ce sont les accidents domestiques et du travail/de l'école qui prédominent. Lorsque nous prenons en compte les deux dentures, les chutes sont la cause la plus fréquente [21].

Ainsi l'étude de Hecova et coll. (2010), portant sur 384 patients âgés de 7 à 65 ans, met en avant : les activités sportives dans 26 % des cas, les accidents de vélos dans 19,5 %, la violence, l'alcool, les agressions dans 6,6 % [21].

Les étiologies les plus retrouvées en fonction de l'âge sont, chez les 7/10 ans, les collisions/chutes pendant les jeux (représentant 36,1 % des 7/10 ans). Les plus de 11 ans sont le plus souvent victimes de traumatismes lors de la pratique de sport, de loisirs. Tandis que pour les 21/25 ans l'alcool, le sport, la violence et les accidents de la voie publique sont les facteurs étiologiques principaux [21]. La figure ci-dessous décrit les facteurs étiologiques et leur fréquence de survenue pour chaque tranche d'âge.

Table 3. Causes of traumatic tooth injuries, stratified for age groups

Causes of traumatic tooth injuries								
Causes of injuries	7-10 years	11-15 years	16-20 years	21-25 years	26-30 years	Above 30 years	Total number	N = 384
Sports	23	41	21	12	2	1	100	26.0%
Bicycling	16	32	14	9	2	2	75	19.5%
Playing	44	23	0	0	0	0	67	17.4%
School injuries	15	24	4	1	0	0	44	11.5%
Home injuries	16	6	1	6	1	4	34	8.9%
Traffic accidents	6	7	4	9	1	3	30	7.8%
Work accidents	0	0	0	1	3	5	9	2.3%
Violence	2	3	7	11	0	2	25	6.5%

Figure 3: Les causes principales des traumatismes dentaires selon la tranche d'âge (d'après Hecova et coll., 2010) [21].

Nous allons maintenant décrire plus précisément les principaux facteurs de survenue des traumatismes dentaires.

1.1.2.4.1 Les accidents de la voie publique

Les accidents de la voie publique sont responsables de traumatismes multiples, blessant les os et tissus adjacents des dents. Lors de tels accidents, les enfants ont deux fois plus de risques d'être victimes de fractures des os de la face que lors d'autres types de traumatismes. Selon Acton et coll. (1996), 31 % des moins de 15 ans victimes de blessures de la face à la suite d'un accident de la voie publique, ont un trauma dentaire associé [30-1].

1.1.2.4.2 La pratique sportive

Le type de sport, l'âge, le niveau de compétition, sont autant de variables à prendre en compte dans la survenue de traumatismes dentaires chez les sportifs.

La Fédération Dentaire Internationale classe les sports en deux catégories selon leur niveau de risque :

- les sports à hauts risques (sport d'équipe, de contact et ou de ballons) : hockey, rugby, football américain
- les sports à risques modérés (sport d'équipe ou les contacts sont interdits mais où un risque de chute ou de contact existe) : le football, le handball et le basket.

Seulement 10 % des traumatismes dentaires touchent les sportifs professionnels. Une moins bonne maîtrise du sport et surtout l'absence de protections dento-maxillaires par les sportifs

amateurs expliqueraient cette différence [18].

1.1.2.4.3 La violence

En 2003, 9 % des 7/18 ans ont été victimes de traumatismes dentaires à la suite d'un acte de violence, selon une étude de Skaare et coll. se déroulant à Oslo (2003). Ce nombre tend à augmenter avec l'âge et dans les zones urbaines, ainsi 23 % des traumatismes dentaires sont liés à un acte de violence chez les 16/18 ans [53].

Les différences culturelles et comportementales entre les pays, peuvent expliquer la diversité des étiologies retrouvées dans la littérature et la difficulté à les comparer.

Ainsi, pour Baghdady et coll. (1981), 36 % des traumatismes étaient dus à la violence en Irak et, 71 % au Soudan chez les 6/12 ans. En revanche, en république tchèque (2010), seulement 1,63 % des 7/10 ans ont eu un traumatisme dentaire consécutif à un acte de violence [9-21].

1.1.2.4.4 Les blessures iatrogènes et l'usage inapproprié des dents

En ce qui concerne les blessures iatrogènes, les intubations lors d'anesthésie générale, représentent 0,04 % à 12 % des traumatismes dentaires, entraînant fractures coronaires et radiculaires, luxations et avulsions [17].

L'usage inapproprié des dents, serait responsable de 18,7 % des traumatismes. Traebert et coll. (2003), avancent que 3,3 % seulement des traumatismes en serait la conséquence. Peu d'études ont été réalisées sur le sujet à ce jour [17-56].

1.1.3 Facteurs de risques

Certains facteurs de risques influent sur la survenue des traumatismes dentaires. On distingue les facteurs oraux, des facteurs environnementaux et comportementaux.

1.1.3.1 Les facteurs oraux

Un tiers des traumatismes dentaires ont lieu chez un sujet présentant une malocclusion. Un overjet augmenté, associé ou non à une bécance labiale, est un des facteurs de risques oraux les plus cités dans la littérature [10].

Les sujets avec un overjet supérieur à 3 mm ont plus de risques d'avoir un trauma de leurs incisives permanentes. De plus, pour Petti et coll. (2014), ils sont 21,8 % à avoir subi un trauma dentaire [44]. D'après Oliveira et coll. (2007), les enfants de moins de cinq ans présentant une bécance antérieure sont deux fois plus victimes de traumatismes dentaires [39].



Figure 4: Surplomb antérieur (Dr Roy, CSD Nantes)

1.1.3.2 Les facteurs environnementaux

La prévalence des traumatismes dentaires est plus élevée dans les zones socio-économiquement défavorisées. En effet, elle y est de 33 à 44 % contre 15 % de prévalence générale [34].

Ceci serait dû au surpeuplement et, à la présence de lieux non sécurisés dans les zones défavorisées. D'autres études, confirment cette hypothèse en corrélant le nombre de traumatismes au niveau d'éducation de la mère [39-17].

De plus, zones rurales et zones urbaines sont différenciées. Ainsi, une étude de Skaare et coll. (2005) démontre que 13/1000 des traumatismes ont lieu en zone rurale contre 20/1000

en zone urbaine chez les enfants de 1 à 8 ans [54].

L'environnement psychosocial joue lui aussi un rôle important, notamment pour les adolescents. Ainsi, vivre dans une famille non-nucléaire influe sur la survenue de traumatismes dentaires [18].

1.1.3.3 Les facteurs comportementaux

Davidson et coll. (1992), ont étudié le lien entre les facteurs comportementaux et les traumatismes dentaires chez les enfants hyperactifs. Il n'a pas été trouvé de lien de causalité entre l'hyperactivité et la survenue des traumatismes dentaires. Cependant, plus récemment, Herguner et coll. (2015) ont démontré que les traumatismes dentaires surviennent plus fréquemment chez les enfants présentant des troubles hyperactifs [15-22].

1.1.4 Classifications

Devant le nombre important de traumatismes dont peut souffrir une dent, et afin de faciliter la prise en charge, la mise en place d'une classification universelle s'est imposée.

Le type de blessure va dépendre du développement de la racine, de l'atteinte ou non des tissus de soutien de la dent, du choc et de la contamination bactérienne lors du traumatisme [21].

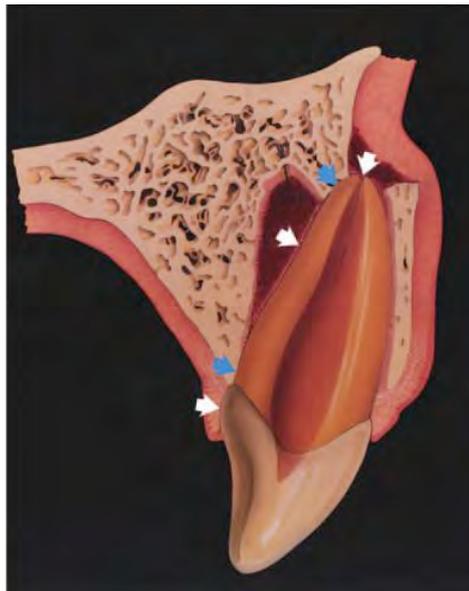


Figure 5: Image représentant une luxation latérale (d'après Andreasen et coll., 2013) [5].

Les traumatismes les plus fréquents selon Hecova et coll. (2010) [21], sont selon leur fréquence de survenue :

- 1) la fracture amélo-dentinaire
- 2) la luxation latérale
- 3) la concussion et la subluxation
- 4) la fracture radiculaire
- 5) la fracture coronoradiculaire

En denture permanente, les fractures sans exposition pulpaire sont les plus fréquentes, tandis qu'en denture temporaire, les luxations sont plus courantes, du fait de la malléabilité du support osseux [10].

De nombreuses classifications existent, rendant complexe la comparaison des études. Afin de les comparer, une classification universelle est nécessaire. Celle de l'OMS est uniquement basée sur le diagnostic clinique. Cependant, elle ne prend pas en compte les fractures maxillaires. Elle est la plus utilisée mais aussi la plus simple, nous rappellerons succinctement les différentes catégories qui sont :

- fracture amélaire
- fracture coronaire simple
- fracture coronaire complexe
- fracture radiculaire
- fracture corono-radiculaire
- fractures de la dent non spécifiées
- luxation
- intrusion, extrusion
- avulsion
- autres blessures incluant les dilacérations des tissus mous [21].

Il existe d'autres classifications qui en sont des variantes :

- La classification de Garcia Godoy prend en compte le cément dans ses différentes

catégories mais ne tient pas compte des subluxations et des fractures maxillaires [10].

- La classification d'Ellis est une simplification de celle de l'OMS tout en prenant en compte de nombreuses blessures [10].

- La classification d'Andreasen (figure 6) comprend 19 groupes et inclut les blessures dentaires, des structures de support, et de la muqueuse orale. C'est une déclinaison beaucoup plus détaillée de la classification de l'OMS [10].

Lésions des tissus durs (concussions, luxations, fractures)	Lésion des tissus mous (abrasions, contusions, lacérations)
<p>Atteintes dentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atteintes amélaire (craquelures, fractures...) - Fractures coronaires non compliquées (sans exposition pulpaire) - Fractures coronaires compliquées (avec exposition pulpaire) - Fractures corono-radicaire (compliquées ou non) - Fractures radicaire intra-alvéolaire 	<p>Atteintes faciale</p> <p>Atteintes labiale</p> <p>Atteintes des freins labiaux</p> <p>Atteintes muqueuse</p> <p>Atteintes linguale</p>
<p>Atteintes parodontale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concussion - Subluxation - Luxation extrusive - Luxation latérale - Luxation intrusive - Luxation complète : expulsion 	
<p>Atteinte osseuse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fracture comminutive de l'alvéole - Fracture d'une paroi ou d'un processus alvéolaire - Fracture des maxillaire 	

Figure 6: Classification d'Andreasen (d'après http://www.sfm.org/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/044_Arbab_Chirani.pdf)

1.1.5 Diagnostic

Le diagnostic est primordial puisqu'une dent traumatisée peut souffrir de 108 blessures différentes : de là en découlera une prise en charge spécifique.

Lors du rendez-vous d'urgence, il est nécessaire de réaliser l'anamnèse du traumatisme (circonstances, lieu, heure,...). L'examen exo-buccal révèle les plaies et fractures de la face. L'examen endo-buccal concerne aussi bien les tissus mous que les tissus durs. Au niveau dentaire, il est important de relever les mobilités, les pertes de substances, les changements de position, l'occlusion, ainsi que les tests de vitalités et de percussions des dents atteintes.

L'examen radiologique se compose d'un cliché rétro-alvéolaire orthogonal, d'un cliché occlusal et de deux incidences différentes afin de mettre en évidence les fractures [6].

1.1.6 Prise en charge et complications

L'IADT (*International Association of Dental Traumatology*) a publié des recommandations afin d'aider les praticiens, et de permettre une prise en charge efficace et rapide. Ces recommandations différencient la prise en charge des dents permanentes (immatures et matures) et temporaires.

Les principales complications sont d'ordre parodontales et pulpaires. Elles peuvent apparaître des mois ou des années après l'accident d'où l'importance d'un suivi régulier à long terme. Le pronostic dépend du niveau de maturation de la dent, de la contamination bactérienne ainsi que de l'extension du traumatisme aux tissus environnants [21].

Selon Hecova et coll. (2010), les complications les plus sérieuses font suite aux luxations des dents permanentes et aux diagnostics posés tardivement. Les nécroses pulpaires sont observées dans 26,9 % des cas, les oblitérations canalaires dans 9 %, les résorptions radiculaires dans 16,29 % et la perte de la dent traumatisée reste rare [21].

Peu de complications pulpaires et parodontales sont observées après une concussion ou une subluxation contrairement aux luxations latérales et aux extrusions/intrusions [21-23-24].

Nous détaillerons ci-dessous les complications les plus fréquentes.

1.1.6.1 Nécrose pulpaire

Les nécroses sont rares à la suite de fractures coronaires non compliquées (2 à 5 %), et non associées à des luxations. Elles sont plus fréquentes en cas d'atteinte des tissus parodontaux. En effet, en cas d'intrusion, les chiffres augmentent à 76,2 % de nécrose post traumatique et à 63,1 % pour les luxations latérales [21].

Une dent mature présente plus de risques de développer une nécrose que les dents

immatures, quel que soit le type de trauma [21].

1.1.6.2 Résorption

Elle peut être de surface en cas de blessure parodontale, de remplacement quand le ligament est atteint ou inflammatoire. Dans ce cas, une blessure parodontale est toujours observée. Les résorptions de remplacement sont plus fréquentes en cas d'intrusion ou d'expulsion/réimplantation [24].



Figure 7 : Résorption radiculaire interne

1.1.6.3 Oblitération canalaire

Une différence significative est observée entre les apex matures et immatures lors de la survenue d'oblitérations canalaires. Elles sont plus fréquentes après une extrusion, ou une luxation latérale, et d'autant plus sur les apex ouverts [4].

Les traumatismes dentaires sont courants dans l'enfance, un quart des enfants scolarisés en sont victimes. Les chutes lors de jeux sont l'étiologie la plus courante chez le jeune enfant. A l'adolescence la pratique sportive en est la cause majeure, tandis que chez le jeune adulte ce sont la violence, l'alcool et les accidents de la voie publique. Les traumatismes atteignent le plus souvent les incisives centrales maxillaires et sont dans leur majorité des fractures amélo-dentaires.

Les facteurs de risques principaux sont les malocclusions ainsi que les facteurs environnementaux.

Une prise en charge rapide et efficace permet de poser le bon diagnostic et de minimiser les complications et notamment les nécroses pulpaires.

1.2 Qualité de vie

1.2.1 Introduction à la notion de qualité de vie

Selon l'OMS « *la qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état physiologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement.* » [61].

Il s'agit d'un concept multidimensionnel et subjectif influencé par les valeurs culturelles propres à chacun. Il existe au moins 15 définitions différentes de la notion de qualité de vie.

En 2011, l'INSEE s'est intéressée globalement à la qualité de vie au travers de la question « que diriez vous de votre vie en général ? ». En répondant sur une échelle de 0 à 10, de la pire, à la meilleure possible, ¼ des personnes interrogées ont déclaré que leur niveau de satisfaction équivalait à 8 [27].



Figure 8 : Evaluation de la satisfaction de la vie en général (d'après l'INSEE, 2011) [27].

Si bien-être et qualité de vie apparaissent souvent comme des synonymes, le bien être

englobe des notions beaucoup plus vastes et subjectives comme nous pouvons le voir dans le tableau ci-dessous.

