



Retour à la liste

Si vous êtes déconnecté ou si vous fermez le questionnaire, vos réponses seront systématiquement sauvegardées

Aide ?

1 - Introduction

2 - Accès aux soins

3 - Besoins en traitement

4 - Prothèse dentaire

5 - Diagnostic

6 - Hygiène dentaire

7 - Conseils nutritionnels et
consommation alimentaire

8 - Qualité de vie

9 - Commentaires

Questionnaire Santé orale

Ce questionnaire concerne l'état de santé de votre bouche et de vos dents et comporte des questions sur vos habitudes d'hygiène et de soins « bucco-dentaires ».

En effet, l'état de santé de votre bouche et l'alimentation sont liés mais peu d'études se sont intéressées aux rapports entre les comportements alimentaires et les habitudes d'hygiène bucco-dentaires. Grâce à votre participation à l'étude NutriNet-Santé, nous allons pouvoir réaliser la plus grande enquête jamais réalisée sur ce sujet.

Afin que les résultats et les conclusions soient fiables, vous devez répondre de la manière la plus exacte possible. Aussi, si vous ne souhaitez pas ou si vous ne savez pas comment répondre à une question, merci de cocher la réponse « Je refuse de répondre » ou « Je ne sais pas » plutôt que de répondre de manière erronée.

Merci pour votre participation.

Cette étude réalisée par l'équipe NutriNet-Santé est faite en collaboration avec l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (centre collaborateur de l'OMS) et le département de parodontologie de l'Université Paris Diderot.

Suite ▶

- 1 - Introduction
- 2 - Accès aux soins**
- 3 - Besoins en traitement
- 4 - Prothèse dentaire
- 5 - Diagnostic
- 6 - Hygiène dentaire
- 7 - Conseils nutritionnels et consommation alimentaire
- 8 - Qualité de vie
- 9 - Commentaires

Accès aux soins

De quand date votre dernière visite chez le dentiste ?

- Moins de 6 mois
- Plus de 6 mois mais moins d'un an
- Plus d'un an mais moins de 2 ans
- Plus de 2 ans mais moins de 3 ans
- Plus de 3 ans mais moins de 5 ans
- Plus de 5 ans
- Je n'y suis jamais allé(e)
- Je ne sais pas

Quelle était la raison de votre dernière visite chez le dentiste ?

- J'y suis allé(e) de moi-même pour un examen de contrôle ou un détartrage régulier
- J'ai été appelé(e) par le dentiste pour un examen de contrôle ou un détartrage
- Quelque chose n'allait pas, me gênait ou me faisait mal
- J'y suis allé(e) pour un traitement à la suite d'un précédent examen fait par le dentiste
- Autre
- Je ne sais pas

- 1 - Introduction
- 2 - Accès aux soins
- 3 - Besoins en traitement**
- 4 - Prothèse dentaire
- 5 - Diagnostic
- 6 - Hygiène dentaire
- 7 - Conseils nutritionnels et consommation alimentaire
- 8 - Qualité de vie
- 9 - Commentaires

Besoins en traitement

Avez-vous eu cette année besoin de soins dentaires que vous n'avez pas pu faire ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas pu les faire ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Le coût des soins était trop élevé
- Je ne voulais pas dépenser d'argent dans ce type de soins
- Les soins n'étaient pas remboursés
- Le cabinet dentaire était trop éloigné de mon domicile ou de mon lieu de travail
- Le cabinet dentaire n'était pas ouvert au moment où j'étais disponible
- Un autre dentiste m'a dit que ces soins n'étaient pas nécessaires
- Je n'aime pas les dentistes ou j'ai peur des soins dentaires
- Je ne peux pas m'absenter de mon travail
- Je suis trop occupé(e)
- Je pensais que ce n'était pas un problème sérieux et qu'il se résoudrait tout seul
- Autre
- Je ne sais pas

Avez-vous besoin d'être soulagé(e) d'une douleur dans votre bouche ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Vos dents ont-elles besoin d'un nettoyage ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

A quand remonte votre dernier détartrage ?

