
**MÉMOIRE DE
L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC
PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DE LA
SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

SUR LE PROJET DE LOI N° 130

**LOI MODIFIANT CERTAINES DISPOSITIONS RELATIVES À
L'ORGANISATION CLINIQUE ET À LA GESTION DES
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX**

8 FÉVRIER 2017

Table des matières

Introduction	3
1. La santé globale et la santé buccodentaire – Québec 2017	4
2. Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	6
3. La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)	6
4. Sur le terrain.....	8
5. Dossier Santé Québec – 2017	12
Recommandations.....	13
Conclusion	14
Annexes	15

L'Ordre des dentistes du Québec tient à remercier la Commission de la santé et des services sociaux de lui donner l'occasion de lui faire part de ses réflexions relativement au projet de loi n° 130, Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux.

Ce projet de loi redéfinit entre autres la gouvernance des groupes d'approvisionnement en commun et revoit certaines règles relatives à l'organisation interne des établissements ainsi qu'aux nominations et privilèges des médecins et dentistes qui y exercent leur profession.

Le mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec a pour objectif d'alerter les instances gouvernementales quant à la nécessité et à l'urgence qu'il soit reconnu de façon générale que la santé buccodentaire fait partie de la santé globale. Des conséquences graves résulteraient d'un système de santé qui en fait abstraction.

L'Ordre des dentistes du Québec se veut un partenaire tant de la promotion de la santé buccodentaire auprès de tous les intervenants que de la recherche de solutions en vue de donner à tous accès à un diagnostic établi par un dentiste et à un plan de traitement préventif et curatif. L'Ordre demande aux instances gouvernementales de reconnaître le droit aux soins buccodentaires dans un objectif de santé globale.

La raison d'être de l'Ordre des dentistes du Québec est la protection du public. Sa mission est d'assurer la qualité des services en médecine dentaire par le respect de normes élevées de pratique et d'éthique, et de promouvoir la santé buccodentaire auprès de la population.

Composé de 5 164 membres, l'Ordre des dentistes du Québec compte 4 246 dentistes pratiquant la médecine dentaire générale partout au Québec et 542 spécialistes répartis dans dix disciplines reconnues. Ajoutons que près de 10 % des membres de l'Ordre travaillent dans les départements de soins dentaires des établissements du réseau de santé publique.

1. La santé globale et la santé buccodentaire – Québec 2017

Depuis plusieurs années, l'Ordre des dentistes du Québec, responsable de la protection du public, intervient en commission parlementaire pour conscientiser les élus à l'importance de la santé buccodentaire dans un contexte de santé globale. Des sommes inestimables sont perdues au Québec en raison d'une santé buccodentaire déficiente. Des mesures de prévention simples et éprouvées ne sont pas implantées et la culture générale en matière de santé buccodentaire stagne. La fluoruration de l'eau est une cause qui semble perdue, et ce, en raison des campagnes de désinformation menées par les lobbys antifuoruration. Ce constat est non seulement navrant pour la population et les générations à venir, mais pour la santé publique en général.

De nombreuses personnes souffrent d'affections ou de maladies buccodentaires importantes, que ce soit en raison de malformations congénitales, de traumatismes, de cancers ou de problèmes aigus de carie dentaire qui touchent tant les enfants que les personnes en perte d'autonomie. Des malades, avant de subir une opération majeure, doivent attendre pour recevoir des soins buccodentaires afin de prévenir des infections qui pourraient leur être fatales.

La communauté scientifique internationale reconnaît que l'état de santé buccodentaire d'une personne a un impact systématique sur sa santé globale. Malheureusement, le système de santé actuel ne considère pas la santé buccodentaire comme une composante intrinsèque de la santé globale. Cela n'a plus raison d'être.

La santé buccodentaire est essentielle au maintien d'un bon état de santé général et à la qualité de vie. Une bouche en santé se caractérise par l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer, d'infection, d'ulcération, d'affection touchant les gencives, de déchaussement et de perte de dents et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité d'une personne de mordre, mâcher, sourire et parler, et donc son bien-être général.

Parmi les facteurs de risque associés à une mauvaise santé buccodentaire, on retrouve la mauvaise alimentation, le tabagisme, l'usage nocif d'alcool ainsi que plusieurs facteurs sociaux. Ces facteurs de risque sont les mêmes que pour les quatre principales

catégories de maladies chroniques, c'est-à-dire les pathologies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires et le diabète. Les affections buccodentaires sont souvent associées aux maladies chroniques. Une hygiène insuffisante de la bouche s'ajoute aux facteurs de risque.

La morbidité due aux affections buccodentaires est nettement plus élevée parmi les groupes de population démunis et défavorisés.

Comme le souligne un rapport de l'Organisation mondiale de la santé publié en 2003, la santé buccodentaire est un facteur déterminant de la qualité de vie :

Le complexe maxillo-facial nous permet de parler, de sourire, d'embrasser, de toucher, de sentir, de goûter, d'avalier et de pleurer sans éprouver de douleur. Il nous protège contre les infections microbiennes et les menaces liées à l'environnement. Les maladies buccodentaires restreignent les activités scolaires, professionnelles et personnelles, entraînant la perte de millions d'heures d'études et de travail chaque année partout dans le monde. De plus, l'impact psychologique et social de ces maladies diminue sensiblement la qualité de vie.¹

Il est possible de prévenir la carie en maintenant en permanence une faible concentration de fluorure dans l'eau de consommation. La route menant à l'implantation de cette pratique, qui est reconnue par les responsables de santé publique au Québec, est parsemée d'embûches, ce qui fait que les Québécois continuent d'afficher les mêmes piètres records au chapitre de la santé buccodentaire.

Il ne saurait être évacué à la fois la prévention et les traitements.

L'Ordre des dentistes s'attend à ce qu'au nom de la santé globale des Québécois, la présence d'un département de médecine dentaire dans un centre hospitalier soit une obligation, et non une option. La médecine moderne ne peut ignorer la présence du complexe maxillo-facial dans le corps humain. Il n'y a aucune ironie dans cet énoncé, mais bien une réalité qui mérite d'être affirmée.

¹ P.E. PETERSEN (2003). *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003 – Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXI^e siècle – l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 40 p., [En ligne]. [http://www.who.int/oral_health/media/fr/orh_report03_fr.pdf] (Consulté le 7 février 2017).

Au même titre que toute autre déficience, de la santé, les maladies et les affections buccodentaires doivent être diagnostiquées et traitées.

2. Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Avant l'intégration des pharmaciens en 1982, les hôpitaux du Québec possédaient déjà un Conseil des médecins et dentistes appelé alors un CMD.

Depuis 1982, le CMDP occupe une place importante en milieu hospitalier. À l'intérieur d'un CMDP, plusieurs départements médicaux sont représentés par des médecins. La pharmacie y est représentée également et le projet de loi à l'étude confirme son existence propre. Il est essentiel que les dentistes, membres du CMDP forment un département indépendant autonome et responsable de sa gestion propre. Le département de médecine dentaire doit exister pour permettre un dialogue d'égal à égal avec les autres départements. Il s'agit de gérer des soins multiples et complexes et l'autonomie professionnelle ne peut être diluée.

Ne pas créer un département de médecine dentaire de façon obligatoire équivaut à évacuer la médecine dentaire des discussions communes aux chefs de département, c'est aussi être dans l'ombre sur les questions budgétaires et c'est surtout être privé du lien essentiel à la gestion intégrée des soins.

3. La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

Il est utile de rappeler les articles 5 et 7 de la LSSSS :

5. Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire

7. Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins.

Le projet de loi n° 130 présenté par le ministre de la Santé et des Services sociaux veut apporter des précisions à l'article 185 de la LSSSS (art. 19 du projet de loi n° 130), qui stipule à l'heure actuelle que le plan d'organisation doit prévoir uniquement la formation d'un département de médecine générale dans tout centre hospitalier. Nous sommes en accord avec le besoin de donner plus de précisions quant à l'organisation d'un centre hospitalier digne de ce nom. Par contre, en établissant une liste exhaustive des départements que doit comprendre tout plan d'organisation, le ministre impose une contrainte, et ce, non seulement quant aux choix, mais aussi, et peut-être surtout, quant aux omissions.

À cet égard, l'Ordre des dentistes constate que la médecine dentaire n'a pas été incluse dans la liste des départements qui doivent faire partie du plan d'organisation, sauf dérogation ministérielle.

L'absence au projet de loi d'un département de médecine dentaire entre en contradiction avec une approche globale et intégrée des services de santé. L'Ordre des dentistes est plus que préoccupé par le fait que ce département soit omis.

La médecine dentaire fait déjà partie intégrante des services offerts dans les centres hospitaliers, même si l'offre de services peut varier en fonction de considérations diverses, notamment les enveloppes budgétaires attribuées par le gouvernement.

La LSSSS visée par cette réforme est pourtant claire à ce sujet. L'article 184 consacre la présence des dentistes généralistes et spécialistes dans la structure organisationnelle des centres hospitaliers.

184. Le plan d'organisation d'un centre hospitalier doit de plus prévoir la formation de départements cliniques et de services cliniques. Ce plan doit indiquer le nombre de médecins omnipraticiens, de médecins spécialistes, par spécialité, **de dentistes généralistes et de dentistes spécialistes** qui peuvent exercer leur profession dans chacun de ces départements [...]

[...]

*Ce plan des effectifs médicaux **et dentaires** doit être révisé au moins tous les trois ans et continue d'avoir effet tant que l'agence ne s'est pas prononcée sur sa révision.*

L'article 185 proposé dans le projet de loi n° 130 est en contradiction avec l'esprit de la LSSSS.

La médecine dentaire doit être prévue dans la nomenclature de l'article 185. Toutefois, son intégration au texte de loi ne serait pas suffisante à elle seule.

1^{re} recommandation

L'Ordre des dentistes du Québec demande que l'article 19 du projet de loi n° 130 qui amende l'article 185 de la LSSSS soit modifié pour y inclure le département de la médecine dentaire.

4. Sur le terrain

La médecine dentaire est exercée dans de nombreux centres hospitaliers via un département qui lui est propre et elle joue un rôle de premier plan. Les dentistes, généralistes et spécialistes, y fournissent des services essentiels au maintien de la santé et au traitement des maladies.

Les dentistes travaillent en étroite collaboration avec les médecins et les autres professionnels de la santé. Dans de nombreuses situations, les soins fournis par les dentistes sont une condition essentielle au succès des traitements médicaux. Il est utile de réaffirmer qu'une piètre condition buccodentaire est une cause de maladie systémique et peut annuler tous les efforts, en compétence et en ressources, que la médecine met à traiter les patients qu'on lui confie.

En oncologie, la médecine dentaire est nécessaire et impliquée à plusieurs égards. Dès leur prise en charge, les patients atteints d'un cancer de la tête et du cou doivent faire l'objet d'un suivi rigoureux et compétent. En plus des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale appelés à effectuer des interventions complexes chez ces patients, des dentistes sont impliqués dans les phases préparatoires, au niveau de la condition

des tissus et des glandes salivaires, de même que dans la reconstruction et de la réhabilitation prothétique.

En dentisterie pédiatrique, des traitements essentiels sont fournis par des dentistes hautement spécialisés, et ce, tant pour traiter les affections des dents que les malformations. Mentionnons seulement les problèmes de carie de la petite enfance et les fissures palatines. Comment justifier l'absence d'un département de médecine dentaire dans un centre hospitalier consacré aux soins des enfants?

Il serait difficile d'imaginer qu'on veuille exclure les dentistes des centres hospitaliers.

Les départements de médecine dentaire doivent constituer une entité propre de sorte qu'ils puissent se développer et créer leur propre dynamique. Dans le contexte de multidisciplinarité, seule une structure autonome peut permettre la cohésion des compétences diverses au sein d'un département formé de membres d'une même profession. L'implication de la médecine dentaire dans l'effort commun, qui est de maximiser la qualité et l'accessibilité des services offerts dans le réseau de la santé, est essentielle.

Dans cette optique, l'intention du ministre est bien exprimée dans le projet de loi. La modification proposée par l'article 21 de la LSSSS parle d'elle-même :

189. Le chef de département clinique exécute, sous l'autorité du directeur des services professionnels, les responsabilités suivantes;

[...]

3° élaborer, pour son département, des règles d'utilisation des ressources médicales et dentaires ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins et dentistes qui tiennent compte, notamment, de la nécessité de favoriser l'accessibilité aux services de l'établissement; lorsqu'un département clinique de pharmacie est formé dans le centre, élaborer les règles d'utilisation des ressources pharmaceutiques ainsi que des ressources matérielles de son département;

À la lumière de l'article 188, il nous apparaît évident que, dans l'esprit du législateur, les dentistes font déjà partie à part entière des équipes de soins et de gestion des centres hospitaliers.

188 – Tout département clinique formé dans un centre hospitalier est dirigé par un chef qui doit être un médecin, un dentiste ou un pharmacien [...].

Sans mettre en doute l'ouverture d'esprit et l'intégrité des gestionnaires du réseau de la santé, l'Ordre des dentistes se doit de soulever l'aspect discrétionnaire lié à la décision d'inclure ou non un département de médecine dentaire dans un établissement de santé. Alors que la santé de la bouche et de ses structures est un incontournable, mais que par ailleurs peu de considération et de visibilité y sont accordées, il faut envoyer un message clair quant à la présence obligatoire des soins buccodentaires dans le panier des services fournis en centre hospitalier.

Le manque de reconnaissance qui transparaît du libellé de l'article 19 du projet de loi n° 130 envoie un message très négatif au réseau de la santé, aux établissements de soins et au public en général quant au peu de considération donnée et à donner à la santé et aux soins buccodentaires.

Les centres hospitaliers sont au sommet de la pyramide du réseau et constituent, de façon concrète, une grande réalisation du gouvernement en matière de santé. La qualité et l'accessibilité des soins qui y sont offerts créent inmanquablement un effet d'entraînement sur l'ensemble du réseau de la santé.

Les ressources doivent être gérées par des personnes ayant la compétence requise et la connaissance du milieu.

L'exercice de la médecine dentaire comporte plusieurs facettes et champs de compétence dont certains peuvent jouer un rôle de première importance dans la qualité des soins offerts au public. En plus de l'exercice de la dentisterie générale, la médecine dentaire comprend des spécialités qui demandent une formation postdoctorale de grande envergure, dont la chirurgie buccale et maxillo-faciale, la dentisterie pédiatrique, l'orthodontie, la prosthodontie, la parodontie, l'endodontie, la radiologie diagnostique, la pathologie buccale et la santé communautaire.

Nous pouvons difficilement croire que ces compétences puissent être exclues de l'accès aux soins et diluées à l'intérieur d'autres services, sans réelle autonomie ni imputabilité.

L'Ordre des dentistes a fait état de nombreuses reprises des coûts exorbitants engendrés par l'absence de soins buccodentaires aux clientèles en centres d'hébergement ou en perte d'autonomie.

Les coûts au chapitre de la santé et des ressources sont énormes. Pensons seulement aux patients en CHSLD qui sont hospitalisés pour des urgences ou des incidents liés à leur piètre condition buccodentaire.

Qui plus est, les dentistes sont graduellement et systématiquement privés des ressources hospitalières nécessaires pour traiter des clientèles vulnérables ou en perte d'autonomie. Ces clientèles sont injustement privées de soins essentiels alors qu'elles sont sous la responsabilité du réseau de la santé.

Seuls des départements de médecine dentaire reconnus et intégrés peuvent assurer le respect de politiques claires en matière de soins.

L'Ordre des dentistes demande non seulement de donner à la médecine dentaire la place qui lui revient dans les centres hospitaliers, mais aussi, et surtout, de lui procurer une structure solide qui lui permettra de se développer à l'intérieur et au profit du réseau de la santé, au bénéfice de la clientèle que nous avons conjointement le mandat de protéger.

2e recommandation

Reconnaître l'importance de la santé buccodentaire dans la santé globale et s'assurer que la médecine dentaire puisse être exercée sans obstacle organisationnel.

Modifier l'appellation l'« art dentaire » contenue à l'article 190 de la LSSSS et la remplacer par « médecine dentaire ».

5. Dossier Santé Québec – 2017

Quand il est question de la qualité des soins de santé, nous ne pouvons passer sous silence le fait que les dentistes n'ont pas accès au Dossier Santé Québec (DSQ).

Compte tenu des ressources importantes consacrées pour le développer et le rendre disponible à bon nombre de soignants, nous avons du mal à nous expliquer pourquoi les dentistes n'y ont pas accès.

Quand on consulte la liste des intervenants autorisés mentionnés à l'article 69 de la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé, il est difficile de comprendre pourquoi on n'y trouve pas les dentistes.

Non seulement les dentistes en cabinet n'ont pas accès au DSQ, mais ceux qui exercent en milieu hospitalier et dans le réseau de la santé doivent s'adresser à des personnes autorisées pour obtenir les renseignements essentiels à la qualité de leurs interventions et à la sécurité de leurs patients. En outre, le DSQ est privé de renseignements que les dentistes seraient appelés à y partager. Il s'agit d'une question vitale. Il est temps de mettre un terme à ce non-sens.

Les informations contenues au DSQ s'avèrent de toute première importance dans le continuum des soins fournis à la clientèle desservie. L'accès aux soins doit être un objectif prioritaire pour tous. Il est primordial que les dentistes traitants ne soient plus privés de renseignements qui leur sont absolument essentiels dans l'établissement de diagnostics et de plans de traitement.

3e recommandation

L'Ordre des dentistes requiert que soit modifiée la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé, L.R.Q. c. P-9.0001, pour y inclure les dentistes qui exercent tant en milieu privé que dans un centre exploité par un établissement de santé.

- 1° L'Ordre des dentistes du Québec demande que l'article 19 du projet de loi no 130 qui amende l'article 185 de la LSSSS soit modifié pour y inclure le département de la médecine dentaire.
- 2° Reconnaître l'importance de la santé buccodentaire dans la santé globale et s'assurer que la médecine dentaire puisse être exercée sans obstacle organisationnel. Modifier l'appellation l'« art dentaire » contenue à l'article 190 de la LSSSS et la remplacer par « médecine dentaire ».
- 3° L'Ordre des dentistes requiert que soit modifiée la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé, L.R.Q. c. P-9.0001, pour y inclure les dentistes qui exercent tant en milieu privé que dans un centre exploité par un établissement de santé.

Conclusion

L'Ordre des dentistes du Québec considère qu'il devrait être interpellé par les autorités gouvernementales pour toute question qui touche la santé et à cet effet, il offre son entière collaboration et son expertise.

L'accès aux soins inclut l'accès aux soins buccodentaires.