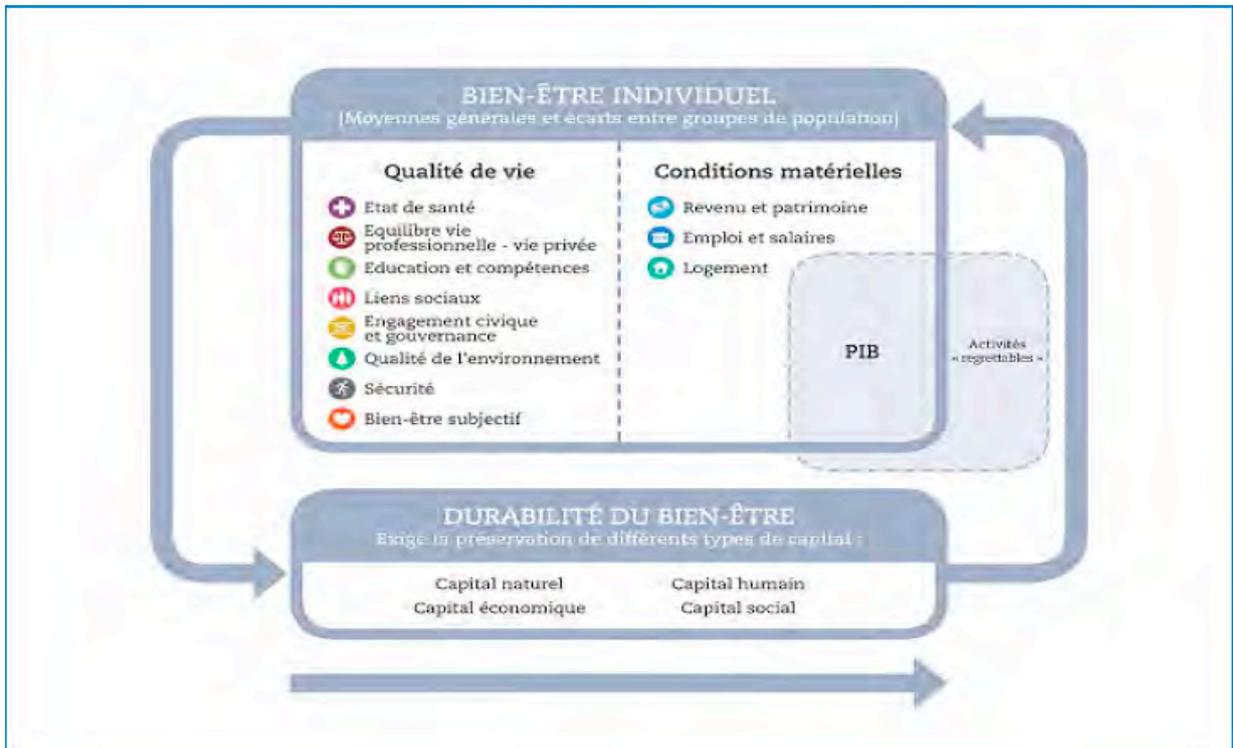


Figure 9 : Schéma explicitant la notion de bien être (d'après OECD, 2011, How's life? Measuring well-being) [40].

Dans la littérature, les quatre domaines suivants sont fréquemment associés à la qualité de vie : le domaine physique, les sensations somatiques (évaluation de la douleur), l'aspect psychologique, et l'aspect social [20].

La qualité de vie a évolué de deux manières différentes au cours du XXe siècle, d'une part, une approche médicale, lancée par l'OMS notamment en cancérologie. L'objectif était alors d'améliorer la prise en charge des patients, en mettant en avant les problèmes auxquels étaient confrontés patients et soignants [14].

D'autre part, en économie les mesures de la qualité de vie ont permis d'élaborer des plans budgétaires sanitaires. Les premières mesures ont vu le jour aux Etats Unis dans les années 1960. Des études permirent alors de créer des indicateurs sociaux objectifs. Le *toward a social report -1969-* lancé par le président Johnson a amène ainsi à parler de l'espérance de vie sans alitement et non de l'espérance de vie, terme plus pertinent en santé publique. On commence alors à différencier vie et qualité de vie. A cette époque, l'OCDE (l'Organisation de Coopération et de Développement Economique) pilote un programme international de

planification de la santé basé sur ces indicateurs sociaux ; ce sont les premiers pas vers l'étude de la qualité de vie [15].

Aujourd'hui, cet engouement pour la qualité de vie et le bien être est en plein essor, autant dans le domaine économique que médical. L'OCDE a publié en mars 2013 une enquête intitulée, «*OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being* » (directives pour mesurer le bien être) montrant que le produit intérieur brut ne reflète pas à lui seul la notion de bien être. En effet, pendant la seconde moitié du XXe siècle, l'enrichissement était synonyme d'augmentation de la qualité de vie mais aujourd'hui les ressources économiques n'influent plus majoritairement sur la qualité de vie. La vie sociale, la santé, l'environnement, l'éducation, la sécurité, l'engagement civique et les loisirs ainsi que la perception subjective de notre vie composent cette notion complexe qu'est le bien-être [40-35].

Dans le domaine médical, l'augmentation de l'espérance de vie et le nombre croissant de personnes victimes de maladies chroniques ne permettent plus d'utiliser les taux de mortalité et de morbidité comme des indicateurs de santé suffisants. Il semble désormais nécessaire d'intégrer une approche multidimensionnelle afin d'analyser les répercussions sur la qualité de vie et sur l'incapacité fonctionnelle. L'OMS dans son rapport de 2002, introduit un nouvel indicateur de santé englobant pour des pathologies données : la mortalité, l'âge de survenue de la mortalité et les retentissements sur la qualité de vie. Il s'agit des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), une AVCI correspond à la perte d'une année de vie saine. D'après la loi du 11 aout 2004, article 14 annexe : «*La notion de qualité de vie reçoit désormais une traduction opérationnelle dans le domaine de la santé au travers des altérations fonctionnelles appréciées par l'évaluation subjective de la santé par chacun des individus touchés.*» [41-30]. Par ailleurs le rapport de 2020 de l'OMS prévoit d'intégrer la qualité de vie à part entière dans ses objectifs de santé [42-43].

Cependant dans le cadre des études médicales, la qualité de vie est bien souvent réduite uniquement au domaine de la santé. Launois et coll. (1995), concluent qu' «*en général le terme qualité de vie est exclusivement utilisé pour désigner les retentissements physiques, psychologiques et sociaux d'une pathologie sur la vie d'un patient* » [31].

1.2.2 Outils d'évaluation

Classiquement, il existe trois manières de mesurer la qualité de vie : les indicateurs sociaux, les évaluations globales (*global self ratings*) et les questionnaires. Les indicateurs sociaux mesurent les effets de la santé sur la population générale, ainsi, on mesure par exemple le nombre de jours non travaillés, ou de jours d'écoles manqués suite à une pathologie. Ils ne permettent pas d'apprécier la subjectivité prenant part à la qualité de vie. Les « global self ratings » (évaluations globales), quant à eux, correspondent à une question posée pour laquelle la réponse se situera sur une échelle allant, par exemple, de « santé excellente » à « médiocre », ou utilisera une échelle visuelle analogique. Enfin au travers des questionnaires nous pouvons analyser la qualité de vie dans toutes ses dimensions, il s'agit du procédé le plus utilisé et le plus précis [45-26].

Afin d'évaluer la qualité de vie via un questionnaire, il existe deux types d'échelles, les échelles génériques et les échelles spécifiques détaillées ci-après.

Les questionnaires sont composés d'items évaluant les différents domaines de la qualité de vie. A chaque domaine ou échelle est associé un score. Les réponses peuvent être fermées, de type oui/non, ou bien graduées, « pas du tout/peu/modérément/beaucoup », on parle alors de « likert scale ». De même, le patient peut répondre au moyen d'échelles analogiques visuelles. Il positionne alors ce qu'il pense correspondre à son état en faisant varier le curseur de l'intensité sur un trait horizontal (figure 10) [52].

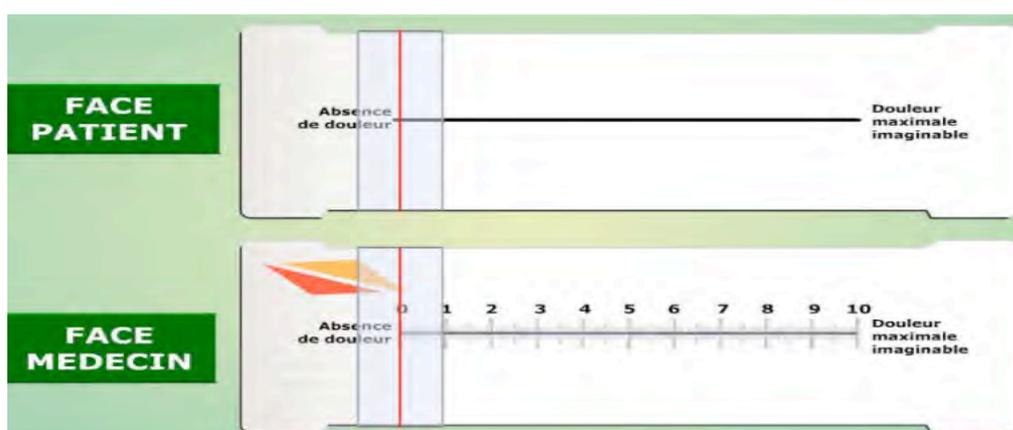


Figure 10 : Echelle analogique visuelle de la douleur (d'après http://www.oncoprof.net/Generale2000/g15_Palliatifs/index/Index_sp46.php)

Les questionnaires internationaux doivent remplir des critères de fiabilité, sensibilité, viabilité et tout ceci avec un minimum de questions, c'est pourquoi les «*short form*» (formes courtes) des questionnaires déjà existants se sont développés (WHOQOL-BREF, SF 36,...) [3].

1.2.3 Outils généraux

L'approche générique s'applique à toutes les pathologies et permet des comparaisons entre les populations étudiées ou bien entre les pathologies, grâce à des mesures standardisées.

Afin de faciliter les comparaisons, il semble souvent plus facile d'utiliser ces outils génériques internationaux. Ils sont également utiles en économie de la santé [16].

Les questionnaires génériques les plus retrouvés dans la littérature sont les suivants :

Le WHOQOL bref, mis en place en 1991, se compose de 26 items répartis dans les domaines suivants : santé physique, santé psychologique, relations sociales, environnement [61].

Le SF36 (MOS 36 Short Form) est un auto-questionnaire généraliste qui permet d'obtenir des scores entre 0 et 100. 0 correspondant à la moins bonne qualité de vie et 100 à la plus élevée. Il se divise en 8 dimensions : la douleur physique, l'activité physique, les limitations liées aux problèmes physiques, la santé psychologique, les limitations liées aux problèmes émotionnels, les relations sociales, la vitalité et la perception générale de l'état de santé. Le questionnaire permet d'individualiser deux scores, un score «physique» et un score «mental » [60].

Le NHP (Nottingham Health Profile) explore 45 items en 6 échelles. Il est réservé aux patients âgés de plus de 16 ans. Ce questionnaire explore les répercussions de la maladie sur la vie quotidienne, au travers du travail, des travaux domestiques, de la vie sociale, des relations personnelles, des centres d'intérêts, de la vie sexuelle et des vacances [11].

Le questionnaire est soit rempli par le patient (auto-administré), soit par une autre personne (hétéro-administré) ; le recueil se fait par interview téléphonique, par retour de courrier ou lors d'une séance de soin dans un cadre médical. Ces outils ont été développés en anglais pour une population adulte ; la traduction, la validation ou encore l'adaptation chez l'enfant sont des processus longs et coûteux [57-11].

1.2.4 Outils spécifiques

Les échelles spécifiques quant à elles, sont adaptées aux problèmes d'une population donnée (atteinte d'une pathologie, d'une déficience ou suivant un traitement), elles ne permettent pas de comparaison mais ont une meilleure sensibilité aux conditions cliniques [12].

1.3 Oral Health Related Quality Of Life (Qualité de vie liée à la santé orale)

1.3.1 Concept

Alors que la qualité de vie se développe dès les années soixante, l'engouement pour l'«Oral Health related Quality of Life» (OHRQOL) est plus tardif et émerge dans les années quatre-vingts. En effet, il fallut un certain temps pour que les chercheurs se penchent sur le lien entre santé orale, santé générale et bien être [36].

De nombreuses études furent ensuite publiées sur le sujet comme en témoigne le tableau suivant :

Examples of currently available oral specific health status measures	
Authors	Name of Measure
Cushing et al, 1986	Social Impacts of Dental Disease
Atchison and Dolan, 1990	Geriatric Oral Health Assessment Index
Strauss and Hunt, 1993	Dental Impact Profile
Slade and Spencer, 1994	Oral Health Impact Profile
Locker and Miller, 1994	Subjective Oral Health Status Indicators
Leao and Sheiham, 1996	Dental Impact on Daily Living
Adulyanon and Sheiham, 1997	Oral Impacts on Daily Performances
McGrath and Bedi, 2000	OH-QoI UK

Allen *Health and Quality of Life Outcomes* 2003 1:40 doi:10.1186/1477-7525-1-40

Figure 11 : Tableau montrant les différentes études réalisées et les questionnaires utilisés dans la mesure de l'OHRQOL (d'après Allen et coll., 2003) [3].

D'après Aldrigui et coll. (2011), « *ce concept correspond à l'impact que la santé orale ou les pathologies ont sur le bien être quotidien ou plus généralement sur la qualité de vie* ». Nous savons aujourd'hui que la santé orale influe sur la santé générale. En outre, de nombreuses pathologies ont des manifestations orales, que ce soit des signes avant coureurs ou bien secondaires à cette maladie [2].

En effet, notre santé orale affecte ce que nous mangeons, la manière dont nous nous exprimons, ce qui a un impact sur notre santé physique et psychologique. On ne peut nier que les fonctions oro-faciales sont vitales (respiration, mastication, phonation) et au travers des interactions sociales qu'elles sont essentielles à la communication et à l'esthétique [26-3-36].

D'après une étude de Locker et coll. (1994), portant sur 1000 adultes, 7 % des personnes interrogées reconnaissent avoir eu des conversations limitées, 15 % ont évité de sourire ou de rire et 19 % se sont sentis embarrassés à cause de l'apparence de leurs dents [32].

Les études ayant mesuré l'OHRQOL ont mis en évidence des facteurs affectant négativement la qualité de vie tels que : [37].

- le genre féminin
- le port d'une prothèse amovible
- la présence d'au moins une dent mobile
- la présence de douleurs cranio mandibulaires
- des maladies orofaciales telles que les mycoses.

L'étude de Walter et coll. (2011), portant sur 1015 travailleurs allemands va dans le même sens. La qualité de vie est influencée par le genre, la présence de muscles masticatoires douloureux, l'existence de caries en antérieur, un esthétisme dentaire jugé insatisfaisant, et notamment chez les sujets âgés de 45 à 54 ans [59].