- Il a un an ou moins
- Il y a plus d'un an mais moins de 3 ans
- Il y a 3 ans ou plus
- Je n'ai jamais fait de détartrage
- Je ne sais pas

Avez-vous besoin que certaines de vos dents soient soignées ou remplacées ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Avez-vous besoin de vous faire extraire une ou plusieurs dents ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Pourquoi avez-vous besoin d'extraire une ou plusieurs dents ?

- Douleurs
- Caries
- Dents cassées ou creuses
- Problèmes ou saignements des gencives
- Raisons esthétiques
- Autres raisons
- Je ne sais pas

[◀ Précédent](#) | [Suite ▶](#)

- 1 - Introduction
- 2 - Accès aux soins
- 3 - Besoins en traitement
- 4 - Prothèse dentaire**
- 5 - Diagnostic
- 6 - Hygiène dentaire
- 7 - Conseils nutritionnels et consommation alimentaire
- 8 - Qualité de vie
- 9 - Commentaires

Prothèse dentaire

Avez-vous des dents manquantes, à l'exception des dents de sagesse, non remplacées par des prothèses dentaires ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Combien de dents naturelles avez-vous, en dehors des dents de sagesse ?

- Toutes
- 20 dents naturelles ou plus mais pas toutes les dents
- 10 à 19 dents naturelles
- 1 à 9 dents
- Aucune dent naturelle
- Je refuse de répondre
- Je ne sais pas

Avez-vous des dents manquantes remplacées par des prothèses dentaires ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Pouvez-vous préciser comment sont remplacées les dents manquantes ?

- Prothèse(s) dentaire(s) que je peux retirer (appareils)
- Prothèse(s) dentaire(s) que je ne peux pas retirer
- Les deux
- Je ne sais pas

Dans l'ensemble, vous diriez que ces prothèses dentaires sont :

- Très satisfaisantes
- Satisfaisantes
- Peu satisfaisantes
- Pas satisfaisantes du tout
- Je ne sais pas

Pour quelles raisons estimez-vous que ces prothèses ne sont pas satisfaisantes ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Elles me font mal
- Je ne peux pas manger avec
- Elles ne sont pas esthétiques
- Autre raison
- Je ne sais pas

[◀ Précédent](#) | [Suite ▶](#)

- 1 - Introduction
- 2 - Accès aux soins
- 3 - Besoins en traitement
- 4 - Prothèse dentaire
- 5 - Diagnostic**
- 6 - Hygiène dentaire
- 7 - Conseils nutritionnels et consommation alimentaire
- 8 - Qualité de vie
- 9 - Commentaires

Diagnostic

D'une manière générale, comment évalueriez-vous la santé de vos dents et de vos gencives ?

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Moyenne
- Mauvaise
- Je ne sais pas

Votre dentiste vous a-t-il dit que vous aviez l'un des problèmes suivants :

(Plusieurs réponses possibles)

- Caries dentaires
- Gingivites (gonflements des gencives avec saignements)
- Parodontites (déchaussements avec une perte osseuse autour des dents)
- Autre problème
- Aucun problème
- Je ne sais pas

Avez-vous perdu toutes vos dents du haut et du bas ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Pensez-vous avoir une maladie des gencives ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Pensez-vous avoir des caries ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Avez-vous déjà eu un surfaçage (traitement mécanique en profondeur) pour traiter une maladie des gencives ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Avez-vous déjà eu des saignements des gencives ?

- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Non
- Je ne sais pas

Saignez-vous actuellement des gencives ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Avez-vous eu des dents qui se sont mises à bouger toutes seules en l'absence de choc ou de blessure ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Un dentiste vous a-t-il diagnostiqué une perte de l'os autour de vos dents ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

La quantité de salive dans votre bouche vous semble-t-elle :

- Insuffisante
- Trop abondante
- Je n'y ai jamais fait attention
- Je ne sais pas

- 1 - Introduction
- 2 - Accès aux soins
- 3 - Besoins en traitement
- 4 - Prothèse dentaire
- 5 - Diagnostic
- 6 - Hygiène dentaire**
- 7 - Conseils nutritionnels et consommation alimentaire
- 8 - Qualité de vie
- 9 - Commentaires

Hygiène dentaire

Combien de fois vous brossez-vous les dents ?