1. Rosanna Baraldi, « Coup d'œil sur la santé buccodentaire des aînées du Québec : une comparaison avec le reste du Canada. » (2014) 48 Institut de la statistique du Québec, [en ligne] <<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201411.pdf>> (consulté le 7 février 2017)
2. Ginette Veilleux, Martin Généreux, Hélène Desrosiers et al. « Des premiers balbutiements à un sourire en santé : l'importance d'intervenir tôt pour prévenir la carie dentaire.» (2015) 19, Institut de la statistique du Québec, [en ligne] <<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/portrait-201502.pdf>> (consulté le 7 février 2017)

Coup d'œil sur la santé buccodentaire des aînés du Québec : une comparaison avec le reste du Canada

Série *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*

Rosanna Baraldi avec la collaboration de Valeriu Dumitru¹

C'est à partir du début des années 2000, sous l'impulsion de la grande initiative de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la santé buccodentaire, que les perceptions sur l'importance de la santé des dents et de la bouche sont appelées à se transformer². On

peut affirmer, sans trop risquer de se tromper, que pendant de longues années, la santé buccodentaire a été considérée comme un domaine à part, sans lien avec la santé générale, et de moindre importance. Cette marginalisation est d'ailleurs toujours observable, car les changements pro-

fonds mettent souvent du temps à se concrétiser. À cet égard, mentionnons que l'image de l'adulte âgé édenté, longtemps banalisée, persiste encore³.

En intégrant la santé buccodentaire aux programmes de prévention des maladies chroniques et de promotion

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

L'information statistique présentée dans cette publication vise à documenter et à comparer quelques indicateurs de santé buccodentaire chez les adultes québécois âgés de 45 ans et plus, en prêtant une attention particulière aux plus de 65 ans, soit les personnes âgées de 65 à 74 ans, de 75 à 84 ans et de 85 ans et plus. Les analyses présentées portent sur l'état de la dentition, sur le temps écoulé depuis la dernière visite chez un professionnel des soins dentaires au moment de l'enquête, et sur le fait de bénéficier ou non d'une assurance couvrant en totalité ou partiellement les soins dentaires.

Les données analysées sont tirées de l'*Enquête sur le vieillissement en santé* menée par Statistique Canada en 2008-2009, dont l'un des objectifs était de permettre la production d'estimations statistiques fiables chez les aînés. Pour ce faire, Statistique Canada a suréchantillonné les personnes de 65 ans et plus.

Cette enquête permet également de comparer les Québécois aux personnes résidant dans le reste du Canada, apportant ainsi un éclairage particulier sur les informations statistiques recueillies.

1. Les auteurs remercient Ghyslaine Neill, Monique Bordeleau et Katrina Joubert pour leurs commentaires et assistance en tout genre.
2. E.P. PETERSEN (2008). « World Health Organization Global Policy for Improvement of Oral Health – World Health Assembly 2007 », *International Dental Journal*, n° 58, p. 115-121.
3. M. BENIGERI, et autres (2002). « Connaissances et perceptions des adolescents face à la santé dentaire », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 93, n° 1, p. 54-58.

de la santé générale, la stratégie de l'OMS provoque un virage important : on reconnaît officiellement que la santé buccodentaire joue un rôle critique dans l'état de santé général⁴. De fait, les recherches récentes ont montré que la santé des dents et de la bouche est liée à plusieurs problèmes de santé tels que les maladies cardiovasculaires, les infections pulmonaires, ou encore le diabète⁵. Plus globalement, comme le souligne le rapport de l'OMS (2003), la santé buccodentaire est un facteur déterminant de qualité de vie :

« Le complexe maxillo-facial nous permet de parler, de sourire, d'embrasser, de toucher, de sentir, de goûter, d'avaler et de pleurer sans éprouver de douleur. Il nous protège contre les infections microbiennes et les menaces liées à l'environnement. Les maladies buccodentaires restreignent les activités scolaires, professionnelles et personnelles, entraînant la perte de millions d'heures d'études et de travail chaque année partout dans le monde. De plus, l'impact psychologique et social de ces maladies diminue sensiblement la qualité de vie⁶. »

LA SANTÉ BUCCODENTAIRE : UN CHAMP PROPICE AUX INÉGALITÉS DE SANTÉ

De façon récurrente, les données d'enquêtes sur la santé buccodentaire des populations révèlent la présence d'importantes inégalités de santé. Les populations vulnérables, que ce soit dans les pays en développement ou dans les pays riches et industrialisés, sont particulièrement touchées par plusieurs obstacles à l'accès aux soins dentaires, dont le coût est, sans nul doute, parmi les principaux.

En 2010, le rapport de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* (EQSP, 2008) concluait que les personnes qui expriment une insatisfaction à l'égard de leur santé buccodentaire, qui déclarent de moins bonnes habitudes de brossage des dents ou qui sont édentées sont moins favorisées sur le plan économique, se considèrent plus fréquemment comme pauvres ou très pauvres, et sont moins scolarisées⁷. En 2010 également, on pouvait lire dans le rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'*Enquête canadienne sur les mesures de la santé* (ECMS, 2007-2009) que comparativement à leurs concitoyens plus favorisés, on observe entre autres chez les Canadiens à faible revenu :

- un nombre nettement moins élevé de consultations chez le dentiste au cours des 12 derniers mois ;

- des taux inférieurs de consultations annuelles à des fins de suivi, de prévention ou de traitement ;
- une plus forte proportion d'évitement des consultations chez le dentiste en raison des coûts ;
- une proportion supérieure de personnes ne recevant pas les traitements recommandés en raison des coûts⁸.

Au Canada, dans la foulée du mouvement initié par l'OMS, un Groupe de travail fédéral-provincial-territorial composé des directeurs de santé dentaire a déposé en 2005 la première Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire⁹. Reconnaisant le peu d'efforts consacrés à la promotion de la santé buccodentaire et le fait que les citoyens et les gouvernements ne sont guère conscients des liens entre la santé générale et la santé buccodentaire, ce document décrit les obstacles à l'atteinte et au maintien d'un état de santé optimal et fixe des objectifs à atteindre pour 2010¹⁰. En 2012, ce même groupe de travail publiait le Cadre canadien 2013-2018 sur la santé bucco-dentaire, document dans lequel sont présentés les progrès accomplis depuis 2005, les objectifs relatifs à l'amélioration de l'état de santé buccodentaire, et les stratégies qui permettraient de les concrétiser¹¹.

Le Québec, de son côté, s'est doté du *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*¹² visant à « soutenir la mise

4. P.E. PETERSEN (2003). *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003 – Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXI^e siècle – l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 40 p., [En ligne]. [http://www.who.int/oral_health/media/fr/orh_report03_fr.pdf] (Consulté le 16 septembre 2014).

5. ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC (2007). *Mémoire présenté à la Consultation publique sur les conditions de vie des aînés*, Direction générale de l'Ordre des dentistes du Québec, 11 p. [En ligne]. [http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/rapports/Memoire_aines_092007.pdf] (Consulté le 16 septembre 2014).

6. P.E. PETERSEN, *op. cit.*

7. H. CAMIRAND et C. GALARNEAU (2010). « Santé buccodentaire », *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 6, p. 131-157.

8. SANTÉ CANADA (2010). *Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009*, Ottawa, Publications Santé Canada, 113 p.

9. GROUPE DE TRAVAIL FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL DES DIRECTEURS DE SANTÉ DENTAIRE (2005). *Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire*, 67 p., [En ligne]. [http://www.fptdwg.ca/assets/PDF/FR_Canadian_Oral_Health_Strategy_Final1.pdf] (Consulté le 16 septembre 2014).

10. *Ibid.*

11. GROUPE DE TRAVAIL FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL DES DIRECTEURS DE SANTÉ DENTAIRE (2012). *Réduire les problèmes dentaires – Un cadre d'action fédéral-provincial-territorial pour améliorer la santé bucco-dentaire*, 57 p. [En ligne]. [http://www.caphd.ca/sites/default/files/FrameworkOctober15FINAL_French.pdf] (Consulté le 16 septembre 2014). Il faut noter que si le Québec a contribué au document, il ne partage pas l'idée d'un cadre pancanadien sur la santé buccodentaire. Il souhaite rester l'unique responsable des plans d'action et autres stratégies visant le développement de politiques et de modes de vie sains sur son territoire.

12. Ce plan d'action a été prolongé jusqu'en 2015.

en œuvre de services de prévention et de promotion favorables au maintien et à l'amélioration de la santé buccodentaire des enfants et de la population en général »¹³. Dans ce plan d'action, diverses interventions sont proposées en lien avec les problèmes identifiés et les populations cibles. Bien que la population adulte soit incluse, les actions sont principalement dirigées vers les enfants, de manière à agir en amont de l'apparition de problèmes plus sérieux.

ORGANISATION ET COÛTS DES SOINS DENTAIRES

Au Canada, les services médicaux et hospitaliers sont couverts par des régimes universels financés par les gouvernements au moyen des impôts et des taxes payés par les contribuables. C'est ce qu'on appelle communément l'assurance maladie. Mis à part certains programmes précis pouvant varier d'une province à l'autre (ex. services aux enfants de moins de 10 ans, services aux personnes prestataires d'un programme d'aide financière, etc.), la plupart des soins dentaires ne sont pas inclus dans les régimes d'assurance maladie, et sont principalement offerts par des praticiens indépendants dans le cadre de cliniques privées. Les coûts relatifs aux soins dentaires sont donc défrayés soit par la personne qui reçoit le service, soit en partie ou en totalité par une assurance privée à laquelle la personne peut souscrire pour elle-même et pour les membres de sa famille, très souvent dans le cadre d'un programme d'assurance collective lié à l'emploi.

Les soins dentaires sont dispendieux. Selon les informations récentes disponibles sur le site Internet de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), en 2011, les dépenses attribuées à la catégorie « Autres professionnels », c'est-à-dire principalement aux dentistes et aux spécialistes de la vue, totalisaient 19,5 milliards de dollars, soit 9,8 % des dépenses totales en santé au Canada¹⁴. De ce 19,5 milliards, on constate que les dépenses consacrées aux dentistes par les compagnies d'assurance sont de l'ordre de 11,9 milliards de dollars, et de 700 millions de dollars pour la part payée par le secteur public, sans compter les sommes déboursées directement par les individus.

Ainsi, les dépenses en soins dentaires constituent la très grande part des dépenses de santé payées par les compagnies d'assurances, loin devant les soins de la vue et les services rendus par d'autres professionnels tels que les chiropraticiens, les psychologues, les physiothérapeutes, etc. Pour prendre la mesure de ce que peuvent signifier tous ces milliards, mentionnons que dans son rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire réalisé à partir des données de l'ECMS 2007-2009, Santé Canada souligne qu'en 2009, les coûts directs totaux des soins dentaires arrivaient au deuxième rang, après ceux des maladies cardiovasculaires. En ce sens, les coûts directs totaux des soins dentaires étaient plus élevés que ceux liés aux maladies mentales, aux troubles de l'appareil digestif, aux maladies respiratoires, aux blessures et aux cancers¹⁵.

SANTÉ BUCCODENTAIRE ET VIEILLISSEMENT

Bien que l'importance d'une bonne santé buccodentaire dans le maintien d'une bonne santé générale soit de plus en plus reconnue, il semble tout de même que la santé buccodentaire des personnes plus âgées soit laissée pour compte. Elle retient peu l'attention des gouvernements, des citoyens et même des chercheurs¹⁶.

Pourtant, lorsque l'on examine les connaissances disponibles sur la santé buccodentaire des personnes âgées, la situation apparaît comme étant très préoccupante. En ce sens, dans le cadre des Journées de santé dentaire publique du Québec de 2013, le titre de l'un des ateliers, *Catastrophe en gérontologie... Comment prévenir ?*, soulignait l'ampleur du problème et la nécessité d'intervenir auprès de cette population¹⁷. Dans son mémoire présenté lors de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés, l'Ordre des dentistes du Québec qualifiait « d'alarmante » la situation de la santé buccodentaire des personnes âgées à l'échelle du continent, et surtout celle des personnes en perte d'autonomie :

« Contrairement aux aînés qui sont souvent assez alertes pour accéder aux cabinets des dentistes et y recevoir les soins requis comme les autres adultes, les personnes en perte d'autonomie, autant à domicile qu'en institution, demandent une attention spéciale pour leur procurer les soins requis¹⁸. »

13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2006). *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 66 p. [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-231-01.pdf>] (Consulté le 16 septembre 2014).

14. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2013). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013*, Ottawa, ICIS, 45 p. [En ligne]. [http://www.cihi.ca/CiHI-ext-portal/pdf/internet/NHEX_EXEC_SUM_2013_FR] (Consulté le 16 septembre 2014).

15. SANTÉ CANADA (2010). *Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009*, Ottawa, Publications Santé Canada, 113 p.

16. CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE ET LE VIEILLISSEMENT. *Une bonne santé buccodentaire - Synonyme de qualité de vie pour nos aînés*. Québec, Université Laval, 8 p. [En ligne]. [<http://www.cesbv.ulaval.ca/files/c7ada0e2f19f8436d666ff3df0b31b4/depliant-cesbv.pdf>] (Consulté le 16 septembre 2014).

17. JOURNÉES DE SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE DU QUÉBEC (2013). *Journées de la santé dentaire – Programme*, [En ligne]. [<http://www.jsdpq.qc.ca/programme/programme.html>] (Consulté le 16 septembre 2014).

18. ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC (2007). *Mémoire déposé à la Consultation publique sur les conditions de vie des aînés*. 11 p. [En ligne]. [http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/rapports/Memoire_aines_092007.pdf] (Consulté le 16 septembre 2014).

Le vieillissement accroît le risque de problèmes buccodentaires qui peuvent se répercuter sur la santé générale souvent fragilisée des personnes plus âgées. Chez les aînés, on observe généralement une prévalence plus élevée de problèmes cumulatifs et évolutifs tels que les caries de la racine, les gingivites, les parodontites¹⁹, les cancers de la bouche, et autres²⁰. La sécheresse de la bouche, associée à la prise de certains médicaments souvent prescrits aux personnes âgées, diminue la quantité de salive et rend les dents plus sensibles au développement de la carie. En raison de dents manquantes, cariées ou obstruées, la surface de mastication peut être réduite et entraîner des problèmes sur le plan de l'alimentation générale et de la capacité à manger certains aliments. Ainsi, lorsque la perte d'autonomie apparaît dans la vie des personnes, la santé buccodentaire peut se dégrader rapidement. Souvent, quelques mois suffisent pour constater l'apparition de caries et de maladies des gencives²¹.

Par ailleurs, comme le décrit un document diffusé par le Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement, les troubles buccodentaires influencent tout autant le bien-être social et psychosocial que la santé physique :

« Quand elles ont un problème buccal, les personnes âgées sont plus enclines à se retirer de la vie sociale, alors qu'une bouche en bon état contribue à les garder optimistes et plus à l'aise en société²². »

Si les aînés sont parmi les sous-groupes présentant le plus de problèmes buccodentaires, ils sont aussi parmi ceux qui auraient le moins recours aux soins dentaires²³. Il est fort probable que la question du coût soit l'un des facteurs déterminants de ce moindre recours. Toutefois, indépendamment des coûts, il a également été observé que la présence de divers troubles de santé peut diminuer l'attention que les personnes âgées portent aux soins de leur bouche et de leurs dents. Bon nombre d'entre elles auraient tendance à ne pas exprimer leurs besoins tant qu'elles ne ressentent pas de douleurs importantes ou qu'elles n'éprouvent pas de difficultés notables à s'alimenter. De même, les habitudes d'hygiène peuvent aussi être négligées. Souvent, les personnes en perte d'auto-

nomie n'ont plus la dextérité nécessaire pour bien prendre soin de leurs dents et n'en informent pas leur entourage²⁴.

D'autres éléments subjectifs peuvent être en cause dans ce moindre recours aux soins par les personnes plus âgées : des croyances personnelles selon lesquelles la perte des dents est un phénomène normal ou naturel, une anxiété vécue relativement aux soins, aux douleurs et désagréments qui peuvent être associés aux visites chez le dentiste, une insatisfaction ressentie lors de soins précédents, etc. Certaines études rapportent une sous-déclaration des symptômes par les personnes âgées : plus de la moitié des symptômes considérés comme sérieux ne seraient pas déclarés aux professionnels de la santé²⁵. Dans un programme public suédois incluant le suivi dentaire régulier, il a été constaté que 13 % des personnes de 65 ans et plus ne se présentaient pas à leur consultation, et que cette proportion atteignait 21 % chez les 80 ans et plus²⁶.

Ces quelques observations illustrent bien la complexité de la problématique de la santé buccodentaire dans le contexte du vieillissement, ainsi que la nécessité d'interventions multidisciplinaires et la promotion de modalités d'accès aux soins dentaires mieux adaptés aux besoins des personnes âgées.

19. Parodontite : Inflammation des tissus de la mâchoire qui fixent les dents.

20. CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE ET LE VIEILLISSEMENT, *op.cit.*

21. ASSOCIATION DES DENTISTES DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2013). *Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux relativement au Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, 10 p. [En ligne]. [http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CClQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.assnat.qc.ca%2FMedia%2FProcess.aspx%3FMediaId%3DANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_75907%26process%3DDefault%26token%3DZyMoxNwUn8ikQ%2BTRKYwPCjWrKwg%2BvLv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoge%2FvG7%2FYWzz&ei=dOz8U6r4FaLiAT01YHABA&usq=AFQjCNFbG-gV4g3-ENUmj0oZ7F4pPVg8aw&bvm=bv.73612305.d.cWc] (Consulté le 16 septembre 2014).

22. CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE ET LE VIEILLISSEMENT (2006). *Mandat et mécanismes de travail*, Québec, Université Laval, 15 p. [En ligne]. [<http://www.cesbv.ulaval.ca/files/516bf731632e669645b416e42b6f50df/brochure-mandat-et-mecanisme.pdf>] (Consulté le 16 septembre 2014).

23. Voir le tableau *Consultation de spécialistes en soins dentaires selon l'âge et le sexe, 2009-2010* tiré du rapport produit par l'Infocentre de santé publique (octobre 2012) et diffusé par le MSSS : <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Consultation-de-specialistes-en-soins-dentaires-selon-le-sexe> (Consulté le 16 septembre 2014).

24. ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC, *op.cit.*

25. M. FOLLIGUET, F. SCHVALLINGER et N. ELAMRANI (2012). « La santé bucco-dentaire de la personne âgée », *La santé de l'homme*, n° 417, p. 34-36.

26. *Ibid.*

RÉSULTATS

L'Enquête sur le vieillissement en santé 2008-2009 (voir l'encadré sur l'enquête à la page 12) comprend un module sur la santé buccodentaire permettant de tracer un portrait sommaire de l'état de la dentition et du temps écoulé depuis la dernière consultation chez un professionnel de la santé dentaire à partir de données auto-déclarées recueillies auprès des adultes de 45 ans et plus. Cette enquête s'est également intéressée aux enjeux liés aux inégalités de santé en incluant des questions sur le fait d'avoir ou non des assurances couvrant en totalité ou partiellement les frais dentaires, sur le type d'assurance détenu, et sur le statut de la retraite. Ces aspects sont particulièrement pertinents lorsque l'on s'intéresse à la population des 65 ans et plus découpée plus finement en sous-groupes de 65 à 74 ans, 75 à 84 ans et 85 ans et plus. Pour toutes les analyses statistiques effectuées, une comparaison entre la population québécoise et la population du reste du Canada est présentée.