1.3.1.1 Outils d'évaluation

Voici quelques uns des questionnaires les plus utilisés en santé orale :

Table 2: Oral health related quality of life questionnaires

Instrument	Dimensions measured	No. of question	Response format
Social dental scale	Chewing, talking, smiling, laughing, pain appearances	14	Yes/no
RAND dental health index	Pain, worry, conversation	3	4 categories; "not at all" to "a great deal"
General oral health assessment index	Chewing, eating, social contacts, appearance, pain, worry, self-consciousness	12	6 categories; "always-never"
Dental impact profile	Appearance, eating, speech, confidence, happiness, social life, relationships	25	3 categories; good effect, bad effect, no effect
Oral health impact profile	Function, pain, physical disability, social disability, handicap	49	5 categories; "very often-never"
Subjective oral health status indicators	Chewing, speaking, symptoms, eating, communication, social relations	42	Various depending on question format
Oral-health quality of life inventory	Oral health, nutrition, self-related oral health, overall quality of life	56	Part A: 4 categories "not at all" to "a great deal" Part B: 4 categories "unhappy-happy"
Dental impact on daily living	Comfort, appearance, pain, daily activities, eating	36	Various depending on question format
Oral health related quality of life	Daily activities, social activities, conversation	3	6 categories; "all of time" to "none of the time"
Oral impacts on daily performances	Performance in eating, speaking, oral hygiene, sleeping, appearance emotion	9	Various depending on question format

RAND = The short form (36) Health survey is a survey of patient health, The SF-36 is a measure of health status and is commonly used in health economics as a variable in the quality-adjusted life year calculation to determine the cost-effectiveness of a health treatment, The original SF-36 came out from the Medical outcome study, MOS, done by the RAND Corporation. Since then a group of researchers from the original study released a commercial version of SF-36 while the original SF-36 is available in public domain license free from RAND. The SF-36 and RAND-36 include the same set of items that were developed in the Medical

Figure 12 : Tableau présentant les principaux questionnaires relatifs à l'OHRQOL (d'après Bennadi et coll., 2013) [11].

L' OHIP 14 (Oral Health Impact) est composé de 14 items traitant de 7 dimensions : limitation fonctionnelle, douleur physique, inconfort psychologique, inconfort physique, incapacité physique, invalidité sociale, handicap. Pour chaque item, il est recueilli «combien de fois» sur les douze derniers mois, les patients ont ressenti un impact sur leur quotidien. Pour cela, l'échelle suivante est utilisée:

4 = très souvent

3 = assez souvent

2 = occasionnellement

1 = presque jamais

0 = jamais

Contrairement au SF36, plus le score est élevé plus l'impact sur la qualité de vie est important. L'OHIP est l'un des outils de mesure les plus utilisés [12].

Dental Impact profile

L'objectif de ce questionnaire est de répondre à la question suivante : "how much do teeth and the mouth matter in people's lives?" (Dans quelle proportion vos dents et votre bouche ont

impacté votre quotidien ?). Au travers de 25 items avec 3 possibilités de réponse. Les 25 items peuvent être regroupés en 4 domaines : le domaine de la nourriture (manger, apprécier la nourriture, mastiquer,...), celui de la santé et du bien être (apprécier la vie, la santé générale,...), le domaine des relations sociales (sourire, apprécier la présence des autres,..) et enfin celui des relations amoureuses [26].

Oral Impact on Daily Performance porte lui sur les capacités d'un individu à effectuer les tâches du quotidien au cours des 6 derniers mois. Il mesure l'incapacité et le handicap dans les domaines physique, psychologique et social. Les activités quotidiennes évaluées sont :

- manger et apprécier la nourriture
- parler de manière compréhensible
- nettoyer ses dents (ou appareils dentaires)
- dormir et se relaxer
- sourire, rire et montrer ses dents sans gêne
- l'état émotionnel
- sortir et apprécier le contact des autres
- effectuer son travail [8].

CPQ 11-14

Le Child Perception Questionnaire est le premier questionnaire mesurant la qualité de vie adapté aux enfants. On distingue les 6/7 ans, des 8/10 ans, et des 11/14 ans, ainsi dans chaque catégorie d'âge les enfants sont dans le même stade de développement au niveau de leurs fonctions cognitives [28].

Table 2

Questions in the CPQ₁₁₋₁₄ – ISF :8 and the CPQ₁₁₋₁₄ – RSF:8

In the past 3 months, how often have you ... (had/been) ... because of your teeth/mouth?

Domain	ISF specific questions	Common questions	RSF specific questions
OS ^a	Food caught between teeth	Bad breath	Mouth sores
FL ^b	Difficulty chewing firm foods Difficulty eating/drinking hot/cold foods		Difficulty saying words Trouble sleeping
EW ^c	Felt irritable/frustrated	Upset	Concerned what people think about your teeth/mouth
SW ^d	Avoided smiling/laughing Asked questions		Teased/called names Argued with children/family

^a Oral Symptoms, ^b Functional Limitations, ^c Emotional well-being, ^d Social well-being

Jokovic et al. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006 4:4 doi:10.1186/1477-7525-4-4

OPEN DATA

Figure 13 : Tableau montrant les différents domaines évalués dans le CPQ 11-14 (d'après Jokovic et coll., 2006) [7].

Afin de mesurer la qualité de vie liée à la santé orale de nombreux questionnaires existent, chez l'adulte l'OHIP est un des plus employés tandis que chez l'enfant le CPQ 11-14 est fréquemment utilisé dans les études.

1.4 Qualité de vie et traumatismes dentaires

Les traumatismes dentaires représentent la pathologie entraînant le plus de retentissements sur la qualité de vie liée à la santé orale, et ce loin devant les malocclusions, les caries dentaires ou encore l'orthodontie [46].

Le lien entre qualité de vie et traumatismes dentaires a été majoritairement étudié chez l'enfant, puisque c'est à cette période que la survenue de traumatismes est la plus importante. Ainsi d'après une étude de Porritt et coll. (2011), deux tiers des enfants victimes de fractures coronaires ont constaté une diminution de leur qualité de vie liée à la santé orale. Par ailleurs, ils ont vingt fois plus de risques de voir leur qualité de vie liée à la santé orale perturbée par rapport à des sujets sains [46].

Dans les études portant sur la qualité de vie et les traumatismes dentaires, les thèmes abordés sont les suivants :

- la douleur
- l'aspect esthétique
- les limitations physiques
- la gêne sociale
- les conséquences du port d'une contention
- les conséquences des rendez-vous de suivi sur la scolarité

D'après la littérature, les victimes de traumatismes dentaires, et plus particulièrement de fractures amélo-dentinaires, éprouvent des sensations négatives lorsqu'elles mangent, lorsqu'elles se brossent les dents et semblent moins apprécier la nourriture [25]. En effet les activités les plus affectées sont : montrer ses dents (18 %), manger (6.5 %), parler (2 %), se brosser les dents (0.5 %). Que les traumatismes aient été ou non soignés, les enfants se plaignent de limitations physiques lors de la mastication. Ainsi la douleur pulpaire et les dommages causés au ligament peuvent produire des effets négatifs à long terme sur la mastication [47].

Pour ce qui est de l'esthétique et d'après une étude de Rodd et coll. (2010), les enfants (11/12 ans), attribuent des caractéristiques négatives aux enfants présentant un traumatisme dentaire visible. Tandis que, ceux avec une denture « normale » sont perçus comme ayant des compétences intellectuelles et sociales [49].

Selon Jorge et coll. (2007), à la suite d'un traumatisme dentaire c'est essentiellement l'aspect social et esthétique qui est le plus atteint. Une fois les dents traitées, c'est surtout les limitations fonctionnelles qui perdurent alors qu'elles ne semblaient pas prendre autant d'importance dans les jours suivant le traumatisme [29].

De plus, les rendez-vous de suivi importent le déroulement scolaire ou la vie professionnelle, et ce, jusque six mois après le traumatisme. Le tableau suivant nous montre le nombre de jours de travail et d'école manqués à cause de problèmes dentaires englobant entre autres les traumatismes dentaires, il est de 3,1 pour 100 personnes pour les moins de 17 ans et, de 1,9 pour 100 personnes chez les adultes [17].

TABLE 6.3
Disability days due to all acute conditions and acute dental conditions, United States, 1996

	All Acute Conditions		Acute Dental Conditions	
	Total Days (in thousands)	Days per 100 Persons	Total Days (in thousands)	Days per 100 Persons
School-loss days ^a	152,305	296.9	1,611	3.1 ^b
Work-loss days ^c	358,377	284.0	2,442	1.9 ^b
Bed days ^d	717,868	271.7	4,602	1.7 ^b
Restricted activity ^d	1,648,932	624.0	9,705	3.7 ^b

^a Youths 5 to 17 years of age.
^b Figure does not meet NCHS standard of reliability or precision.
^c Currently employed persons 18 years and older.
^d Persons of all ages.
Source: NCHS 1996.

Figure 14 : Tableau mettant en évidence les jours d'écoles et de travail manqués, conséquences de problèmes dentaires (d'après Gassner et coll., 2004) [17].

Pour l'instant, aucune étude clinique n'a étudié la manière dont les facteurs cliniques ou démographiques peuvent modifier l'impact des traumatismes dentaires. Pourtant, nous nous apercevons que les différences culturelles et la valeur apportée aux dents influent sur la qualité de vie.

La qualité de vie apparaît comme un concept multidimensionnel et subjectif. Elle explore les domaines de l'incapacité physique, des sensations somatiques, de l'aspect psychologique et social. Le plus pertinent pour l'étudier est d'utiliser des questionnaires génériques ou bien spécifiques d'une pathologie.

La qualité de vie liée à la santé orale s'est développée plus tardivement. Les implications et retentissements quotidiens de la santé orale sur la qualité de vie en font un concept incontournable. Les facteurs oraux influant sur la qualité de vie sont, pour les principaux : le genre, le port de prothèses amovibles, la présence de dents mobiles et les douleurs cranio-mandibulaires. De nombreux questionnaires explorent la qualité de vie liée à la santé orale. Les traumatismes dentaires sont la pathologie avec le plus de retentissement sur la qualité de vie. Les thèmes de prédilection des questionnaires sur la qualité de vie liée à la santé orale sont : la douleur, l'aspect esthétique, les relations sociales, les limitations physiques, les conséquences du port d'une contention , et les conséquences des rendez-vous de suivi sur la scolarité.

2 Etude préliminaire

2.1 Objectifs

Comme nous l'avons vu dans la première partie, la santé orale impacte considérablement la qualité de vie.

Ce travail a pour but de mettre en évidence les conséquences des traumatismes dentaires sur la qualité de vie. Il s'agit d'une étude préliminaire permettant d'évaluer la nécessité et la viabilité d'une étude plus approfondie sur ce sujet chez l'adulte.

2.2 Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude réalisée sous la forme d'un questionnaire, sur 30 patients, âgés de 19 à 72 ans et pris en charge au CHU de Nantes. L'étude s'est déroulée entre le 01/10/2014 et le 30/03/2015.

2.2.1 Recueil des données

Les patients victimes de traumatismes dentaires pris en charge au CHU de Nantes et, répondant aux critères d'inclusion ont été contactés par téléphone afin de remplir le questionnaire.

Les critères d'inclusion correspondant à la population pouvant participer à l'étude sont :

- avoir subi un traumatisme dentaire
- être âgé de plus de 14 ans au moment des faits
- avoir été pris en charge en urgence ou en suite d'urgence au Centre de Soins Dentaires du CHU de Nantes.

Les critères de non inclusion sont :

- le refus de la personne de participer à l'étude
- l'impossibilité de joindre la personne par téléphone

2.2.1.1 Questionnaire

Le questionnaire a été déclaré à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) et au Groupement Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé. Il s'agit d'un questionnaire spécifique composé de vingt-deux questions et s'adressant aux adultes et mineurs âgés de plus de 14 ans. Il est hétéro_administré par téléphone. (annexe 1)

Les patients sélectionnés ont été répertoriés par les internes et les étudiants du Centre de Soins Dentaires de Nantes. Les patients contactés par téléphone se sont vu remettre par mail une notice d'information (annexe 2). Une fois leur accord obtenu, ils ont été contactés sous 7 à 10 jours par téléphone afin de répondre au questionnaire.

Le questionnaire aborde l'aspect social, physique, psychologique ainsi que le ressenti de la douleur suite au traumatisme dentaire.

2.2.1.2 Dossier clinique du patient

La collecte des données cliniques a été réalisée à partir du logiciel Mac Dent et a permis de recueillir les informations suivantes :

- âge
- sexe
- date du traumatisme
- dents atteintes
- diagnostic
- traitement mis en place
- nombre de rendez-vous de suivi

2.2.2 Analyse statistique

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide des logiciels Excel 2011 et Anostat. Nous avons procédé à une analyse qualitative de nos données. Puis des corrélations de Spearman ont été effectués afin de mettre en évidence des liens entre les variables au seuil $\alpha = 5 \%$.

2.3 Résultats

2.3.1 Données épidémiologiques

2.3.1.1 Sexe

Sur les 30 patients de cette étude, 37 % sont des femmes (n = 11) et 63 % sont des hommes (n=19).

2.3.1.2 Age

Dans cette étude préliminaire, les patients sont âgés de 19 à 72 ans. L'âge moyen des patients est 34,4 ans. La répartition selon l'âge est la suivante :

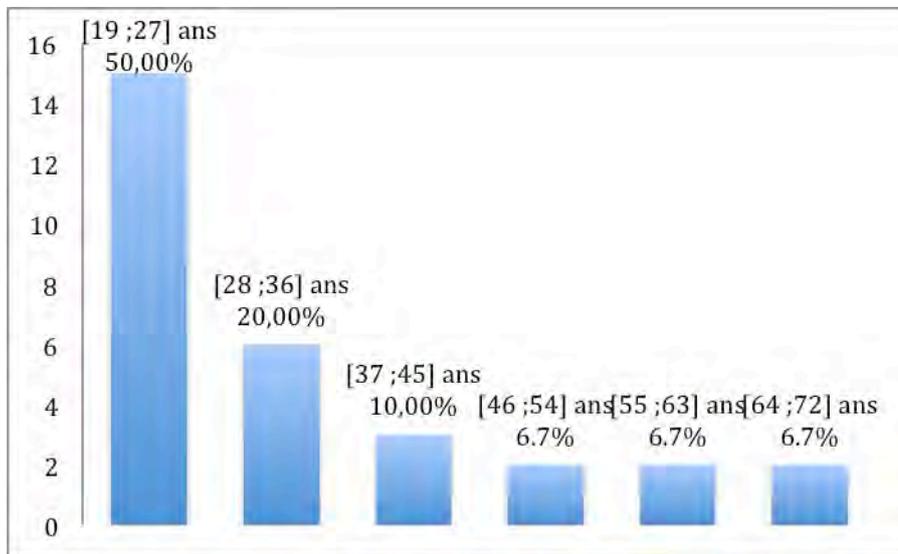


Figure 15 : Répartition selon l'âge des participants au questionnaire

La tranche d'âge la plus importante est la tranche [19 -27] ans, correspondant à 50 % (n=15) des patients.

2.3.1.3 Cause et lieu du trauma

Dans cette étude, les traumatismes sont dus essentiellement à des chutes : 38 % (n = 8). 31 % (n=9) sont la conséquence de coups reçus. Les accidents de la voie publique représentent 10 % (n=3) des traumas, tandis que 14 % (n=4) des patients ont été victimes d'autres causes que celles citées ci-dessus.