- Jamais
- Une fois par semaine
- De temps en temps dans la semaine
- Une fois par jour
- Au moins deux fois par jour
- Je ne sais pas

Quel type de brosse à dents utilisez-vous habituellement ?

- Electrique
- Manuelle

Il s'agit d'une brosse à dents manuelle :

- Souple
- Médium
- Dure
- Je ne sais pas

A quel rythme changez-vous de brosse à dents ?

- Environ tous les mois
- Environ tous les 3 mois
- Environ tous les 6 mois
- Je ne sais pas

Utilisez-vous un dentifrice ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Ce dentifrice contient-il du fluor ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Ce dentifrice a-t-il d'autres caractéristiques ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Dents sensibles
- Blancheur
- Antitartre
- Anti-caries
- Autre

Prenez-vous du fluor en dehors du dentifrice ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Sous quelle forme prenez-vous du fluor ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Comprimés ou gouttes
- Eau du robinet
- Bouteilles d'eau fluorée
- Bains de bouche
- Sel fluoré
- Autre forme
- Je ne sais pas


En dehors du brossage de vos dents avec une brosse à dents, pendant les 7 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous utilisé un autre matériel dentaire pour nettoyer vos dents (fil de soie dentaire, brossettes inter-dentaires, etc...) ?

Nombre de jours

- Je refuse de répondre
- Je ne sais pas 

En dehors du brossage de vos dents avec une brosse à dents, pendant les 7 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous utilisé un bain de bouche ou produit de rinçage dentaire pour soigner votre bouche ou vos problèmes dentaires ?

Nombre de jours

- Je refuse de répondre
- Je ne sais pas 

- 1 - Introduction
- 2 - Accès aux soins
- 3 - Besoins en traitement
- 4 - Prothèse dentaire
- 5 - Diagnostic
- 6 - Hygiène dentaire
- 7 - Conseils nutritionnels et consommation alimentaire**
- 8 - Qualité de vie
- 9 - Commentaires

Conseils nutritionnels et consommation alimentaire

Votre dentiste vous a-t-il déjà donné des conseils nutritionnels pour prévenir les problèmes dentaires ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Quels types de conseils nutritionnels vous a donné votre dentiste ? Des conseils relatifs à la consommation...
(Plusieurs réponses possibles)

- De sucre
- De sel
- De fluor
- De calcium (produits laitiers, eaux...)
- De sodas
- D'eau pure
- D'alcool
- Il vous a parlé du grignotage en général

Pensez-vous que votre consommation en calcium puisse avoir une influence sur la santé de vos dents ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

- 1 - Introduction
- 2 - Accès aux soins
- 3 - Besoins en traitement
- 4 - Prothèse dentaire
- 5 - Diagnostic
- 6 - Hygiène dentaire
- 7 - Conseils nutritionnels et consommation alimentaire
- 8 - Qualité de vie**
- 9 - Commentaires

Qualité de vie

Cette année, à quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à prononcer certains mots à cause de problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à des prothèses dentaires ?

- Très souvent
- Plutôt souvent
- Occasionnellement
- Très rarement
- Jamais
- Autre
- Je ne sais pas

Cette année, à quelle fréquence avez-vous eu l'impression que votre goût était modifié à cause de problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à des prothèses dentaires ?

- Très souvent
- Plutôt souvent
- Occasionnellement
- Très rarement
- Jamais
- Autre
- Je ne sais pas

Cette année, à quelle fréquence avez-vous ressenti une douleur quelque part dans votre bouche ?