L'ÉTAT DE LA DENTITION

Pour tous les groupes d'âge, les Québécois sont proportionnellement plus nombreux à ne plus avoir de dents naturelles ou à porter des prothèses que les personnes du reste du Canada

Les résultats obtenus en 2008-2009 dans le cadre de l'Enquête sur le vieillissement en santé indiquent que près du quart de la population québécoise âgée de 45 ans et plus (24 %) rapporte n'avoir plus aucune dent naturelle, contre 13 % pour les personnes du reste du Canada (tableau 1). En outre, environ 58 % des Québécois de 45 ans et plus déclarent porter des prothèses, contre 33 % des personnes du reste du Canada, ce qui constitue un écart important.

Des différences importantes, qui vont dans le même sens que celles observées pour l'ensemble de la population, sont également présentes lorsque l'on com-

Tableau 1

Certaines caractéristiques de l'état des dents selon le sexe et selon l'âge, adultes de 45 ans et plus, Québec et reste du Canada, 2008-2009¹

	Avoir dents naturelles ²	Aucune dent naturelle	Porter des prothèses ³
	%		
Total			
Québec	75,8	24,2	57,8
Reste du Canada	87,2	12,8	33,2
Hommes			
Québec	78,4	21,6	54,9
Reste du Canada	88,0	12,0	32,1
Femmes			
Québec	73,3	26,7	60,4
Reste du Canada	86,5	13,5	34,2

1. Pour chacune des caractéristiques présentées dans ce tableau, les différences entre la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatives.

2. Cette catégorie inclut le fait d'avoir une ou plusieurs dents naturelles.

3. Le terme « prothèse » désigne les dentiers, partiels et fausses dents qui peuvent être enlevés. Les implants permanents sont exclus.

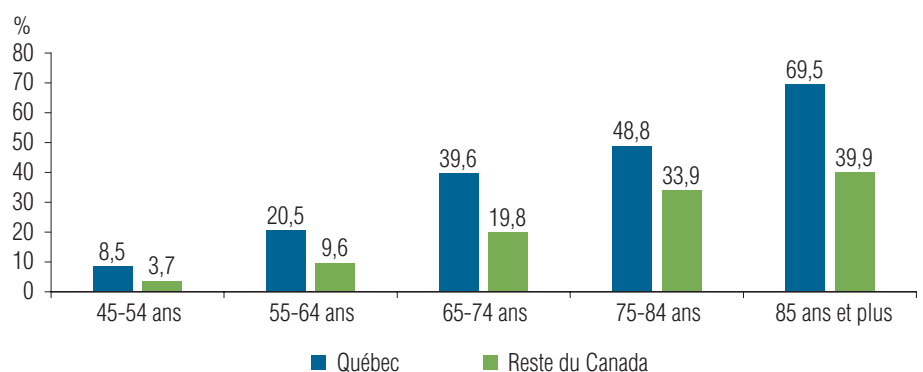
Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

pare les hommes entre eux et les femmes entre elles (Québec par rapport au reste du Canada). Les hommes et les femmes du Québec sont proportionnellement plus nombreux à déclarer n'avoir aucune dent naturelle ainsi qu'à porter des prothèses que les hommes et les femmes du reste du Canada (tableau 1). Conséquemment, les hommes et les femmes du reste du Canada sont proportionnellement plus nombreux à déclarer avoir au moins

une ou plusieurs dents naturelles. Les écarts sont importants : alors que 22 % des hommes québécois déclarent n'avoir aucune dent naturelle, ce sont 12 % des hommes du reste du Canada qui sont touchés par cette situation. Du côté des femmes, on observe que près de 27 % des Québécoises déclarent n'avoir aucune dent naturelle, alors que c'est le cas pour près de 14 % des femmes du reste du Canada.

Figure 1

Édentation selon l'âge, adultes de 45 ans et plus, Québec et reste du Canada, 2008-2009



Note : Tous les résultats des comparaisons entre la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatifs. Les différences entre les divers groupes d'âge pour la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatives, sauf celles entre les 75-84 ans et les 85 ans et plus du reste du Canada.

Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

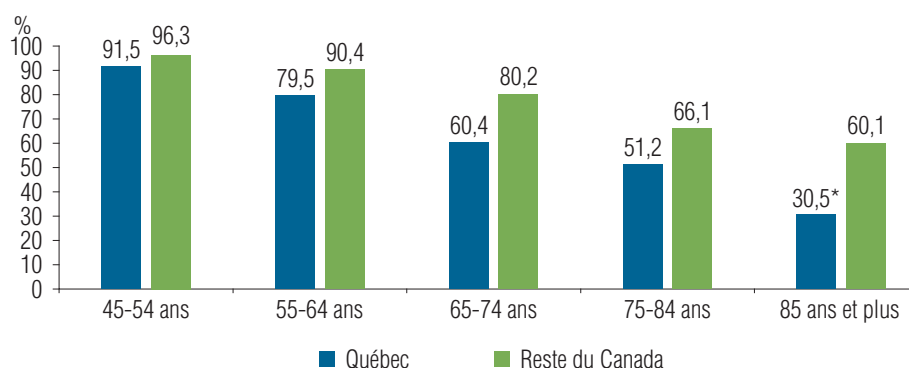
Sans surprise, on observe que la proportion des personnes édentées augmente d'un groupe d'âge à l'autre, tant au Québec que dans le reste du Canada. En se référant à la figure 1, on constate qu'au Québec, la proportion des personnes édentées débute à 9 % chez les 45-54 ans pour atteindre 69 % chez les 85 ans et plus, alors que dans le reste du Canada, cette proportion passe de 3,7 % chez les 45-54 ans à 40 % chez les 85 ans et plus. On observe que l'augmentation de la proportion des personnes édentées selon l'âge progresse rapidement au Québec et que les écarts entre la population du Québec et celle du reste du Canada sont importants chez tous les groupes d'âge. Par exemple, la proportion des personnes édentées au Québec chez les 65-74 ans est similaire à la proportion des personnes édentées dans le reste du Canada chez les 85 ans et plus, soit environ 40 %.

En concordance avec les résultats portant sur l'édentation, la proportion des personnes déclarant avoir des dents naturelles diminue d'un groupe d'âge à l'autre (figure 2). Notons que les écarts observés entre la population du Québec et celle du reste du Canada, à partir du groupe des 55-64 ans, sont encore une fois importants.

Comme pour l'édentation, on observe sans surprise que la proportion de personnes portant des prothèses dentaires augmente d'un groupe d'âge à l'autre, au Québec comme dans le reste du Canada (figure 3). C'est toujours au Québec que les estimations sont passablement plus élevées, et les écarts entre les deux populations sont importants. Soulignons principalement les écarts observés chez les deux groupes d'âge plus jeunes, soit les 45-54 ans et les 55-64 ans, pour lesquels on constate que, proportionnellement, plus du double des personnes du Québec déclarent porter des prothèses comparativement aux personnes du reste du Canada.

Figure 2

Proportion de personnes ayant des dents naturelles¹ selon l'âge, adultes de 45 ans et plus, Québec et reste du Canada, 2008-2009



Note: Tous les résultats des comparaisons entre la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatifs. Les différences entre les divers groupes d'âge pour la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatives, sauf celles entre les 75-84 ans et les 85 ans et plus du reste du Canada.

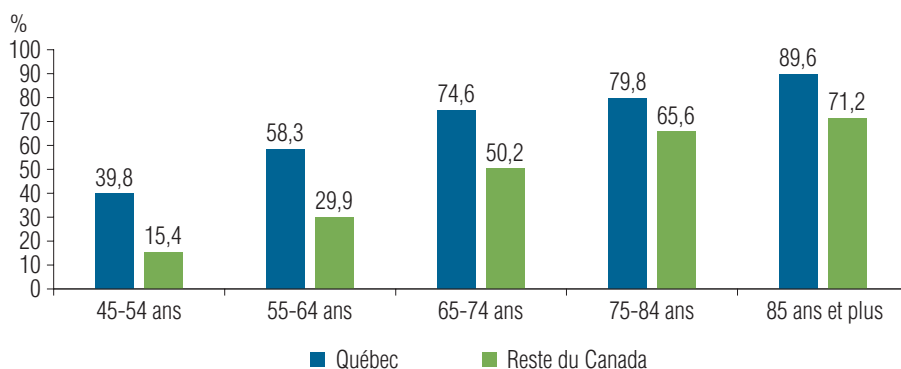
* Précision passable, coefficient de variation entre 15 % et 25 % : interpréter avec prudence.

1. Cette catégorie inclut le fait d'avoir une ou plusieurs dents naturelles.

Source: Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Figure 3

Port de prothèses¹ selon l'âge, adultes de 45 ans et plus, Québec et reste du Canada, 2008-2009



Note: Tous les résultats des comparaisons entre la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatifs. Les différences entre les divers groupes d'âge pour la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatives, sauf celles entre les 65-74 ans et les 75-84 ans au Québec, et celles entre les 75-84 ans et les 85 ans et plus du reste du Canada.

1. Le terme « prothèse » désigne les dentiers, partiels et fausses dents qui peuvent être enlevés. Les implants permanents sont exclus.

Source: Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

TEMPS ÉCOULÉ DEPUIS LA DERNIÈRE CONSULTATION D'UN PROFESSIONNEL DES SOINS DENTAIRES AU MOMENT DE L'ENQUÊTE

Alors que 56 % des Québécois de 45 ans et plus déclarent avoir consulté un professionnel des soins dentaires durant les 12 mois précédant l'enquête, ceci est le cas pour 71 % des personnes du reste du Canada (tableau 2). Parallèlement, tandis que près du quart des Québécois (24 %) déclarent qu'il s'est écoulé trois ans ou plus depuis leur dernière visite chez un spécialiste des soins dentaires, seulement 14 % des personnes du reste du Canada entrent dans cette catégorie. Les différences entre ces proportions sont significatives.

Lorsque l'on compare les hommes entre eux et les femmes entre elles (Québec par rapport au reste du Canada), les différences vont dans le même sens que celles observées dans l'ensemble de la population. Les hommes et les femmes du reste du Canada sont proportionnellement plus nombreux à avoir consulté un professionnel des soins dentaires durant les 12 mois précédant l'enquête, et proportionnellement moins nombreux à avoir attendu trois ans ou plus avant de consulter un professionnel des soins dentaires (tableau 2).

Tableau 2

Dernière visite chez un professionnel des soins dentaires selon le sexe, adultes de 45 ans et plus, Québec et reste du Canada, 2008-2009

	Moins d'un an	Un an à moins de trois ans	Trois ans et plus ¹
	%		
Total			
Québec	56,5	19,1	24,4
Reste du Canada	70,7	15,1	14,2
Hommes			
Québec	55,9	19,9	24,2
Reste du Canada	69,0	15,6	15,4
Femmes			
Québec	57,0	18,3	24,7
Reste du Canada	72,4	14,6	13,0

Note : Tous les résultats des comparaisons entre la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatifs.

1. Incluant les personnes qui ont déclaré n'avoir jamais consulté un professionnel des soins dentaires.

Source : Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

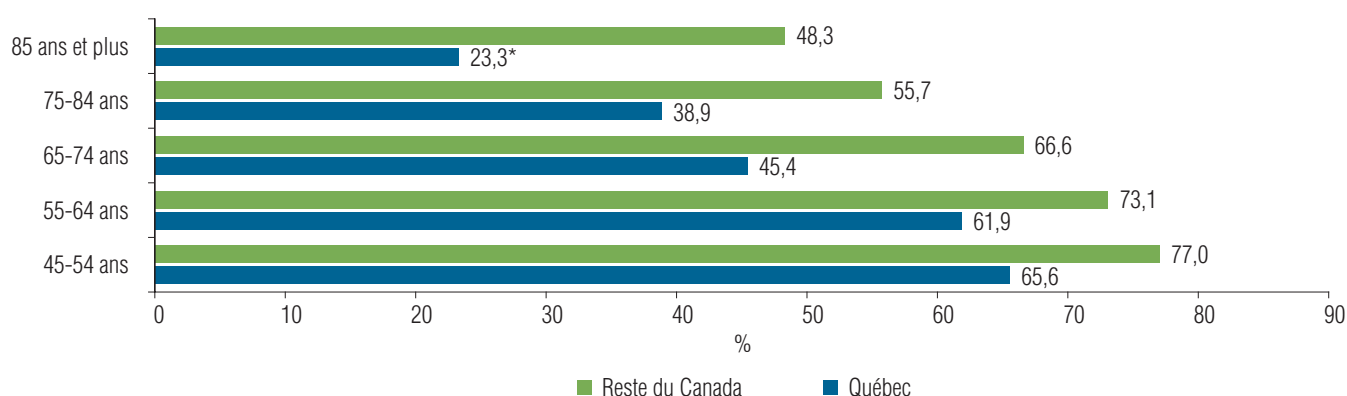
Plus les gens sont âgés, moins ils ont consulté un professionnel des soins dentaires durant les 12 mois précédant l'enquête, que ce soit au Québec ou dans le reste du Canada.

Les résultats détaillés selon les groupes d'âge présentés dans la figure 4 révèlent, sans surprise, qu'au Québec comme dans le reste du Canada, plus les gens sont âgés, moins ils ont consulté un spécialiste des soins dentaires dans les 12 mois précédant l'enquête. Alors que 66 % des Québécois et que 77 % des personnes du reste du Canada âgées de 45 à 54 ans

déclarent avoir consulté un spécialiste des soins dentaires durant les 12 derniers mois, ces proportions tombent à 23 % pour les Québécois de 85 ans et plus et à 48 % pour les personnes du reste du Canada dans ce même groupe d'âge. Bien que ce phénomène de diminution avec l'âge du recours à un spécialiste des soins dentaires sur une période de 12 mois soit observable tant au Québec que dans le reste du Canada, les différences entre les proportions observées au Québec et dans le reste du Canada sont significatives pour tous les groupes

Figure 4

Proportion des personnes de 45 ans et plus dont la dernière visite chez un professionnel des soins dentaires remonte à moins d'un an selon l'âge, Québec et reste du Canada, 2008-2009



Note : Tous les résultats des comparaisons entre la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatifs.

* Précision passable, coefficient de variation entre 15 % et 25 % : interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

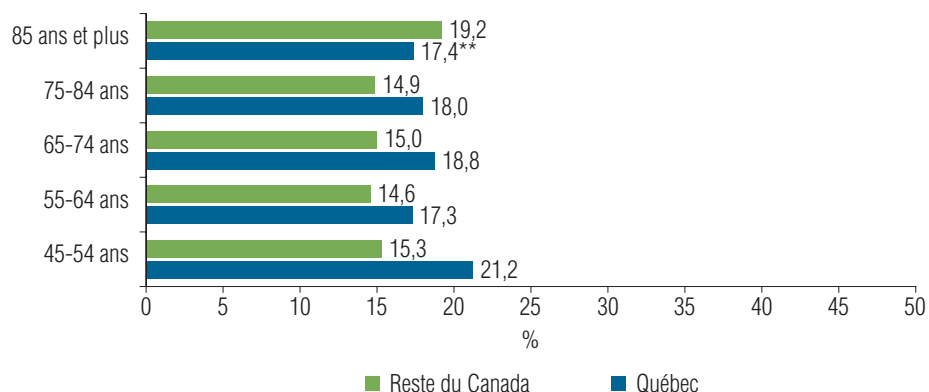
d'âge. Autrement dit, dans tous les groupes d'âge examinés, les personnes du reste du Canada ont été proportionnellement plus nombreuses à consulter un spécialiste des soins dentaires durant les 12 mois précédant l'enquête.

En se référant maintenant à la figure 5, lorsque l'on examine la période variant d'un an à moins de trois ans, on peut observer, tous groupes d'âges confondus, tant au Québec que dans le reste du Canada, qu'environ 15 % à 20 % de la population des 45 ans et plus se situe dans cette catégorie. La plus faible proportion observée est de 15 % (chez les 55-64 ans du reste du Canada), tandis que la proportion la plus élevée observée est de 21 % (chez les 45-54 ans du Québec). Ainsi, les estimations obtenues pour cette période écoulée depuis la dernière visite chez un professionnel des soins dentaires (un an à moins de trois ans) varient relativement peu selon l'âge. Notons que les seules différences significatives entre la population québécoise et celle du reste du Canada sont observées chez les 45-54 ans. Pour tous les autres groupes d'âge, les différences observées ne sont pas significatives.

En ce qui concerne les consultations qui remontent à trois ans et plus (figure 6), dans tous les groupes d'âge, les différences entre les Québécois et les personnes du reste du Canada sont significatives, les Québécois étant toujours proportionnellement plus nombreux à déclarer une visite chez un professionnel des soins dentaires qui remonte à trois ans et plus. On peut constater que l'écart le plus important touche le sous-groupe des 85 ans et plus : 59 % des Québécois ont déclaré ne pas avoir consulté un professionnel des soins dentaires depuis au moins trois ans, contre 33 % des personnes dans le reste du Canada. Ce sont là des différences notables.

Figure 5

Proportion des personnes de 45 ans et plus dont la dernière visite chez un professionnel des soins dentaires remonte à un an et plus, mais à moins de trois ans selon l'âge, Québec et reste du Canada, 2008-2009

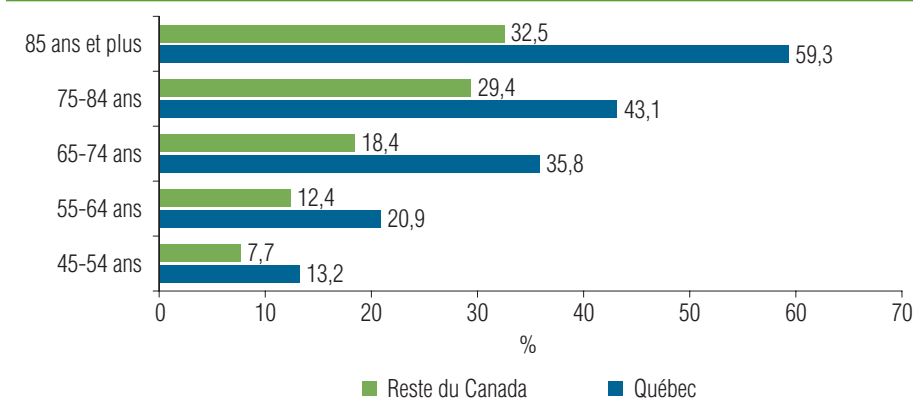


** Faible précision, coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Figure 6

Proportion des personnes de 45 ans et plus dont la dernière visite chez un professionnel des soins dentaires remonte à trois ans et plus selon l'âge, Québec et reste du Canada, 2008-2009



Note : Tous les résultats des comparaisons entre la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatifs.