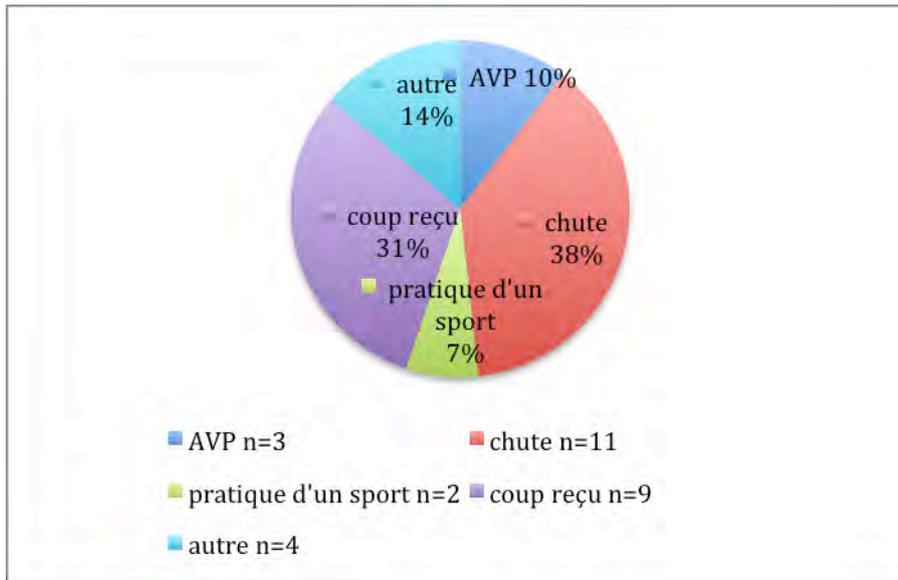


Figure 16 : Causes principales des traumatismes dentaires

Parmi les 30 patients interrogés, 33 % (n=10) des traumatismes ont eu lieu sur la voie publique, 27 % (n=8) dans un lieu public, 23 % (n=7) au domicile, 10 % (n=3) dans un lieu autre que ceux proposés, et 7 % (n=2) au travail.

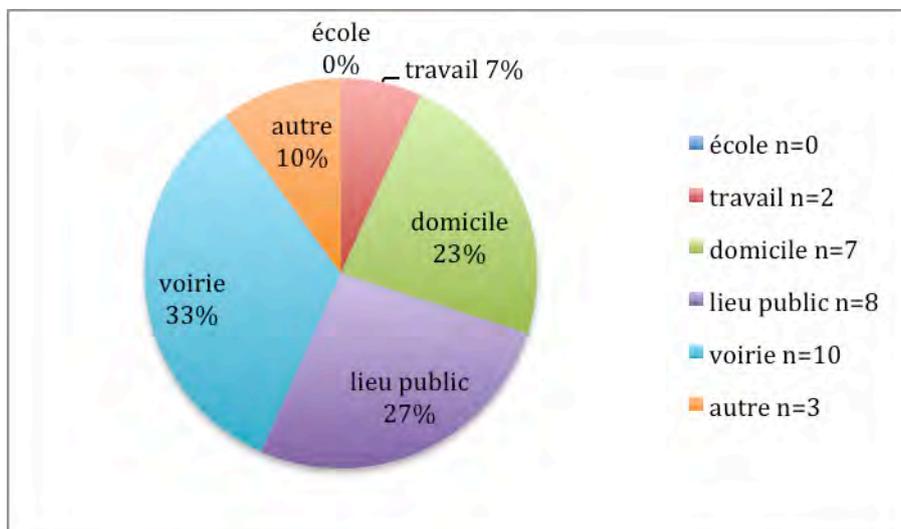


Figure 17 : Lieu de survenue des traumatismes dentaires

2.3.2 Données cliniques

2.3.2.1 Dents atteintes

Les incisives centrales maxillaires sont les dents les plus touchées par les traumatismes (48,8 % ; n=41), suivies par les incisives latérales maxillaires (33,3 % ; n=28).

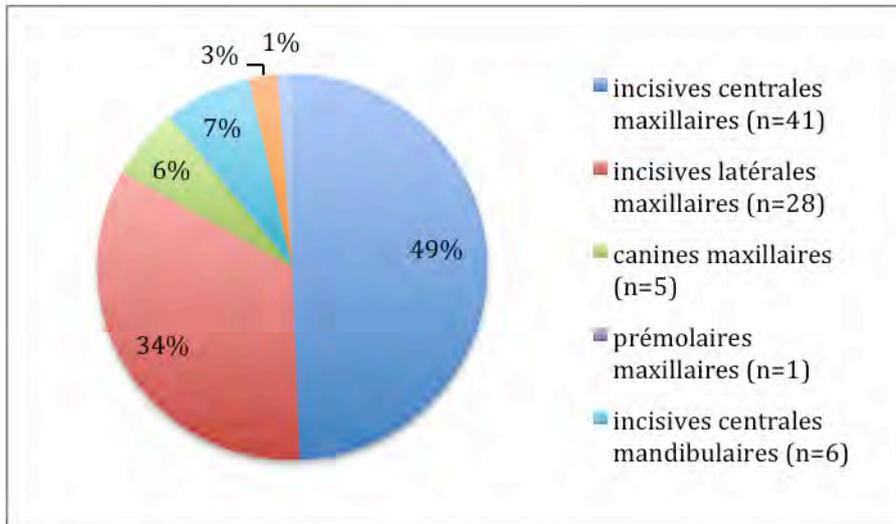


Figure 18 : Localisation des dents atteintes lors des traumatismes dentaires

2.3.2.2 Type de traumatisme

Les traumatismes les plus courants dans cette étude préliminaire sont les fractures complexes (28,74 % ; n=25), suivies par les luxations (24,14 % ; n=21).

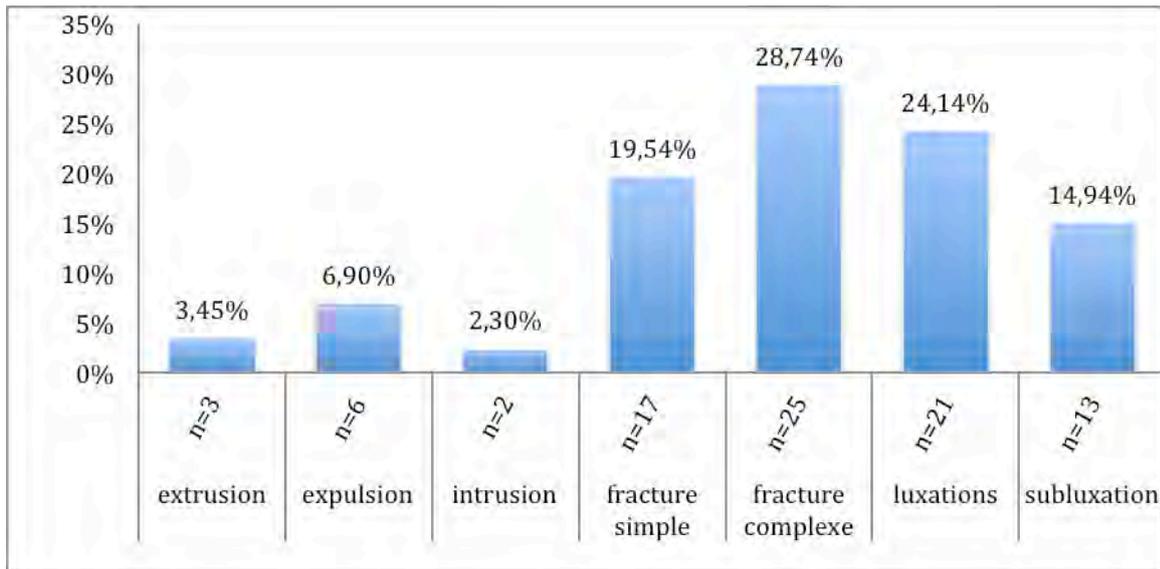


Figure 19 : Types de traumatismes rencontrés

2.3.2.3 Prise en charge

Dans une grande majorité (63 %, n=19) la prise en charge a eu lieu au centre de soins dentaires de Nantes.

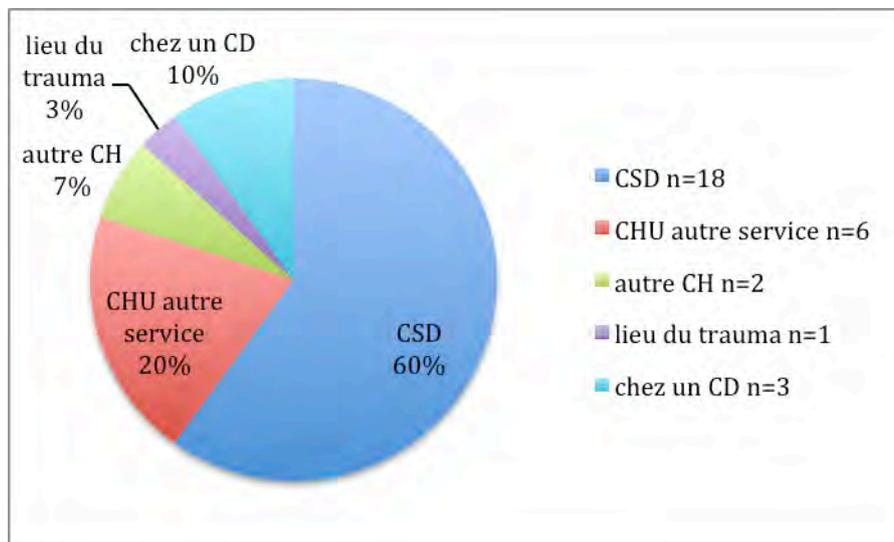


Figure 20 : Lieu de prise en charge

Pour 80 % (n=16) des patients, le suivi de prise en charge a eu lieu au Centre de Soins Dentaires de Nantes et, pour 20 % (n=6) chez leur chirurgien dentiste respectif.

2.3.2.4 Traitement

70 % (n=21) des patients ont bénéficié d'une contention dans la prise en charge de leur traumatisme dentaire. 45 % (n=10) se sont estimés « beaucoup » gênés, 18 % (n=4) ont ressenti une gêne modérée. 9 % (n=2) l'ont été « un peu » et 27 % (n=6) pas du tout.

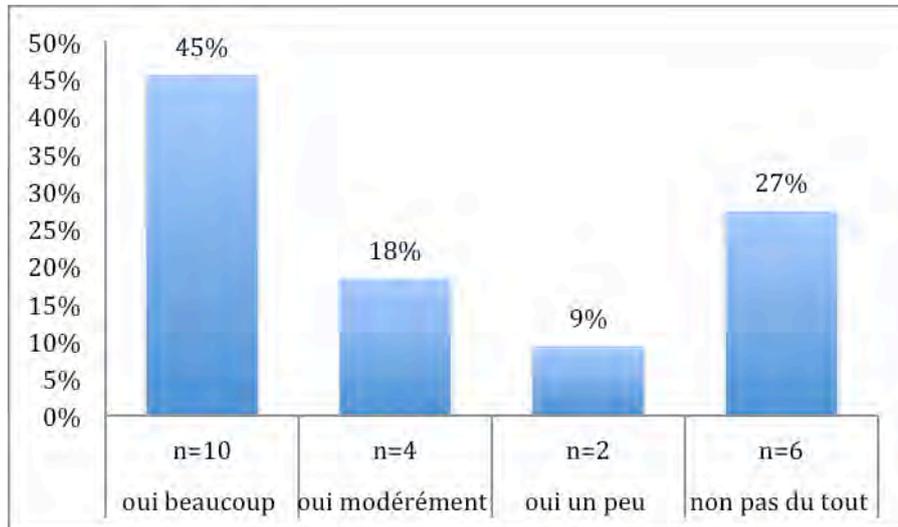


Figure 21 : Réponses à la question : Avez-vous été gêné par la contention ?

Pour 28 % des patients, la gêne esthétique est le désagrément principal entraîné par le port d'une contention, pour 14 %, il s'agit de la difficulté à parler avec. 57 % ont cité d'autres raisons que celles proposées telles que la douleur ou une gêne diffuse. Et aucun patient n'a relevé de gêne lors du brossage.

Difficulté à parler avec la contention	14 % (n = 2)
Gêne esthétique	28 % (n = 4)
Difficulté à se brosser les dents avec la contention	0 % (n= 0)
Autre : douleur, ...	57 % (n = 8)

Figure 22 : Réponses à la question : Pour quelles raisons avez-vous été gêné par la contention ?

2.3.3 Douleurs

Pour 40 % (n = 12) des patients, les douleurs étaient très intenses ou intenses au moment du trauma. 23 % ont évoqué des douleurs modérées, 13 % se souviennent de douleurs faibles et 23 % n'ont noté aucune douleur.

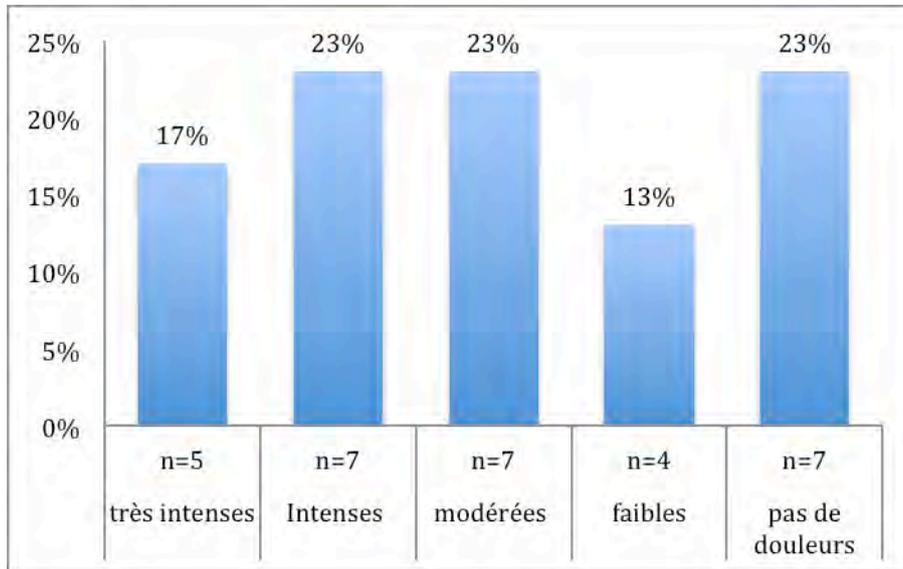


Figure 23 : Douleurs ressenties au moment du trauma

De plus, 60 % des patients interrogés (n =18) n'ont pas ressenti de douleurs depuis le trauma dentaire.

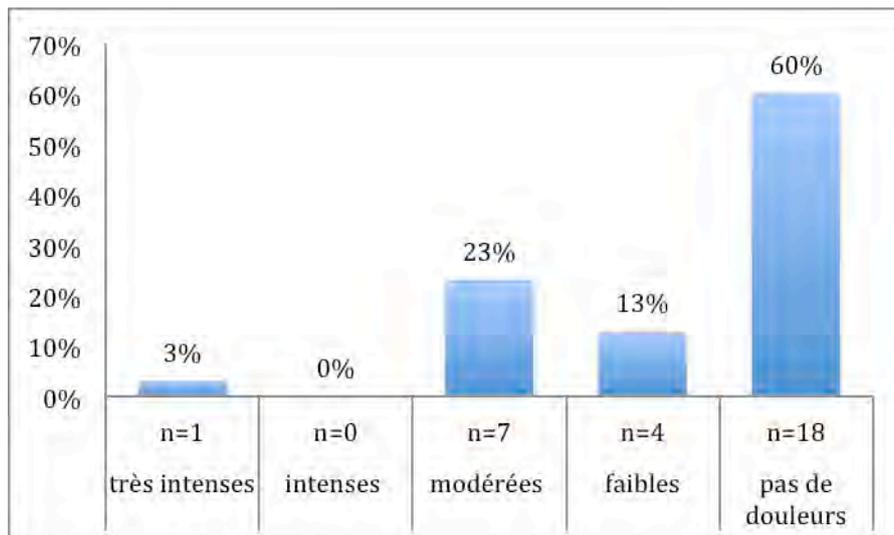


Figure 24 : Réponses à la question : Avez-vous ressenti des douleurs depuis le traumatisme ?