- Très souvent
- Plutôt souvent
- Occasionnellement
- Très rarement
- Jamais
- Autre
- Je ne sais pas

Cette année, à quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à manger certains aliments à cause de problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à des prothèses dentaires ?

- Très souvent
- Plutôt souvent
- Occasionnellement
- Très rarement
- Jamais
- Autre
- Je ne sais pas

Cette année, à quelle fréquence avez-vous eu vous-même conscience d'avoir des problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à des prothèses dentaires ?

- Très souvent
- Plutôt souvent
- Occasionnellement
- Très rarement
- Jamais
- Autre
- Je ne sais pas

Combien de fois cette année vous êtes vous senti(e) tendu(e) à cause de problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à des prothèses dentaires ?

- Très souvent
- Plutôt souvent
- Occasionnellement
- Très rarement
- Jamais
- Autre
- Je ne sais pas

Cette année, à quelle fréquence avez-vous évité de manger certains aliments à cause de problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à des prothèses dentaires ?

- Très souvent
- Plutôt souvent
- Occasionnellement
- Très rarement
- Jamais
- Autre
- Je ne sais pas

Cette année, à quelle fréquence avez-vous dû interrompre un repas à cause de problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à des prothèses ?

- Très souvent
- Plutôt souvent
- Occasionnellement
- Très rarement
- Jamais
- Autre
- Je ne sais pas

Cette année, à quelle fréquence avez-vous ressenti des difficultés à vous relaxer à cause de problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à des prothèses dentaires ?

- Très souvent
- Plutôt souvent
- Occasionnellement
- Très rarement
- Jamais
- Autre
- Je ne sais pas

Cette année, à quelle fréquence vous êtes vous senti(e) un peu gêné(e) à cause de problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à des prothèses dentaires ?

- Très souvent
- Plutôt souvent
- Occasionnellement
- Très rarement
- Jamais
- Autre
- Je ne sais pas

Cette année, à quelle fréquence vous êtes vous senti(e) un peu irritable à cause de problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à des prothèses dentaires ?

- Très souvent
 - Plutôt souvent
 - Occasionnellement
 - Très rarement
 - Jamais
 - Autre
 - Je ne sais pas
-

Cette année, à quelle fréquence des problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à des prothèses dentaires sont venus perturber vos activités professionnelles ?

- Très souvent
- Plutôt souvent
- Occasionnellement
- Très rarement
- Jamais
- Autre
- Je ne sais pas

Cette année, à quelle fréquence avez-vous senti que votre vie était, de manière générale, moins satisfaisante à cause de problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à des prothèses dentaires ?

- Très souvent
- Plutôt souvent
- Occasionnellement
- Très rarement
- Jamais
- Autre
- Je ne sais pas

Cette année, à quelle fréquence des problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à des prothèses dentaires vous ont-ils totalement empêché de réaliser vos activités habituelles ?

- Très souvent
- Plutôt souvent
- Occasionnellement
- Très rarement
- Jamais
- Autre
- Je ne sais pas

- [1 - Introduction](#)
- [2 - Accès aux soins](#)
- [3 - Besoins en traitement](#)
- [4 - Prothèse dentaire](#)
- [5 - Diagnostic](#)
- [6 - Hygiène dentaire](#)
- [7 - Conseils nutritionnels et consommation alimentaire](#)
- [8 - Qualité de vie](#)
- [9 - Commentaires](#)**

Commentaires

Si vous n'avez pas de commentaire, merci de valider définitivement votre questionnaire.

En revanche, si vous pensez que votre situation n'est prise en compte que partiellement dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous préciser ci-dessous les informations supplémentaires qui nous permettront de mieux traiter vos réponses :

500 Caractères restants

Si vous avez besoin d'une aide pour remplir ce questionnaire, merci de cliquer sur la rubrique **NOUS CONTACTER** et de nous préciser vos difficultés : nous vous enverrons une réponse dans les plus brefs délais vous permettant de terminer et de valider votre questionnaire.

MERCI.