1. Incluant les personnes qui ont déclaré n'avoir jamais consulté un professionnel des soins dentaires.

Source : Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Parmi les divers motifs pouvant expliquer pourquoi les personnes n'ont pas consulté un professionnel des soins dentaires durant trois ans et plus, les plus fréquents sont les suivants (données non présentées) : ce n'était pas nécessaire

selon le répondant (57 % au Québec contre 39 % dans le reste du Canada) ; le coût (10 % au Québec contre 20 % dans le reste du Canada) ; le port d'un dentier (25 % au Québec contre 33 % dans le reste du Canada).

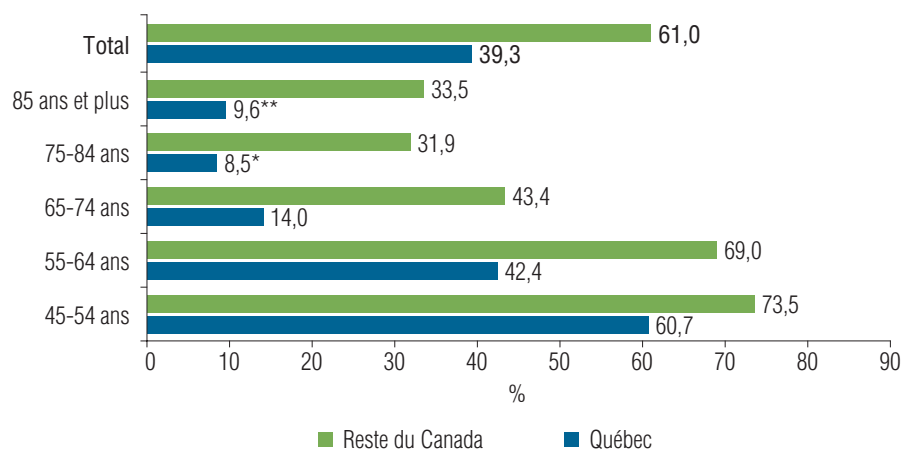
AVOIR UNE ASSURANCE COUVRANT LES FRAIS DENTAIRES, RETRAITE ET CONSULTATION D'UN PROFESSIONNEL DES SOINS DENTAIRES

Les résultats de la figure 7 indiquent que, tant au Québec que dans le reste du Canada, la proportion des personnes ayant une assurance complémentaire couvrant en totalité ou partiellement les frais dentaires diminue d'un groupe d'âge à l'autre. Globalement, alors que 39 % des Québécois de 45 ans et plus ont déclaré avoir une assurance couvrant les frais dentaires, c'est 61 % des personnes du reste du Canada qui déclarent en avoir une. Au Québec, les proportions passent de 61 % chez les 45-54 ans à 10 % chez les 85 ans et plus, tandis que dans le reste du Canada, les proportions passent de 74 % à 34 % pour les mêmes groupes d'âge. Il s'agit, là encore, de différences notables.

Mis à part le fait que pour chacun des groupes d'âge, les proportions des personnes ayant une assurance couvrant les frais dentaires sont toujours significativement plus élevées du côté du reste du Canada, il est intéressant de constater que comparativement aux Québécois, les personnes de 65 ans et plus du reste du Canada sont proportionnellement plus nombreuses à adhérer à une assurance couvrant les frais dentaires. Par exemple, chez les Québécois de 65 à 74 ans, 14 % déclarent avoir une assurance pour les frais dentaires, tandis que c'est le cas pour 43 % des personnes du reste du Canada. L'écart est tout aussi important entre les groupes d'âge subséquents : 8 % contre 32 % lorsque l'on compare les 75-84 ans, et 10 % contre 34 % chez les 85 ans et plus.

Figure 7

Proportion des personnes ayant une assurance couvrant les soins dentaires selon l'âge, adultes de 45 ans et plus, Québec et reste du Canada, 2008-2009



Note : Tous les résultats des comparaisons entre la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatifs.

* Précision passable, coefficient de variation entre 15 % et 25 % : interpréter avec prudence.

** Faible précision, coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Pour tenter de mieux comprendre ces différences importantes, le statut de la retraite, c'est-à-dire le fait d'être complètement retraité ou non complètement retraité, a été examiné ; le passage à la retraite complète signifiant souvent l'abandon de l'assurance collective parrainée par l'employeur (données non présentées). Or, tous groupes d'âges confondus, on observe que du côté du reste du Canada, 41 % des personnes complètement retraitées déclarent avoir une assurance pour frais dentaires, tandis que c'est le cas pour 16 % des Québécois²⁷.

Si l'on se questionne ensuite sur le type d'assurance détenu par les personnes âgées de 65 ans et plus, les données disponibles indiquent qu'il s'agit principalement d'une assurance liée à l'employeur, ou d'un autre type d'assurance privée, et non d'une assurance liée à un

programme gouvernemental (données non présentées). Pour donner un ordre de grandeur quant à la proportion des personnes de 65 ans et plus bénéficiant d'un programme d'assurance dentaire gouvernemental, mentionnons qu'au Québec, cela s'appliquerait à environ 1,3 % de la population des 65 ans et plus, ce qui s'avère, somme toute, un phénomène marginal²⁸.

À partir des résultats obtenus, on peut émettre l'hypothèse que les personnes retraitées du reste du Canada pourraient être proportionnellement plus nombreuses que celles du Québec à souscrire à une assurance parrainée par leur ancien employeur²⁹.

Une autre question qui se pose lorsque l'on explore la dimension de l'accès aux soins dentaires à la lumière du fait de souscrire à une assurance couvrant en totalité ou en partie ce type de soins est

27. Ces estimations portent sur la population des 55 ans et plus. Statistique Canada a choisi de ne pas poser plusieurs des questions servant à déterminer le statut de la retraite aux personnes de 45 à 54 ans. L'indicateur « statut de la retraite – objectif » est composé de variables portant sur l'âge des répondants (plus de 54 ans), de l'activité sur le marché du travail et de la provenance des revenus. Cet indicateur correspond à la définition standard de la « retraite » établie par Statistique Canada.

28. Cette proportion, qui doit être interprétée avec prudence, a été tirée du fichier de partage des données québécoises de l'enquête où cette information était disponible. Toutes les autres estimations ont été calculées à partir du fichier de microdonnées à grande diffusion permettant la comparaison entre le Québec et le reste du Canada, mais où l'information plus détaillée portant sur le type de régime d'assurance n'était pas disponible.

29. Pour les employés qui détiennent une assurance collective dans le cadre d'un emploi, il est généralement possible au moment de la retraite, de continuer à adhérer à l'assurance maladie complémentaire dans le cadre de produits destinés aux retraités.

celle de son impact sur les habitudes de consultation d'un professionnel. Bien que les données de l'enquête ne nous permettent pas d'examiner les choses sous l'angle des « habitudes », les résultats présentés dans le tableau 3 confirment l'évidence : les personnes ayant une assurance couvrant les frais dentaires sont proportionnellement plus nombreuses à avoir consulté un professionnel des soins dentaires durant l'année précédant l'enquête que celles qui n'avaient pas d'assurance. Par ailleurs, la proportion des personnes ayant consulté un professionnel des soins dentaires durant la dernière année, qu'elles souscrivent ou non à une assurance, tend à diminuer d'un groupe d'âge à l'autre, et ce, particulièrement à partir de 65 ans.

En se référant toujours au tableau 3, il est intéressant de constater que parmi les personnes ayant déclaré avoir une assurance couvrant les frais dentaires, la proportion des personnes ayant consulté un professionnel des soins dentaires durant les 12 mois précédant l'enquête est significativement plus élevée dans le reste du Canada qu'au Québec (81 % contre 72 %), et que les différences sont également significatives chez les 45-54 ans, les 55-64 ans et les 65-74 ans. De même, les différences sont significatives lorsque l'on compare les personnes du même sexe du reste du Canada et du Québec. Bref, si l'on consulte plus sur une période de 12 mois lorsque l'on possède une assurance, les personnes du reste du Canada sont proportionnellement plus nombreuses à avoir recours aux services professionnels que les Québécois dans la même situation.

Tableau 3

Proportion des personnes ayant consulté un professionnel des soins dentaires durant la dernière année selon l'âge, le fait d'avoir une assurance et selon le sexe, adultes de 45 ans et plus, Québec et reste du Canada, 2008-2009

	Avoir une assurance	Ne pas avoir d'assurance
	%	
Total		
Québec	71,6 ^a	46,7 ^a
Reste du Canada	80,9 ^a	54,9 ^a
Sexe		
Hommes		
Québec	70,5 ^a	45,0 ^a
Reste du Canada	78,7 ^a	53,1 ^a
Femmes		
Québec	72,8 ^a	48,0 ^a
Reste du Canada	83,0 ^a	56,4 ^a
Groupes d'âge		
45-54 ans		
Québec	73,4 ^a	53,3
Reste du Canada	83,6 ^a	59,0
55-64 ans		
Québec	72,5 ^a	54,1
Reste du Canada	80,6 ^a	56,6
65-74 ans		
Québec	62,1 ^a	42,8 ^a
Reste du Canada	79,0 ^a	57,3 ^a
75-84 ans		
Québec	51,6 [*]	37,7 ^a
Reste du Canada	70,9	48,7 ^a
85 ans et plus		
Québec	44,8 ^{**}	21,4 ^{*a}
Reste du Canada	65,4	39,8 ^a

a Différence significative entre la population du Québec et celle du reste du Canada dans chaque catégorie présentée.

* Précision passable, coefficient de variation entre 15 % et 25 % : interpréter avec prudence.

** Faible précision, coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec

LE MOT DE LA FIN

Les résultats des analyses statistiques réalisées à partir des données de l'*Enquête sur le vieillissement 2008-2009* présentés dans ce bulletin confirment que les sous-groupes plus âgés sont proportionnellement plus nombreux à déclarer une perte des dents naturelles, mais aussi une diminution notable des consultations d'un professionnel des soins dentaires sur une période d'une année précédant l'enquête. Ces résultats viennent souligner, une fois de plus, l'importance d'une meilleure sensibilisation des personnes plus âgées aux conséquences potentielles des problèmes buccodentaires sur la santé générale, de même que l'importance d'adapter les pratiques de prévention et de dépistage aux réalités des groupes plus âgés.

En outre, les analyses révèlent que les comparaisons effectuées entre les Québécois et les personnes du reste du Canada vont toutes dans le même sens. Pour dire les choses simplement, elles révèlent que l'état de santé buccodentaire des Québécois, ainsi que leurs pratiques de consultation et d'adhésion à une protection via l'assurance seraient moins favorables à une bonne santé buccodentaire que celles des personnes du reste du Canada : il y a ainsi au Québec plus de personnes édentées, plus de personnes portant des prothèses et des fausses dents, moins de personnes ayant consulté sur une période de 12 mois précédant l'enquête, moins de personnes bénéficiant d'une assurance couvrant les frais dentaires, et moins de personnes ayant consulté sur une période de 12 mois en dépit du fait d'avoir une assurance.

Les résultats de ces comparaisons entre le Québec et le reste du Canada et le fait que les écarts soient souvent importants suscitent plusieurs questionnements.

Premièrement, on peut se demander si les programmes d'assurance disponibles dans le cadre des avantages sociaux liés à l'emploi sont plus généreux dans les autres provinces canadiennes qu'au Québec. Ceci pourrait impliquer, par exemple, que les individus auraient moins à déboursier de leur poche pour couvrir la totalité des frais des soins dentaires. De même, serait-il possible que les incitatifs à conserver une assurance couvrant en partie ou en totalité les frais dentaires sont plus convaincants dans le reste du Canada qu'au Québec ? Plusieurs auteurs ont évoqué le déclin des protections accordées dans le cadre des programmes d'assurance couvrant les frais dentaires depuis la crise des années 1990, l'augmentation générale des prix des services dentaires, et le fait que certains services, plus dispendieux, soient de plus en plus suggérés ou requis³⁰. Ces phénomènes seraient-ils plus importants au Québec ?

Par ailleurs, le fait que dans cette enquête, les personnes du reste du Canada soient plus enclines à souscrire à une assurance couvrant les frais dentaires lorsqu'elles quittent le marché du travail pour prendre leur retraite vient aussi soulever des interrogations quant à un rapport, plus global, au système de soins de santé. Rappelons que dans le reste du Canada, 34 % des personnes de 85 ans et plus ont déclaré posséder une assurance couvrant les soins dentaires. Le modèle du patient « consommateur de soins » pour qui une protection au moyen d'une assurance est nécessaire – modèle implanté aux États-Unis – serait-il plus présent dans le reste du Canada qu'au Québec ?

Un autre type d'hypothèse peut également être avancé. Pourrait-on envisager des différences dans la valeur sociale ou culturelle accordée à la santé des dents, au rapport au dentiste, aux expériences vécues lors des visites, ou encore des

représentations distinctes associées à la santé buccodentaire en lien avec le vieillissement ? Le fait que même parmi les personnes possédant une assurance, celles du reste du Canada soient souvent plus nombreuses à consulter un professionnel sur une période d'un an, pourrait appuyer ce type de questionnement. À cet effet, des études de nature qualitative seraient certainement pertinentes pour aller plus loin et donner encore plus de sens à l'information statistique. Et si de tels phénomènes devaient être observés chez les adultes et les aînés, peut-on penser qu'au Québec, les générations plus jeunes, qui ont profité de programmes de dépistage et de soins de base gratuits pour les moins de 10 ans³¹, auraient d'autres types d'expériences et de représentations à l'égard de la santé des dents et de la bouche ?

D'autres indicateurs de santé buccodentaire présents dans l'*Enquête sur le vieillissement 2008-2009* pourraient nous permettre de mieux comprendre la situation des populations plus âgées : raisons pour lesquelles les personnes n'ont pas consulté un professionnel des soins dentaires, questions sur le fait d'éviter de manger certains aliments à cause de problèmes liés à la bouche ou aux dents, questions sur le brossage des dents et l'utilisation de la soie dentaire. Par ailleurs, des indicateurs sociodémographiques tels que le revenu, la scolarité, le fait de vivre seul, ou encore des indicateurs ou déterminants de santé tels que la présence de maladies chroniques, des limitations sur le plan de la mobilité, le fait de fumer, etc., sont également disponibles dans l'enquête. Compte tenu des premiers résultats présentés dans cette publication, il serait pertinent d'approfondir les analyses afin de mieux comprendre les écarts observés entre la population du Québec et celle du reste du Canada.

30. B. THOMPSON, et autres (2014). "The potential oral health impact of cost barriers to dental care: findings from a Canadian population-based study", *BMC Oral Health*, vol. 14, n° 78, 10 p.
C. RAMRAJ, et autres (2013). "Is Accessing Dental Care becoming More Difficult? Evidence from Canada's Middle-Income Population", *PLoS ONE*, vol. 8, n° 2.

31. RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE (2014). *Services dentaires – RAMQ*, [En ligne]. [<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/services-dentaires.aspx>] (Consulté le 11 septembre 2014).

À propos de l'enquête

L'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) est un programme d'enquêtes générales et thématiques réalisées par Statistique Canada. L'ESCC, *Vieillessement en santé 2008-2009*, faisant partie du volet thématique de ce programme, fournit des données sur la santé des personnes de 45 ans et plus vivant à domicile (c'est-à-dire en ménage privé), représentatives à l'échelle du pays et des provinces. Elle permet d'étudier divers facteurs liés au vieillissement en santé, comme l'état de santé général et le bien-être, l'activité physique, l'utilisation des services de santé et la participation sociale.

La population cible ne comprend pas les résidents des trois territoires, des réserves indiennes et des terres de la Couronne, des établissements institutionnels, des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées.

Dans cette publication, les analyses portent sur les données du module sur la santé buccodentaire. Ces données ont été recueillies auprès de 30 865 Canadiens, dont 5 217 Québécois, âgés de 45 ans et plus ayant fait l'objet d'une interview en face à face assistée par ordinateur (IPAO), entre décembre 2008 et novembre 2009.

Les données proviennent du fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD) et le seuil de signification pour les tests statistiques a été fixé à 5 %.

Pour en savoir plus sur l'ESCC, *Vieillessement en santé 2008-2009*, veuillez consulter le site Web de Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/start-debut-fra.html>

Pour accéder aux fichiers de microdonnées des enquêtes (fichiers de partage pour le Québec et FMGD), vous pouvez vous adresser au Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ (CADRISQ) en consultant son site Web à l'adresse <http://www.stat.gouv.qc.ca/produits-services/acces-donnees-recherche/index.html>, ou par téléphone au 514 343-2299.

Ce bulletin est réalisé par la Direction des statistiques de santé en vertu du Programme de mise en valeur des données d'enquêtes de l'ISQ.

Ont collaboré à la réalisation :
Émilie Granger, révision linguistique
Anne-Marie Roy, mise en page
Direction des communications

Pour plus de renseignements :
Rosanna Baraldi
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, 5^e étage
Montréal (Québec) H3B 4J8

La version PDF de ce bulletin est diffusée sur le site Web de l'Institut, à l'adresse suivante : www.stat.gouv.qc.ca

Téléphone : 514 873-4749 (poste 6104)
Télécopieur : 514 864-9919
Courriel : contactsante@stat.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
4^e trimestre 2014
ISSN 1911-5520 (version imprimée)
ISSN 1911-5539 (PDF)

© Gouvernement du Québec,
Institut de la statistique du Québec, 2006

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle est interdite sans l'autorisation du gouvernement du Québec.
www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm

Jesuis heureux
serai instruit
actif
en santé



Février 2015 | Numéro 19

SÉRIE ÉTUDE LONGITUDINALE DU DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS DU QUÉBEC-ÉLDEQ

Des premiers balbutiements à un sourire en santé: l'importance d'intervenir tôt pour prévenir la carie dentaire¹

GINETTE VEILLEUX, MARTIN GÉNÉREUX

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique

HÉLÈNE DESROSIERS avec la collaboration de VALERIU DUMITRU et LUC BELLEAU

Institut de la statistique du Québec

La santé buccodentaire des enfants du Québec a été documentée par plusieurs études transversales, c'est-à-dire des études qui dressent un portrait de la population à un moment précis (Brodeur et autres, 2001; Brodeur et autres, 1999; Payette et autres, 1991; Payette et autres, 1987; Stamm et autres, 1980). La plus récente montre qu'en 1998-1999, 63 % des enfants québécois de 8 ans avaient au moins une dent temporaire ou permanente² cariée, absente ou obturée selon les critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1997). De plus, 85 % des faces atteintes de carie en dentition temporaire chez ces enfants étaient obturées (Brodeur et autres, 2001). Ce problème de santé concerne un groupe restreint d'enfants, soit ceux considérés comme à risque élevé. La probabilité d'en faire partie est plus grande lorsque la langue parlée le plus souvent à la maison est autre que le français ou l'anglais, le revenu familial est inférieur à 50 000 \$, aucun des parents ne possède un diplôme d'études secondaires, un des parents est complètement édenté ou lorsque les enfants ont une hygiène buccodentaire de passable à médiocre (Brodeur et autres, 2001). La prévalence élevée de la carie dentaire chez les enfants québécois de 8 ans s'observe dans un contexte où l'accès à l'eau de consommation fluorée et aux soins dentaires est limité. En effet, peu de municipalités participent au *Programme québécois de fluoruration de l'eau potable* (MSSS, 2014), une mesure reconnue comme pouvant contribuer à la réduction des inégalités socioéconomiques en santé buccodentaire (Burt, 2002; Cho et autres, 2014; McGrady et autres, 2012; McLaren et Emery, 2012). De plus, pour les enfants de 9 ans et moins, seuls certains services diagnostiques et curatifs sont couverts par la Régie de l'assurance maladie du

Québec, tandis que ceux de type préventif (application topique de fluorure et d'agents de scellement dentaire, etc.) ne le sont pas (RAMQ, 2014). Pour pallier ces restrictions, le réseau de la santé publique a, depuis 1982, le mandat de fournir des services préventifs aux enfants. Les activités préventives du programme de santé dentaire publique sont davantage structurées dans les écoles publiques d'enseignement primaire. Elles comprennent, entre autres, le dépistage d'un besoin évident de traitement de la carie dentaire, l'identification des enfants de maternelle 5 ans à risque élevé de carie dentaire et le suivi préventif individualisé de ces enfants pendant environ trois ans. Ce suivi comprend l'application topique de fluorure, un counselling sur le brossage des dents et l'alimentation, la pose d'agents de scellement dentaire, etc. (MSSS, 2006).