Une corrélation de Spearman a mis en évidence un lien significatif entre les douleurs ressenties depuis le traumatisme et le type de traumatismes rencontrés. D'une part les traumatismes d'intensité élevée (extrusion, intrusion, fracture complexe ou luxation), d'autre part les traumatismes d'intensité faible (comprenant les fractures simples, les subluxations et concussions). On observe un lien significatif entre les traumatismes d'intensité élevée et les douleurs post-traumatiques avec une probabilité correspondant à $p = 0,043$.

2.3.4 Appréhension

37 % (n= 11) des participants à l'étude ne ressentent pas d'appréhension particulière quant à une nouvelle blessure dentaire. Tandis que 33 % (n=10) appréhendent « beaucoup » une telle blessure. Nous ne notons pas de différence significative à ce niveau.

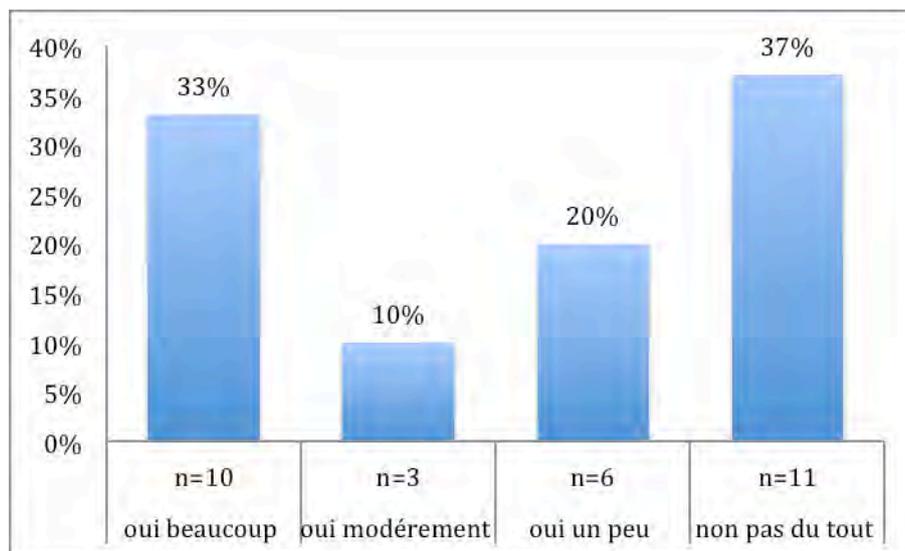


Figure 25 : Réponses à la question : *Appréhendez-vous une nouvelle blessure dentaire ?*

Pour ce qui est de la pratique du sport, 73 % (n=22) des participants ne se sont pas empêchés de faire du sport après l'accident. Cependant, 13 % se sont « beaucoup » interdits la pratique de sport, évoquant la peur d'un nouveau trauma dentaire. Parmi les sports dont la pratique a été interrompue, nous citerons : les sports de combat (boxe, jujitsu, aikido) les sports de ballons (notamment le football) et le vélo.

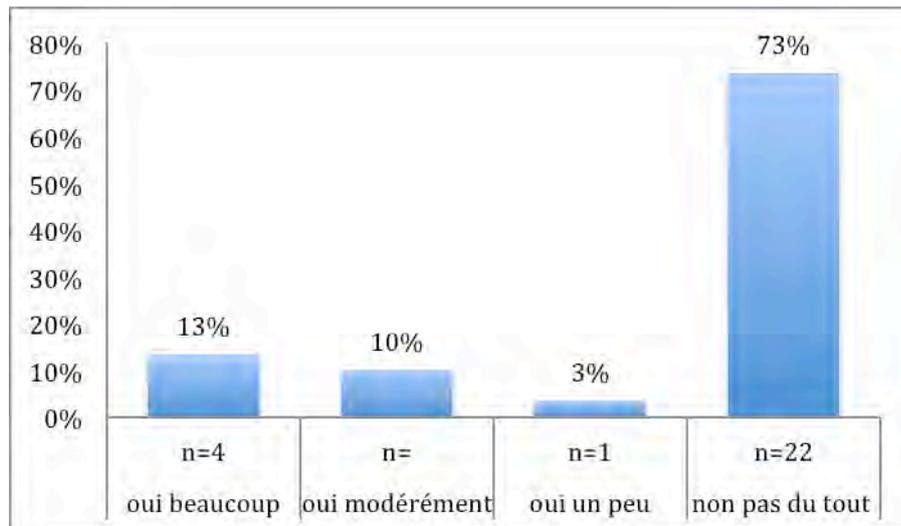


Figure 26 : Réponses à la question : *Vous êtes-vous empêchés la pratique de certains sports, certaines activités?*

2.3.5 Limitation fonctionnelle

2.3.5.1 Difficultés lors du brossage

50 % (n=15) des patients n'ont pas du tout éprouvé de difficultés lors du brossage. Tandis que 27 % (n= 5) ont éprouvé « beaucoup » ou « modérément » de difficultés.

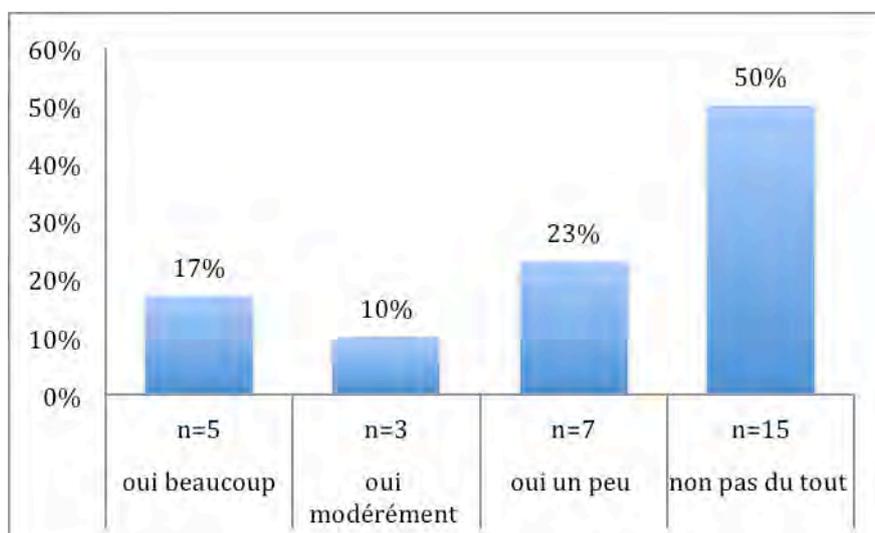


Figure 27 : Réponses à la question : *Avez-vous éprouvé des difficultés à vous brosser les dents ?*

Pour 43 % (n=3) d'entre eux, la difficulté vient principalement des douleurs lors du brossage. Les saignements, mobilités dentaires, sutures et autres causes représentent chacune 14 % des difficultés citées.

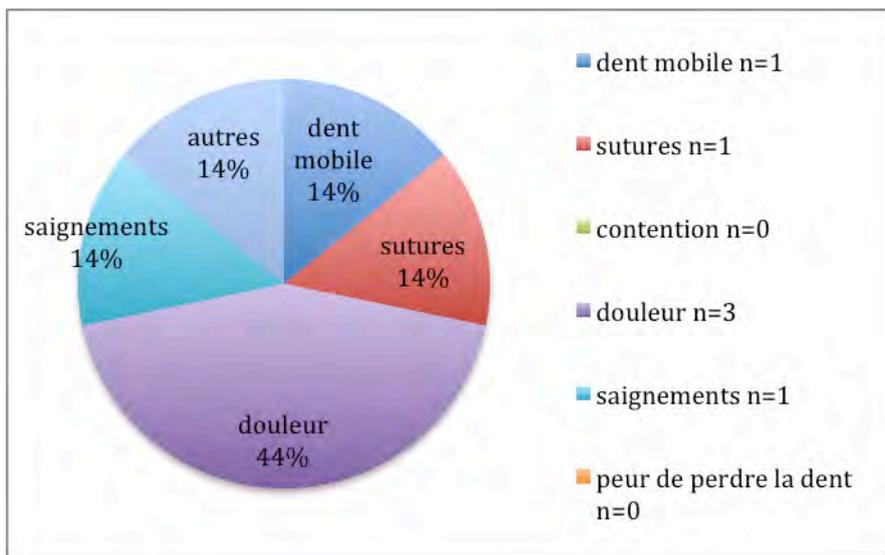


Figure 28 : Réponses à la question : *Pour quelle(s) raison(s) avez-vous éprouvé des difficultés lors du brossage ?*

2.3.5.2 Difficultés lors de l'alimentation

33 % (n=10) ont éprouvé « beaucoup » de difficultés à s'alimenter suite au trauma. De plus, 33 % (n=10) ont dû « beaucoup » modifier leur alimentation. Et ce, pendant moins d'un mois pour 45 % d'entre eux.

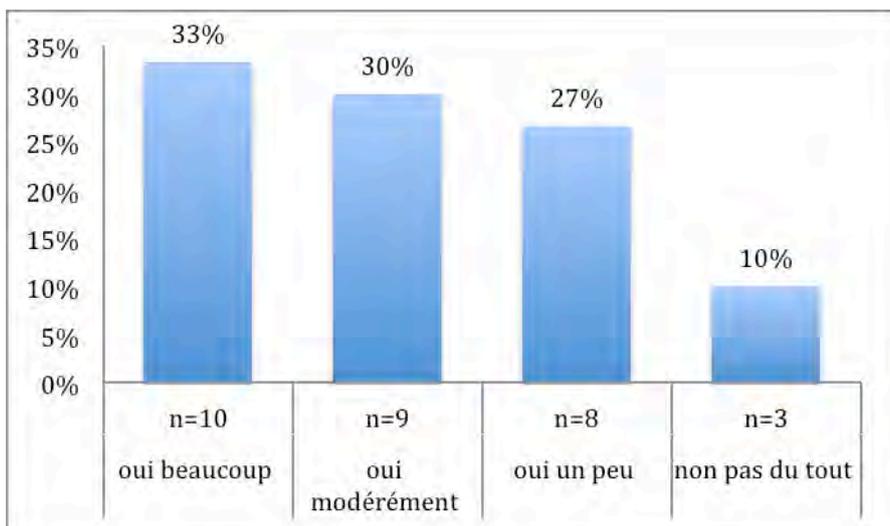


Figure 29 : Réponses à la question : *Estimez-vous que vous avez été gêné pour vous alimenter ?*

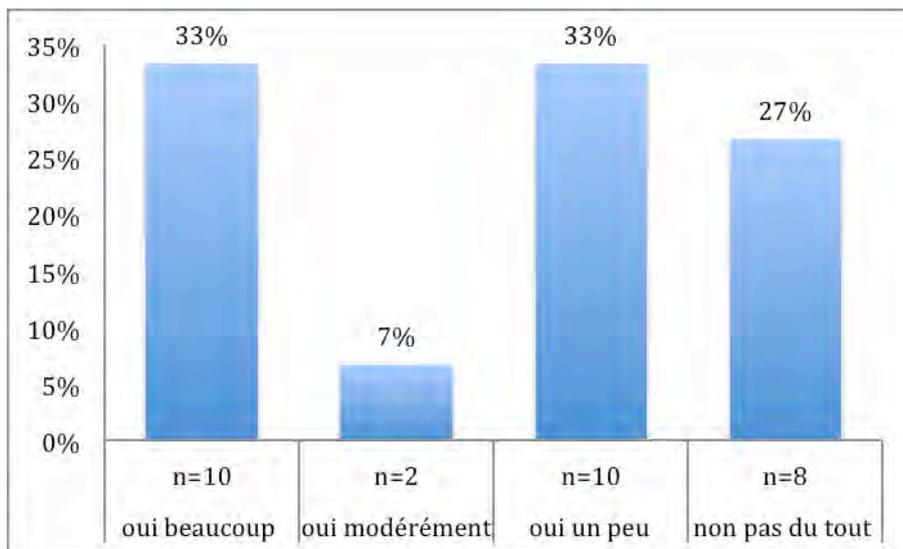


Figure 30 : Réponses à la question : *Avez-vous modifié votre alimentation ?*

Un test de corrélation de Spearman a mis en évidence un lien significatif entre le sexe et la modification de l'alimentation avec une probabilité $p = 0,043$. Il existe donc un lien significatif entre le fait d'être une femme et la modification de l'alimentation à la suite d'un trauma dentaire.

2.3.5.3 Modification de l'ouverture buccale

77 % des patients interrogés (n=23) n'ont pas eu de modification de leur ouverture buccale suite au trauma dentaire.

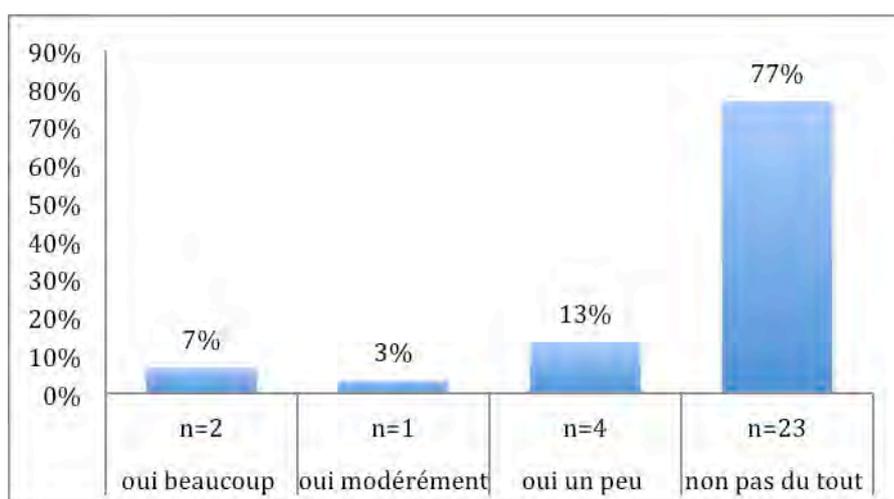


Figure 31: Réponses à la question : *Avez-vous eu des difficultés à ouvrir la bouche ?*

2.3.5.4 Difficultés lors de l'élocution

Pour 20 % (n=6) des participants, le trauma a entraîné « un peu » de difficulté à parler, et pour 70 % d'entre eux cela a duré moins d'une semaine.

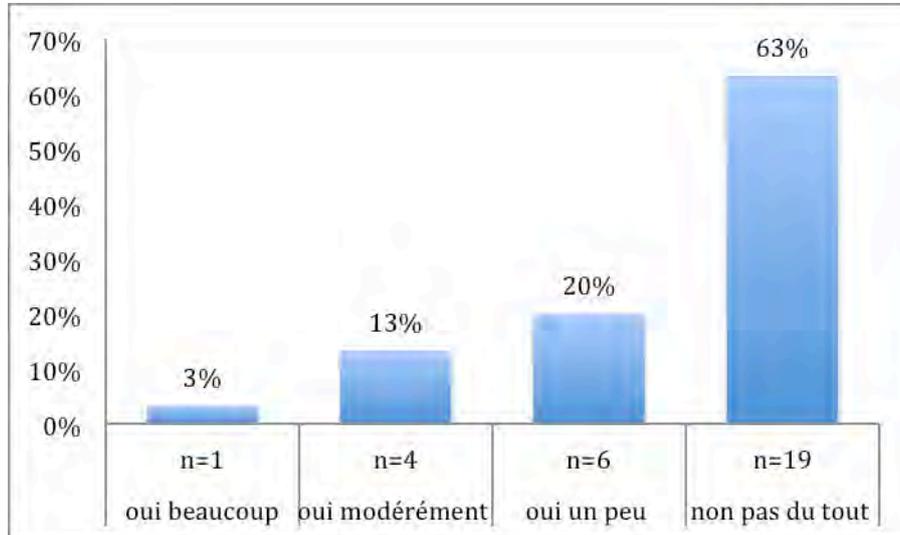


Figure 32 : Réponses à la question : *Avez-vous eu des difficultés à parler ?*

2.3.6 Gêne esthétique

Selon nos résultats, 40 % des patients (n=12) ont éprouvé une gêne esthétique importante suite au trauma, 20 % (n=6) l'ont jugé modérée, 10 % faible (n=3) et 20 % n'ont pas du tout été gênés (n=9).

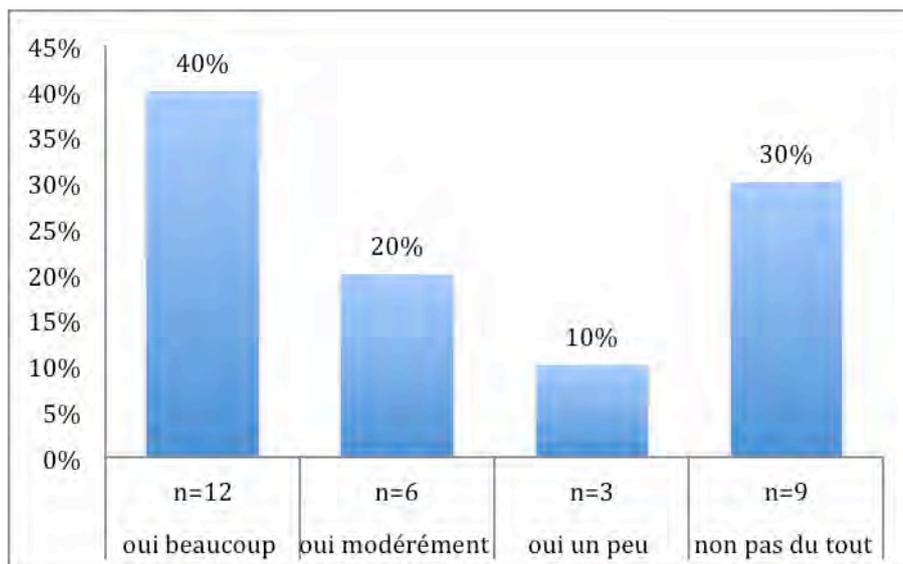


Figure 33 : Réponses à la question : *Avez-vous ressenti une gêne esthétique suite au trauma ?*

Ainsi, 33 % (n=10) des patients interrogés se sont empêchés de sourire suite au trauma. En revanche pour 40 % d'entre eux cela n'a pas posé de problème.

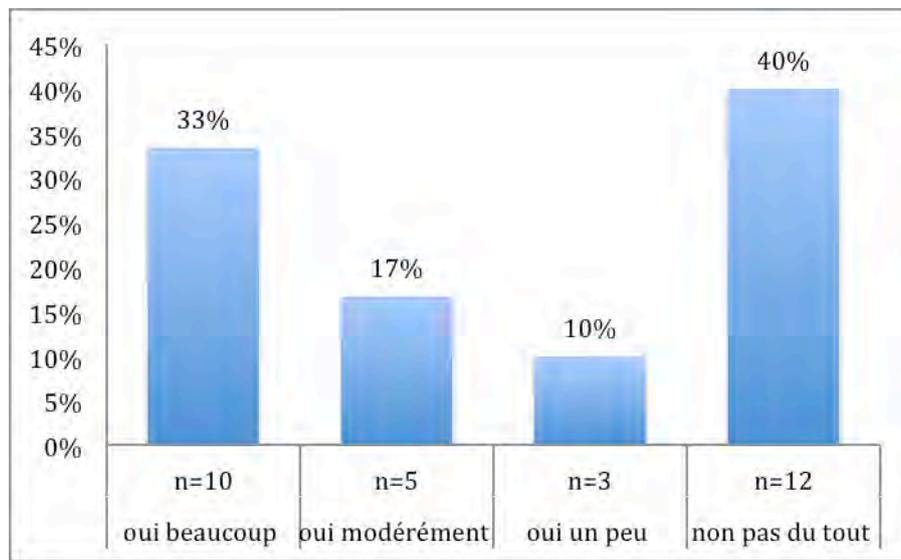


Figure 34 : Réponses à la question : *Vous êtes-vous empêchés de sourire suite au trauma ?*

80 % (n=24) n'ont pas eu de remarque négative de leur entourage sur l'aspect esthétique de leurs dents suite au traitement.

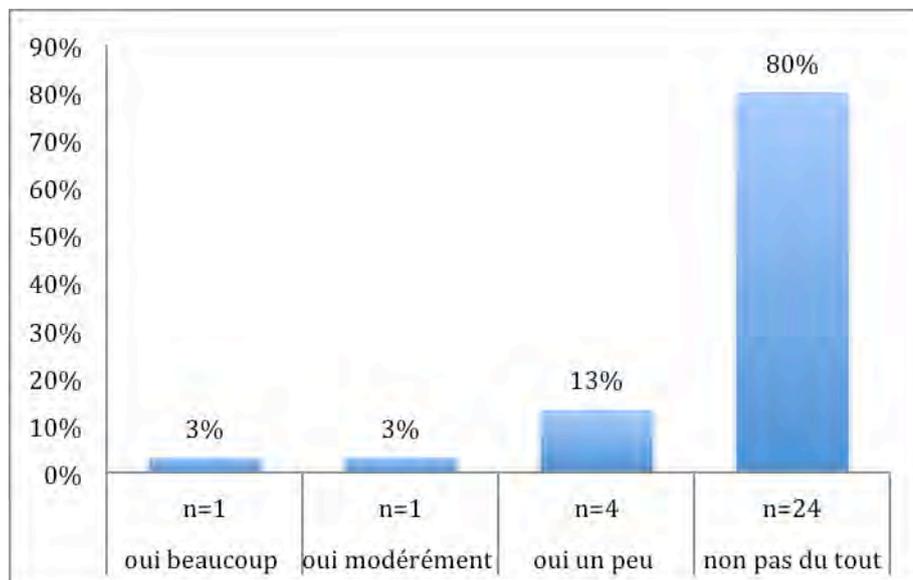


Figure 35 : Réponses à la question : *Avez-vous eu des remarques négatives de votre entourage ?*

2.3.7 Gêne sociale

63 % (n=19) n'ont pas refusé des sorties/loisirs suite au traumatisme, en revanche pour 13 % d'entre eux cela a beaucoup impacté leurs loisirs.

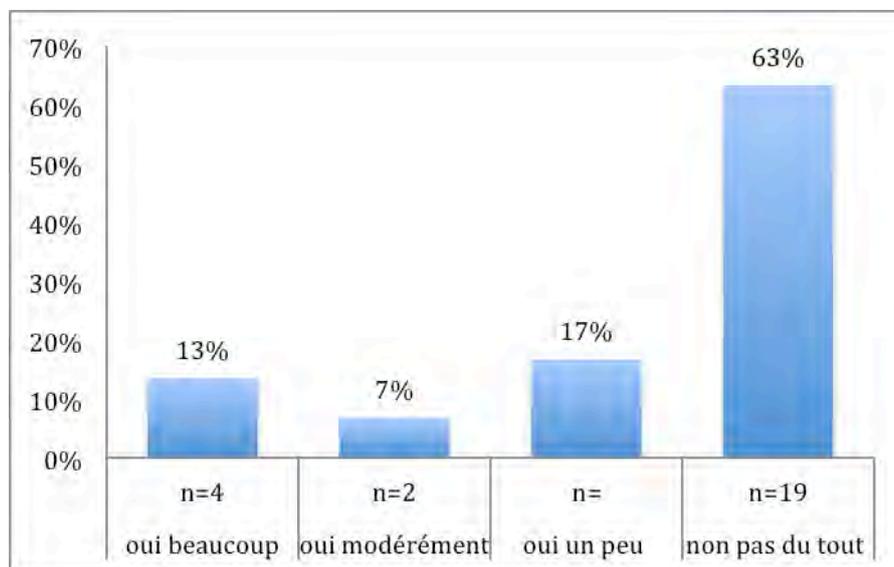


Figure 36 : Réponses à la question : avez-vous refusé des sorties/loisirs ?

Pour 70 % des patients ayant refusé des sorties / loisirs, la raison principale est l'aspect esthétique de leur sourire. 20 % d'entre eux ont évoqué la douleur et 10 % la gêne lors de l'élocution.

La douleur	20 % (n = 2)
L'aspect esthétique	70 % (n = 7)
La gêne pour parler	10 % (n= 1)
Autre	0 % (n = 0)

Figure 37 : Réponses à la question : Pour quelles raisons avez-vous refusé des sorties/loisirs ?

2.3.8 Impact des rendez-vous

Le temps de transport du lieu de prise en charge au domicile était de moins de trente minutes pour 77 % des patients (n=23).

Et pour 72 % (n=21) des patients, les rendez-vous de suivi n'ont pas impacté leur vie professionnelle ou universitaire. Tandis que 14 % (n = 4) d'entre eux ont jugé l'impact faible.

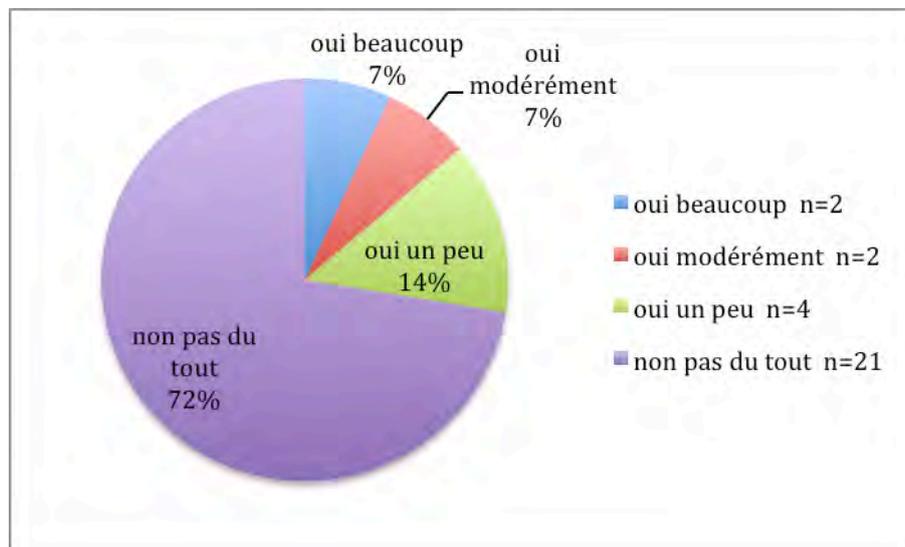


Figure 38 : Réponses à la question : *Les rendez-vous ont ils perturbé votre travail (pour les adultes) ou la vie scolaire/universitaire (pour les mineurs ou les étudiants) ?*

Les rendez-vous de suivi ont perturbé les loisirs/les entraînements sportifs pour seulement 7 % (n=2) des personnes interrogées.



Figure 39 : Réponses à la question : *Avez-vous manqué des entrainements sportifs, des loisirs à cause des rendez-vous de suivi ?*

2.4 Discussion

Les traumatismes dentaires et leurs conséquences sont des sujets d'étude fréquents dans la littérature. En revanche, les rapports entre les traumas dentaires et la qualité de vie sont peu documentés, notamment chez l'adulte. L'objectif de cette étude préliminaire a été d'évaluer les conséquences des traumas dentaires sur la qualité de vie des patients.

Nous avons décidé de créer notre propre questionnaire afin que les participants répondent précisément à nos interrogations mais également, parce que, les questionnaires décrits dans le paragraphe 1.3.2. sont soumis à une licence et donc payants.

Afin de faciliter les modalités de remplissage du questionnaire, il a été décidé de se focaliser sur les patients adultes et mineurs âgés de plus de 14 ans. Dans le cadre de l'étude, seuls les patients adultes se sont soumis au questionnaires (patients âgés de 19 à 72 ans). Sur 51 patients contactés par téléphone, 30 ont accepté de répondre au questionnaire, soit un taux de participation de 59 %. Les 51 patients initialement sélectionnés pour participer à l'étude étaient pour 41 % des femmes et, pour 59 % d'entre eux des hommes.

Selon notre étude, l'évènement reporté comme le plus douloureux est bien entendu le traumatisme, 40 % ayant jugé qu'il entraînait des douleurs intenses ou très intenses tandis qu'en post-opératoire ces douleurs diminuent à 3 %. Cela va dans le sens de l'étude de Robertson et coll. (1997), menée sur 102 patients, dans laquelle les douleurs lors du trauma sont les plus intenses suivies par le traitement d'urgence puis la dépose de la contention [48].

En ce qui concerne l'appréhension d'un nouveau trauma, on observe que les femmes sont deux fois plus anxieuses que les hommes (homme : 26 % (n= 2), femme : 50 % (n= 5)). Ceci va dans le sens de Robertson et coll. (1997), selon qui, 46 % des femmes et 20 % des hommes ont avoué être anxieux quant à l'avenir de leur dent. Toutefois nous n'avons pas noté de différence significative à ce niveau dans notre étude. Robertson et coll. (1997), vont plus loin et observent que 8 % des patients pensent souvent au traumatisme et 67 % parfois, en notant une différence significative entre les hommes et les femmes [48].

Nous avons remarqué que les limitations fonctionnelles affectant les patients adultes sont, des difficultés à mastiquer (33 %), suivies par des difficultés lors du brossage (17 %) et enfin, la gêne lors de l'élocution (13 %).

D'après notre étude, cette gêne à la mastication persiste pendant plus d'un mois pour 20 % des participants. Nos résultats vont dans le sens de l'étude de Cortes et coll. (2002) menée sur 3702 enfants âgés de 9 à 14 ans. En effet, Cortes affirme que 20 % des enfants ayant des dents fracturées ont éprouvé des difficultés à manger et apprécier la nourriture [55]. De même, d'après Scapini et coll. (2013), les activités fonctionnelles les plus affectées sont : manger (6,5 %), parler (2 %) et se brosser les dents (0,5 %) [51-14].

D'après nos résultats, 40 % des patients ont éprouvé une gêne esthétique importante, et 30 % se sont souvent empêchés de sourire. Ces résultats convergent avec ceux de Cortes et coll. qui ont constaté que les enfants sont embarrassés de montrer leurs dents et de sourire pour 56 % d'entre eux. Pour Robertson et coll. (1997), 51 % des femmes et 31 % des hommes sont insatisfaits de l'aspect esthétique de leur dent suite au trauma. Sur les 21 patients qui ont bénéficié d'une contention dans leur traitement, 45 % ont jugé qu'elle les avait « beaucoup » gênée. La principale raison évoquée est la gêne esthétique à 28 % (n=4) [48].

En ce qui concerne le genre, l'impact sur la qualité de vie des femmes semble plus important. En effet, des douleurs très intenses sont ressenties par 20 % des femmes contre 16 % des hommes. De plus, les femmes sont 50 % à être très anxieuses quant à la survenue d'un nouveau trauma contre 26 % des hommes. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, 50 % des femmes observent une diminution de leur mastication contre 21 % des hommes. De même pour le brossage, qui handicape fortement 30 % des femmes et seulement 10 % des hommes. Du point de vue esthétique, la gêne atteint fortement 60 % des femmes contre 26 % des hommes. Cependant nous n'avons pas noté de différence significative à ce niveau.

L'étude de Porritt et coll. (2011) auprès de 244 enfants en Grande-Bretagne, affirme que la seule donnée clinique influant sur la qualité de vie est le genre après un trauma dentaire [46].

L'étude de Walter et coll. (2011) s'intéresse au genre et à la qualité de vie. Il en ressort que les femmes ont plus de risques d'avoir une qualité de vie diminuée notamment lorsqu'elles présentent des problèmes esthétiques ou masticatoires [59].