Des études de cohortes de naissance visant à évaluer la santé buccodentaire permettent de mieux documenter les déterminants de la carie dentaire dès les premières années de vie. Ces études ont été menées notamment aux États-Unis (Chankanka et autres, 2011a; Marshall et autres, 2007) et en Australie (De Silva-Sanigorski et autres, 2010). D'autres pays examinent le phénomène par le biais d'études de cohortes multithématiques: entre autres l'Allemagne (Kohlboeck et autres, 2013), l'Angleterre (Kay et autres, 2010), l'Australie (Jamieson et autres, 2013), le Brésil (Bastos et autres, 2008; Boeira et autres, 2012; Peres et autres, 2011), la Finlande (Nguyen et autres, 2008; Mattila et autres, 2005a), le Japon (Tanaka et autres, 2013), la Norvège (Wigen et autres, 2011) ainsi que la Nouvelle-Zélande (Evans et autres, 1984; Paterson et autres, 2011; Shearer et autres, 2011).

1. La production de cet article a été rendue possible grâce à une subvention du *Réseau de recherche en santé buccodentaire et osseuse* et au *Programme de mise en valeur des données longitudinales et sociales* de l'Institut de la statistique du Québec. Les auteurs remercient les personnes suivantes pour leur contribution à différentes étapes du volet buccodentaire de l'ÉLDEQ depuis 1997: Jean-Marc Brodeur, Jacques Durocher, Marie Olivier, Michel Lévy et Daniel Picard, dentistes-conseils à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique; Michel Fournier, Emanuelle Huberdeau et Richard Goudreau, assistants de recherche à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique; l'équipe de l'ÉLDEQ à l'Institut de la statistique du Québec. Les auteurs remercient également Christophe Bedos, professeur agrégé à la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill et professeur associé à l'École de santé publique de l'Université de Montréal et Chantal Galarneau, dentiste-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce texte.

2. À l'âge de 7-8 ans, 13 dents temporaires sur 20 sont encore présentes en bouche et on trouve déjà une dizaine de dents permanentes chez plus de 75 % des enfants (Brodeur et autres, 2001).

Plus près de nous, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) a entrepris, en 1998, l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ÉLDEQ) (voir l'encadré *À propos de l'ÉLDEQ* à la page 16). Des questions ont été élaborées en prenant en compte l'âge de l'enfant; l'objectif était d'assurer un suivi dans le temps, dès l'âge de 5 mois.

L'ÉLDEQ se distingue des études québécoises antérieures sur la santé buccodentaire à plusieurs égards. Premièrement, elle documente, avant l'éruption des dents et l'apparition des problèmes dentaires, plusieurs caractéristiques sociodémographiques et habitudes buccodentaires pouvant être associées à la carie dentaire et, pour certaines, suit leur évolution dans le temps. Deuxièmement, elle comporte de nombreux renseignements sur des comportements des enfants ou sur des pratiques parentales susceptibles d'être associées à la santé buccodentaire des enfants, qui ne sont pas nécessairement recueillis dans les enquêtes thématiques sur le sujet. Troisièmement, alors que dans la majorité des études, la carie dentaire se mesure par un examen buccodentaire, dans l'ÉLDEQ, ce sont des questions posées aux mères qui en révèlent la présence. En effet, la réalisation d'un examen buccodentaire chez les enfants dans le cadre de l'ÉLDEQ n'a pas été retenue, puisqu'elle s'avérerait un processus complexe, onéreux et pouvant augmenter le fardeau de participation au-delà d'un seuil acceptable pour plusieurs familles. Toutefois, une analyse a comparé les données recueillies dans l'ÉLDEQ à celles tirées des dossiers dentaires de la Régie de l'assurance maladie du Québec, alors que les enfants étaient âgés d'environ 4 ans. Selon cette analyse, l'estimation faite par les mères constitue un indicateur valide de l'expérience de la carie dentaire chez ces enfants (Veilleux et autres, 2008; Veilleux et autres, 2006). D'autres études ayant recours à des questions aux parents pour connaître l'état de santé buccodentaire des enfants ont mis en évidence une association significative entre la perception des parents de la santé dentaire de leur enfant et l'expérience de la carie dentaire mesurée par un examen buccodentaire (Sohn et autres, 2008; Talekar et autres, 2005) ou des variables sociodémographiques, comportementales ou autres (Blumenshine et autres, 2008; Butani et autres, 2009; Finlayson et autres, 2005; Lee et Messer, 2010; Masson et autres, 2010; Paterson et autres, 2011; Talekar et autres, 2005).

S'appuyant sur divers renseignements recueillis dans l'ÉLDEQ, la présente publication vise deux objectifs : 1) fournir une estimation de la proportion d'enfants affectés par la carie dentaire, selon l'évaluation faite par les mères, chez les enfants nés au Québec et âgés de 8 ans en 2006 et, 2) cerner certaines caractéristiques sociodémographiques, psychosociales et comportementales de même que certaines habitudes buccodentaires associées à l'expérience de la carie dentaire chez ces enfants.

Sources des données

L'analyse porte sur les 1 286 enfants âgés de 8 ans en 2006 pour lesquels des renseignements ont été recueillis à chaque collecte de données annuelle de l'ÉLDEQ depuis 1998, soit vers 5 mois, 17 mois, 29 mois, 41 mois, 4 ans, 5 ans, 6 ans et 8 ans (voir l'encadré *À propos de l'ÉLDEQ* à la page 16). Les questions ont été posées à la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM), dans la très grande majorité des cas la mère. Pour ce faire, trois questionnaires ont été utilisés : deux administrés par l'intervieweur et le questionnaire autoadministré de la mère³. Notons que même si une collecte a eu lieu en 2005 alors que les enfants étaient âgés d'environ 7 ans, aucun renseignement sur la santé buccodentaire n'a été recueilli à ce moment-là.

Estimation de l'expérience de la carie dentaire

Les enfants dont la mère a fourni une réponse positive à l'une des questions suivantes sont considérés comme ayant une expérience de la carie dentaire en dentition temporaire ou permanente : Votre enfant a-t-il actuellement dans sa bouche les conditions suivantes : une ou des dents avec carie non réparées ? Une ou des dents réparées à la suite de la carie ? Une ou des dents extraites à la suite de la carie ?

Caractéristiques et habitudes examinées en lien avec l'expérience de la carie dentaire

En tenant compte des résultats des études menées sur la carie dentaire auprès d'enfants au Québec et ailleurs, de même que des données recueillies annuellement dans l'ÉLDEQ, plusieurs caractéristiques et habitudes ont été retenues pour être mises en relation avec l'expérience de la carie dentaire chez l'enfant.

Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques des enfants, des mères et des ménages

Certaines des caractéristiques évaluées alors que l'enfant avait 5 mois ont été considérées : le sexe (Schroth et Cheba, 2007) et le rang de naissance (Hooley et autres, 2012) de l'enfant, le groupe d'âge (Mattila et autres, 2005a), le statut d'immigration (Brodeur et autres, 2001; Santé Canada, 2010) et le niveau de scolarité (Brodeur et autres, 2001; Santé Canada, 2010) de la mère, le type de famille (Hooley et autres, 2012; Plutzer et Keirse, 2012), les langues les plus souvent parlées à la maison (Al-Jewair et Leake, 2010; Brodeur et autres, 2001) et le revenu du ménage (Al-Jewair et Leake, 2010; Brodeur et autres, 2001; Hooley et autres, 2012; Paquet et Hamel, 2005). À la lumière des résultats obtenus par Paquet et Hamel (2005), le lien entre la fréquentation d'un milieu de garde structuré (garderie régie ou installation dans un centre de la petite enfance) de 2 1/2 ans à 5 ans et l'expérience de la carie dentaire à 8 ans a aussi été vérifié. Par ailleurs, deux variables ont été construites afin de refléter le milieu dans lequel l'enfant a vécu la majorité du temps de l'âge de 5 mois à 8 ans. Elles concernent la situation d'emploi des mères (Plutzer et Keirse, 2012) et la zone de résidence (urbaine ou rurale) (Brodeur et autres, 2001; Hooley et autres, 2012), cette dernière pouvant constituer un indicateur de l'organisation et de l'accès en matière de soins dentaires.

3. Bien que plusieurs renseignements aient été recueillis auprès des pères ou des conjoints des mères, ceux-ci n'ont pas été considérés ici car ils ne sont disponibles que pour les enfants vivant dans un ménage biparental.

Caractéristiques psychosociales et comportementales des enfants et des parents

Selon les résultats de diverses études, trois aspects du comportement de l'enfant susceptibles d'être liés à la carie dentaire ou à des habitudes buccodentaires ont été retenus : un tempérament difficile (Spitz et autres, 2006), des comportements d'hyperactivité et d'inattention (Chandra et autres, 2009; Kohlboek et autres, 2013) et un niveau de timidité élevé (Aminabadi et autres, 2014; Jensen et Stjernqvist, 2002; Klingberg et Broberg, 1998; Quinonez et autres, 2001).

Le tempérament de l'enfant a été évalué alors que celui-ci était âgé de 5 mois et de 17 mois, à partir de l'échelle de mesure du tempérament *Infant Characteristics Questionnaire* (Bates et autres, 1979). La mère devait indiquer comment elle percevait le comportement de son enfant comparativement à celui d'un enfant typique (Japel et autres, 2000).

Les comportements d'hyperactivité et d'inattention des enfants ont été évalués de l'âge de 29 mois jusqu'à l'âge de 6 ans, puis à 8 ans. On a demandé à la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM) à quelle fréquence au cours des 12 derniers mois l'enfant : 1) N'a pu rester en place, a été agité ou hyperactif; 2) A remué sans cesse; 3) A été impulsif, a agi sans réfléchir; 4) A été inattentif, etc. (pour plus de détails, voir Cardin et autres, 2011). Des renseignements concernant le niveau de timidité des enfants ont aussi été recueillis auprès de la PCM; ils l'ont été de l'âge de 17 mois jusqu'à l'âge de 6 ans. Les questions posées visaient à connaître la fréquence à laquelle, au cours des 12 derniers mois, l'enfant a été timide en présence d'enfants qu'il ne connaissait pas ou a pris beaucoup de temps à s'habituer à leur présence (Baillargeon et autres, 2002).

En ce qui concerne la relation parent-enfant et les pratiques parentales, quatre indicateurs ont été examinés. Ceux-ci ont été retenus parce qu'ils peuvent être associés aux conduites adoptées par les parents en ce qui a trait aux habitudes ou à la santé buccodentaires de leur enfant. Du côté de la relation parent-enfant, il s'agit du sentiment d'efficacité de la mère, de la perception de son impact sur le comportement de l'enfant (Amin et Harrison, 2009; De Silva-Sanigorski et autres, 2013; Finlayson et autres, 2005) et de la surprotection maternelle, mesurés alors que les enfants étaient âgés de 5, 17 et 29 mois (Boivin et autres, 2002). Quant aux pratiques parentales, il s'agit des pratiques conséquentes (Mattiola et autres, 2005b); celles-ci évaluent jusqu'à quel point le parent applique, chaque fois, les mêmes règles pour les mêmes comportements. Ces données ont été recueillies auprès de la mère chaque année, de l'âge de 29 mois à l'âge de 6 ans, puis à 8 ans.

Toutes les échelles ont été construites par les équipes de recherche associées à l'ÉLDEQ⁴. Étant donné l'absence de critères cliniques ou de seuil diagnostique pour ces échelles, des regroupements en quintiles (20%) ont été effectués aux fins des présentes analyses. Ce choix, bien qu'arbitraire, permet d'avoir un nombre suffisant d'observations dans les groupes extrêmes. Ces regroupements en quintiles ont ensuite été combinés afin qu'une seule variable puisse rendre compte de l'évolution

de chacun des aspects examinés, qu'il s'agisse des comportements des enfants ou des perceptions ou pratiques des parents. Chaque variable comporte trois catégories : les enfants se situant toujours dans le quintile le plus problématique de l'échelle, ceux se situant toujours dans le quintile le moins problématique et les autres enfants.

Habitudes buccodentaires

La carie dentaire chez le jeune enfant est notamment associée à diverses habitudes, comme le manque d'hygiène buccodentaire, la consommation d'aliments sucrés et l'exposition insuffisante aux fluorures (Hallett et O'Rourke, 2003; Hooley et autres, 2012; Ismail et Hasson, 2008; Levine et autres, 2007; Marinho et autres, 2003; Santos et autres, 2013; Zaborskis et autres, 2010). Pour mieux cerner les liens entre les habitudes buccodentaires acquises tôt dans la vie et l'expérience de la carie dentaire à 8 ans, différentes variables ont été produites à partir des renseignements recueillis sur le contenu du biberon utilisé en période d'éveil, pour endormir l'enfant ou pendant son sommeil (à 17, 29 et 41 mois), la prise de suppléments fluorés (à 17, 29 et 41 mois), la fréquence quotidienne du brossage des dents et de la prise de collations sucrées⁵ (de 29 mois à 6 ans, puis à 8 ans), la participation d'un adulte au brossage des dents (à 6 ans) et la prise de collations sucrées au coucher (de 41 mois à 6 ans, puis à 8 ans). La plupart des questions évaluant ces habitudes ont été administrées lors d'études québécoises antérieures sur la santé buccodentaire.

Stratégie d'analyse

Dans un premier temps, des analyses bivariées ont été effectuées afin d'examiner l'association entre l'expérience de la carie dentaire à 8 ans et les caractéristiques et les habitudes retenues (khi carré de Satterthwaite).

Un modèle multivarié a ensuite été construit pour chacun des trois groupes de caractéristiques et habitudes étudiées en retenant celles dont le seuil observé était inférieur à 0,25 dans les analyses bivariées⁶. Enfin, les caractéristiques et habitudes dont le seuil de signification était inférieur à 0,10 dans les modèles multivariés ont été considérées dans la production du modèle final; le but était de conserver le plus de variables possible pour déterminer lesquelles s'avéraient les plus fortement liées à la probabilité d'être affecté par la carie dentaire.

Toutes les données présentées ont été pondérées par l'Institut de la statistique du Québec et, de ce fait, ont fait l'objet d'ajustements afin de permettre la généralisation des résultats aux enfants âgés de 8 ans en 2006 nés au Québec (Fontaine et autres, 2007). De plus, le plan de sondage complexe de l'enquête a été considéré dans le calcul de la précision des estimations et la production des tests statistiques.

4. Pour plus de détails, consulter la documentation technique sur le site Web de l'ÉLDEQ à l'adresse suivante : http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/doc_tech.htm.

5. Il s'agit des collations suivantes prises entre les repas ou immédiatement avant le coucher : fruits séchés (ex. : raisins, dattes, abricots, etc.); crème glacée, sorbet, yogourt glacé, Popsicle; boissons aux fruits, boissons gazeuses; biscuits sucrés, pâtisseries, barres de céréales; bonbons, confitures, sirop, miel, gomme à mâcher avec sucre.

6. Pour cela, une méthode s'apparentant à la méthode de régression pas à pas a été utilisée.

Résultats

Les données recueillies auprès des mères dans le cadre de l'ÉLDEQ indiquent qu'en 2006, 55 % des enfants nés au Québec, alors âgés de 8 ans, étaient affectés par la carie dentaire (donnée non présentée).

Les figures 1 à 3 présentent les résultats des analyses bivariées pour les caractéristiques et les habitudes examinées en lien avec l'expérience de la carie dentaire, lorsque le seuil observé était inférieur à 0,25.