De nombreuses questions nécessiteraient d'être approfondies. Les femmes sont-elles plus touchées émotionnellement lors de blessures faciales visibles ? Ont-elles une plus grande facilité à parler de leurs émotions après un trauma dentaire ? Ou bien leur qualité de vie en est plus impactée pour d'autres raisons encore inconnues ?

Pour ce qui est de la gêne sociale, 36 % des personnes interrogés ont « beaucoup, modérément ou un peu » refusé des sorties/loisirs suite au trauma. Pour 70 % d'entre eux, la raison principale de ce refus était l'aspect inesthétique de leur sourire. Les résultats de Robertson et coll. (1997) vont dans notre sens. En effet, d'après leurs résultats, 13 % des patients ont observé un impact négatif sur leur vie sociale, et ce sans différence significative entre les sexes [48].

En ce qui concerne les rendez-vous de suivi, nous avons remarqué que pour 21 % des patients, les rendez-vous de suivi ont perturbé « beaucoup, modérément ou un peu », leur travail. Ces résultats rejoignent ceux de Robertson et coll. (1997) [45].

Cette étude préliminaire met en avant l'impact considérable des traumatismes dentaires sur la qualité de vie. Et ce, notamment au niveau somatique, esthétique, fonctionnel et social.

Toutefois, il faut nuancer ces résultats, l'étude comportant des biais. Tout d'abord des biais de sélection ; le nombre de participants reste faible et non représentatif de la population victime de traumatismes dentaires. Les patients recrutés ont été interrogés dans l'intervalle entre 3 à 12 mois suite au traumatisme donc à des moments différents de leur traitement.

Nous rappelons que ce travail est une étude préliminaire qui permet de vérifier la faisabilité et la viabilité d'une étude prospective à grande échelle.

CONCLUSION

Ce travail avait pour but d'expliciter les liens entre traumatismes dentaires et qualité de vie. Il apparaît que les traumatismes dentaires influent considérablement dans les domaines esthétiques, fonctionnels, sociaux et somatiques. Notre étude préliminaire met en avant les conséquences sur la qualité de vie des patients.

Au cours de la rédaction de ce travail, il est apparu que la majorité des études explorant les liens entre traumatismes dentaires et qualité de vie, ont été menées sur des enfants. Les retentissements sur la vie des adultes ont été peu développés. Notre étude préliminaire nous montre que les conséquences semblent identiques chez les adultes et les enfants.

Il serait intéressant d'aller plus loin en recherchant en quoi les origines socio-économiques et le niveau d'éducation influence de telles conséquences, ainsi qu'en approfondissant le travail sur les différences entre les hommes et les femmes dans leur perception des traumatismes dentaires. La prévention des traumatismes dentaires est par ailleurs à renforcer.

TABLE DES ILLUSTRATIONS :

Figure 1: Traumatisme dentaire atteignant les dents, les muqueuses et l'os alvéolaire (CSD Nantes, SAY LIANG FAT M, interne).....	11
Figure 2: Traumatisme dentaire des incisives centrales maxillaires supérieures (d'après IADT, 2011).....	13
Figure 3: Les causes principales des traumatismes dentaires selon la tranche d'âge (d'après Hecova et coll., 2010) [21].....	14
Figure 4: Surplomb antérieur (Dr Roy, CSD Nantes).....	16
Figure 5: Image représentant une luxation latérale (d'après Andreasen et coll., 2013) [5].....	17
Figure 6: Classification d'Andreasen (d'après http://www.sfm.org/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/044_Arbab_Chirani.pdf) ...	19
Figure 7 : Résorption radiculaire interne.....	21
Figure 8 : Evaluation de la satisfaction de la vie en général (d'après l'INSEE, 2011) [27].	23
Figure 9 : Schéma explicitant la notion de bien être (d'après OECD, 2011, How's life? Measuring well-being) [40].....	24
Figure 10 : Echelle analogique visuelle de la douleur (d'après http://www.oncoprof.net/Generale2000/g15_Palliatifs/index/Index_sp46.php)	26
Figure 11 : Tableau montrant les différentes études réalisées et les questionnaires utilisés dans la mesure de l'OHRQOL (d'après Allen et coll., 2003) [3].....	28
Figure 12 : Tableau présentant les principaux questionnaires relatifs à l'OHRQOL (d'après Bennadi et coll., 2013) [11].....	30
Figure 13 : Tableau montrant les différents domaines évalués dans le CPQ 11-14 (d'après Jokovic et coll., 2006) [7].....	32
Figure 14 : Tableau mettant en évidence les jours d'écoles et de travail manqués, conséquences de problèmes dentaires (d'après Gassner et coll., 2004) [17].....	34
Figure 15 : Répartition selon l'âge des participants au questionnaire	38
Figure 16 : Causes principales des traumas dentaires	39
Figure 17 : Lieu de survenue des traumas dentaires	39
Figure 18 : Localisation des dents atteintes lors des traumatismes dentaires	40
Figure 19 : Types de traumatismes rencontrés.....	41
Figure 20 : Lieu de prise en charge	41
Figure 21 : Réponses à la question : <i>Avez-vous été gêné par la contention ?</i>	42
Figure 22 : Réponses à la question : <i>Pour quelles raisons avez-vous été gêné par la contention ?</i>	42
Figure 23 : Douleurs ressenties au moment du trauma	43
Figure 24 : Réponses à la question : <i>Avez-vous ressenti des douleurs depuis le traumatisme ?</i>	43
Figure 25 : Réponses à la question : <i>Appréhendez-vous une nouvelle blessure dentaire ?</i>	44
Figure 26 : Réponses à la question : <i>Vous êtes-vous empêchés la pratique de certains sports, certaines activités?</i>	45
Figure 27 : Réponses à la question : <i>Avez-vous éprouvé des difficultés à vous brosser les dents ?</i>	45
Figure 28 : Réponses à la question : <i>Pour quelle(s) raison(s) avez-vous éprouvé des difficultés lors du brossage ?</i>	46
Figure 29 : Réponses à la question : <i>Estimez-vous que vous avez été gêné pour vous alimenter ?</i>	46
Figure 30 : Réponses à la question : <i>Avez-vous modifié votre alimentation ?</i>	47
Figure 31 : Réponses à la question : <i>Avez-vous eu des difficultés à ouvrir la bouche ?</i>	47

Figure 32 : Réponses à la question : <i>Avez-vous eu des difficultés à parler ?</i>	48
Figure 33 : Réponses à la question : <i>Avez-vous ressenti une gêne esthétique suite au trauma ?</i>	48
Figure 34 : Réponses à la question : <i>Vous êtes-vous empêchés de sourire suite au trauma ?</i> .	49
Figure 35 : Réponses à la question : <i>Avez-vous eu des remarques négatives de votre entourage ?</i>	49
Figure 36 : Réponses à la question : <i>avez-vous refusé des sorties/loisirs ?</i>	50
Figure 37 : Réponses à la question : <i>Pour quelles raisons avez-vous refusé des sorties/loisirs ?</i>	50
Figure 38 : Réponses à la question : <i>Les rendez-vous ont ils perturbé votre travail (pour les adultes) ou la vie scolaire/universitaire (pour les mineurs ou les étudiants) ?</i>	51
Figure 39 : Réponses à la question : <i>Avez-vous manqué des entrainements sportifs, des loisirs à cause des rendez-vous de suivi ?</i>	51

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. **ACTON CH, NIXON JW, CLARK RC.**
Bicycle riding and oral/maxillofacial trauma in young children.
Med J Aust 1996;**165**(5):249–51.
2. **ALDRIGUI JM, ABANTO J, CARVALHO TS ET COLL.**
Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of young children.
Health Qual Life Outcomes 2011;**9**:78.
3. **ALLEN PF.**
Assessment of oral health related quality of life.
Health Qual Life Outcomes 2003;**1**(1):40.
4. **ANDREASEN FM.**
Pulpal healing after luxation injuries and root fracture in the permanent dentition.
Endod Dent Traumatol 1989;**5**(3):111–31.
5. **ANDREASEN JO, ANDREASEN FM, ANDERSSON L.**
Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth.
Oxford : John Wiley & SONS , 2013.
6. **ANDREASEN JO, LAURIDSEN E, GERDS TA ET COLL.**
Dental Trauma Guide: A source of evidence-based treatment guidelines for dental trauma.
Dent Traumatol 2012;**28**(5):345–50.
7. **ANTUNES LAA, LUIZ RR, LEÃO ATT.**
Initial assessment of responsiveness of the P-CPQ (Brazilian Version) to describe the changes in quality of life after treatment for traumatic dental injury.
Dent Traumatol 2012;**28**(4):256–62.
8. **ASTRØM AN, HAUGEJORDEN O, SKARET E ET COLL.**
Oral Impacts on Daily Performance in Norwegian adults: validity, reliability and prevalence estimates.
Eur J Oral Sci 2005;**113**(4):289–96.
9. **BAGHDADY VS, GHOSE LJ, ENKE H.**
Traumatized anterior teeth in Iraqi and Sudanese children--a comparative study.
J Dent Res 1981;**60**(3):677–80.
10. **BASTONE EB, FREER TJ, MCNAMARA JR.**
Epidemiology of dental trauma: a review of the literature.
Aust Dent J 2000;**45**(1):2–9.
11. **BENNADI D, REDDY CVK.**
Oral health related quality of life.
J Int Soc Prev Community Dent 2013;**3**(1):1.

12. **BRENNAN DS.**
Oral Health Impact Profile, EuroQol, and Assessment of Quality of Life instruments as quality of life and health-utility measures of oral health.
Eur J Oral Sci. 2013;**121**(3 Pt 1):188–93.
13. **CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES**
Lexicographie
<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/trauma>.
14. **CORTEN PH.**
Le concept de qualité de vie vu à travers la littérature anglo-saxonne.
Inf Psychiatr 1998;**9**:922–32.
15. **DAVIDSON LL, TAYLOR EA, SANDBERG ST ET COLL.**
Hyperactivity in school-age boys and subsequent risk of injury.
Pediatrics 1992;**90**(5):697–702.
16. **GARRATT A, SCHMIDT L, MACKINTOSH A ET COLL.**
Quality of life measurement : bibliographic study of patient assessed health outcome measures.
Br Med J 2002;**324**(7351):1417.
17. **GASSNER R, TULI T, HÄCHL O ET COLL.**
Craniomaxillofacial trauma in children: a review of 3,385 cases with 6,060 injuries in 10 years.
J Oral Maxillofac Surg 2004;**62**(4):399–407.
18. **GLENDOR U.**
Aetiology and risk factors related to traumatic dental injuries--a review of the literature.
Dent Traumatol 2009;**25**(1):19–31.
19. **GLENDOR U.**
Epidemiology of traumatic dental injuries--a 12 year review of the literature.
Dent Traumatol 2008;**24**(6):603–11.
20. **HAUTE AUTORITE DE LA SANTE**
Qualité de vie et infarctus du myocarde.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/qualite_de_vie_idm_proms_vf.pdf.
21. **HECOVA H, TZIGKOUNAKIS V, MERGLOVA V, ET COLL.**
A retrospective study of 889 injured permanent teeth.
Dent Traumatol 2010;**26**(6):466–75.
22. **HERGÜNER A, ERDUR AE, BAŞÇIFTÇI FA ET COLL.**
Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children with traumatic dental injuries.
Dent Traumatol 2015;**31**(2):140–3.

23. **HERMANN NV, LAURIDSEN E, AHRENSBURG SS ET COLL.**
Periodontal healing complications following concussion and subluxation injuries in the permanent dentition: a longitudinal cohort study.
Dent Traumatol 2012;**28**(5):386–93.
24. **HERMANN NV, LAURIDSEN E, AHRENSBURG SS ET COLL.**
Periodontal healing complications following extrusive and lateral luxation in the permanent dentition: a longitudinal cohort study.
Dent Traumatol 2012;**28**(5):394–402.
25. **ILMA DE SOUZA CORTES M, MARCENES W, SHEIHAM A.**
Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12–14-year-old children.
Community Dent Oral Epidemiol 2002;**30**(3):193–8.
26. **INGLEHART MR, BAGRAMIAN RA.**
Oral health-related quality of life.
Chicago : Quintessence , 2002.
27. **INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES.**
Qualité de vie et bien-être vont souvent de pair.
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1428#encadre1
28. **JOKOVIC A, LOCKER D, GUYATT G.**
Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11–14-year-old children (CPQ11–14): Development and initial evaluation.
Health Qual Life Outcomes 2006;**4**(1):4.
29. **JORGE KO, MOYSÉS SJ, FERREIRA E FERREIRA E ET COLL.**
Prevalence and factors associated to dental trauma in infants 1-3 years of age.
Dent Traumatol 2009;**25**(2):185–9.
30. **JOURNAL OFFICIEL.**
LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
JORF 11 aout 2004.
31. **LAUNOIS R, REBOUL-MARTY J.**
La qualité de vie: approche psychométrique et approche utilité-référence.
Cardioscopies 1995;**34**:673–8.
32. **LOCKER D, MILLER Y.**
Evaluation of subjective oral health status indicators.
J Public Health Dent 1994;**54**(3):167–76.
33. **MALIKAEW P, WATT RG, SHEIHAM A.**
Prevalence and factors associated with traumatic dental injuries (TDI) to anterior teeth of 11-13 year old Thai children.
Community Dent Health 2006;**23**(4):222–7.

34. **MARCENES W, MURRAY S.**
Changes in prevalence and treatment need for traumatic dental injuries among 14-year-old children in Newham, London: a deprived area.
Community Dent Health 2002;**19**(2):104–8.
35. **MÉDA D.**
La mystique de la croissance.
Paris : Flammarion, 2013.
36. **NAITO M, YUASA H, NOMURA Y ET COLL.**
Oral health status and health-related quality of life: a systematic review.
J Oral Sci 2006;**48**(1):1–7.
37. **NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL AND CRANIOFACIAL RESEARCH.**
Health NI of. Oral Health in America: A Report of the Surgeon.
<http://www.nidcr.nih.gov/datastatistics/surgeongeneral/report/executivesummary.htm>
38. **OLDIN A, LUNDGREN J, NILSSON M ET COLL.**
Traumatic dental injuries among children aged 0-17 years in the BITA study - A longitudinal Swedish multicenter study.
Dent Traumatol 2015;**31**(1):9-17
39. **OLIVEIRA LB, MARCENES W, ARDENGHI TM ET COLL.**
Traumatic dental injuries and associated factors among Brazilian preschool children.
Dent Traumatol 2007;**23**(2):76–81.
40. **ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT.**
How's Life? 2013
<http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/9789264201392-en>
41. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.**
“La santé et le bien-être selon la perspective de l’OMS”, présenté lors de la réunion des directeurs généraux de la santé et des soins infirmiers.
<http://www.euro.who.int/fr/about-us/regional-director/speeches-and-presentations-by-year/2013/presentation-health-and-well-being-a-perspective-from-who,-at-the-european-union-presidency-meeting-of-chief-medical-officers-and-chief-nursing-officers>
42. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.**
Oral health, general health and quality of life.
<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/editorial30905html/en/>
43. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.**
WHO's action for continuous improvement in oral health.
<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/editorial10905html/en/>

44. **PETTI S.**
Over two hundred million injuries to anterior teeth attributable to large overjet: a meta-analysis.
Dent Traumatol 2015;**31**(1):1–8.
45. **PHILLIPS D.**
Quality of life: concept, policy and practice.
London : Routledge, 2006.
46. **PORRITT JM, RODD HD, RUTH BAKER S.**
Quality of life impacts following childhood dento-alveolar trauma.
Dent Traumatol 2011;**27**(1):2–9.
47. **RAMOS-JORGE ML, BOSCO VL, PERES MA ET COLL.**
Impact of treated/untreated traumatic dental injuries on quality of life among Brazilian schoolchildren.
Dent Traumatol 2007;**23**(2):114–9.
48. **ROBERTSON A, NORÉN JG.**
Subjective aspects of patients with traumatized teeth. A 15-year follow-up study.
Acta Odontol Scand 1997;**55**(3):142–7.
49. **RODD HD, BARKER C, BAKER SR ET COLL.**
Social judgements made by children in relation to visible incisor trauma.
Dent Traumatol 2010;**26**(1):2–8.
50. **RODRIGUES CAMPOS SOARES T, DE ANDRADE RISSO P, COPLE MAIA L.**
Traumatic dental injury in permanent teeth of young patients attended at the federal
Dent Traumatol 2014;**30**(4):312–6.
51. **SCAPINI A, FELDENS CA, ARDENGHI TM ET COLL.**
Malocclusion impacts adolescents' oral health-related quality of life.
Angle Orthod 2013;**83**(3):512–8.
52. **SIMON S, GOUREVITCH E, GUELFY J.**
Outils d'évaluation de la qualité de vie.
Encycl Med Chir (Paris), Psychiatrie, 37-200-A-15, 2000.
53. **SKAARE AB, JACOBSEN I.**
Dental injuries in Norwegians aged 7-18 years.
Dent Traumatol 2003;**19**(2):67–71.
54. **SKAARE AB, JACOBSEN I.**
Primary tooth injuries in Norwegian children (1-8 years).
Dent Traumatol 2005;**21**(6):315–9.