Comme on peut le voir à la figure 1, plusieurs caractéristiques sociodémographiques sont associées à cette condition de santé au seuil de 0,05. Ainsi, les enfants dont la mère était âgée de moins de 25 ans (70 % c. 51 % pour ceux ayant une mère de 25 ans et plus) ou n'avait pas de diplôme d'études secondaires (71 % c. 46 % pour ceux dont la mère détenait un diplôme d'études collégiales ou universitaires), alors qu'ils avaient 5 mois, étaient en proportion plus nombreux à être affectés par la carie dentaire à 8 ans. On observe également que les enfants dont la mère était moins présente sur le marché du travail (c'est-à-dire n'avait pas occupé d'emploi rémunéré à au moins quatre des huit collectes de données considérées) (62 % c. 53 %), ceux qui vivaient dans un ménage à faible revenu (66 % c. 52 %) de même que ceux qui avaient habité en dehors d'une région urbaine, à un moment ou l'autre au cours de la période étudiée (63 % c. 52 %), étaient plus souvent concernés par cette situation. Par ailleurs, les enfants qui vivaient avec une mère monoparentale (68 % c. 54 % pour les enfants d'un ménage biparental) ainsi que les enfants qui occupent le troisième rang ou les suivants au

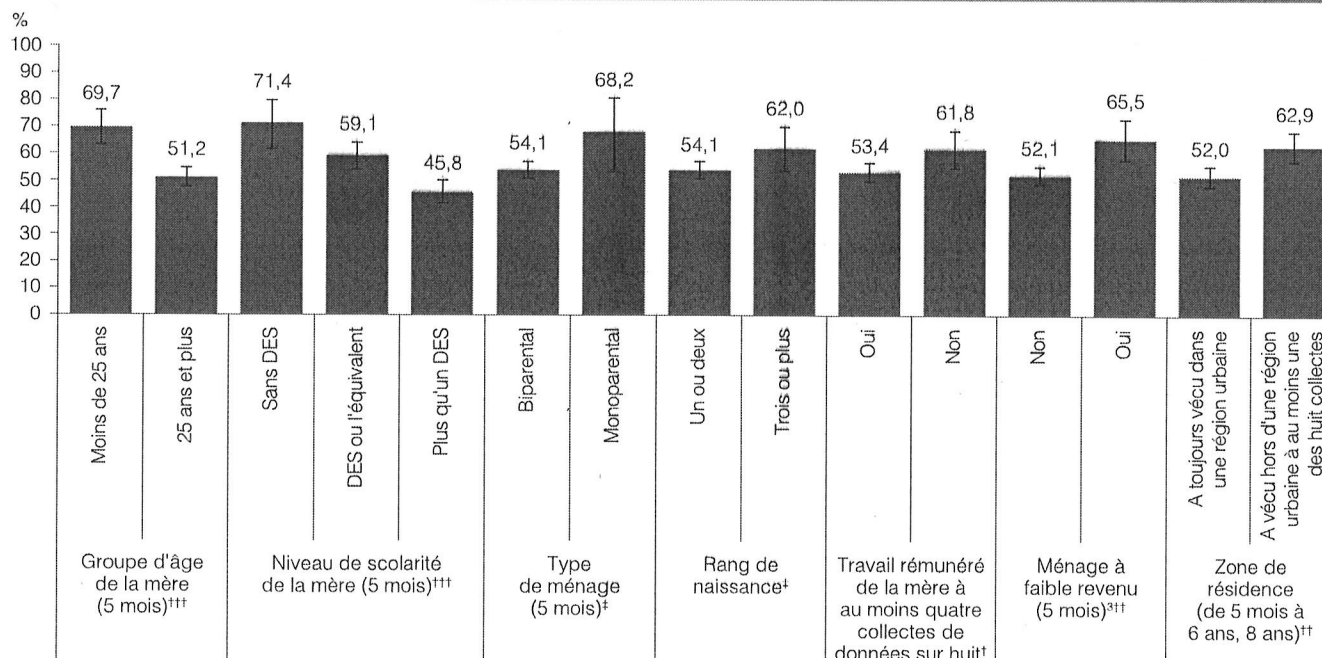
sein de la famille (62 % c. 54 % pour ceux de rang un ou deux) avaient davantage tendance à être affectés par la carie dentaire ($p < 0,10$).

En ce qui concerne les caractéristiques psychosociales et comportementales, deux sont significativement liées à l'expérience de la carie dentaire à 8 ans au seuil de 0,01 : un niveau relativement élevé de timidité chez l'enfant (73 % c. 50 % pour un faible niveau de timidité) et des pratiques parentales moins conséquentes (70 % c. 48 % pour des pratiques parentales plus conséquentes) (voir figure 2). Quant au tempérament plus difficile de l'enfant en bas âge ($p = 0,124$) et au niveau plus élevé d'hyperactivité-inattention durant l'enfance ($p = 0,143$), aucune association n'a été détectée avec l'expérience de la carie dentaire.

Enfin, parmi les habitudes buccodentaires, les enfants qui ne se brossaient pas les dents au moins deux fois par jour (58 % c. 48 % pour ceux qui se les brossaient deux fois par jour ou plus) ou qui prenaient des collations sucrées plus d'une fois par jour (71 % c. 37 % pour ceux qui en prenaient une fois par jour ou moins) étaient plus susceptibles que les autres d'être affectés par la carie dentaire. Le même constat est fait pour ceux qui prenaient une collation sucrée avant le coucher à toutes les collectes (63 % c. 53 % pour ceux qui n'en prenaient jamais ou qu'à certaines collectes) (voir figure 3). En revanche, l'utilisation d'un biberon contenant des produits sucrés en période d'éveil, pour endormir l'enfant ou pendant son sommeil ne serait pas associée à cette condition de santé ($p = 0,136$).

Figure 1

Proportion des enfants de 8 ans ayant une expérience de la carie dentaire¹ selon différentes caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, Québec, de 1998 à 2004, 2006²



1. Selon la mère (voir le texte). Enfants nés au Québec en 1997-1998.

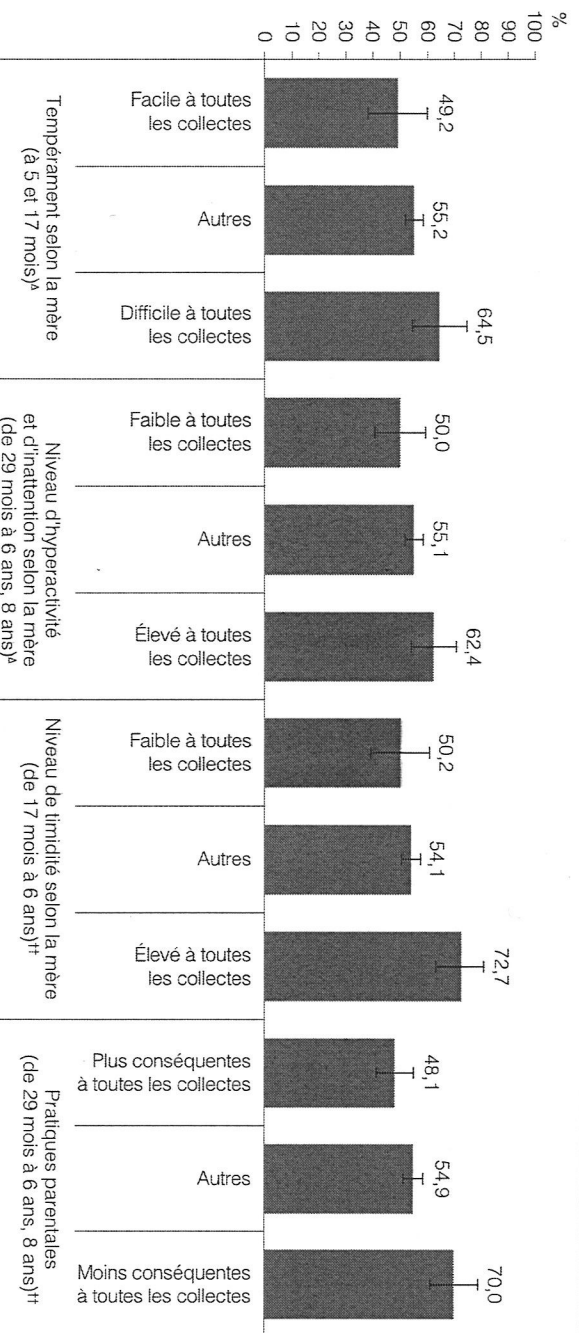
2. Seuil : † $p < 0,10$; †† $p < 0,05$; ††† $p < 0,01$; †††† $p < 0,001$.

3. Selon les seuils de faible revenu de Statistique Canada pour l'année de référence 1997.

Note: DES = Diplôme d'études secondaires.

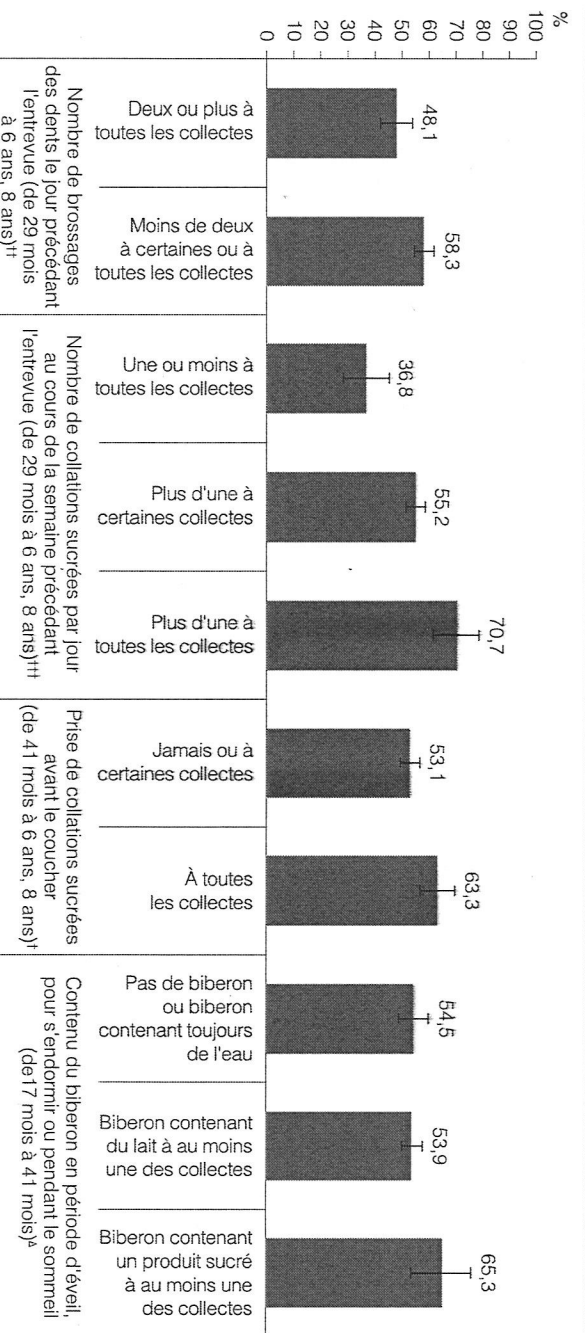
Source: Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2015.

Figure 2
Proportion des enfants de 8 ans ayant une expérience de la carie dentaire¹ selon certaines caractéristiques psychosociales et comportementales des enfants et des parents, Québec, de 1998 à 2004, 2006²



1. Selon la mère (voir le texte). Enfants nés au Québec en 1997-1998.
2. Seuil : Δ p < 0,25; † p < 0,01; †† p < 0,01.
Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2015.

Figure 3
Proportion des enfants de 8 ans ayant une expérience de la carie dentaire¹ selon certaines habitudes buccodentaires, Québec, de 1998 à 2004, 2006²



1. Selon la mère (voir le texte). Enfants nés au Québec en 1997-1998.
2. Seuil : Δ p < 0,25; † p < 0,05; †† p < 0,01; ††† p < 0,001.
Source : Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2015.

Tableau 1

Diverses caractéristiques et habitudes associées à la probabilité d'avoir une expérience de la carie dentaire¹ à l'âge de 8 ans², modèles de régression logistique, Québec, de 1998 à 2004, 2006

	Rapport de cotes ^{3,4}			
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
Caractéristiques sociodémographiques				
Groupe d'âge de la mère (5 mois)				
Moins de 25 ans	1,65 [†]			1,83 ^{††}
25 ans et plus	1,00			1,00
Niveau de scolarité de la mère (5 mois)				
Sans DES	2,18 ^{††}			2,10 ^{††}
DES ou l'équivalent	1,45 [†]			1,40 [†]
Plus qu'un DES	1,00			1,00
Rang de naissance				
Un ou deux	1,00			1,00
Trois ou plus	1,45 [†]			1,47 [†]
Zone de résidence (de 5 mois à 6 ans, 8 ans)				
A toujours vécu dans une région urbaine	1,00			
A vécu hors d'une région urbaine à au moins une des huit collectes	1,31 [†]			
Comportements des enfants et pratiques parentales				
Niveau de timidité selon la mère (de 17 mois à 6 ans)				
Faible à toutes les collectes		1,00		1,00
Autres		1,16		1,06
Élevé à toutes les collectes		2,61 ^{††}		2,49 ^{††}
Pratiques parentales (de 29 mois à 6 ans, 8 ans)				
Plus conséquentes à toutes les collectes		1,00		
Autres		1,27		
Moins conséquentes à toutes les collectes		2,43 ^{†††}		
Habitudes buccodentaires				
Nombre de brossages des dents le jour précédant l'entrevue (de 29 mois à 6 ans, 8 ans)				
Deux ou plus à toutes les collectes			1,00	1,00
Moins de deux à certaines ou à toutes les collectes			1,44 [†]	1,37 [†]
Nombre de collations sucrées par jour au cours de la semaine précédant l'entrevue (de 29 mois à 6 ans, 8 ans)				
Une ou moins à toutes les collectes			1,00	1,00
Plus d'une à certaines collectes			2,03 ^{†††}	1,67 ^{††}
Plus d'une à toutes les collectes			3,80 ^{†††}	2,86 ^{†††}
Prise de collations sucrées avant le coucher (de 41 mois à 6 ans, 8 ans)				
Jamais ou à certaines collectes			1,00	
À toutes les collectes			1,35 [†]	

1. Selon la mère (voir le texte).

2. Enfants nés au Québec en 1997-1998. Les âges indiqués entre parenthèses représentent l'âge moyen des enfants lors des collectes de données.

3. La catégorie de référence est en italique. Notons qu'il est recommandé ici d'interpréter les rapports de cotes d'une façon corrélationnelle, c'est-à-dire en considérant seulement que la probabilité est augmentée ou diminuée par un facteur donné sans préciser l'ampleur de « l'effet » observé. Ainsi, un rapport de cotes supérieur à 1 indique que les enfants présentant une caractéristique ou une habitude donnée sont plus susceptibles d'avoir une expérience de la carie dentaire comparativement à la catégorie de référence, tandis qu'un rapport de cotes inférieur à 1 signifie qu'ils le sont moins.

4. Seuil : ‡ p < 0,10; † p < 0,05; †† p < 0,01; ††† p < 0,001.

Note: DES = Diplôme d'études secondaires.

Source: Institut de la statistique du Québec, ÉLDEQ 1998-2015.

Afin de mieux cerner les facteurs de risque de la carie dentaire chez les enfants, trois modèles multivariés ont été construits à partir des variables présentées aux figures 1, 2 et 3, soit celles dont le seuil observé pour les analyses bivariées était inférieur à 0,25⁷. Un modèle final, prenant en compte simultanément les variables significatives au seuil de 0,10 dans chacun des modèles, a ensuite été produit (modèle 4) (voir tableau 1).

Comme on peut le voir au modèle 4, cinq caractéristiques et habitudes ressortent comme étant liées, au seuil de 0,05, à la probabilité d'être affecté par la carie dentaire, une fois les autres variables prises en compte : le jeune âge et le faible niveau de scolarité de la mère, un niveau élevé de timidité chez l'enfant, le fait pour l'enfant de ne pas se brosser les dents au moins deux fois par jour ou de prendre une collation sucrée plus d'une fois par jour. Également, les enfants qui occupent le troisième rang ou les suivants au sein de la famille ont plus tendance à connaître cette condition de santé que ceux de rang un ou deux ($p < 0,10$).

Il convient de noter que les facteurs suivants ne se sont pas révélés associés à l'expérience de la carie dentaire et n'ont pas été considérés dans l'analyse multivariée : le fait d'être un garçon ou une fille, le statut d'immigration de la mère (immigrante non européenne c. non-immigrante ou immigrante européenne), les langues parlées à la maison (ni le français, ni l'anglais; autres), le milieu de garde fréquenté de 2 1/2 ans à 5 ans (garderie régie ou installation dans un centre de la petite enfance; autres), les perceptions et cognitions maternelles (sentiment d'efficacité et perception d'impact), la participation des parents au brossage des dents lorsque l'enfant a 6 ans ou encore la prise de suppléments fluorés à 17 mois, 29 mois ou 41 mois (données non présentées).

Discussion

Dans la présente étude, des questions posées aux mères ont permis d'estimer que 55 % des enfants âgés de 8 ans en 2006 étaient affectés par la carie dentaire. Bien que plusieurs autres études (Blumenshine et autres, 2008; Butani et autres, 2009; Finlayson et autres, 2005; Lee et Messer, 2010; Masson et autres, 2010; Paterson et autres, 2011; Sohn et autres, 2008; Talekar et autres, 2005) s'appuient sur l'état de santé buccodentaire rapporté par des parents pour estimer la carie dentaire, l'absence de diagnostic peut soulever un certain questionnement sur la validité des estimations obtenues. Dans l'ÉLDEQ, l'examen de la validité des réponses des mères quant à la santé buccodentaire des enfants a révélé une concordance de 90 % (*Kappa*) entre la proportion d'enfants âgés d'environ 4 ans avec au moins une obturation selon les mères (8,6 %) et celle obtenue à partir des dossiers dentaires de la Régie de l'assurance maladie du Québec (9,2 %). Ces réponses des mères présentent également une bonne validité de critère : sensibilité (*Sn* 88 %), spécificité (*Sp* 99 %), valeur prédictive positive (*VP+* 93 %) et valeur prédictive négative (*VP-* 99 %) (Veilleux et autres, 2006). Par ailleurs, une bonne validité de construit s'observe puisque les hypothèses émises quant aux associations possibles avec l'expérience de la carie dentaire rapportée par les mères sont confirmées. En effet, comme attendu, le fait d'avoir au moins une dent cariée, absente ou obturée vers 4 ans selon les mères est associé à l'insuffisance du revenu familial, au jeune âge de la mère, à sa faible scolarité, à sa faible présence sur le marché du travail ainsi qu'au fait pour l'enfant de consommer au moins deux collations sucrées par jour (Veilleux et autres, 2008). Ces éléments soutiennent l'utilisation des réponses fournies par les mères dans la présente analyse.

Bien que plusieurs caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques, psychosociales, comportementales ou habitudes buccodentaires se soient révélées associées à l'expérience de la carie dentaire à 8 ans, certaines y semblent plus fortement liées. C'est le cas du jeune âge de la mère. Selon Niji et autres (2010), les mères plus jeunes seraient moins bien préparées pour prendre soin des enfants ou interagir avec des enfants difficiles. Ces mères peuvent avoir de l'inconfort à imposer le brossage des dents aux enfants. De même, selon Hallett et O'Rourke (2006), il est possible que les jeunes mères soient moins portées à amorcer des habitudes préventives telles que le brossage régulier des dents, sa surveillance et le contrôle de la consommation de sucreries comparativement aux mères plus âgées (voir aussi Mattila et autres, 2000).

Par ailleurs, l'association entre l'expérience de la carie dentaire chez l'enfant et le revenu familial ou encore l'éducation des parents a été observée dans de nombreuses études (Al-Jewair et Leake, 2010; Brodeur et autres, 2001; Christensen et autres, 2010; Hallett et O'Rourke, 2003; Hooley et autres, 2012; Paquet et Hamel, 2005; Psoter et autres, 2006; Schroth et Cheba, 2007; Thomson et autres, 2004). Dans la présente analyse, c'est un faible niveau de scolarité de la mère qui y serait le plus fortement associé lorsque les autres caractéristiques, comme le faible revenu familial, sont considérées. Des études auprès d'enfants de 4 à 10 ans rapportent des résultats semblables (Marshall et autres, 2007; Mattila et autres, 2005a; Peres et autres, 2005; Wigen et autres, 2011). Ces résultats ne sont peut-être pas étrangers au fait que l'éducation a une plus grande influence sur les attitudes et les comportements que le revenu ou le statut d'emploi (Hooley et autres,

7. Bien que le seuil observé pour la surprotection maternelle soit de 0,226, les résultats ne sont pas présentés à la figure 2 et cette variable n'a pas été considérée dans les analyses multivariées étant donné sa non-réponse partielle élevée.