55. **THOMSON WM, STEPHENSON S, KIESER JA ET COLL.**
Dental and maxillofacial injuries among older New Zealanders during the 1990s.
Int J Oral Maxillofac Surg. 2003;**32**(2):201–5.
56. **TRAEBERT J, PERES MA, BLANK V ET COLL.**
Prevalence of traumatic dental injury and associated factors among 12-year-old school children in Florianópolis, Brazil.
Dent Traumatol 2003;**19**(1):15–8.
57. **TUBERT-JEANNIN S, RIORDAN PJ, MOREL-PAPERNOT A ET COLL.**
Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France.
Community Dent Oral Epidemiol 2003;**31**(4):275–84.
58. **US GOVERNMENT.**
Toward a social report.
United States Government. Print. Off;1969. Voir Otis Dudley Duncan
59. **WALTER MH, SCHUETTE U, RAEDEL M A ET COLL.**
Oral health-related quality of life and oral status in a German working population.
Eur J Oral Sci 2011;**119**(6):481–8.
60. **WARE JE, SHERBOURNE CD.**
The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection.
Med Care 1992;**30**(6):473–83.
61. **WHOQOL GROUP.**
Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL).
Qual Life Res 1993;**2**(2):153–9.

ANNEXES :

ANNEXE 1 : protocole QVTD

Note d'information Patients majeurs et mineurs (14-18 ans) pour la participation à la recherche non interventionnelle intitulée
«PROTOCOLE QVTD
(EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS AYANT SUBI DES TRAUMATISMES DENTAIRE) »

Praticien investigateur**Dr ROY Elisabeth**

Odontologie conservatrice et pédiatrique

Centre de Soins Dentaires - PHU IV - Hôtel Dieu

1 place Alexis Ricordeau

44093 Nantes Cedex 1

Téléphone : 02 40 08 37 25

recherche-dentaire@chu-nantes.fr

Responsable de la recherche**Nom : CHU de Nantes**

Adresse : 5 allée de l'île Gloriette, 44 093 NANTES

Téléphone : 02 53 48 28 35 (Direction de la recherche)

rderecherche@chu-nantes.fr

Ce document est remis au patient. Un exemplaire est conservé dans un endroit spécifique à cet effet.

La participation du patient est tracée dans le dossier médical.

Patient concerné :**Document remis-le :****Madame, Monsieur,**

Le Centre de Soins Dentaires du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes effectue une recherche sur la prise en charge des patients victimes de traumatismes dentaire, pathologie dont vous souffrez.

Dans le but de mieux cerner les conséquences sur la qualité de vie d'un traumatisme dentaire, le Dr ROY du Centre de Soins Dentaires du CHU de Nantes organise un recueil standardisé de données issues de votre dossier médical, de votre interrogatoire et remplissage d'un questionnaire.

Cette recherche ne présente pas de risque pour votre santé. Les résultats qui en seront issus favoriseront le développement des connaissances dans le domaine de la santé et devront être confirmés, ensuite, par des études cliniques complémentaires, afin de permettre l'essor de nouvelles méthodes de prise en charge.

Le praticien en charge pourra vous informer, sur votre demande, des résultats globaux de cette recherche.

Comme convenu lors de notre entretien téléphonique, vous serez contactés par téléphone dans un délai de 15

jours environ, suite à la réception de ce courrier afin de répondre au questionnaire d'une durée de 10 minutes. Vous trouverez ci joint le questionnaire afin d'en prendre connaissance par vous-même.

Pour être menée à bien, cette recherche nécessite la mise en œuvre d'un traitement informatisé des données personnelles afin de permettre d'analyser les résultats. Un fichier informatique comportant vos données va donc être constitué. Par mesure de confidentialité et pour respecter votre vie privée, vos données seront systématiquement codées. Seuls les professionnels de santé personnellement en charge de votre suivi auront connaissance de vos données nominatives.

Les destinataires des données codées sont les organisateurs de l'étude, et les personnes du CHU à qui ils délèguent le traitement et l'analyse des données. Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données enregistrées sur informatique, à tout moment, par l'intermédiaire du praticien en charge de votre dossier. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées et d'être traitées dans le cadre de cette recherche.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès du Docteur ROY.

Cette étude a été déclarée à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), et a été présentée au Groupe Nantais d'éthique dans le domaine de la Santé (GNEDS).

Vous êtes libres d'accepter ou de refuser votre participation à la recherche qui vous est présentée. Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier. et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de votre prise en charge. Si vous refusez de participer, les données ne seront pas utilisées pour cette recherche et resteront destinées à l'usage strict du soin.

Le médecin qui vous a proposé la recherche et vous a donné oralement toutes les informations nécessaires peut répondre à toutes vos questions.

ANNEXE 2 : Questionnaire protocole QVTD



Questionnaire «PROTOCOLE QVTD »

Renseignements administratifs

Non opposition confirmée ? : à 1 Non à **!! STOP !!**. Ne pas remplir ce document.

à 1 Oui à à mentionner dans le dossier médical

- N° ___ - Initiale du Nom du patient : _ Initiale du Prénom du patient : _

- Sexe: Masculin Féminin

- Date de naissance (mois/année): ___/___ ==> Age: ___ ans

==> > 14 ans ? à 1 Non à **!! STOP !!**. Ne pas remplir ce document.

à 1 Oui

Le patient souhaite être informé(e) des résultats globaux de cette recherche lorsqu'ils seront disponibles ?

à 1 oui, en le contactant à / au (adresse mail / téléphone) :

à 1 non

Informations relatives au trauma dentaire :

1. La cause du trauma était :

à 1 ND Code ___

un accident de la voie publique

une chute

la pratique d'un sport

un coup reçu

autre, précisez :

2. Pouvez-vous préciser le lieu où votre accident s'est produit ?

à 1 ND Code ___

école

travail

domicile

lieu public

voirie

autre précisez :

3. Vous pouvez qualifier les douleurs dentaires ressenties au moment du trauma de :

à1 ND Code __ __

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> très intenses | <input type="checkbox"/> intenses |
| <input type="checkbox"/> modérées | <input type="checkbox"/> faibles |
| <input type="checkbox"/> pas de douleurs ressenties | |

4. La prise en charge en urgence de votre trauma dentaire a été réalisée : **à1 ND Code** __ __

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> au Centre de Soins Dentaires du CHU de Nantes | <input type="checkbox"/> dans un autre service du CHU de Nantes |
| <input type="checkbox"/> dans un autre Centre hospitalier | <input type="checkbox"/> sur le lieu du trauma |
| <input type="checkbox"/> chez un chirurgien dentiste | |

5. Le suivi du trauma dentaire a eu lieu :

à1 ND Code __ __

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> au Centre de Soins Dentaires du CHU de Nantes | <input type="checkbox"/> dans un autre Centre hospitalier |
| <input type="checkbox"/> chez un chirurgien dentiste | |

6. Depuis le traumatisme vous ressentez des douleurs dentaires : **à1 ND Code** __ __

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> très intenses | <input type="checkbox"/> intenses |
| <input type="checkbox"/> modérées | <input type="checkbox"/> faibles |
| <input type="checkbox"/> pas de douleurs ressenties | |

7. Depuis le traumatisme appréhendez-vous une nouvelle blessure dentaire ? **à1 ND Code** __ __

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> oui, modérément |
| <input type="checkbox"/> oui, un peu | <input type="checkbox"/> non, pas du tout |

8. A la suite du traumatisme, avez-vous éprouvé des difficultés à vous brosser les dents?

à1 ND Code __ __

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> oui, modérément |
| <input type="checkbox"/> oui, un peu | <input type="checkbox"/> non, pas du tout |

→ si oui pour quelle(s) raison(s),

à1 ND Code __ __

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> dents mobiles | <input type="checkbox"/> points de sutures |
| <input type="checkbox"/> contention | <input type="checkbox"/> douleurs lors du brossage |
| <input type="checkbox"/> saignements | <input type="checkbox"/> peur de perdre la dent |
| <input type="checkbox"/> autre (Précisez) :..... | |

9. A la suite du traumatisme, estimez-vous que vous avez été gêné pour vous alimenter :

à1 ND
Code __ __

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> oui, modérément |
| <input type="checkbox"/> oui, un peu | <input type="checkbox"/> non, pas du tout |

10. A la suite du traumatisme avez-vous modifié votre alimentation ?

à1 ND Code __ __

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> oui, modérément |
| <input type="checkbox"/> oui, un peu | <input type="checkbox"/> non, pas du tout |

→ Si oui pendant combien de temps?

à1 ND Code __ __

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> moins d'une semaine | <input type="checkbox"/> moins d'un mois |
| <input type="checkbox"/> plus d'un mois | <input type="checkbox"/> encore aujourd'hui |

11. A la suite du traumatisme, avez-vous eu des difficultés à manger des aliments durs (croquer une

pomme, manger du pain) ?

à1 ND Code __ __

oui, beaucoup

oui, modérément

oui, un peu

non, pas du tout

12. A la suite du traumatisme, avez-vous eu des difficultés à ouvrir la bouche? à1 ND Code __ __

oui, beaucoup

oui, modérément

oui, un peu

non, pas du tout

→ Si oui pendant combien de temps ?

à1 ND Code __ __

moins d'une semaine

moins d'un mois

plus d'un mois

encore aujourd'hui

13. A la suite du traumatisme, avez vous eu des difficultés à parler ? à1 ND Code __ __

oui, beaucoup

oui, modérément

oui, un peu

non, pas du tout

→ si oui pendant :

à1 ND Code __ __

moins d'une semaine

moins d'un mois

plus d'un mois

encore aujourd'hui

→ Si oui votre entourage vous l'a-t-il fait remarquer ?

à1 ND Code __ __

oui, beaucoup

oui, modérément

oui, un peu

non, pas du tout

14. Si vous avez eu ou avez une contention : Avez-vous été gêné : à1 ND Code __ __

oui, beaucoup

oui, modérément

oui, un peu

non, pas du tout

Pour quelles raisons ?

à1 ND Code __ __

difficulté à parler avec la contention

gêne esthétique

difficulté à vous brosser les dents

autre (précisez) : ...

15. Depuis le traumatisme avez vous ressenti une gêne esthétique ? à1 ND Code __ __

oui, beaucoup

oui, modérément

oui, un peu

non, pas du tout

16. Depuis le traumatisme vous êtes vous empêchés de sourire ? à1 ND Code __ __

oui, beaucoup

oui, modérément

oui, un peu

non, pas du tout

17. Depuis le traumatisme avez vous eu des remarques négatives de votre entourage ?

à1 ND

Code __ __

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> oui, modérément |
| <input type="checkbox"/> oui, un peu | <input type="checkbox"/> non, pas du tout |

18. Depuis le traumatisme avez-vous (ou vos parents) refusé des sorties/loisirs ?

à1 ND

Code __ __

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> oui, modérément |
| <input type="checkbox"/> oui, un peu | <input type="checkbox"/> non, pas du tout |

→ Si oui en raison :

à1 ND Code __ __

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> des douleurs ? | <input type="checkbox"/> de l'aspect esthétique ? |
| <input type="checkbox"/> de la gêne pour parler ? | <input type="checkbox"/> autre (précisez) : ... |

19. Depuis le traumatisme vous êtes vous empêchés (ou vos parents), la pratique de certains sports, certaines activités?

à1 ND Code __ __

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> oui, modérément |
| <input type="checkbox"/> oui, un peu | <input type="checkbox"/> non, pas du tout |

Si oui lequel/ lesquels ?

à1 ND Code __ __

20. Les rendez-vous ont ils perturbé votre travail (pour les adultes) ou la vie scolaire/universitaire (pour les mineurs ou les étudiants) ?

à1 ND Code __ __

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> oui, modérément |
| <input type="checkbox"/> oui, un peu | <input type="checkbox"/> non, pas du tout |

21. Le temps de transport pour vous rendre aux rendez-vous de suivi était de : **à1 ND**

Code __ __

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> moins d'1/2h | <input type="checkbox"/> moins d'1h |
| <input type="checkbox"/> plus d'1h | |

22. Avez-vous manqué des entrainements sportifs, des loisirs ?

à1 ND Code __ __

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> oui, beaucoup | <input type="checkbox"/> oui, modérément |
| <input type="checkbox"/> oui, un peu | <input type="checkbox"/> non, pas du tout |

UNIVERSITE DE NANTES
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Vu le Président du Jury,

P. Semeidou
5/5/2015



Vu et permis d'imprimer

Vu le Doyen,

Le Doyen

Pr. Yves AMOURIQ

Y. AMOURIQ

MASSOT (Charlotte). – Qualité de vie et traumatismes dentaires
- 70 f. ; ill. ; tabl. ; 61 ref ; 30 cm. (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2015)

RESUME

Les traumatismes dentaires sont une pathologie fréquente, notamment chez l'enfant. Leur prise en charge et leurs complications sont aujourd'hui connues. Cependant, les retentissements sur la qualité de vie ont longtemps été ignorés.

Après un traumatisme dentaire, que ce soit chez l'enfant ou chez l'adulte, les domaines somatiques, psychiques, sociaux et esthétiques sont perturbés. En effet les victimes de traumatismes dentaires se plaignent de limitations physiques lors de la mastication, de l'élocution ou encore du brossage ; de gêne esthétique lors de l'élocution et du sourire ; de douleurs ou encore de perturbation de leur vie sociale. Ce travail a pour but de faire le point sur les données de la littérature et, au travers d'une étude préliminaire, de montrer l'importance des phénomènes secondaires à un trauma dentaire sur la qualité de vie.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Odontologie

MOTS CLES MESH

Qualité de vie – Quality of life
Traumatismes dentaires – Tooth injuries
Santé buccodentaire – Oral health
Indicateurs qualité santé – Quality indicators, health care

JURY

Président : Professeur Soueidan A.
Assesseur : Docteur Armengol V.
Directeur : Docteur Roy E.
Assesseur : Docteur Enkel B.

ADRESSE DE L'AUTEUR

8 rue la noue bras de fer – 44200 NANTES
charlotte.massot@icloud.com