2012). De plus, le niveau d'éducation s'avère un marqueur important de la position socioéconomique et affiche une stabilité dans la vie adulte (Nicolau et autres, 2003; Peres et autres, 2009). Selon certains auteurs, une faible scolarité engendre souvent des difficultés à traiter certaines informations et peut limiter la capacité à interagir avec le système de santé. Une faible scolarité peut également occasionner des difficultés à adopter des comportements de santé (Yen et Moss, 1999 cités dans Christensen et autres, 2010) ou se procurer des aliments sains (Marshall et autres, 2007; Nicolau et autres, 2003).

Quant à la tendance observée au regard du rang de naissance, d'autres études ont révélé que c'est à partir du troisième rang que les enfants sont plus susceptibles d'être affectés par la carie dentaire (Christensen et autres, 2010; Freire et autres, 2002). La moindre disponibilité des parents dans les familles nombreuses pour assurer le suivi des comportements en matière d'hygiène buccodentaire, par exemple, pourrait être invoquée.

Dans la présente étude, des constats sont faits au regard de l'observance des recommandations professionnelles concernant le brossage des dents ou la consommation d'aliments sucrés et l'expérience de la carie dentaire (Ordre des dentistes du Québec, 2014; Association dentaire canadienne, 2014; Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, 2014). Soulignons que le fait d'avoir mesuré les habitudes buccodentaires tôt dans la vie, et de façon répétée, fournit un portrait plus réel de celles-ci. Ainsi, les données de l'ÉLDEQ révèlent que les enfants ont une plus grande probabilité d'être affectés par la carie dentaire à 8 ans lorsque leurs dents n'ont pas été brossées au moins deux fois par jour de l'âge de 29 mois à 6 ans, puis à 8 ans. D'autres études de cohortes de naissance ont fait ressortir une association entre l'expérience de la carie dentaire et la fréquence quotidienne de brossage des dents (Chankanka et autres, 2011a; Chankanka et autres, 2011b; Mattila et autres, 2005a; Mattila et autres, 2005b; Peres et autres, 2005). À titre d'exemple, à partir d'une moyenne des fréquences de brossage établie jusqu'à 6-8 ans notamment, Chankanka et autres (2011a) rapportent que pour chaque augmentation d'une fréquence par jour, la proportion de nouvelles lésions carieuses sans cavitation diminue de 33 %.

Les résultats montrent également une probabilité plus élevée d'être affectés par la carie dentaire chez les enfants qui prennent, de 29 mois à 6 ans et à 8 ans, une collation sucrée plus d'une fois par jour. Chankanka et autres (2011b) ont observé que de nouvelles lésions carieuses avec cavitation, de 5 à 9 ans, sont associées à la fréquence de la prise de collations à base d'amidon modifié (*processed starch products*). Dans d'autres études, sans que la nature des collations soit précisée, on note que la prévalence de la carie dentaire en dentition temporaire augmente lorsque la consommation de collations par jour est de plus de quatre chez des enfants de 3 ans (Niji et autres, 2010) et de plus de deux chez des enfants de 7 ans (Vanobbergen et autres, 2001).

Mentionnons aussi que les enfants plus timides en présence d'enfants inconnus, selon leur mère, ont une plus grande probabilité d'avoir une expérience de la carie dentaire. Bien que les variations observées au chapitre de la méthode d'estimation de la carie dentaire et de la timidité ou encore de l'âge des enfants concernés limitent les comparaisons avec l'ÉLDEQ, les résultats d'autres études menées sur le sujet vont dans le même sens. Ainsi, des études rapportent que les enfants

considérés comme timides par leur mère ont une probabilité plus élevée d'être affectés par la carie dentaire (Aminabadi et autres, 2014) ou de présenter un état de santé buccodentaire défavorable (Guarnizo-Herrano et Wehby, 2012). Le tempérament de l'enfant se manifestant tôt dans la vie pourrait être, directement ou indirectement, un facteur de risque de carie dentaire puisqu'il influence l'interaction du parent avec son enfant (Aminabadi et autres, 2014). On peut penser que la timidité chez les tout-petits présente un défi pour les parents et peut favoriser l'adoption de pratiques réconfortantes, comme l'utilisation prolongée du biberon ou d'autres pratiques contribuant au développement de la carie dentaire. Pour Quinonez et autres (2001), c'est un niveau élevé de timidité combiné avec une durée prolongée de l'allaitement ou de l'utilisation du biberon qui augmente la probabilité pour un enfant d'être affecté par la carie dentaire. Par ailleurs, certaines recherches (Jensen et Stjernqvist, 2002; Klingberg et Broberg, 1998) révèlent que les enfants considérés comme timides par leurs parents sont plus susceptibles d'accepter difficilement le traitement dentaire.

Certains facteurs n'ont pas été examinés dans la présente étude, par exemple le fait pour un enfant de résider dans une municipalité qui participe au *Programme québécois de fluoration de l'eau potable*. L'estimation obtenue à partir du jumelage des codes postaux et des données disponibles pour les municipalités ne permet pas de définir avec précision la durée d'exposition continue à l'eau fluorée, élément nécessaire pour bien évaluer l'efficacité de la mesure. L'impossibilité de prendre en compte une absence d'exposition à la suite d'une cessation temporaire ou permanente de la fluoration durant la période étudiée soutient également la décision de ne pas considérer ce facteur dans l'analyse.

Malgré la richesse de ses données, recueillies depuis la naissance et ne comportant pas de biais de mémoire associé à des études rétrospectives, l'ÉLDEQ présente des limites. En effet, les mêmes questions administrées à plusieurs reprises, de 1998 à 2006, soulèvent la possibilité d'accoutumance au test à laquelle s'ajoute le désir de plaire à l'intervieweur.

Soulignons également qu'il avait été décidé de ne pas considérer les enfants des familles arrivées au Québec après juillet 1998 dans l'ÉLDEQ. Toutefois, les 1 286 enfants ayant participé à chacune des collectes de données de 1998 à 2006 sont représentatifs des enfants nés entre octobre 1997 et juillet 1998 de mères vivant au Québec (Fontaine et autres, 2007).

Enfin, les données autodéclarées de la mère concernant l'expérience de la carie dentaire chez son enfant ne permettent pas une estimation aussi précise que si un examen buccodentaire avait été fait (Butani et autres, 2009; Paterson et autres, 2011) ni de connaître le nombre de dents atteintes.

Conclusion

Même en présence d'un *Programme de services dentaires pour les enfants de 9 ans et moins* (RAMQ, 2014) et d'activités préventives du programme de santé dentaire publique (MSSS, 2006) visant notamment ce groupe d'âge, des inégalités persistent au regard de la carie dentaire chez les enfants du Québec. En effet, des caractéristiques sociodémographiques, présentes dès les premiers mois de vie, tendent à augmenter la probabilité pour un enfant d'être affecté par la carie dentaire à l'âge de 8 ans : avoir une mère de moins de 25 ans ou peu scolarisée et, dans une moindre mesure, occuper le troisième rang ou les suivants au sein de la famille. Les professionnels de première ligne rencontrant de jeunes enfants de mères moins scolarisées, par exemple, pourraient les référer à des personnes œuvrant dans le domaine afin qu'elles puissent amorcer auprès d'eux des activités de promotion de la santé dentaire (American Academy of Pediatric Dentistry, 2014; Hale, 2003; Wigen et autres, 2011). Par ailleurs, des experts suggèrent d'intégrer les activités en santé dentaire aux activités portant sur la santé en général (American Academy of Pediatric Dentistry, 2014; Glassman, 2011; Moyer, 2014). À cet égard, des parents dont les jeunes enfants sont affectés par la carie dentaire s'attendent à ce que les pédiatres soient une source de renseignements sur le plan de la santé buccodentaire (Isong et autres, 2012).

Au chapitre des habitudes buccodentaires, la présente étude réitère la pertinence de promouvoir, tôt dans l'enfance, une fréquence de brossage des dents d'au moins deux fois par jour ainsi que la consommation de collations ne favorisant pas la carie dentaire telles que du fromage, des légumes, etc. (Ordre des dentistes du Québec, 2014; Association dentaire canadienne, 2014; Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, 2014). Cela est d'autant plus important qu'il est reconnu que les saines habitudes s'acquièrent tôt dans la vie (Tolvanen et autres, 2010).

Finalement, les enfants plus timides pourraient faire l'objet d'une attention particulière de la part des dentistes et autres intervenants en santé dentaire. Un échange avec le parent sur le tempérament de l'enfant permettrait au clinicien de mieux tenir compte des caractéristiques de l'enfant dans sa pratique. Le clinicien pourrait aussi suggérer des méthodes de contrôle parental ne favorisant pas le développement de la carie dentaire (Spitz et autres, 2006).

Bien que la présente analyse n'ait pas contrôlé toutes les caractéristiques ou habitudes associées à l'expérience de la carie dentaire à l'âge de 8 ans, celles résultant du modèle multivarié final ont l'avantage d'avoir été documentées dès les premières années de vie. Les résultats mettent en évidence le bien-fondé d'intervenir tôt et invitent à réviser les pratiques de prévention et de promotion en lien avec la santé buccodentaire.

Dans l'ÉLDEQ, tout comme dans d'autres études de cohortes de naissance, au-delà des pistes de réflexion pour l'intervention qui se dégagent des résultats, plusieurs thèmes suscitent un intérêt et pourraient être étudiés à partir de données déjà disponibles. Par exemple, il serait intéressant d'examiner les liens entre la santé buccodentaire et la santé en général ou encore entre les habitudes buccodentaires durant la petite enfance et celles adoptées à l'adolescence.

Bibliographie

- AL-JEWAIR, T. S., et J. L. LEAKE (2010). "The prevalence and risks of early childhood caries (ECC) in Toronto, Canada", *Journal of Contemporary Dental Practice*, vol. 11, n° 5, p. 1-9.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. (2014). "Guideline on infant oral health care, Clinical guidelines", *Reference Manual*, vol. 36, n° 6. [En ligne]. [http://www.aapd.org/media/Polices_Guidelines/G_InfantOralHealthCare.pdf] (Consulté le 2 décembre 2014).
- AMIN, M. S., et R. L. HARRISON (2009). "Understanding parents' oral health behaviors for their young children", *Qualitative Health Research*, vol. 19, n° 1, p. 116-127. doi: 10.1177/1049732308327243
- AMINABADI, N. A., A. GHOREISHIZADEH, M. GHOREISHIZADEH, S. G. OSKOEI et M. GHOJAZADEH (2014). "Can child temperament be related to early childhood caries", *Caries Research*, vol. 48, n° 1, p. 3-12. doi: 10.1159/000351636
- ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE (ADC) (2014). *Votre santé buccodentaire, Prendre soin de vos dents, Soins dentaires aux enfants*, [En ligne]. [http://www.cda-adc.ca/fr/oral_health/cfyt/dental_care_children/] (Consulté le 2 décembre 2014).
- BAILLARGEON, R. H., R. E. TREMBLAY, M. ZOCCOLILLO, M. BOIVIN, D. PÉRUSSE, C. JAPÉL et H.-X. WU (2002). « Changement intra-individuel du comportement entre 17 mois et 29 mois », *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 7, 38 p. [En ligne]. [<http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/bebe/pdf/BebeV2No7.pdf>] (Consulté le 2 décembre 2014).
- BASTOS, J. L., M. A. PERES, K. G. PÉRES, C. L. P. ARAUJO et A. M. B. MENEZES (2008). "Toothache prevalence and associated factors: a life course study from birth to age 12 yr", *European Journal of Oral Sciences*, vol. 116, n° 5, p. 458-466. doi: 10.1111/j.1600-0722.2008.00566.x
- BATES, J. E., C. A. B. FREELAND et M. L. LOUNSBURY (1979). "Measurement of infant difficulty", *Child Development*, vol. 50, n° 3, p. 794-803.
- BLUMENSHINE, S. L., W. F. VANN, Z. GIZLICE et J. Y. LEE (2008). "Children's school performance: impact of general and oral health", *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 68, n° 2, p. 82-87. doi: 10.1111/j.1752-7325.2007.00062.x
- BOEIRA, G. F., M. B. CORREA, K. G. PERES, M. A. PERES, I. S. SANTOS, A. MATIJASEVICH, A. J. D. BARROS et F. F. DEMARCO (2012). "Caries is the main cause for dental pain in childhood: findings from a birth cohort", *Caries Research*, vol. 46, n° 5, p. 488-495. doi: 10.1159/000339491
- BOIVIN, M., I. MORIN-OUELLET, N. LEBLANC, G. DIONNE, É. FRÉNETTE, D. PÉRUSSE et R. E. TREMBLAY (2002). « Évolution des perceptions et des conduites parentales », *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 9, 38 p. [En ligne]. [<http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/bebe/pdf/BebeV2No9.pdf>] (Consulté le 2 décembre 2014).
- BRODEUR, J.-M., M. OLIVIER, M. BENIGERI, C. BEDOS et S. WILLIAMSON (2001). *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 152 p. (Collection Analyses et surveillance; 18). [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-222-01.pdf>] (Consulté le 2 décembre 2014).
- BRODEUR, J.-M., M. OLIVIER, M. PAYETTE, M. BENIGERI, S. WILLIAMSON et C. BEDOS (1999). *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 148 p. (Collection Analyses et surveillance; 11). [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99-235.pdf>] (Consulté le 2 décembre 2014).
- BURT, B. A. (2002). "Fluoridation and social equity", *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 62, n° 4, p. 195-200. doi: 10.1111/j.1752-7325.2002.tb03445.x
- BUTANI, Y., S. A. GANSKY et J. A. WEINTRAUB (2009). "Parental perception of oral health status of children in mainstream and special education classrooms", *Special Care in Dentistry*, vol. 29, n° 4, p. 156-162. doi: 10.1111/j.1754-4505.2009.00086.x
- CARDIN, J.-F., H. DESROSIERS, L. BELLEAU, C. GIGUÈRE et M. BOIVIN (2011). « Les symptômes d'hyperactivité et d'inattention chez les enfants de la période préscolaire à la deuxième année du primaire », Institut de la statistique du Québec, *Portraits et trajectoires*, n° 12, 8 p. [En ligne]. [<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/portrait-201106.pdf>] (Consulté le 2 décembre 2014).
- CHANDRA, P., L. ANANDAKRISHNA et P. RAY (2009). "Caries experience and oral hygiene status of children suffering from attention deficit hyperactivity disorder", *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, vol. 34, n° 1, p. 25-29.
- CHANKANKA, O., J. E. CAVANAUGH, S. M. LEVY, T. A. MARSHALL, J. J. WARREN, B. BROFFITT et J. L. KOLKER (2011a). "Longitudinal associations between children's dental caries and risk factors", *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 71, n° 4, p. 289-300. doi: 10.1111/j.1752-7325.2011.00271.x
- CHANKANKA, O., T. A. MARSHALL, S. M. LEVY, J. E. CAVANAUGH, J. J. WARREN, B. BROFFITT et J. L. KOLKER (2011b). "Mixed dentition cavitated caries incidence and dietary intake frequencies", *Pediatric Dentistry*, vol. 33, n° 3, p. 233-240.

- CHO, H.-J., H.-S. LEE, D.-I. PAIK et K.-H. BAE (2014). "Association of dental caries with socioeconomic status in relation to different water fluoridation levels", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 42, n° 6, p. 536-542. doi: 10.1111/cdoe.12110
- CHRISTENSEN, L. B., S. TWETMAN et A. SUNDBY (2010). "Oral health in children and adolescents with different socio-cultural and socio-economic backgrounds", *Acta Odontologica Scandinavica*, vol. 68, n° 1, p. 34-42. doi: 10.3109/00016350903301712
- DE SILVA-SANIGORSKI, A., R. ASHBOLT, J. GREEN, H. CALACHE, B. KEITH, E. RIGGS et E. WATERS (2013). "Parental self-efficacy and oral health-related knowledge are associated with parent and child oral health behaviors and self-reported oral health status", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 41, n° 4, p. 345-352. doi: 10.1111/cdoe.12019
- DE SILVA-SANIGORSKI, A. M., H. CALACHE, M. GUSSY, S. DASHPER, J. GIBSON et E. WATERS (2010). "The VicGeneration study – a birth cohort to examine the environmental, behavioural and biological predictors of early childhood caries: background, aims and methods", *BMC Public Health*, vol. 10, n° 97, p. 1-10. doi: 10.1186/1471-2458-10-97
- EVANS, R. W., D. J. BECK, R. H. BROWN et P. A. SILVA (1984). "Relationship between fluoridation and socioeconomic status on dental caries experience in 5-year-old New Zealand children", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 12, n° 1, p. 5-9. doi: 10.1111/j.1600-0528.1984.tb01401.x
- FINLAYSON, T. L., K. SIEFERT, A. I. ISMAIL, J. DELVA et W. SOHN (2005). "Reliability and validity of brief measures of oral health-related knowledge, fatalism, and self-efficacy in mothers of African American children", *Pediatric Dentistry*, vol. 27, n° 5, p. 422-428. [En ligne]. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1388259/pdf/nihms6846.pdf>] (Consulté le 2 décembre 2014).
- FONTAINE, C., N. PLANTE et R. COURTEMACHE (2007). *Pondération des données du volet 2006, enfants de 8 ans (E9), Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ)*, Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales, Institut de la statistique du Québec, 14 p. [En ligne]. [http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/pdf/doc_tech/E9ponderation.pdf] (Consulté le 2 décembre 2014).
- FREIRE, M. C. M., R. HARDY et A. SHEIHAM (2002). "Mothers' sense of coherence and their adolescent children's oral health status and behaviours", *Community Dental Health*, vol. 19, n° 1, p. 24-31.
- GLASSMAN, P. (2011). *Oral health quality improvement in the era of accountability*, Pacific Center for Special Care, 33 p. [En ligne]. [http://www.dentaquestinstitute.org/sites/default/files/reports/2011/12/Pacific_Center_for_Special_Care_Report.pdf] (Consulté le 2 décembre 2014).
- GUARNIZO-HERRENO, C. C., et G. L. WEHBY (2012). "Children's dental health, school performance, and psychosocial well-being", *The Journal of pediatrics*, vol. 161, n° 6, p. 1153-1159. doi: 10.1016/j.jpeds.2012.05.025
- HALE, K. J. (2003). "Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home", *Pediatrics*, vol. 111, n° 5, p. 1113-1116.
- HALLETT, K. B., et P. K. O'ROURKE (2006). "Pattern and severity of early childhood caries", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 34, n° 1, p. 25-35. doi: 10.1111/j.1600-0528.2006.00246.x
- HALLETT, K. B., et P. K. O'ROURKE (2003). "Social and behavioural determinants of early childhood caries", *Australian Dental Journal*, vol. 48, n° 1, p. 27-33. doi: 10.1111/j.1834-7819.2003.tb00005.x
- HOOLEY, M., H. SKOUTERIS, C. BOGANIN, J. SATUR et N. KILPATRICK (2012). "Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature", *Journal of Dentistry*, vol. 40, n° 11, p. 873-885. doi: 10.1016/j.jdent.2012.07.013
- ISMAIL, A. I., et H. HASSON (2008). "Fluoride supplements, dental caries and fluorosis: a systematic review", *The Journal of the American Dental Association*, vol. 139, n° 11, p. 1457-1468.
- ISONG, I. A., D. LUFF, J. M. PERRIN, J. P. WINICKOFF et M. W. NG (2012). "Parental perspectives of early childhood caries", *Clinical Pediatrics*, vol. 51, n° 1, p. 77-85. doi: 10.1177/0009922811417856
- JAMIESON, L. M., L. G. DO, R. S. BAILIE, S. M. SAYERS et G. TURRELL (2013). "Associations between area-level disadvantage and DMFT among a birth cohort of Indigenous Australians", *Australian Dental Journal*, vol. 58, n° 1, p. 75-81. doi: 10.1111/adj.12017
- JAPEL, C., R. E. TREMBLAY, P. McDUFF et M. BOIVIN (2000). «Le tempérament», *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 7, 46 p. [En ligne]. [http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/bebe/pdf/bebe_no7-2.pdf] (Consulté le 2 décembre 2014).
- JENSEN, B., et K. STJERNQVIST (2002). "Temperament and acceptance of dental treatment under sedation in preschool children", *Acta Odontologica Scandinavica*, vol. 60, n° 4, p. 231-236. doi: 10.1080/000163502760148007
- KAY, E. J., K. NORTHSTONE, A. NESS, K. DUNCAN et S. J. CREAN (2010). "Is there a relationship between birthweight and subsequent growth on the development of dental caries at 5 years of age? A cohort study", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 38, n° 5, p. 408-414. doi: 10.1111/j.1600-0528.2010.00548.x
- KLINGBERG, G., et A. G. BROBERG (1998). "Temperament and child dental fear", *Pediatric Dentistry*, vol. 20, n° 4, p. 237-243.
- KOHLBOECK, G., D. HEITMUELLER, C. NEUMANN, C. TIESLER, J. HEINRICH, R. HEINRICH-WELTZIEN, R. HICKEL, S. KOLETZKO, O. HERBARTH et J. KÜHNISCH, GINIPLUS STUDY GROUP, LISAPLUS STUDY GROUP (2013). "Is there a relationship between hyperactivity/inattention symptoms and poor oral health? Results from the GINIplus and LISAPLUS study", *Clinical Oral Investigation*, vol. 17, n° 5, p. 1329-1338. doi: 10.1007/s00784-012-0829-7

- LEE, J. G., et L. B. MESSER (2010). "Intake of sweet drinks and sweet treats versus reported and observed caries experience", *European Archives of Paediatric Dentistry*, vol. 11, n° 1, p. 5-17. doi: 10.1007/BF03262704
- LEVINE, R. S., Z. J. NUGENT, M. C. RUDOLF et P. SAHOTA (2007). "Dietary patterns, toothbrushing habits and caries experience of schoolchildren in West Yorkshire, England", *Community Dental Health*, vol. 24, n° 2, p. 82-87.
- MARINHO, V. C. C., J. P. T. HIGGINS, S. LOGAN et A. SHEIHAM (2003). "Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1, article CD002278. doi: 10.1002/14651858.CD002278
- MARSHALL, T. A., J. M. EICHENBERGER-GILMORE, B. A. BROFFITT, J. J. WARREN et S. M. LEVY (2007). "Dental caries and childhood obesity: roles of diet and socioeconomic status", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 35, n° 6, p. 449-458. doi: 10.1111/j.1600-0528.2006.00353.x
- MASSON, L. F., A. BLACKBURN, C. SHEEHY, L. C. A. CRAIG, J. I. MACDIARMID, B. A. HOLMES et G. McNEILL (2010). "Sugar intake and dental decay: results from a national survey of children in Scotland", *British Journal of Nutrition*, vol. 104, n° 10, p. 1555-1564. doi: 10.1017/S0007114510002473
- MATTILA, M.-L., P. RAUTAVA, M. AROMAA, A. OJANLATVA, P. PAUNIO, L. HYSSÄLÄ, H. HELENIUS et M. SILLANPÄÄ (2005a). "Behavioural and demographic factors during early childhood and poor dental health at 10 years of age", *Caries Research*, vol. 39, n° 2, p. 85-91. doi: 10.1159/000083152
- MATTILA, M.-L., P. RAUTAVA, A. OJANLATVA, P. PAUNIO, L. HYSSÄLÄ, H. HELENIUS et M. SILLANPÄÄ (2005b). "Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children?", *Acta Odontologica Scandinavica*, vol. 63, n° 2, p. 73-84. doi: 10.1080/00016350510019720
- MATTILA, M.-L., P. RAUTAVA, M. SILLANPÄÄ et P. PAUNIO (2000). "Caries in five-year-old children and associations with family-related factors", *Journal of Dental Research*, vol. 79, n° 3, p. 875-881. doi: 10.1177/00220345000790031501
- McGRADY, M. G., R. P. ELLWOOD, A. MAGUIRE, M. GOODWIN, N. BOOTHMAN et I. A. PRETTY (2012). "The association between social deprivation and the prevalence and severity of dental caries and fluorosis in populations with and without water fluoridation", *BMC Public Health*, vol. 12, n° 1122, 17 p. doi: 10.1186/1471-2458-12-1122
- McLAREN, L., et J. C. H. EMERY (2012). "Drinking water fluoridation and oral health inequities in Canadian children", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 103, n° 7, eS49-eS56.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2014). *Programme québécois de fluoration de l'eau potable*, Gouvernement du Québec, Santé publique, [En ligne]. [<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/fluoration/>] (Consulté le 2 décembre 2014).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2006). *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 56 p. [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-231-01.pdf>] (Consulté le 2 décembre 2014).
- MOYER, V. A. (2014). "Prevention of dental caries in children from birth through age 5 years: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement", *Pediatrics*, vol. 133, n° 6, p. 1102-1111.
- NGUYEN, L., U. HÄKKINEN, M. KNUUTTILA et M.-R. JÄRVELIN (2008). "Should we brush twice a day? Determinants of dental health among young adults in Finland", *Health Economics*, vol. 17, n° 2, p. 267-286. doi: 10.1002/hec.1258
- NICOLAU, B., W. MARCENES, M. BARTLEY et A. SHEIHAM (2003). "A life course approach to assessing causes of dental caries experience: the relationship between biological, behavioural, socio-economic and psychological conditions and caries in adolescents", *Caries Research*, vol. 37, n° 5, p. 319-326. doi: 10.1159/000072162
- NIJI, R., K. ARITA, Y. ABE, M. E. LUCAS, M. NISHINO et M. MITOME (2010). "Maternal age at birth and other risk factors in early childhood caries", *Pediatric Dentistry*, vol. 32, n° 7, p. 493-498.
- ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC (ODQ) (2014). *Toute la lumière sur votre bouche en santé, Enfants, Ce qu'il faut savoir*, [En ligne]. [<http://www.maboucheensante.com/fr/enfants/soins-preventifs>] (Consulté le 2 décembre 2014).
- ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC (OHDQ) (2014). *Santé buccodentaire, Conseils*, [En ligne]. [<http://www.ohdq.com/sant%C3%A9-buccodentaire/conseils/conseils-pour-enfants>] (Consulté le 2 décembre 2014).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1997). *Oral health surveys: basic methods*, 4th Ed., Geneva, 66 p. [En ligne]. [<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41905/1/9241544937.pdf?ua=1>] (Consulté le 2 décembre 2014).
- PAQUET, G., et D. HAMEL (2005). « Des alliés pour la santé des tout-petits vivant au bas de l'échelle sociale », *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 4 ans*, Institut de la statistique du Québec, vol. 3, fascicule 4, 16 p. [En ligne]. [http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/pdf/publications/feuillet/feuille4_versiondsq_3juin2005.pdf] (Consulté le 2 décembre 2014).
- PATERSON, J. E., W. GAO, G. SUNDBORN et S. CARTWRIGHT (2011). "Maternal self-report of oral health in six-year-old Pacific children from South Auckland, New Zealand", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 39, n° 1, p. 19-28. doi: 10.1111/j.1600-0528.2010.00575.x
- PAYETTE, M., J.-M. BRODEUR, Y. LEPAGE et R. PLANTE (1991). *Enquête santé dentaire Québec 1989-1990: portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans*, rapport final, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, Réseau des départements de santé communautaire, 260 p.

- PAYETTE, M., J. B. L'HEUREUX et Y. LEPAGE (1987). *Enquête santé dentaire Québec 1983-1984*, rapport complémentaire, volet provincial, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, Division CH-DSC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 310 p., annexes I, II et III.
- PERES, M. A., K. G. PERES, W. M. THOMSON, J. M. BROADBENT, D. P. GIGANTE et B. L. HORTA (2011). "The influence of family income trajectories from birth to adulthood on adult oral health: findings from the 1982 Pelotas birth cohort", *American Journal of Public Health*, vol. 101, n° 4, p. 730-736. doi: 10.2105/AJPH.2009.184044
- PERES, M. A., A. J. BARROS, K. G. PERES, C. L. P. ARAÚJO et A. M. B. MENEZES (2009). "Life course dental caries determinants and predictors in children aged 12 years: a population based birth cohort", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 37, n° 2, p. 123-133. doi: 10.1111/j.1600-0528.2009.00460.x
- PERES, M. A., Mdo R de OLIVEIRA LATORRE, A. SHEIHAM, K. G. PERES, F. C. BARROS, P. G. HERNANDEZ, A. M. N. MAAS, A. R. ROMANO et C. G. VICTORA (2005). "Social and biological early life influences on severity of dental caries in children aged 6 years", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 33, n° 1, p. 53-63. doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00197.x
- PLUTZER, K., et M. J. KEIRSE (2012). "Influence of first-time mothers' early employment on severe early childhood caries in their child", *International Journal of Pediatrics*, vol. 2012, article ID 820680, 6 p. doi: 10.1155/2012/820680
- PSOTER, W. J., D. G. PENDRYS, D. E. MORSE, H. ZHANG et S. T. MAYNE (2006). "Associations of ethnicity/race and socioeconomic status with early childhood caries patterns", *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 66, n° 1, p. 23-29. doi: 10.1111/j.1752-7325.2006.tb02547.x
- QUINONEZ, R., R. G. SANTOS, S. WILSON et H. CROSS (2001). "The relationship between child temperament and early childhood caries", *Pediatric Dentistry*, vol. 23, n° 1, p. 5-10.
- RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ) (2014). *Assurance maladie, Services dentaires, Pour les enfants de moins de 10 ans*. [En ligne]. [<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/services-dentaires.aspx>] (Consulté le 2 décembre 2014).
- SANTÉ CANADA (2010). *Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009*, Ottawa, Ontario, 113 p. [En ligne]. [<http://www.fptdwc.ca/assets/PDF/CHMS/CHMS-F-tech.pdf>] (Consulté le 2 décembre 2014).
- SANTOS, A. P. P., P. NADANOVSKY et B. H. OLIVEIRA (2013). "A systematic review and meta-analysis of the effects of fluoride toothpaste on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 41, n° 1, p. 1-12. doi: 10.1111/j.1600-0528.2012.00708.x
- SCHROTH, R. J., et V. CHEBA (2007). "Determining the prevalence and risk factors for early childhood caries in a community dental health clinic", *Pediatric Dentistry*, vol. 29, n° 5, p. 387-396.
- SHEARER, D. M., W. M. THOMSON, A. CASPI, T. E. MOFFITT, J. M. BROADBENT et R. POULTON (2011). "Family history and oral health: findings from the Dunedin Study", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 40, n° 2, p. 105-115. doi: 10.1111/j.1600-0528.2011.00641.x 1
- SOHN, W., S. L. TAICHMAN, A. I. ISMAIL et S. REISINE (2008). "Caregiver's perception of child's oral health status among low-income African Americans", *Pediatric Dentistry*, vol. 30, n° 6, p. 480-487.
- SPITZ, A. S., K. WEBER-GASPARONI, M. J. KANELIS et F. QIAN (2006). "Child temperament and risk factors for early childhood caries", *Journal of Dentistry for Children*, vol. 73, n° 2, p. 98-104.
- STAMM, J. W., C. T. DIXTER et R. P. LANGLAIS (1980). "Principal dental health indices for 13-14 year old Quebec children", *Journal of Canadian Dental Association*, vol. 46, n° 2, p. 125-137.
- TALEKAR, B. S., R. G. ROZIER, G. D. SLADE et S. T. ENNETT (2005). "Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health", *Journal of the American Dental Association*, vol. 136, n° 3, p. 364-372. doi: 10.14219/jada.archive.2005.0179
- TANAKA, K., Y. MIYAKE, S. SASAKI et Y. HIROTA (2013). "Infant feeding practices and risk of dental caries in Japan: the Osaka maternal and child health study", *Pediatric Dentistry*, vol. 35, n° 3, p. 267-271.
- THOMSON, W. M., R. POULTON, B. J. MILNE, A. CASPI, J. R. BROUGHTON et K. M. S. AYERS (2004). "Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 32, n° 5, p. 345-353. doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00173.x
- TOLVANEN, M., S. LAHTI, R. POUTANEN, L. SEPPÄ et H. HAUSEN (2010). "Children's oral health-related behaviors: individual stability and stage transitions", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 38, n° 5, p. 445-452. doi: 10.1111/j.1600-0528.2010.00549.x
- VANOBERGEN, J., L. MARTENS, E. LESAFFRE, K. BOGAERTS et D. DECLERCK (2001). "Assessing risk indicators for dental caries in the primary dentition", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 29, n° 6, p. 424-434. doi: 10.1034/j.1600-0528.2001.290603.x
- VEILLEUX, G., M. GÉNÉREUX, J.-M. BRODEUR et J. DUROCHER (2008). *Construct validity of children's experience of caries reported by mothers*, Communication par affiche présentée dans le cadre de la IADR 86th General Session and Exhibition, Toronto, Canada, juillet, numéro du résumé : 0556. [En ligne]. [http://iadr.confex.com/iadr/2008Toronto/techprogram/abstract_106998.htm] (Consulté le 2 décembre 2014).
- VEILLEUX, G., M. GÉNÉREUX, J. DUROCHER, J.-M. BRODEUR, M. FOURNIER et E. HUBERDEAU (2006). *Validity of mother's answers about their children's experience of filling*, Communication par affiche présentée dans le cadre de la IADR 84th General Session and Exhibition, Brisbane, Australie, juin, numéro du résumé : 1185. [En ligne]. [http://iadr.confex.com/iadr/2006Brisb/techprogram/abstract_82874.htm] (Consulté le 2 décembre 2014).

- WIGEN, T. I., I. ESPELID, A. B. SKAARE et N. J. WANG (2011). "Family characteristics and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to 5 years of age", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 39, n° 4, p. 311-317. doi: 10.1111/j.1600-0528.2010.00596.x
- YEN, I. H., et N. MOSS (1999). "Unbundling education: a critical discussion of what education confers and how it lowers risk for disease and death", *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 896, n° 1, p. 350-351. doi: 10.1111/j.1749-6632.1999.tb08138.x
- ZABORSKIS, A., S. MILCIUVIENE, J. NARBUTAITE, E. BENDORAITIENE et A. KAVALIAUSKIENE (2010). "Caries experience and oral health behaviour among 11-13-year-olds: an ecological study of data from 27 European countries, Israel, Canada and USA", *Community Dental Health*, vol. 27, n° 2, p. 102-108.

À propos de l'ÉLDEQ

L'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ÉLDEQ) est conduite par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) avec la collaboration de différents partenaires. Son objectif principal est de comprendre les trajectoires de vie et de déterminer les facteurs qui, pendant la petite enfance, contribuent à l'adaptation sociale et à la réussite scolaire.

La population visée est composée des enfants (naissances simples) nés de mères vivant au Québec en 1997-1998, à l'exception de ceux dont la mère vivait à ce moment-là dans certaines régions sociosanitaires (Nord-du-Québec, Terres-Cries-de-la-Baie-James et Nunavik) ou sur des réserves indiennes. Certains enfants ont également été exclus en raison de contraintes liées à la base de sondage ou de problèmes de santé majeurs. L'échantillon initial admissible au suivi longitudinal comptait 2 120 enfants. Les enfants ont fait l'objet d'un suivi annuel de l'âge d'environ 5 mois à l'âge d'environ 8 ans, puis d'un suivi bisannuel jusqu'à l'âge de 12 ans alors qu'ils terminaient leurs études primaires. Trois collectes ont eu lieu, soit en 2011, en 2013 et en 2015, alors que la majorité des enfants étaient en première, en troisième et en cinquième année du secondaire respectivement.

L'ÉLDEQ s'articule autour de plusieurs instruments de collecte servant à recueillir l'information sur l'enfant, la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM), son conjoint ou sa conjointe, s'il y a lieu, et les parents biologiques non résidants, le cas échéant. À chaque collecte, l'enfant ou le jeune est invité à répondre à un questionnaire ou à participer à une ou plusieurs activités visant à évaluer son développement. À partir de la maternelle, les enseignantes ou enseignants sont également sollicités afin de répondre à un questionnaire abordant différents aspects du développement et de l'adaptation scolaire de l'enfant.

Les principaux partenaires financiers de l'ÉLDEQ 1998-2015 sont : le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Fondation Lucie et André Chagnon, l'Institut de la statistique du Québec, le ministère de la Famille, le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant), l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

Pour plus d'information sur cette importante étude, vous pouvez consulter le site Web de l'ÉLDEQ, étude aussi connue sous le nom de « Je suis Je serai », à l'adresse suivante : www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca.

Pour accéder aux fichiers de microdonnées de cette étude, on peut s'adresser au Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ (CADRISQ) à l'aide du site Web (www.stat.gouv.qc.ca/cadrisq) ou par téléphone (514 343-2299).

Ce bulletin est réalisé par la Direction des enquêtes longitudinales et sociales en vertu du Programme de mise en valeur des données d'enquêtes de l'ISQ.

Ont collaboré à la réalisation : Nicole Descroisselles, révision linguistique
Gabrielle Tardif, mise en page
Direction des communications

Pour plus de renseignements : Hélène Desrosiers, coordonnatrice
Direction des enquêtes longitudinales et sociales
1200, avenue McGill College, 5^e étage
Montréal (Québec) H3B 4J8
Téléphone : 514 873-4749, poste 6110
Télécopieur : 514 864-9919
Courriel : contactsante@stat.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
1^{er} trimestre 2015
ISSN 1913-4460 (version imprimée)
ISSN 1913-4479 (PDF)
© Gouvernement du Québec,
Institut de la statistique du Québec, 2007

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle est interdite sans l'autorisation du gouvernement du Québec.
www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm