

ÉTUDE 1998-1999
SUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE
DES ÉLÈVES QUÉBÉCOIS
DE 5-6 ANS ET DE 7-8 ANS



S A N T É P U B L I Q U E

COLLECTION

*analyses et
surveillance*

18

Québec



ÉTUDE 1998-1999 SUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DES ÉLÈVES QUÉBÉCOIS DE 5-6 ANS ET DE 7-8 ANS

Une réalisation conjointe de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal

JEAN-MARC BRODEUR

Chercheur principal

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal

MARIE OLIVIER

Cochercheuse

Dentiste-conseil à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre

MIKE BENIGERI

Cochercheur

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal

CHRISTOPHE BEDOS

Agent de recherche

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal

SYLVIE WILLIAMSON

Coordonnatrice

Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Le présent document est disponible à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Bibliothèque nationale du Canada, 2001
ISBN 2-550-37720-6

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

AVANT-PROPOS

En vertu de ses responsabilités nationales, la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux est fière d'avoir été associée à la réalisation de la présente étude, qui porte sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans. L'objectif principal de cette étude est de mettre à jour nos connaissances sur l'état de santé dentaire de ces enfants et de soutenir les directeurs de la santé publique dans leur mandat d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables et des principaux facteurs de risque.

Les résultats de cette étude démontrent que la dentition temporaire de 42 % des enfants de 5-6 ans est atteinte par la carie dentaire dès leur entrée en maternelle. Cette situation se traduit par un indice caof de 3,9 qui mesure le nombre de faces temporaires ayant expérimenté la carie. Par ailleurs, chez les enfants de 7-8 ans, on note une diminution importante de la carie dentaire au cours des dernières années. En effet, l'indice caod, qui mesure le nombre de dents temporaires ayant expérimenté la carie, est passé de 4,41 en 1983-1984 à 2,65 en 1998-1999. Cela représente une réduction de près de 40 % en moins de 16 ans.

Par contre, malgré une amélioration significative de la santé buccodentaire des enfants québécois, il subsiste encore des inégalités sociales liées à la prévalence de la carie dentaire auxquelles nous devons porter une attention toute particulière. En effet, la carie dentaire demeure concentrée chez les enfants à risque issus le plus souvent de milieux défavorisés sur le plan socioéconomique. Ainsi, il importe d'améliorer les actions préventives auprès des personnes vulnérables en révisant, par exemple, les pratiques et les stratégies ayant pour but de rejoindre ces personnes au sein de leurs communautés.

Je tiens à remercier tous ceux et celles qui ont rendu possible la publication de cet ouvrage et, tout particulièrement, ses auteurs. Je crois que ce document sera très utile et que l'information qui y est contenue favorisera la mise en place d'actions préventives et d'activités de promotion de la santé buccodentaire adaptées aux besoins particuliers des enfants québécois.

Le sous-ministre adjoint de la Direction
générale de la santé publique,

Richard Massé

REMERCIEMENTS

Qu'il nous soit permis de donner préséance à l'expression de notre plus profonde reconnaissance au docteur Martin Payette, initiateur et, jusqu'à sa récente retraite, chercheur principal des grandes enquêtes épidémiologiques sur la santé buccodentaire des Québécois. Avec nous, de la relève, il a plus que généreusement partagé sa vaste expertise et nous a offert d'innombrables et essentiels conseils.

Cette étude a été rendue possible grâce au soutien de la Direction générale de la santé publique du Québec et à l'appui des directions de la santé publique des régions régionales de Montréal-Centre, Laval, Québec, Mauricie et Centre-du-Québec, Lanaudière, Chaudière-Appalaches, Saguenay—Lac-Saint-Jean, Estrie, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue et Côte-Nord. Nous remercions de façon particulière le docteur Jacques Durocher, responsable du module santé dentaire de l'unité Santé physique à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, qui a libéré plusieurs membres de son équipe pour la réalisation de cette étude.

Nous remercions également les dentistes coordonnateurs et examinateurs, soit les docteurs Louise Beaudry, Roger Bélanger, Guy Boisclair, Julie Busque, Pierre Catellier, Christian Fortin, René Larouche, André Lavallière, Luc Legris, Aline Roy, Marcel Tenenbaum, Alain Turbide, Jean-Guy Vallée et Ginette Veilleux. Nous voulons de plus remercier madame Suzanne Turgeon pour sa participation à la coordination en Abitibi-Témiscamingue, les hygiénistes dentaires des CLSC ayant participé à la collecte des données, les personnes ayant procédé à l'inscription des données, madame Anicette Lemay pour son précieux soutien technique, mesdames Francine Paquette et Nicole Leduc pour leur travail de secrétariat, ainsi que le personnel du GRIS pour la coordination administrative, la saisie et la vérification des données. Toutes et tous ont effectué un travail remarquable. Finalement, nous remercions monsieur André Savignac du ministère de l'Éducation du Québec, tous les directeurs des écoles primaires participantes qui nous ont ouvert leurs portes, ainsi que les enfants examinés et leurs parents pour leur patience et la disponibilité dont ils ont fait preuve dans le cadre de cette étude.

Jean-Marc Brodeur, D.D.S., Ph. D.
Chercheur principal

Marie Olivier, D.M.D., M. Sc.
Cochercheuse

Mike Benigeri, C.D., Ph. D.
Cochercheur

TABLE DES MATIÈRES

<i>Liste des figures.....</i>	<i>ix</i>
<i>Liste des tableaux hors texte.....</i>	<i>xi</i>
Résumé.....	1
1 Historique des enquêtes sur la santé buccodentaire des enfants de 5-6 ans et de 7-8 ans ..	3
2 Objectifs de l'étude	4
2.1 Objectif général.....	4
2.2 Objectifs secondaires	4
3 Méthodes.....	5
3.1 Échantillonnage et plan de sondage.....	5
3.1.1 Taille des échantillons	5
3.1.2 Plan de sondage.....	6
3.1.3 Technique de sélection des élèves.....	6
3.2 Variables et indices utilisés	7
3.2.1 Variables dépendantes	7
3.2.2 Variables indépendantes	7
3.3 Collecte des données	7
3.3.1 Examen clinique	7
3.3.2 Questionnaire destiné aux parents	8
3.4 Formation des examinateurs et concordance de leurs évaluations	8
3.4.1 Carie dentaire	8
3.4.2 Fluorose.....	8
3.5 Analyses statistiques	8
4 Taux de participation, pondération et caractéristiques des participants.....	9
4.1 Précision des estimations du caof et de la proportion d'enfants exempts de carie sur la dentition temporaire	10
4.2 Comparaison entre les élèves participants et non participants à l'examen buccodentaire	10
5 Prévalence de la carie.....	12
5.1 Dentition permanente	12
5.1.1 Maternelle	12
5.1.2 Deuxième année.....	12
5.2 Dentition temporaire	12
5.2.1 Maternelle	12
5.2.2 Deuxième année.....	13
5.3 Évolution de la prévalence de la carie selon l'âge.....	13
5.3.1 Indice CAOOF sur la dentition permanente.....	13
5.3.2 Indice caof sur la dentition temporaire.....	13
5.3.3 Proportions de sujets atteints et de sujets exempts de carie sur les deux dentitions.....	14
6 Caractéristiques des enfants à risque élevé de carie sur la dentition temporaire	15
6.1 Maternelle	15
6.2 Deuxième année.....	16
7 Distribution de la carie par type de dent et de face sur la dentition temporaire	18
8 Niveau de traitement de la carie sur la dentition temporaire (% o/co).....	19

8.1 Groupes ayant des besoins de traitement de la carie sur la dentition temporaire.....	20
9 Prévalence de l'amalgame dentaire	21
10 Évolution de la carie sur la dentition temporaire entre 1989-1990 et 1998-1999 chez les enfants de deuxième année.....	21
11 Caractéristiques particulières des élèves de deuxième année.....	22
11.1 Agents de scellement dentaire sur la dentition permanente des enfants de deuxième année.....	22
11.2 Participation au Programme public de services dentaires préventifs (PPSDP).....	22
11.3 Fluorose sur la dentition permanente	23
12 Hygiène buccodentaire et habitudes alimentaires.....	23
12.1 Brossage des dents	23
12.2 Indice de débris (OHIS).....	23
12.3 Collation cariogène	24
13 Utilisation des services dentaires.....	24
13.1 Temps écoulé depuis la dernière visite chez le dentiste	24
13.2 Nature et fréquence habituelles des visites chez le dentiste	25
14 Connaissances, croyances et opinions des parents sur la fluoruration des eaux de consommation	26
15 Comparaison des indices buccodentaires selon la région et la zone de résidence.....	27
15.1 Résultats détaillés des indices buccodentaires selon la région et la zone de résidence	27
15.2 Comparaisons statistiques des indices entre chacune des régions participantes et le reste du Québec, chez les enfants de deuxième année	32
16 Évolution de la carie sur la dentition temporaire entre 1983-1984 et 1998-1999, chez les enfants de deuxième année, selon les régions du Québec.....	34
17 Comparaisons nationales et internationales	35
18 Faits saillants et implications pour la santé publique.....	36
18.1 Le déclin tire à sa fin.....	37
18.2 La pauvreté pèse lourd dans la balance.....	37
18.3 La carie est précoce et gourmande	38
18.4 L'amalgame demeure roi.....	38
18.5 Des scellants pour les riches, des obturations pour les pauvres.....	39
18.6 Des opinions favorables mais bien des « je ne sais pas » par rapport à la fluoruration des eaux ...	39
Bibliographie.....	43
Section des tableaux hors texte.....	45
Section des annexes.....	125
Annexe 1 : Formulaire d'examen buccodentaire.....	127
Annexe 2 : Questionnaire destiné aux parents.....	129
Annexe 3 : Guide de l'examineur.....	139

LISTE DES FIGURES

	Page
Figure 5-1 : Nombre moyen de faces permanentes cariées, absentes ou obturées (CAOF), selon l'âge	13
Figure 5-2 : Nombre moyen de faces temporaires cariées, absentes ou obturées (caof), selon l'âge	13
Figure 5-3 : Pourcentage d'enfants atteints par la carie, selon l'âge et la dentition	14
Figure 5-4 : Pourcentage d'enfants exempts de carie, selon l'âge et la dentition	14
Figure 6-1 : Nombre moyen de faces temporaires cariées, absentes ou obturées (caof) chez les enfants de maternelle, en fonction du niveau de scolarité des parents	16
Figure 6-2 : Pourcentage d'enfants de maternelle dont 0, 1 à 4, ou 5 faces temporaires ou plus sont atteintes (caof), et pourcentage de la carie associée à ces trois groupes	16
Figure 6-3 : Pourcentage d'enfants de deuxième année dont 10 faces temporaires ou plus sont atteintes par la carie (caof $\geq$ 10), en fonction du niveau de scolarité des parents	17
Figure 6-4 : Pourcentage d'enfants de deuxième année dont 0, 1 à 4, 5 à 9, ou 10 faces temporaires ou plus sont atteintes (caof), et pourcentage de la carie associée à ces quatre groupes	17
Figure 7-1 : Répartition du caod entre les molaires et les autres dents chez les enfants de maternelle	18
Figure 7-2 : Répartition du caod entre les molaires et les autres dents chez les enfants de deuxième année	18
Figure 7-3 : Pourcentage des dents temporaires présentes en bouche qui sont atteintes par la carie chez les enfants de maternelle	19
Figure 7-4 : Pourcentage des dents temporaires présentes en bouche qui sont atteintes par la carie chez les enfants de deuxième année	19
Figure 8-1 : Pourcentage d'enfants de maternelle avec 0, 1 à 2, ou 3 faces temporaires ou plus à traiter, et pourcentage de l'ensemble des faces à traiter dans chacun de ces trois groupes	20
Figure 8-2 : Pourcentage d'enfants de deuxième année avec 0, 1 à 2, ou 3 faces temporaires ou plus à traiter, et pourcentage de l'ensemble des faces à traiter dans chacun de ces trois groupes	20
Figure 11-1 : Pourcentage d'enfants de deuxième année en fonction du nombre de dents permanentes ayant un agent de scellement	22
Figure 13-1 : Raisons invoquées par les parents pour expliquer que leur enfant n'ait pas visité le dentiste durant la dernière année : enfants de maternelle	25
Figure 13-2 : Raisons invoquées par les parents pour expliquer que leur enfant n'ait pas visité le dentiste durant la dernière année : enfants de deuxième année	25
Figure 15-1 : Nombre moyen de faces permanentes cariées, absentes et obturées (CAOF) chez les enfants de deuxième année, selon la région	29
Figure 15-2 : Nombre moyen de faces temporaires cariées, absentes et obturées (caof) chez les enfants de deuxième année, selon la région	29
Figure 15-3 : Pourcentage d'enfants de deuxième année atteints par la carie sur la dentition temporaire, selon la région	30
Figure 15-4 : Pourcentage d'enfants de deuxième année ayant au moins 10 faces temporaires atteintes par la carie (caof $\geq$ 10), selon la région	30

	Page
Figure 15-5 : Pourcentage d'enfants de deuxième année ayant au moins une face temporaire cariée à traiter ($cf \geq 1$), selon la région	31
Figure 15-6 : Pourcentage d'enfants de deuxième année ayant au moins un agent de scellement sur les dents permanentes, selon la région	31
Figure 17-1 : Comparaisons internationales de la prévalence de la carie sur la dentition temporaire (caod) des enfants de 5 ans	35
Figure 17-2 : Comparaisons internationales de la prévalence de la carie sur la dentition temporaire (caod) des enfants de 7 ans	36

LISTE DES TABLEAUX HORS TEXTE

	Page
Tableaux hors texte de la section 3 : Méthodes	
Tableau 3-1 : Pourcentage d'accord, coefficient de corrélation intraclasse et statistique Kappa entre chacun des dentistes examinateurs et l'examineur de référence pour la carie (caof et CAOOF)	48
Tableau 3-2 : Pourcentage d'accord et statistique Kappa entre chacun des dentistes examinateurs et l'examineur de référence pour la fluorose	48
Tableaux hors texte de la section 4 : Taux de participation, pondération et caractéristiques des participants	
Tableau 4-1 : Taux de participation à l'examen et au questionnaire chez les enfants de deuxième année pour chacune des régions participantes	50
Tableau 4-2 : Taux de participation à l'examen et au questionnaire chez les enfants de maternelle, en fonction de la zone de résidence	50
Tableau 4-3 : Nombre et pourcentage d'enfants examinés, avant et après pondération, en fonction de leurs caractéristiques	51
Tableau 4-4 : Précision des estimations de la prévalence de la carie sur la dentition temporaire (caof) pour un niveau de confiance de 95 %	52
Tableau 4-5 : Précision des estimations de la proportion d'enfants exempts de carie sur la dentition temporaire pour un niveau de confiance de 95 %	53
Tableau 4-6 : Comparaison entre les élèves participants et non participants à l'examen selon certaines variables indépendantes	54
Tableaux hors texte de la section 5 : Prévalence de la carie	
Tableau 5-1 : Pourcentage des dents permanentes présentes en fonction du sexe et de l'âge des enfants	56
Tableau 5-2 : Nombre moyen de dents permanentes présentes, en fonction du sexe et de l'âge des enfants	56
Tableau 5-3 : Nombre moyen de dents permanentes cariées, absentes et obturées (CAOD), en fonction des caractéristiques des enfants	57
Tableau 5-4 : Nombre moyen de faces permanentes cariées, absentes et obturées (CAOF), en fonction des caractéristiques des enfants	58
Tableau 5-5 : Pourcentage d'enfants selon le nombre de dents permanentes atteintes (CAOD), le niveau scolaire et l'âge	59
Tableau 5-6 : Pourcentage d'enfants selon le nombre de faces permanentes atteintes (CAOF), le niveau scolaire et l'âge	59
Tableau 5-7 : Pourcentage d'enfants atteints par la carie sur les dents permanentes en fonction des caractéristiques des enfants	60
Tableau 5-8 : Nombre moyen de dents temporaires présentes, en fonction des caractéristiques des enfants	61
Tableau 5-9 : Nombre moyen de dents temporaires cariées, absentes et obturées (caod), en fonction des caractéristiques des enfants	62

	Page
Tableau 5-10 : Nombre moyen de faces temporaires cariées, absentes et obturées (caof), en fonction des caractéristiques des enfants	63
Tableau 5-11 : Pourcentage d'enfants selon le nombre de dents temporaires atteintes (caod), le niveau scolaire et l'âge	64
Tableau 5-12 : Pourcentage d'enfants selon le nombre de faces temporaires atteintes (caof), le niveau scolaire et l'âge	64
Tableaux hors texte de la section 6 : Caractéristiques des enfants à risque élevé de carie sur la dentition temporaire	
Tableau 6-1 : Pourcentage d'enfants selon le nombre de faces temporaires atteintes (caof) et selon les caractéristiques des enfants	66
Tableau 6-2 : Régression logistique multivariée : risque d'avoir au moins 5 faces temporaires cariées, absentes ou obturées (caof $\geq$ 5), en fonction des caractéristiques des enfants de maternelle	67
Tableau 6-3 : Proportion d'enfants de maternelle classifiés à risque élevé de carie, selon le critère provincial utilisé dans le PPSDP, en fonction de leurs caractéristiques	68
Tableau 6-4 : Régression logistique multivariée : risque d'avoir au moins 10 faces temporaires cariées, absentes ou obturées (caof $\geq$ 10), en fonction des caractéristiques des enfants de deuxième année	69
Tableaux hors texte de la section 7 : Distribution de la carie par type de dent et de face sur la dentition temporaire	
Tableau 7-1 : Localisation de la carie sur les faces occlusales et les autres faces (caof)	72
Tableau 7-2 : Localisation de la carie sur les faces de fosses et sillons et les faces lisses (caof modifié à 96 faces)	72
Tableaux hors texte de la section 8 : Niveau de traitement de la carie sur la dentition temporaire	
Tableau 8-1 : Pourcentage des faces temporaires présentes et atteintes par la carie, qui sont obturées (o/co), en fonction des caractéristiques des enfants	74
Tableau 8-2 : Pourcentage d'enfants en fonction du nombre de faces temporaires à traiter et des caractéristiques des enfants	75
Tableau 8-3 : Régression logistique multivariée : risque d'avoir au moins 3 faces temporaires cariées à traiter (cf $\geq$ 3), en fonction des caractéristiques des enfants	76
Tableau hors texte de la section 9 : Prévalence de l'amalgame dentaire	
Tableau 9-1 : Pourcentage d'enfants en fonction du nombre d'obturations en amalgame (sur les dentitions temporaire et permanente) et de leurs caractéristiques	78
Tableau hors texte de la section 10 : Évolution de la carie sur la dentition temporaire entre 1989-1990 et 1998-1999 chez les enfants de deuxième année	
Tableau 10-1 : Évolution de la carie sur les faces temporaires (caof) entre 1989-1990 et 1998-1999 chez les enfants de deuxième année	80

	Page
Tableaux hors texte de la section 11 : Caractéristiques particulières des élèves de deuxième année	
Tableau 11-1 : Nombre moyen d'agents de scellement et pourcentage d'enfants de deuxième année ayant au moins un agent de scellement en bouche, en fonction des caractéristiques des enfants	82
Tableau 11-2 : Pourcentage d'enfants de deuxième année participant au PPSDP, en fonction de leurs caractéristiques	83
Tableau 11-3 : Pourcentage d'enfants de deuxième année qui présentent une fluorose, en fonction de leurs caractéristiques	84
Tableaux hors texte de la section 12 : Hygiène buccodentaire et habitudes alimentaires	
Tableau 12-1 : Pourcentage d'enfants en fonction du nombre de brossages des dents la veille de l'examen et de leurs caractéristiques	86
Tableau 12-2 : Pourcentage d'enfants dans chacune des catégories de l'indice OHIS en fonction de leurs caractéristiques	87
Tableau 12-3 : Pourcentage d'enfants qui ont pris une collation cariogène avant le coucher, la veille de l'examen, en fonction de leurs caractéristiques	88
Tableaux hors texte de la section 13 : Utilisation des services dentaires	
Tableau 13-1 : Pourcentage d'enfants en fonction du temps écoulé depuis la dernière visite chez un dentiste et de leurs caractéristiques	90
Tableau 13-2 : Régression logistique multivariée : risque de ne pas avoir visité un dentiste dans la dernière année, en fonction des caractéristiques des enfants	91
Tableau 13-3 : Pourcentage d'enfants en fonction de la nature habituelle des visites chez le dentiste et des caractéristiques des enfants	92
Tableau 13-4 : Régression logistique multivariée : risque d'avoir un comportement de visite symptomatique, en fonction des caractéristiques des enfants	93
Tableau 13-5 : Pourcentage d'enfants en fonction de la fréquence habituelle des visites chez le dentiste et des caractéristiques des enfants	94
Tableaux hors texte de la section 14 : Connaissances, croyances et opinions des parents sur la fluoruration des eaux de consommation	
Tableau 14-1 : Réponse des parents québécois à la question « Selon vous, l'eau de votre municipalité est-elle fluorurée ? », selon le statut de fluoruration de l'eau de l'école que fréquente leur enfant	96
Tableau 14-2 : Réponse des parents québécois à la question « Croyez-vous que la fluoruration de l'eau est efficace pour prévenir la carie dentaire ? », selon le statut de fluoruration de l'eau de l'école que fréquente leur enfant	96
Tableau 14-3 : Réponse des parents québécois à la question « Croyez-vous que la fluoruration de l'eau est un risque pour la santé ? », selon le statut de fluoruration de l'eau de l'école que fréquente leur enfant	97
Tableau 14-4 : Réponse des parents québécois à la question « De façon générale, êtes-vous en accord ou en désaccord avec le fait d'ajouter du fluor dans l'eau de consommation ? », selon le statut de fluoruration de l'eau de l'école que fréquente leur enfant	97

	Page
Tableaux hors texte de la section 15 : Comparaison des indices buccodentaires selon la région et la zone de résidence	
Tableau 15-1 : Nombre moyen de dents (CAOD) et de faces (CAOF) permanentes cariées, absentes et obturées chez les enfants de deuxième année, selon la région et la zone de résidence	100
Tableau 15-2 : Nombre moyen de dents (CAOD) et de faces (CAOF) permanentes cariées, absentes et obturées chez les enfants de deuxième année, selon l'âge, la région et la zone de résidence	101
Tableau 15-3 : Nombre moyen de dents (caod) et de faces (caof) temporaires cariées, absentes et obturées, selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence	102
Tableau 15-4 : Nombre moyen de dents (caod) et de faces (caof) temporaires cariées, absentes et obturées, selon le niveau scolaire, l'âge, la région et la zone de résidence	103
Tableau 15-5 : Pourcentage d'enfants en fonction du nombre de faces temporaires atteintes (caof), selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence	104
Tableau 15-6 : Pourcentage d'enfants en fonction du nombre de faces temporaires atteintes (caof), selon l'âge, la région et la zone de résidence	105
Tableau 15-7 : Pourcentage d'enfants ayant au moins une face temporaire cariée à traiter (cf ≥ 1) et pourcentage de faces atteintes qui sont traitées (o/co), selon le niveau scolaire, l'âge, la région et la zone de résidence	106
Tableau 15-8 : Pourcentage d'enfants de deuxième année ayant au moins un agent de scellement et nombre moyen d'agents de scellement sur les dents permanentes, chez les enfants de deuxième année, selon l'âge, la région et la zone de résidence	107
Tableau 15-9 : Pourcentage d'enfants dont au moins 4 dents temporaires ou permanentes ont un amalgame, selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence	108
Tableau 15-10 : Pourcentage d'enfants en fonction du nombre de brossages des dents, selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence	109
Tableau 15-11 : Pourcentage d'enfants qui ont pris une collation cariogène avant le coucher, la veille de l'examen, selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence	110
Tableau 15-12 : Pourcentage d'enfants en fonction du temps écoulé depuis la dernière visite chez le dentiste, selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence	111
Tableau 15-13 : Pourcentage d'enfants en fonction de la nature habituelle des visites chez le dentiste, selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence	112
Tableau 15-14 : Pourcentage d'enfants de deuxième année participant au PPSDP selon la région et la zone de résidence	113
Tableau 15-15 : Nombre moyen de dents temporaires cariées, absentes et obturées (caod) chez les enfants de deuxième année, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec	114
Tableau 15-16 : Nombre moyen de faces temporaires cariées, absentes et obturées (caof) chez les enfants de deuxième année, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec	114

	Page
Tableau 15-17 : Pourcentage d'enfants de deuxième année exempts de carie sur la dentition temporaire (caof = 0), selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec	115
Tableau 15-18 : Pourcentage d'enfants de deuxième année ayant un niveau élevé de carie sur la dentition temporaire (caof ≥ 10), selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec	115
Tableau 15-19 : Pourcentage des faces temporaires atteintes par la carie et qui sont obturées (o/co) chez les enfants de deuxième année, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec	116
Tableau 15-20 : Pourcentage d'enfants de deuxième année ayant au moins un agent de scellement, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec	116
Tableau 15-21 : Pourcentage d'enfants de deuxième année dont au moins 4 dents temporaires ou permanentes ont un amalgame, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec	117
Tableau 15-22 : Pourcentage d'enfants de deuxième année qui ont visité un dentiste dans la dernière année, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec	117
Tableau 15-23 : Pourcentage d'enfants de deuxième année qui brossent leurs dents au moins deux fois par jour, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec	118
Tableau 15-24 : Pourcentage d'enfants de deuxième année qui ont pris une collation cariogène avant le coucher, la veille de l'examen, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec	118
Tableau 15-25 : Pourcentage d'enfants de deuxième année participant au PPSDP, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec	119
Tableaux hors texte de la section 16 : Évolution de la carie sur la dentition temporaire entre 1983-1984 et 1998-1999, chez les enfants de deuxième année, selon les régions du Québec	
Tableau 16-1 : Évolution du nombre de dents cariées (c), absentes (a) et obturées (o) sur la dentition temporaire des enfants de deuxième année entre 1983-1984 et 1998-1999, selon la région	122
Tableau 16-2 : Évolution de l'indice caod, du pourcentage d'enfants exempts de carie (cod = 0) et du niveau de traitement (% o/co) sur la dentition temporaire des enfants de deuxième année entre 1983-1984 et 1998-1999, selon la région	122
Tableaux hors texte de la section 17 : Comparaisons nationales et internationales	
Tableau 17-1 : Comparaisons internationales des indices de la carie sur la dentition temporaire des enfants de 5 ans	124
Tableau 17-2 : Comparaisons internationales des indices de la carie sur la dentition temporaire des enfants de 7 ans	124

RÉSUMÉ

L'objectif général de la présente étude était de mesurer, en 1998-1999, certains indicateurs de santé buccodentaire chez les élèves québécois de 5-6 ans (maternelle), afin de constituer une banque de mesures épidémiologiques de base dont on pourrait suivre l'évolution au cours d'études ultérieures, et chez les élèves de 7-8 ans (deuxième année), afin de comparer ces indicateurs avec les résultats obtenus lors des études précédentes réalisées dans ce groupe d'âge en 1983-1984 et 1989-1990.

L'étude visait une représentativité provinciale chez les élèves de maternelle et régionale chez les élèves de deuxième année. Dans chaque niveau scolaire, on a tiré un échantillon probabiliste. Entre novembre 1998 et juin 1999, 13 dentistes ayant reçu une formation visant l'uniformisation de leur appréciation des critères diagnostiques, ont examiné, en milieu scolaire, 2512 élèves de maternelle et 5079 de deuxième année. Le taux de participation à l'examen a été de 71 % en maternelle et de 80 % en deuxième année ; celui des parents au questionnaire auto-administré a été de plus de 80 % dans chaque niveau scolaire.

Carie dentaire

Avec une moyenne de 2 dents permanentes présentes en bouche, les élèves de maternelle sont peu nombreux à avoir expérimenté la carie sur cette dentition (3 %) et ont un indice CAOOF moyen de seulement 0,07. Toutefois, sur la dentition temporaire, la carie débute tôt et gagne rapidement du terrain. En effet, dès leur entrée en maternelle, 42 % des élèves ont des caries sur leur dentition temporaire et ils ont, pour 19 dents toujours présentes en bouche sur une possibilité de 20, un indice caof moyen de 3,9, dont 65 % est obturé.

En deuxième année, les élèves ont en moyenne 10 dents permanentes présentes en bouche et un indice CAOOF moyen de 0,73, dont 84 % est obturé ; ils sont par ailleurs 24 % à avoir expérimenté la carie sur leur dentition permanente. En comparant ces résultats à ceux observés en 1989-1990 dans le même groupe d'âge, on constate qu'en dentition permanente, la carie a diminué de 27 % et que la proportion de sujets exempts a augmenté de 12 %. En ce qui concerne la dentition temporaire, avec une moyenne de 13 dents présentes en bouche, les élèves de deuxième année sont atteints dans une proportion de 56 % et ont un indice caof moyen de 5,8, dont 85 % est obturé. Il s'agit ici d'une maigre diminution de 6 % du caof et d'une augmentation de seulement 12 % de la proportion de sujets exempts par rapport à 1989-1990. En comparant l'évolution des indices observée entre 1989-1990 et 1998-1999 et celle observée entre 1983-1984 et 1989-1990, on constate que le déclin de la carie atteint un plateau en dentition temporaire et connaît un net ralentissement en dentition permanente.

Dans l'une et l'autre des dentitions, la carie évolue rapidement avec l'âge. Ainsi, sur la dentition permanente, l'indice CAOOF passe de 0,04 à 5 ans à 0,83 à 8 ans, et la proportion de sujets atteints, de 2 % à 5 ans à 26 % à 8 ans. En dentition temporaire, l'indice caof passe de 3,4 à 5 ans à 6,4 à 8 ans, soit l'équivalent d'une nouvelle face atteinte par année, et la proportion de sujets atteints passe de 39 % à 5 ans à 58 % à 8 ans. Le déclin de la carie ne serait-il qu'une manifestation du ralentissement de son apparition et de sa progression ?

Dans les deux niveaux scolaires étudiés, on observe que de faibles proportions de sujets cumulent une grande part de toute l'expérience de la carie ainsi qu'une grande part des caries en attente de traitement. Les principaux facteurs déterminants, tant d'une plus grande expérience de carie que d'importants besoins de la traiter, sont pour la plupart des caractéristiques associées à un faible statut socio-économique.

Amalgame et scellants dentaires

En maternelle, alors que 69 % des enfants n'ont aucune obturation d'amalgame en bouche, 15 % en ont quatre ou plus. En deuxième année, ces proportions sont respectivement de 48 % et 32 %. Le pourcentage d'enfants ayant quatre obturations ou plus en bouche augmente rapidement avec l'âge, passant de 13 % à 5 ans à 35 % à 8 ans. Par ailleurs, comme c'est le cas chez les enfants qui ont davantage de caries et qui ont besoin de traitement, la prévalence de l'amalgame dentaire augmente lorsque le statut socio-économique diminue.

Compte tenu que très peu de dents permanentes sont présentes chez les élèves de maternelle, seulement 3 % d'entre eux ont des scellants dentaires en bouche. En deuxième année, une proportion de 27 %

bénéficie de cette mesure préventive de la carie sur les faces de fosses et sillons et cette proportion augmente lorsque le statut socio-économique augmente.

Fluorose en dentition permanente

La fluorose a été mesurée chez les élèves de deuxième année seulement. On n'a observé aucun cas de fluorose sévère et, globalement, la forme légère est présente chez moins de 1 % des sujets, alors que la forme très légère a été rencontrée chez 13 % d'entre eux. La fluorose est plus fréquente lorsque le statut socio-économique est plus élevé.

Brossage des dents et utilisation des services

Dans chacun des deux niveaux scolaires, plus de 85 % des sujets affirment avoir brossé leurs dents au moins une fois la veille de l'examen. Lorsque l'on considère ceux qui les ont brossées au moins deux fois, la proportion descend autour de 60 %.

Concernant l'utilisation des services dentaires, 85 % des élèves de maternelle et 91 % de ceux de deuxième année ont visité leur dentiste durant l'année précédant l'examen. Globalement, une proportion de 11 % en maternelle et de 5 % en deuxième année n'ont pas effectué de visite chez le dentiste depuis plus de deux ans ou n'ont jamais visité le dentiste. Ces dernières proportions augmentent quand le statut socio-économique de la famille est faible. Les élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans consultent généralement le dentiste de façon préventive, mais une proportion de 8 % en maternelle et de 6 % en deuxième année n'effectuent des visites chez le dentiste que lorsqu'ils présentent des symptômes. Là encore, ces proportions sont plus élevées lorsque le statut socio-économique est faible et lorsque les parents eux-mêmes utilisent les services dentaires de façon symptomatique.

Connaissances, croyances et opinions des parents sur la fluoruration des eaux de consommation

Systématiquement, environ le tiers des parents sont dans l'impossibilité de répondre à l'une ou l'autre des quatre questions posées en rapport avec la fluoruration des eaux de consommation. Ainsi, le tiers des parents ne connaissent pas le statut de fluoruration de l'eau de leur municipalité, ni si cette mesure est efficace pour prévenir la carie ou si elle présente des risques pour la santé. Le tiers d'entre eux ne sauraient par ailleurs dire s'ils sont favorables ou non à l'ajout de fluor dans l'eau de consommation.

Conclusion

Le déclin de la carie, amorcé depuis environ trente ans, se poursuit en ce qui concerne la dentition permanente, alors qu'il atteint un plateau en ce qui a trait à la dentition temporaire. Malgré ce déclin, l'atteinte carieuse, qui est déjà importante lorsque l'enfant intègre le réseau scolaire, augmente rapidement avec l'âge. Le rôle de la pauvreté, comme déterminant de la maladie, est bien marqué par rapport à l'expérience de la carie et à son traitement pour ce qui est du nombre de lésions non traitées et de l'accessibilité aux scellants dentaires comme mesure préventive ou comme alternative de traitement des lésions débutantes sur les faces de fosses et sillons. La pauvreté influe également sur l'utilisation des services ; les visites chez le dentiste sont moins fréquentes dans les milieux pauvres et plus souvent de nature symptomatique. Parmi les pistes d'action proposées pour favoriser la poursuite de l'amélioration de la santé buccodentaire des enfants québécois, mentionnons la fluoruration des eaux de consommation, des modifications importantes à la couverture de la Régie de l'assurance maladie du Québec, la révision du Programme public de services dentaires préventifs au profit des interventions chez les 0-5 ans et une nette orientation de toutes les actions vers les populations défavorisées.

1 Historique des enquêtes sur la santé buccodentaire des enfants de 5-6 ans et de 7-8 ans

L'importante diminution des maladies buccodentaires observée chez les enfants de la majorité des pays industrialisés depuis le début des années 70 s'explique par l'amélioration de l'hygiène buccodentaire, l'utilisation des fluorures, les modifications des habitudes alimentaires, les changements d'attitudes vis-à-vis de la santé dentaire, de même que par la mise en place de programmes de prévention et de soins gratuits pour les enfants (Axelsson *et al.*, 1993 ; Colquhoun, 1992). Pour pouvoir suivre cette évolution rapide, de nombreux pays ont mis en place des systèmes de surveillance épidémiologique. Ces systèmes consistent à examiner les enfants périodiquement. Ils permettent, d'une part, de suivre l'évolution de la prévalence des maladies buccodentaires et, d'autre part, de relier cette évolution aux actions entreprises pour prévenir ces maladies (Edward *et al.*, 1992). Au Québec, trois études majeures sur la santé buccodentaire des enfants de la province ont été effectuées en 1977, 1983-1984 et 1989-1990 (Stamm *et al.*, 1980 ; Payette *et al.*, 1985, 1987, 1988a, 1988b, 1991, 1992). Ces études ont permis de déterminer la prévalence des maladies buccodentaires en fonction de plusieurs caractéristiques sociodémographiques, de variables relatives à l'utilisation des services dentaires, des habitudes d'hygiène et des habitudes alimentaires, et des différences régionales ou des différences liées au degré d'urbanisation du milieu étudié.

La carie dentaire chez les écoliers québécois, comme chez ceux de la majorité des pays industrialisés, a connu un important déclin durant les dernières décennies. Cette diminution de la carie est accompagnée d'une diminution du nombre d'extractions de dents et d'une amélioration du niveau de traitement. Le déclin de la carie dans la population infantine a mis en évidence, par effet de contraste, l'existence d'un groupe d'enfants pour lesquels le risque est élevé d'avoir des caries, parallèlement à un groupe d'enfants exempts de carie. Ce déclin a également permis de constater que la carie, sur la dentition permanente, se concentre davantage sur les faces de fosses et sillons que sur les faces lisses (Payette *et al.*, 1991).

Grâce à l'utilisation d'une méthodologie standardisée, les résultats de deux enquêtes épidémiologiques ont permis de quantifier le déclin de la carie chez les écoliers québécois de 7-8 ans. Entre 1983-1984 (Payette *et al.*, 1985, 1987) et 1989-1990 (Payette *et al.*, 1991), l'indice CAOOF sur la dentition permanente des écoliers de ce groupe d'âge est passé de 1,6 à 1,0, ce qui représente une diminution relative de 38 %, et l'indice caof sur la dentition temporaire est passé de 11,2 à 6,2, ce qui constitue une diminution relative de 45 %. Concernant la distribution de la carie par type de face dentaire, on observe qu'en 1989-1990, 62 % de toute la carie sur la dentition temporaire des enfants de 7-8 ans se retrouve sur les faces de fosses et sillons. Ce phénomène est davantage marqué sur la dentition permanente, où 95 % de toute la carie se situe sur les faces de fosses et sillons. Il est donc très étonnant de constater que la méthode préventive par excellence de la carie sur ce type de face, soit les scellants dentaires, soit si peu utilisée dans ce groupe d'âge. En effet, seulement 8 % des écoliers québécois de 7-8 ans avaient des scellants en 1989-1990 et, si l'on considère l'ensemble de cette population, une moyenne de seulement 0,26 face par sujet était scellée (Payette *et al.*, 1991). L'étude réalisée en Montérégie en 1994-1995 (Corbeil *et al.*, 1996), montre que les écoliers de 7-8 ans de ce territoire avaient un CAOOF de 0,85 et un caof de 5,71 représentant des diminutions relatives de 15 % et 8 % sur la dentition permanente et la dentition temporaire respectivement par rapport à l'ensemble des enfants québécois âgés de 7-8 ans en 1989-1990. Pendant cette période, chacune des composantes des indices CAOOF et caof a également connu une évolution positive dans ce groupe d'âge. La prévalence des scellants ne fait pas exception : en 1994-1995, 27,1 % des élèves de 7-8 ans de la région de la Montérégie avaient des scellants en bouche et une moyenne de 1,39 face permanente était scellée dans l'ensemble de cette population.

Les données se rapportant aux enfants de 5-6 ans sont inexistantes pour l'ensemble du Québec, mais sont disponibles en Montérégie depuis la publication de l'*Enquête santé dentaire régionale*, qui y a été réalisée en 1994-1995 (Corbeil *et al.*, 1996). Ces données démontrent que les écoliers de 5-6 ans de cette région avaient, en 1994-1995, un caof de 3,39 comparativement à 5,71 chez les écoliers de 7-8 ans. Cela signifie que, dès son arrivée dans le milieu scolaire, l'enfant a déjà eu près de 60 % de toute la carie qui se

formera sur sa dentition temporaire. C'est donc dire que les facteurs de risque de cette maladie apparaissent dès le plus jeune âge et bien avant l'entrée de l'enfant en maternelle, moment où commence l'application du Programme public de services dentaires préventifs (PPSDP). Il est donc nécessaire de bien caractériser les déterminants relatifs à la carie chez les enfants de 5-6 ans pour l'ensemble du Québec et de concentrer des efforts et des ressources à l'élaboration d'un programme préventif destiné aux enfants d'âge préscolaire. Sur la dentition permanente, l'atteinte est très faible à l'âge de 5-6 ans (CAOF = 0,06) ; peu de faces sont présentes en bouche (11,4) et 97,5 % des sujets n'ont pas de carie sur leurs dents permanentes.

Avec la réforme du système de santé québécois, caractérisée par une importante décentralisation des budgets, des actions et des interventions, chaque région sociosanitaire du Québec devient responsable de l'état de santé de sa population et doit rendre compte de son évolution périodiquement au MSSS. Les modifications rapides de la prévalence de la carie dentaire et sa concentration progressive dans les groupes à risque indiquent la nécessité d'une surveillance régulière de cette maladie. D'ailleurs, depuis le début des années 90, plusieurs études montrent un net ralentissement de la baisse de la prévalence de la carie dentaire chez les enfants, ce qui laisse supposer que plusieurs pays ont atteint un plateau concernant cette maladie (Pitts *et al.*, 1994 ; Truin *et al.*, 1994 ; Poulsen *et al.*, 1999).

2 Objectifs de l'étude

2.1 Objectif général

Mesurer, en 1998-1999, certains indicateurs buccodentaires chez les écoliers québécois âgés de 5-6 ans et de 7-8 ans et comparer les résultats obtenus chez les 7-8 ans avec ceux observés dans cette population en 1983-1984 et 1989-1990.

2.2 Objectifs secondaires

- Estimer la prévalence de la carie dentaire et son niveau de traitement sur la dentition temporaire par la mesure de l'indice caof et de ses composantes, tels qu'ils ont été définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1997).
- Estimer la prévalence de la carie dentaire et son niveau de traitement sur la dentition permanente par la mesure de l'indice CAOOF et de ses composantes, tels qu'ils ont été définis par l'OMS (1997).
- Estimer la condition d'hygiène buccale par la mesure de l'indice OHIS de Greene et Vermillion (1964).
- Estimer la prévalence de certains facteurs de risque tels que les visites chez le dentiste, les habitudes de brossage des dents, la consommation de collations sucrées à l'heure du coucher et les données sociodémographiques habituelles dans la population étudiée.
- Explorer les connaissances et les opinions des parents sur la fluoruration des eaux de consommation.

3 Méthodes

La présente étude, à caractère transversal, examine la prévalence des problèmes buccodentaires et certains facteurs de risque dans une population donnée. Afin d'optimiser la validité des comparaisons dans l'observation de l'évolution des maladies buccodentaires chez les enfants de 7-8 ans (deuxième année), la méthodologie utilisée est la même que lors des deux études précédentes, réalisées en 1983-1984 et 1989-1990, sur la santé buccodentaire des enfants québécois de ce groupe d'âge.

3.1 Échantillonnage et plan de sondage

3.1.1 Taille des échantillons

L'expérience de la carie en dentition temporaire (caof) étant le problème sur lequel l'étude a prioritairement porté, elle a été retenue comme variable principale pour le calcul des tailles échantillonnelles. Comme il s'agit d'une variable continue évaluée sous la forme d'une moyenne, la taille (n) nécessaire de l'échantillon tiré avec remise correspond à l'équation suivante :

$$n \approx \left(\frac{(Z_{1-\alpha/2} \sigma)^2}{(L)^2} \right) \quad \text{où :}$$

$Z_{1-\alpha/2}$ = valeur de la normale centrée réduite selon le risque d'erreur α encouru.
 σ = écart type.
 L = précision recherchée.

Le tableau qui suit présente les résultats des calculs des tailles échantillonnelles pour un niveau de confiance $1 - \alpha$ de 95 % et selon la précision recherchée.

Niveau scolaire	caof ¹	Écart type ¹	Précision recherchée	Taille (n)
2 ^e année (7-8 ans)	5,71	8,04	± 15 % du caof (0,86 face)	336
			± 10 % du caof (0,34 face)	1496
Maternelle (5-6 ans)	3,39	6,71	± 15 % du caof (0,51 face)	665

⁽¹⁾ Les valeurs du caof et de l'écart type correspondent aux résultats de l'enquête sur la santé buccodentaire des écoliers de maternelle, de deuxième et de sixième année en Montérégie en 1994-1995 (Corbeil *et al.*, 1996).

Pour la majorité des régions participantes, l'étude visait une représentativité régionale chez les élèves de deuxième année. Dans ces régions, un échantillon de 336 sujets était donc suffisant pour estimer, avec un niveau de précision de ± 15 %, le nombre de caries sur la dentition temporaire des élèves de ce niveau scolaire. Bien entendu, pour compenser une perte de sujets due aux refus de participer et aux absences au moment de l'examen, la taille de l'échantillon a été majorée dans chacune des régions en fonction du taux de participation qu'on y a observé au cours de l'enquête réalisée en 1996-1997 auprès des élèves de sixième année (Brodeur *et al.*, 1999). Ainsi, le nombre de sujets à sélectionner, pour assurer une taille adéquate, variait entre 380 et 512 selon la région. Dans la région de l'Estrie, l'étude visait une représentativité sous-régionale, c'est-à-dire par territoire de CLSC. La taille de l'échantillon pour chacun de ces territoires a été

calculée à l'aide de la formule pour échantillonnage sans remise, c'est-à-dire en tenant compte de la taille de la population mère. Ainsi, pour estimer avec un niveau de précision de $\pm 15\%$ le caof chez les élèves de deuxième année, la taille échantillonnale variait entre 111 et 266 sujets selon le territoire de CLSC. En prévoyant un taux de participation de 80 %, tel qu'on l'a observé en sixième année au cours de la dernière enquête dans cette région, le nombre de sujets à sélectionner variait entre 139 et 332 selon le territoire de CLSC.

En maternelle, l'étude visait une représentativité provinciale. Deux régions, Montréal et Lanaudière, ont cependant décidé de procéder à un suréchantillonnage afin d'obtenir un portrait régional de cette population. Un échantillon de 1496 sujets de maternelle était suffisant pour estimer, avec un niveau de précision de $\pm 10\%$, le nombre de caries sur la dentition temporaire des élèves québécois de maternelle. Pour des raisons de faisabilité et de coût, un compromis sur la précision recherchée ($\pm 15\%$ du caof) a été fait au moment du calcul de la taille échantillonnale pour les régions qui désiraient un portrait régional des estimations. Ainsi, pour les régions de Montréal et de Lanaudière, un échantillon de 665 sujets à examiner était satisfaisant. Pour compenser la perte anticipée de sujets (refus de participer et absence au moment de l'examen), selon les taux observés en 1996-1997 chez les élèves de sixième année, la taille de l'échantillon a été majorée à 1000 élèves dans la région de Montréal et à 800 dans la région de Lanaudière. Compte tenu du suréchantillonnage effectué dans les deux régions, l'échantillon provincial n'a pas eu à être majoré.

3.1.2 Plan de sondage

Le plan de sondage suivi était tel qu'à l'intérieur d'une région, chaque école primaire connaissait une probabilité proportionnelle à son poids d'être sélectionnée et qu'à l'intérieur de la population régionale de chaque niveau scolaire, tous les élèves avaient la même probabilité d'être sélectionnés.

À l'exception des régions de Montréal, de Laval, de l'Estrie et de Lanaudière, 23 écoles par région, dont 4 de remplacement, ont été choisies pour constituer l'échantillon. Le choix de ces écoles a été fait de façon aléatoire avec une probabilité proportionnelle à leur poids respectif, mais sans aucune stratification préalable. Dans la région de Lanaudière, où un suréchantillonnage était prévu en maternelle, 48 écoles, dont 7 de remplacement, ont été sélectionnées. Pour les régions de Montréal, de Laval et de l'Estrie, une stratification a précédé le choix des écoles. À Montréal, après stratification selon la langue d'enseignement et compte tenu du suréchantillonnage prévu en maternelle, 12 écoles anglophones, dont 2 de remplacement, et 35 écoles francophones, dont 5 de remplacement, ont été choisies de façon aléatoire et proportionnellement à leur poids respectif. À Laval et dans l'Estrie, une stratification par territoire de CLSC a précédé le choix, aléatoire et proportionnel à leur poids, des écoles à visiter. À Laval, 6 écoles, dont 2 de remplacement, ont été choisies par territoire de CLSC, alors qu'en Estrie, entre 5 et 11 écoles, incluant les écoles de remplacement, ont été choisies par territoire de CLSC.

Un dentiste peut faire, en milieu scolaire, entre 25 et 30 examens par jour. On a donc, pour la majorité des régions participantes, examiné entre 18 et 22 enfants de deuxième année et entre 5 et 8 enfants de maternelle par jour dans chaque école visitée. Les enfants ont été choisis au hasard, et sans remplacement, à partir des listes complètes des élèves de deuxième année et de maternelle de chaque école sélectionnée. Dans les régions de Montréal et de Lanaudière, où on a procédé à un suréchantillonnage en maternelle pour en obtenir un portrait régional, on a examiné 17 élèves de maternelle et 8 élèves de deuxième année dans chacune des écoles visitées.

3.1.3 Technique de sélection des élèves

Pour l'ensemble du Québec, pour chaque niveau scolaire sur lequel portait l'étude, on a obtenu du MEQ les statistiques concernant les populations par école. Les responsables régionaux ont ensuite vérifié ces statistiques. Les chercheurs ont procédé aux calculs des populations mères et à l'énumération des écoles dans chaque région. Ils ont alors effectué la sélection des écoles constituant l'échantillon, avec remplacement, en

tenant compte du poids de ces écoles. Pour chacune des écoles de l'échantillon, le nombre de numéros aléatoires nécessaires a été tiré. Le responsable régional a déterminé, dans les listes scolaires obtenues auprès des écoles choisies, les enfants correspondant à ces numéros aléatoires et les a inscrits sur la liste d'enfants sélectionnés à examiner. Une lettre explicative, un formulaire de consentement et un questionnaire ont été expédiés aux parents. En cas de refus, l'enfant n'était pas remplacé.

3.2 Variables et indices utilisés

3.2.1 Variables dépendantes

- Nombre moyen de faces dentaires atteintes par la carie (caof et CAOOF).
- Pourcentage d'enfants atteints par la carie dans la population.
- Niveau de traitement de la carie (o/co).
- Prévalence des agents de scellement.
- Prévalence de la fluorose (TSIF).
- Utilisation des services dentaires.

3.2.2 Variables indépendantes

- Condition d'hygiène buccale (OHIS).
- Habitudes d'hygiène. Les mesures suivantes ont été considérées : brossage des dents la veille de l'examen ; fréquence du brossage des dents par jour ; brossage des dents au coucher.
- Variables sociodémographiques : région ; zone de résidence (métropolitaine, urbaine, rurale) ; âge et niveau scolaire ; sexe ; statut d'immigrant ; langue parlée à la maison ; niveau de scolarité du père et de la mère ; niveau de revenu familial ; statut de prestataire de la sécurité du revenu.
- Autres variables : consommation de collations cariogènes au coucher ; temps écoulé depuis la dernière visite chez le dentiste ; raisons de l'absence de visite durant la dernière année ; nature habituelle des visites chez le dentiste (symptomatique ou asymptomatique) ; fréquence habituelle des visites chez le dentiste ; profil d'utilisation des services dentaires par les parents ; couverture par une assurance dentaire privée ; édentation du père ou de la mère ; connaissances et opinions des parents sur la fluoruration des eaux de consommation.

3.3 Collecte des données

Afin d'assurer une comparabilité optimale entre les résultats des enquêtes de 1989-1990 et de 1998-1999, la collecte des données en 1998-1999 a suivi le calendrier de celle effectuée en 1989-1990.

3.3.1 Examen clinique

L'examen clinique est un examen de type 3 selon l'Association dentaire américaine, soit un examen avec lumière, miroir et explorateur sans prise de radiographies. Au moment de la visite à l'école, le dentiste examine l'enfant sélectionné en utilisant une procédure d'examen précise, assimilée durant la session de formation et d'uniformisation. Les enfants qui sont absents ou qui refusent l'examen ne sont pas remplacés. Les données sont enregistrées directement sur le formulaire d'examen buccodentaire, présenté à l'annexe 1 (p.127). Les instruments et les équipements utilisés pour l'examen sont similaires pour tout le Québec. Il s'agit d'une chaise portative ou d'une tête portative, d'une lampe médicodentaire Rolux, d'un miroir plan numéro 4 et d'un explorateur numéro 5.

3.3.2 Questionnaire destiné aux parents

Un questionnaire auto-administré, rédigé dans les deux langues officielles, a été envoyé aux parents des enfants sélectionnés. Il comportait, sur la première page, le formulaire de consentement de participation à l'étude, qui devait être rempli par le père ou la mère. Une copie de la version française de ce questionnaire est présentée à l'annexe 2 (p.129). L'hygiéniste dentaire de l'école ou le coordonnateur régional de l'étude a procédé à la distribution, à la collecte et à la vérification des questionnaires destinés aux parents avant de les retourner à l'équipe centrale pour saisie et analyse.

3.4 *Formation des examinateurs et concordance de leurs évaluations*

Dans le but d'assurer une comparabilité optimale des résultats de 1983-1984, de 1989-1990 et de 1998-1999, un des deux dentistes qui étaient responsables du calibrage en 1983-1984 et 1989-1990 a dirigé la formation. Les 13 dentistes examinateurs ont participé à une séance de formation et d'uniformisation d'une durée de trois jours. Un guide détaillé, décrivant chacun des critères d'examen utiles à la mesure des indices épidémiologiques choisis, avait été préparé à leur intention. Ce guide est présenté à l'annexe 3 (p.139). Les deux premières journées de cette séance ont servi à la formation théorique et pratique des dentistes examinateurs. Le dernier jour, le degré d'accord de chaque examinateur avec un examinateur qui servait de référence (Gold Standard) a été évalué pour la carie dentaire et la fluorose. La statistique Kappa, le pourcentage d'accord et le coefficient de corrélation intraclasse ont été utilisés pour l'analyse de la reproductibilité interexamineurs.

3.4.1 Carie dentaire

Les pourcentages d'accord entre l'examineur de référence et chacun des dentistes, pour les indices CAOOF et caof, sont élevés (entre 83 % et 100 %). Lorsque ces indices sont traités en variables continues, le coefficient de corrélation intraclasse montre une excellente reproductibilité interexamineurs, car toutes les valeurs sont supérieures à 0,90. Lorsqu'ils sont traités en variables catégorielles et globalement, c'est-à-dire pour l'ensemble des dentistes, la statistique Kappa atteint la valeur de 0,80, ce qui dénote une bonne fiabilité. La statistique Kappa a également été utilisée pour évaluer la variabilité entre l'examineur de référence et chacun des dentistes, en ce qui concerne l'appréciation de chacune des faces dentaires. Pour l'ensemble des diagnostics possibles, le Kappa varie, selon les dentistes, de 0,82 à 0,98 (fiabilité excellente). En considérant uniquement les faces atteintes (composantes *c* et *o* du caof et composantes *C* et *O* du CAOOF), il varie de 0,48 à 0,94, ce qui représente une fiabilité qu'on peut qualifier de modérée à excellente (Tableau 3-1, p.48).

3.4.2 Fluorose

La reproductibilité interexamineurs pour la mesure de la fluorose dentaire a été évaluée à l'aide de la statistique Kappa et du pourcentage d'accord sur l'ensemble des catégories à l'étude. Douze dentistes ont obtenu des valeurs du Kappa supérieures à 0,61 (fiabilité bonne ou excellente) et un seul a obtenu une valeur comprise entre 0,41 et 0,60 (fiabilité modérée). Lorsque les diagnostics de l'ensemble des dentistes sont globalement comparés à ceux de l'examineur de référence, la fiabilité est excellente avec une statistique Kappa de 0,81. Par ailleurs, 12 des 13 examinateurs ont obtenu des pourcentages d'accord supérieurs à 80 % (Tableau 3-2, p.48).

3.5 *Analyses statistiques*

Pour chaque variable dépendante de l'étude, on a établi des tableaux croisés avec chacune des variables indépendantes. Pour étudier les caractéristiques des enfants qui présentent une condition particulière, par

exemple un niveau de carie important, des analyses de régression logistique multivariée ont été réalisées. Ces analyses permettent d'estimer, à l'aide du ratio de cotes ajusté, la probabilité, par exemple, d'atteindre un important niveau de carie, engendrée par l'exposition à chacune des variables indépendantes de l'étude, tout en contrôlant l'effet des autres variables indépendantes. Ainsi, un ratio de cotes de 2, pour une catégorie d'individus, signifie que la probabilité est deux fois plus grande pour les individus de cette catégorie d'atteindre un niveau de carie élevé que pour les individus de la catégorie de référence. Inversement, un ratio de cotes de 0,5, pour une catégorie d'individus, signifie que la probabilité est deux fois plus petite pour les individus de cette catégorie d'atteindre un niveau de carie élevé que pour les individus de la catégorie de référence. Dans le texte du présent rapport, on utilise souvent le terme *risque* pour désigner cette probabilité estimée par l'analyse de régression logistique. Il est cependant important de noter que l'estimation du risque relatif, à l'aide du ratio de cotes, est d'autant plus juste que l'événement étudié est rare dans la population (Schlesselman, 1982 ; Rothman, 1986). De fait, lorsque la prévalence de l'événement excède 10 %, le ratio de cotes surestime le risque relatif (Bernard et Lapointe, 1987) et il est prudent d'en tenir compte dans l'interprétation des résultats.

Tableaux hors texte de la section 3 : Méthodes

Tableau 3-1 : Pourcentage d'accord, coefficient de corrélation intraclasse et statistique Kappa entre chacun des dentistes examinateurs et l'examineur de référence pour la carie (caof et CAOOF), p.48

Tableau 3-2 : Pourcentage d'accord et statistique Kappa entre chacun des dentistes examinateurs et l'examineur de référence pour la fluorose, p.48

4 Taux de participation, pondération et caractéristiques des participants

Pour les enfants de deuxième année, l'étude visait une représentativité régionale. Le Tableau 4-1 (p.50) indique les taux de participation, pour l'examen dentaire et le questionnaire destiné aux parents, des élèves de ce niveau scolaire dans chacune des 11 régions participantes. Sur les 6369 sujets sélectionnés, 79,7 % ont participé à l'examen (N = 5079). Le questionnaire destiné aux parents a par ailleurs été rempli pour 86,8 % des enfants sélectionnés dans ce niveau scolaire (N = 5526). Il est à noter que la région de l'Estrie a souhaité constituer un échantillon d'enfants de deuxième année à représentativité sous-régionale, c'est-à-dire par territoire de CLSC, ce qui explique qu'environ 4 fois plus de sujets que dans chacune des autres régions y ont été examinés.

Pour les enfants de maternelle, une représentativité provinciale était visée. Le Tableau 4-2 (p.50) présente les taux de participation, pour l'examen buccodentaire et le questionnaire destiné aux parents, des élèves de ce niveau scolaire dans chaque zone de résidence. Sur les 3561 élèves sélectionnés, 2512 ont été examinés (70,5 %) et 2900 ont retourné le questionnaire rempli par les parents (81,4 %). Il est à noter que deux régions, Montréal et Lanaudière, ont souhaité procéder à un suréchantillonnage afin d'obtenir une représentativité régionale des résultats chez les élèves de maternelle.

Au total, 7591 enfants ont été examinés : 5079 en deuxième année et 2512 en maternelle. Le Tableau 4-3 (p.51) présente, pour chacun des deux niveaux scolaires, une description des caractéristiques sociodémographiques des enfants examinés avant et après pondération. Afin d'être représentatives de la population du Québec et de la population des régions participantes, en ce qui concerne l'échantillon de deuxième année, les données ont été pondérées en trois étapes. Une première pondération a été appliquée afin que les deux échantillons, celui de deuxième année et celui de maternelle, respectent la distribution de la population québécoise par zone de résidence (métropolitaine, urbaine, rurale) et selon le revenu (faible, moyen, élevé). À cette étape, le poids tenait également compte de la distribution de la population selon la langue d'enseignement (français, anglais) dans la région de Montréal. Une seconde pondération a permis de

respecter le poids de la population provinciale vivant en zone de résidence métropolitaine à l'intérieur de l'échantillon de chacun des deux niveaux scolaires. Enfin, dans un troisième temps, les échantillons ont été pondérés en fonction de la distribution de la population selon le sexe (féminin, masculin). Le tableau qui suit résume la démarche utilisée pour la pondération. Tous les résultats présentés dans ce rapport proviennent d'analyses effectuées à l'aide des données pondérées.

Étape de la pondération	Échantillon de deuxième année	Échantillon de maternelle
Première	✓ Région ✓ Zones de résidence intrarégionales ✓ Revenu ✓ Langue d'enseignement à Montréal	✓ Zones de résidence provinciales ✓ Revenu ✓ Langue d'enseignement à Montréal
Deuxième	✓ Poids provincial de la zone métropolitaine	✓ Poids provincial de la zone métropolitaine
Troisième	✓ Sexe selon la distribution intrarégionale	✓ Sexe selon la distribution provinciale

4.1 Précision des estimations du caof et de la proportion d'enfants exempts de carie sur la dentition temporaire

Le bilan de la précision des estimations est présenté au Tableau 4-4 (p.52) pour le caof et au Tableau 4-5 (p.53) pour la proportion d'enfants exempts de carie sur la dentition temporaire. Ce bilan comprend le degré d'imprécision des estimations et l'intervalle de confiance à 95 %.

Pour les enfants de deuxième année, dans la majorité des régions, l'imprécision de l'estimation du caof est proche de la valeur de 15 % consentie pour le calcul de la taille échantillonnale. La région de l'Estrie, grâce à son suréchantillonnage, a réduit son niveau d'imprécision à 7,3 %. Les estimations par zone de résidence et pour l'ensemble du Québec sont par ailleurs excellentes. De fait, l'imprécision du caof (Tableau 4-4, p.52) est de 3,8 % sur le plan provincial, se tient sous les 7 % pour les zones de résidence urbaine et rurale et sous les 11 % pour la zone de résidence métropolitaine. Quant au degré d'imprécision des estimations de la proportion d'enfants exempts de carie sur la dentition temporaire (Tableau 4-5, p.53), toutes les valeurs calculées demeurent sous la barre des 6 %.

Chez les enfants de maternelle, l'imprécision des estimations du caof est également près de la valeur consentie pour le calcul de la taille échantillonnale (Tableau 4-4, p.52). En effet, elle n'atteint pas 16 % par zone de résidence et se situe à 7,7 %, donc bien en deçà du 10 % consenti, pour l'ensemble du Québec. Quant au degré d'imprécision de la proportion d'enfants exempts de carie sur la dentition temporaire (Tableau 4-5, p.53), il se situe toujours sous la barre des 4 %.

4.2 Comparaison entre les élèves participants et non participants à l'examen buccodentaire

Le questionnaire auto-administré remis aux parents avait pour objectif de recueillir des renseignements sur les caractéristiques des enfants et de leurs parents pouvant être associées à leurs problèmes buccodentaires. Il a également servi à établir une comparaison entre les élèves participants à l'examen et ceux qui n'y ont pas participé (refus de participer ou absence à l'occasion des séances d'examens dentaires en milieu scolaire). Les résultats de ces comparaisons sont présentés au Tableau 4-6 (p.54). Chez les élèves de deuxième année, on observe, à un niveau de confiance de 95 %, que les distributions de sujets examinés et non examinés diffèrent selon le revenu familial et selon que les parents sont ou non prestataires de la sécurité du revenu. Ainsi, les enfants de familles à faible revenu ou de parents prestataires de la sécurité du revenu ont-ils participé en moins grand nombre à l'examen buccodentaire. Des analyses stratifiées en fonction de ces variables permettront d'évaluer l'effet de ce biais potentiel sur

les résultats. Chez les élèves de maternelle, une seule variable a montré une différence de distribution entre les élèves participants et non participants, pour un niveau de confiance de 95 %. En effet, la variable *prestataire de la sécurité du revenu* montre une différence de distribution qui demeure faible, mais fera cependant l'objet de stratifications. À la lumière de ces résultats, il apparaît peu probable qu'un biais important ait été provoqué par la perte de sujets au moment de l'examen, tant pour l'échantillon de la deuxième année que pour celui de la maternelle.

Cependant, parallèlement à la participation à l'examen buccodentaire, il faut considérer la participation des parents au questionnaire auto-administré. Comme on peut le voir dans le tableau suivant, il existe une proportion non négligeable des sujets sélectionnés au départ (13,2 % en deuxième année et 18,6 % en maternelle) pour lesquels on ne dispose d'aucune donnée pouvant servir à établir des comparaisons, pour la simple raison que le questionnaire n'a pas été rempli ou que le sujet n'a pas eu d'examen buccodentaire.

Niveau scolaire	Sujets sélectionnés N (%)	Sujets sans questionnaire ni examen N (%)
Deuxième année	6369 (100 %)	843 (13,2 %)
Maternelle	3561 (100 %)	661 (18,6 %)

Ainsi, lorsqu'on s'interroge sur la représentativité des participants à l'examen et au questionnaire, nulle donnée ne peut nous éclairer. Toutefois, la participation volontaire liée à l'objet de l'étude est un biais couramment rencontré qui a des effets prévisibles. En effet, le fait de participer à une étude sur la santé buccodentaire suppose une sensibilisation accrue du sujet à cette problématique, favorisant généralement de meilleures habitudes et, par conséquent, une meilleure condition buccodentaire. Nous croyons donc que les prévalences des affections buccodentaires présentées dans ce rapport constituent des estimations légèrement conservatrices des prévalences réelles dans la population.

Tableaux hors texte de la section 4: Taux de participation, pondération et caractéristiques des participants

Tableau 4-1 : Taux de participation à l'examen et au questionnaire chez les enfants de deuxième année pour chacune des régions participantes, p.50

Tableau 4-2 : Taux de participation à l'examen et au questionnaire chez les enfants de maternelle, en fonction de la zone de résidence, p.50

Tableau 4-3 : Nombre et pourcentage d'enfants examinés, avant et après pondération, en fonction de leurs caractéristiques, p.51

Tableau 4-4 : Précision des estimations de la prévalence de la carie sur la dentition temporaire (caof) pour un niveau de confiance de 95 %, p.52

Tableau 4-5 : Précision des estimations de la proportion d'enfants exempts de carie sur la dentition temporaire pour un niveau de confiance de 95 %, p.53

Tableau 4-6 : Comparaison entre les élèves participants et non participants à l'examen selon certaines variables indépendantes, p.54

5 Prévalence de la carie

5.1 *Dentition permanente*

5.1.1 Maternelle

Les observations relatives à la carie sur la dentition permanente sont assez limitées chez les élèves de maternelle. Les résultats qui figurent au Tableau 5-1 (p.56) démontrent en effet que, outre les premières molaires et les incisives centrales inférieures qu'on retrouve chez environ le tiers des enfants de maternelle, très peu de dents permanentes sont présentes en bouche à l'âge de 5-6 ans. De fait, la moyenne de dents permanentes présentes en bouche dans ce groupe d'âge n'est que de 2,11 (Tableau 5-2, p.56). Le CAOD moyen est de 0,06 et se compose de 50 % de dents cariées et de 50 % de dents obturées (Tableau 5-3, p.57) ; le CAOOF moyen est de 0,07 (Tableau 5-4, p.58). Globalement, 96,6 % des enfants de maternelle n'ont jamais eu de carie sur leurs dents permanentes (Tableau 5-5, p.59, et Tableau 5-6, p.59). Bien qu'encore très faible, l'expérience de carie sur la dentition permanente a déjà tendance à se montrer associée à ses déterminants socioéconomiques traditionnels, à savoir, notamment, la langue parlée, le revenu familial et le niveau de scolarité des parents (Tableau 5-3, p.57 ; Tableau 5-4, p.58 ; Tableau 5-7, p.60).

5.1.2 Deuxième année

À 7-8 ans, on trouve déjà une dizaine de dents permanentes chez plus de 75 % des sujets (Tableau 5-1, p.56). La moyenne de dents permanentes présentes en bouche atteint alors 10,16 (Tableau 5-2, p.56). Le CAOD moyen est de 0,51, passant de 0,41 à 7 ans à 0,58 à 8 ans (Tableau 5-3, p.57). Le CAOOF moyen est de 0,73 et 84 % des faces atteintes sont obturées (Tableau 5-4, p.58). Les résultats stratifiés selon plusieurs variables indépendantes, présentés dans le Tableau 5-3 et le Tableau 5-4, montrent par ailleurs l'association qui existe entre ces deux indicateurs de l'expérience de la carie sur la dentition permanente et la langue parlée, le revenu familial, le fait d'être prestataire de la sécurité du revenu, la scolarité des parents, l'adhésion à une assurance dentaire privée, le fait qu'un des parents soit édenté, l'utilisation de services dentaires et l'hygiène buccodentaire.

En deuxième année, 24,1 % des enfants ont déjà expérimenté la carie sur leur dentition permanente (Tableau 5-5, p.59, et Tableau 5-6, p.59), une augmentation relative de plus de 600 % par rapport aux enfants de maternelle. La proportion de sujets atteints par la carie sur la dentition permanente est plus élevée dans les catégories d'individus suivantes : revenu familial inférieur à 30 000\$; scolarité des parents inférieure à la 5^e secondaire ; père ou mère prestataire de la sécurité du revenu ; père ou mère complètement édenté (Tableau 5-7, p.60).

5.2 *Dentition temporaire*

5.2.1 Maternelle

À 5-6 ans, presque toutes les dents temporaires sont encore présentes en bouche, ce qui constitue une moyenne d'environ 19 sur 20 (Tableau 5-8, p.61). Parmi ces 19 dents présentes, près de deux ont expérimenté la carie (caod = 1,95) dont seulement 0,03 (soit 3 dents par 100 sujets) ont dû être extraites (Tableau 5-9, p.62). Le nombre moyen de faces atteintes est de 3,92, et il passe de 3,43 à 5 ans à 4,68 à 6 ans (Tableau 5-10, p.63). Les deux indicateurs de l'expérience de la carie sur la dentition temporaire, soit le caod et le caof, varient de façon très importante en fonction des variables de stratification suivantes : la langue parlée, le statut d'immigration, le revenu familial, le niveau de scolarité des parents, le fait de

recevoir des prestations de la sécurité du revenu, le fait qu'un des parents soit édenté, l'utilisation de services dentaires durant la dernière année et l'hygiène buccodentaire (Tableau 5-9, p.62, et Tableau 5-10, p.63). La proportion d'enfants de maternelle exempts de carie sur la dentition temporaire est de 58,2 % (Tableau 5-11, p.64, et Tableau 5-12, p.64).

5.2.2 Deuxième année

À 7-8 ans, seulement 13 dents temporaires sont encore présentes en bouche (Tableau 5-8, p.61) ; parmi ces dents, 2,7 sont atteintes par la carie (caod = 2,65) dont 0,08 (soit 8 dents par 100 sujets) ont dû être extraites (Tableau 5-9, p.62). Le caof moyen est de 5,83, et il passe de 5,12 à 7 ans à 6,40 à 8 ans (Tableau 5-10, p.63). À l'instar des élèves de maternelle et de façon encore plus marquée, la présence de caries sur la dentition temporaire des enfants de deuxième année est associée à la langue parlée, au revenu familial, au niveau de scolarité des parents, au fait de recevoir des prestations de la sécurité du revenu, au fait que l'un des parents soit édenté, à l'utilisation de services dentaires durant la dernière année et à l'hygiène buccodentaire (Tableau 5-9, p.62, et Tableau 5-10, p.63). La proportion d'enfants de deuxième année exempts de carie sur la dentition temporaire est de 44,0 % (Tableau 5-11, p.64, et Tableau 5-12, p.64).

5.3 Évolution de la prévalence de la carie selon l'âge

5.3.1 Indice CAOOF sur la dentition permanente

Bien que n'ayant pas encore atteint l'unité pour les enfants âgés de 8 ans, l'indice CAOOF évolue rapidement de la maternelle à la deuxième année. En effet, et comme en fait foi la Figure 5-1, le CAOOF passe de 0,04 à 5 ans à 0,83 à 8 ans. L'augmentation relative la plus importante (480 %) de l'indice se situe entre l'âge de 6 ans (CAOOF = 0,10) et celui de 7 ans (CAOOF = 0,58). Cette augmentation est principalement due à l'augmentation des faces obturées (Tableau 5-4, p.58) et coïncide avec le début de l'utilisation de services dentaires pour plusieurs enfants et la fenêtre de plus grande susceptibilité à la carie des premières molaires permanentes.

Figure 5-1 : Nombre moyen de faces permanentes cariées, absentes ou obturées (CAOOF), selon l'âge

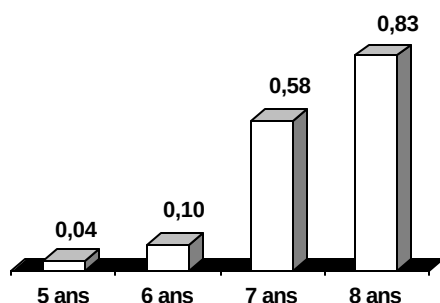
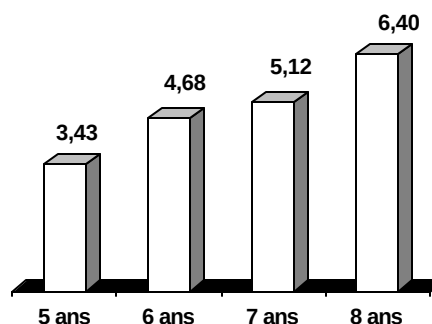


Figure 5-2 : Nombre moyen de faces temporaires cariées, absentes ou obturées (caof), selon l'âge



5.3.2 Indice caof sur la dentition temporaire

La Figure 5-2 illustre l'évolution de l'indice caof entre 5 et 8 ans. Le caof évolue de façon progressive, passant de 3,43 à 5 ans à 6,4 à 8 ans, ce qui représente une nouvelle face atteinte en moyenne par année. Contrairement à ce que l'on observe avec le CAOOF sur la dentition permanente, la plus faible augmentation relative (9 %) de l'indice caof a lieu entre l'âge de 6 ans et celui de 7 ans. Pendant cet

intervalle, il y a une diminution marquée (- 48 %) de la composante *c*, une augmentation importante (78 %) de la composante *a* et une augmentation modérée (25 %) de la composante *o* (Tableau 5-10, p.63). Ces dernières observations, qui vont de pair avec celles qu'on a faites pour le même intervalle d'âge en ce qui a trait à la dentition permanente, sont possiblement liées au début de l'utilisation de services dentaires pour plusieurs enfants et à leur entrée en période de dentition mixte.

5.3.3 Proportions de sujets atteints et de sujets exempts de carie sur les deux dentitions

La Figure 5-3 illustre l'évolution selon l'âge du pourcentage d'enfants atteints par la carie alors que la Figure 5-4 illustre la situation inverse, c'est-à-dire la proportion d'enfants qui en sont exempts. Globalement, à 8 ans, 62,8 % des enfants sont atteints par la carie sur l'une ou l'autre des dentitions. Il s'agit d'une augmentation relative de 60 % par rapport à la prévalence observée à 5 ans. Sur la dentition permanente, une augmentation marquée (environ 300 %) de la prévalence de la carie se produit entre 6 ans (5,2 %) et 7 ans (20,9 %). Sur la dentition temporaire, l'augmentation de la prévalence est plus progressive, les dents étant présentes en bouche depuis de plus nombreuses années. La courbe illustrant la prévalence de la carie sur les deux dentitions indique que ce sont surtout les sujets atteints sur la dentition temporaire qui développent de la carie sur la dentition permanente.

Figure 5-3 : Pourcentage d'enfants atteints par la carie, selon l'âge et la dentition

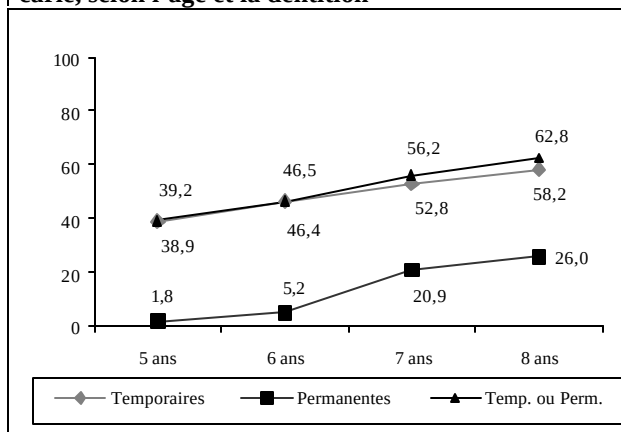
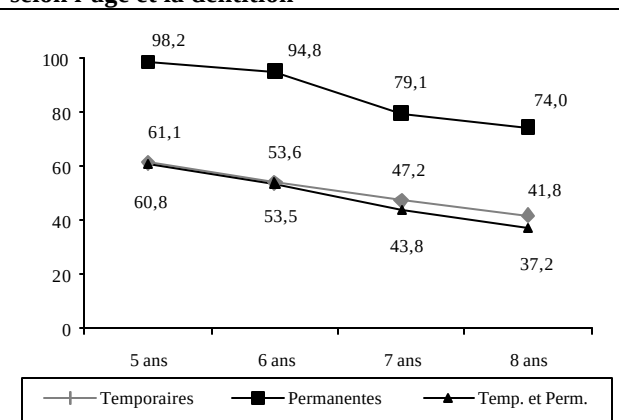


Figure 5-4 : Pourcentage d'enfants exempts de carie, selon l'âge et la dentition



Tableaux hors texte de la section 5 : Prévalence de la carie

Tableau 5-1 : Pourcentage des dents permanentes présentes en fonction du sexe et de l'âge des enfants, p.56

Tableau 5-2 : Nombre moyen de dents permanentes présentes, en fonction du sexe et de l'âge des enfants, p.56

Tableau 5-3 : Nombre moyen de dents permanentes cariées, absentes et obturées (CAOD), en fonction des caractéristiques des enfants, p.57

Tableau 5-4 : Nombre moyen de faces permanentes cariées, absentes et obturées (CAOF), en fonction des caractéristiques des enfants, p.58

Tableau 5-5 : Pourcentage d'enfants selon le nombre de dents permanentes atteintes (CAOD), le niveau scolaire et l'âge, p.59

Tableau 5-6 : Pourcentage d'enfants selon le nombre de faces permanentes atteintes (CAOF), le niveau scolaire et l'âge, p.59

Tableau 5-7 : Pourcentage d'enfants atteints par la carie sur les dents permanentes en fonction des caractéristiques des enfants, p.60

Tableau 5-8 : Nombre moyen de dents temporaires présentes, en fonction des caractéristiques des enfants, p.61

Tableau 5-9 : Nombre moyen de dents temporaires cariées, absentes et obturées (caod), en fonction des caractéristiques des enfants, p.62

Tableau 5-10 : Nombre moyen de faces temporaires cariées, absentes et obturées (caof), en fonction des caractéristiques des enfants, p.63

Tableau 5-11 : Pourcentage d'enfants selon le nombre de dents temporaires atteintes (caod), le niveau scolaire et l'âge, p.64

Tableau 5-12 : Pourcentage d'enfants selon le nombre de faces temporaires atteintes (caof), le niveau scolaire et l'âge, p.64

6 Caractéristiques des enfants à risque élevé de carie sur la dentition temporaire

6.1 Maternelle

Plusieurs des caractéristiques sociodémographiques à l'étude sont associées à la présence de caries sur la dentition temporaire des enfants de maternelle. À titre d'exemple, le caof moyen passe de 2,34 chez les enfants dont les parents ont terminé des études universitaires à 6,61 chez ceux dont les parents n'ont pas terminé leur 5^e secondaire (Figure 6-1). De la même façon, la proportion d'enfants de maternelle exempts de carie sur la dentition temporaire diminue rapidement avec le niveau de scolarité des parents, passant de 67,8 % chez les enfants d'universitaires à 41,9 % chez ceux dont les parents n'ont pas terminé leur 5^e secondaire (Tableau 6-1, p.66). Par ailleurs, la carie sur les dents temporaires se concentre chez un groupe restreint d'enfants. En effet, comme l'illustre la Figure 6-2, alors que 58 % des enfants de maternelle n'ont aucune carie sur leurs dents temporaires, 24 % des enfants de ce groupe d'âge ont 5 faces temporaires ou plus atteintes et cumulent à eux seuls 90 % de toutes les faces atteintes sur la dentition temporaire dans ce groupe d'âge. Ces enfants à risque élevé de carie ont un caof moyen de 14,9, soit six fois et demie plus élevé que celui des enfants présentant un risque plus faible d'avoir des caries ($1 \leq \text{caof} \leq 4$).

Figure 6-1 : Nombre moyen de faces temporaires cariées, absentes ou obturées (caof) chez les enfants de maternelle, en fonction du niveau de scolarité des parents

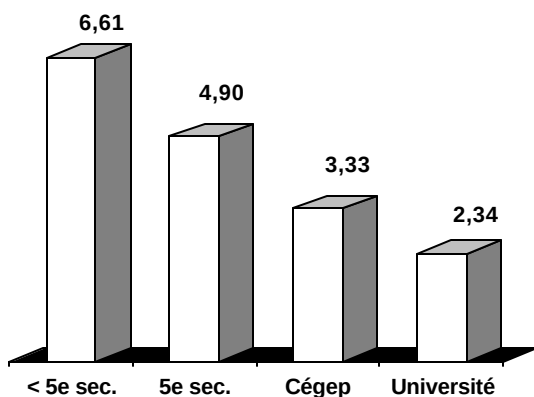
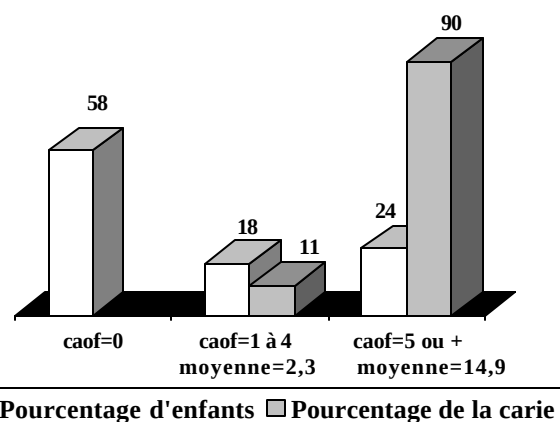


Figure 6-2 : Pourcentage d'enfants de maternelle dont 0, 1 à 4, ou 5 faces temporaires ou plus sont atteintes (caof), et pourcentage de la carie associée à ces trois groupes



La répartition des enfants de maternelle dans les trois groupes (exempts ; risque moyen avec un caof s'échelonnant entre 1 et 4 ; risque élevé avec un caof de 5 ou plus) en fonction de diverses caractéristiques sociodémographiques et d'habitudes d'hygiène et d'utilisation de services dentaires est présentée au Tableau 6-1 (p.66). Les résultats d'une régression logistique multivariée, réalisée dans le but de déterminer le risque d'avoir des caries sur 5 faces ou plus, sont présentés au Tableau 6-2 (p.67). Il ressort de ces deux tableaux que les enfants de maternelle présentant l'une des caractéristiques énumérées ci-après courent un risque environ deux fois plus élevé que leurs pairs d'avoir des caries sur 5 faces ou plus de leur dentition temporaire : le revenu familial n'atteint pas 30 000 \$; le plus haut niveau de scolarité atteint par les parents n'excède pas la 5^e secondaire ; l'un des parents est prestataire de la sécurité du revenu ; l'un des parents est édenté ; la famille habite en zone de résidence urbaine ou rurale ; la dernière visite de l'enfant chez son dentiste a eu lieu dans la dernière année ; l'enfant brosse ses dents moins de 2 fois par jour ou son hygiène buccodentaire est médiocre (indice OHIS). D'autres facteurs, tels que la langue maternelle (autre que le français ou l'anglais) et le statut d'immigrant récent (depuis 5 ans ou moins), favorisent un risque plus élevé d'avoir des caries, mais, compte tenu du petit nombre de sujets présentant ces caractéristiques, le ratio de cotes n'est pas apparu significatif (niveau de confiance de 95 %).

Le Tableau 6-3 (p.68) illustre la distribution des sujets dans les différentes catégories des variables de stratification lorsque le critère utilisé pour déterminer les enfants à risque élevé de carie est celui intégré au Programme public de services dentaires préventifs (PPSDP). Selon ce critère, on considère que l'enfant de maternelle court un risque élevé d'avoir des caries si au moins une face est atteinte parmi les faces buccales et proximales de ses dents antérieures (à l'exception de la face distale de ses canines) ou si au moins deux faces sont atteintes parmi les faces proximales de ses dents postérieures (incluant la face distale de ses canines). Les résultats sont très comparables à ceux obtenus lorsque le risque élevé est déterminé par l'atteinte de 5 faces ou plus de la dentition temporaire. En effet, les mêmes facteurs entraînent un risque accru.

6.2 Deuxième année

Le Tableau 6-1 (p.66) présente la distribution des enfants de 2^e année selon le nombre de faces temporaires atteintes (0, 1 à 4, 5 à 9, 10 ou plus) et selon diverses caractéristiques sociodémographiques, de même que selon certaines caractéristiques relatives à l'utilisation de services dentaires et à l'hygiène

buccodentaire. Les résultats démontrent que, de la même façon que chez les élèves de maternelle, plusieurs de ces variables sont associées à l'expérience de la carie sur la dentition temporaire chez les enfants de 2^e année. À titre d'exemple, et comme l'illustre la Figure 6-3, la proportion d'enfants à risque élevé de carie sur la dentition temporaire (caof ≥ 10 faces) passe du simple (15,0 %) au triple (43,5 %) selon que les parents ont terminé des études universitaires ou qu'ils n'ont pas terminé leur 5^e secondaire. Par ailleurs, ces enfants, qui représentent 26 % de tout l'échantillon, cumulent à eux seuls 77 % de toutes les faces atteintes sur la dentition temporaire dans ce groupe d'âge (Figure 6-4) ; ils ont un caof moyen 7 fois plus élevé que celui du groupe à faible risque ($1 \leq \text{caof} \leq 4$).

Figure 6-3 : Pourcentage d'enfants de deuxième année dont 10 faces temporaires ou plus sont atteintes par la carie (caof ≥ 10), en fonction du niveau de scolarité des parents

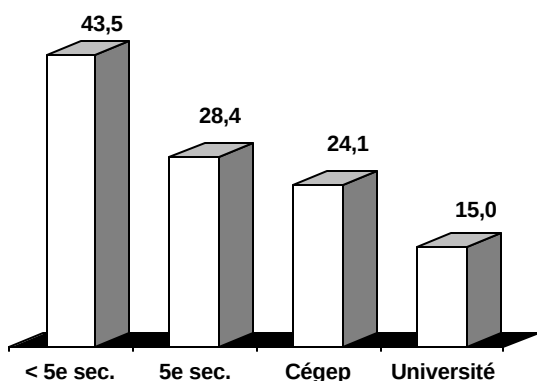
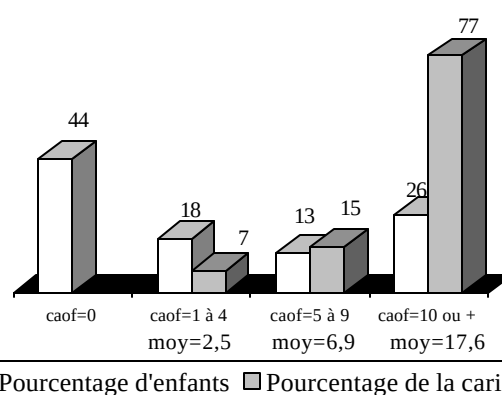


Figure 6-4 : Pourcentage d'enfants de deuxième année dont 0, 1 à 4, 5 à 9, ou 10 faces temporaires ou plus sont atteintes (caof), et pourcentage de la carie associée à ces quatre groupes



Les résultats d'une régression logistique multivariée, réalisée dans le but de déterminer le risque d'avoir des caries sur 10 faces ou plus, sont présentés au Tableau 6-4 (p.69). Il ressort de ce tableau que les enfants de 2^e année parlant une autre langue que le français ou l'anglais ou dont les parents n'ont pas terminé leur 5^e secondaire connaissent un risque environ trois fois plus élevé que leurs pairs d'avoir des caries sur 10 faces ou plus de leur dentition temporaire. Ce risque est multiplié par un facteur excédant deux lorsque les enfants n'ont pas une bonne hygiène buccodentaire (indice OHIS), et est près du double lorsque le revenu familial est inférieur à 50 000 \$, que les parents n'ont pas de diplôme universitaire ou que l'un d'eux est complètement édenté.

Tableaux hors texte de la section 6 : Caractéristiques des enfants à risque élevé de carie sur la dentition temporaire

Tableau 6-1 : Pourcentage d'enfants selon le nombre de faces temporaires atteintes (caof) et selon les caractéristiques des enfants, p.66

Tableau 6-2 : Régression logistique multivariée : risque d'avoir au moins 5 faces temporaires cariées, absentes ou obturées (caof ≥ 5), en fonction des caractéristiques des enfants de maternelle, p.67

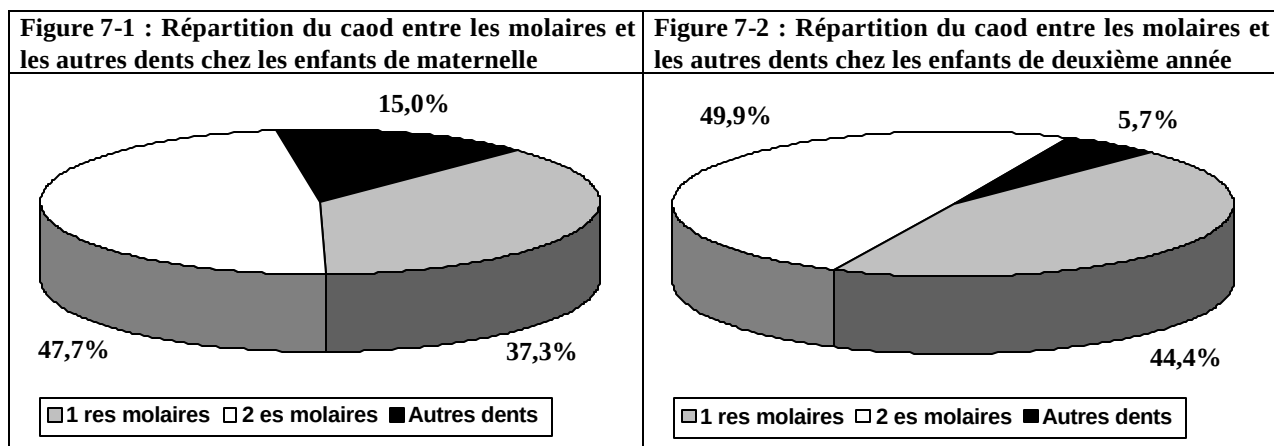
Tableau 6-3 : Proportion d'enfants de maternelle classifiés à risque élevé de carie, selon le critère provincial utilisé dans le PPSDP, en fonction de leurs caractéristiques, p.68

Tableau 6-4 : Régression logistique multivariée : risque d'avoir au moins 10 faces temporaires cariées, absentes ou obturées (caof ≥ 10), en fonction des caractéristiques des enfants de deuxième année, p.69

7 Distribution de la carie par type de dent et de face sur la dentition temporaire

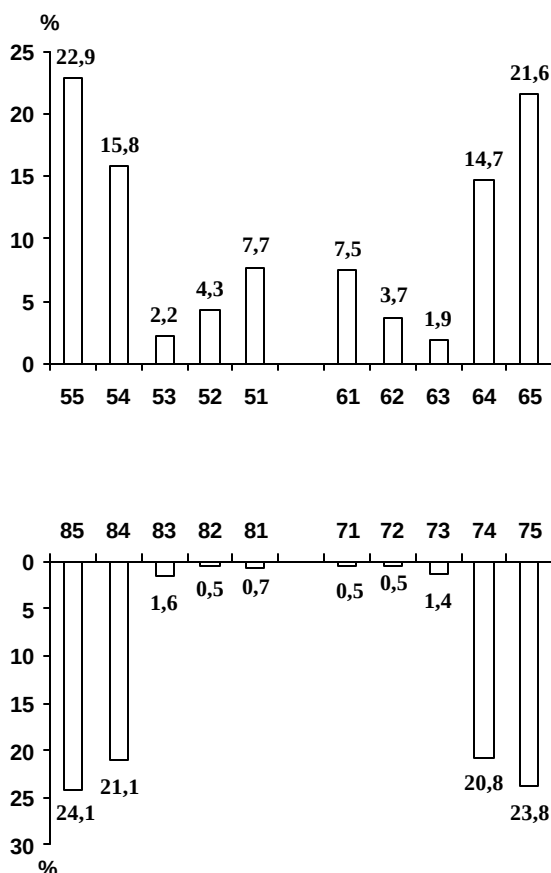
Le Tableau 7-1 (p.72) indique que, aussi bien chez les élèves de maternelle que chez ceux de deuxième année, environ 40 % des faces temporaires atteintes sont des faces occlusales de type fosses et sillons. Grâce à l'utilisation du caof modifié qui permet de différencier les deux parties, lisse et de fosses et sillons, des faces mixtes telles la face buccale des molaires inférieures et la face linguale des molaires supérieures, la proportion du caof attribuable à l'atteinte de l'ensemble des faces de fosses et sillons a pu être calculée. Le Tableau 7-2 (p.72) présente cette proportion chez les enfants de maternelle et chez ceux de deuxième année. De fait, pour les deux niveaux scolaires, environ 46 % des faces temporaires atteintes sont des faces de fosses et sillons. Ainsi, parmi les faces de fosses et sillons, ce sont majoritairement les faces occlusales qui sont atteintes.

La distribution de la carie sur les différentes dents temporaires est la suivante : en maternelle, 85 % du caod se situe sur les premières et deuxièmes molaires (Figure 7-1), alors qu'en deuxième année, pratiquement 95 % du caod se situe sur ces dents (Figure 7-2).



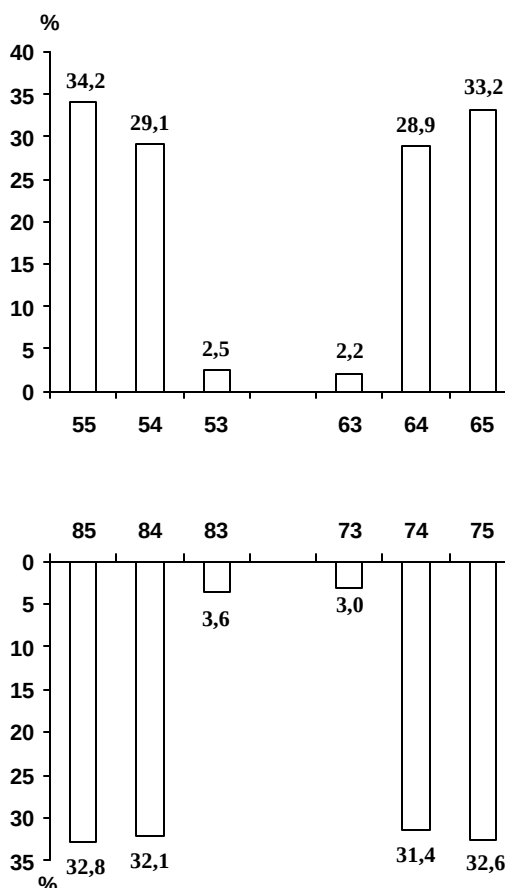
La Figure 7-3 et la Figure 7-4 illustrent, quant à elles, le pourcentage des dents temporaires présentes au moment de l'examen et qui sont atteintes par la carie. Chez les enfants de maternelle (Figure 7-3), les quatre premières molaires et les deuxièmes molaires inférieures sont atteintes dans des proportions variant de 21 % à 24 %, les deuxièmes molaires supérieures, dans des proportions d'environ 15 %, les incisives supérieures, dans des proportions variant de 4 % à 8 %, alors que les incisives inférieures et les canines sont très peu atteintes. Chez les élèves de deuxième année (Figure 7-4), les quatre premières molaires et les deuxièmes molaires inférieures sont atteintes dans des proportions variant de 31 % à 34 %, les deuxièmes molaires supérieures, dans des proportions d'environ de 29 % et les canines, dans des proportions variant entre seulement 2 % et 4 %. Dans le cas des quatre premières molaires et des deuxièmes molaires inférieures, il s'agit, depuis la maternelle jusqu'à la deuxième année, d'une augmentation de l'atteinte de l'ordre de 45 % et, dans le cas des deuxièmes molaires supérieures, d'une augmentation de l'atteinte de plus de 90 %. Dans la Figure 7-4, les incisives ne sont pas présentées, car elles sont exfoliées chez plus de 50 % des sujets.

Figure 7-3 : Pourcentage des dents temporaires présentes en bouche qui sont atteintes par la carie chez les enfants de maternelle



En maternelle, chacune des dents temporaires est présente chez au moins 50 % des enfants.

Figure 7-4 : Pourcentage des dents temporaires présentes en bouche qui sont atteintes par la carie chez les enfants de deuxième année



Comme chacune des incisives temporaires est exfoliée chez plus de 50 % des enfants de deuxième année, le pourcentage de dents atteintes n'a pas été calculé pour ces dents.

Tableaux hors texte de la section 7 : Distribution de la carie selon le type de dent et de face sur la dentition temporaire

Tableau 7-1 : Localisation de la carie sur les faces occlusales et les autres faces (caof), p.72

Tableau 7-2 : Localisation de la carie sur les faces de fosses et sillons et les faces lisses (caof modifié à 96 faces), p.72

8 Niveau de traitement de la carie sur la dentition temporaire (% o/co)

Le niveau de traitement de la carie sur la dentition temporaire (o/co) est plus élevé chez les élèves de deuxième année que chez ceux de maternelle. En effet, les résultats présentés au Tableau 8-1 (p.74) démontrent qu'il atteint 84,5 % en deuxième année, tandis qu'il n'est que de 65,0 % en maternelle. Par ailleurs, il varie en fonction de plusieurs caractéristiques des enfants et de leurs parents, et ce, à un degré plus élevé chez les enfants de maternelle. Le facteur influant le plus le niveau de traitement de la carie sur

la dentition temporaire est la visite chez le dentiste durant la dernière année ; par exemple, chez les enfants de maternelle ayant visité le dentiste pendant la dernière année, le niveau de traitement de la carie sur la dentition temporaire atteint 71,4 %, alors qu'il se situe à 22,5 % chez ceux pour qui la dernière visite remonte à un an ou plus.

8.1 Groupes ayant des besoins de traitement de la carie sur la dentition temporaire

En maternelle, 77,0 % des enfants n'ont aucune face dentaire temporaire à faire traiter. En deuxième année, cette proportion atteint 81,6 % (Tableau 8-2, p.75). Par contre, dans chaque niveau scolaire, chez une proportion non négligeable d'enfants, 3 faces temporaires ou plus ont besoin de traitement ; cette proportion d'enfants cumule la majorité de toutes les faces à faire traiter. Ainsi, 11,7 % des enfants de maternelle ont 3 faces temporaires ou plus à traiter (moyenne = 6,8) et cumulent 83,0 % de toutes les faces temporaires à traiter dans ce groupe d'âge (Figure 8-1). En deuxième année, 7,4 % des élèves ont 3 faces temporaires ou plus à traiter (moyenne = 6,3) et cumulent 75,6 % de toutes les faces temporaires à traiter dans ce groupe d'âge (Figure 8-2). Dans les deux niveaux scolaires à l'étude, bien qu'à un moindre degré chez les élèves de deuxième année, la proportion de sujets ayant 3 faces temporaires ou plus à traiter varie en fonction de plusieurs caractéristiques des enfants et de leurs parents (Tableau 8-2, p.75).

Figure 8-1 : Pourcentage d'enfants de maternelle avec 0, 1 à 2, ou 3 faces temporaires ou plus à traiter, et pourcentage de l'ensemble des faces à traiter dans chacun de ces trois groupes

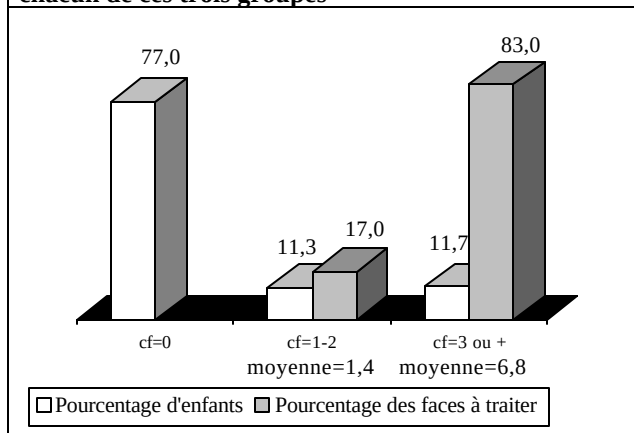
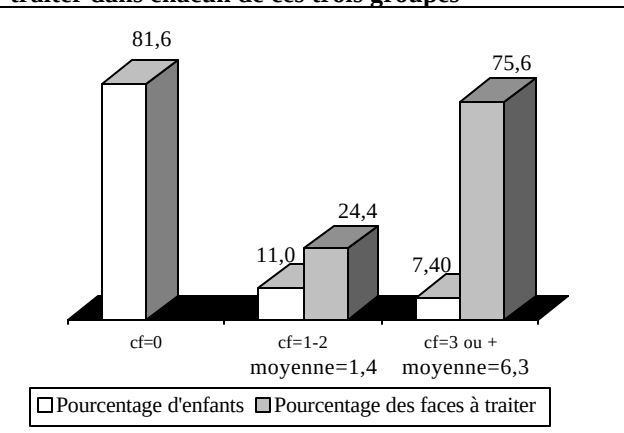


Figure 8-2 : Pourcentage d'enfants de deuxième année avec 0, 1 à 2, ou 3 faces temporaires ou plus à traiter, et pourcentage de l'ensemble des faces à traiter dans chacun de ces trois groupes



Les résultats d'une régression logistique multivariée, ayant comme variable dépendante le risque d'avoir au moins 3 faces temporaires cariées non traitées, sont présentés au Tableau 8-3 (p.76). Les facteurs qui caractérisent les enfants ayant un important besoin de traitement, c'est-à-dire ceux qui présentent un ratio de cotes significativement supérieur à un, sont les suivants : être en maternelle ; parler à la maison une autre langue que le français ou l'anglais ; avoir des parents dont le revenu familial est inférieur à 30 000 \$; avoir des parents dont la scolarité n'excède pas la 5^e secondaire ; avoir au moins un parent prestataire de la sécurité du revenu ; vivre en zone de résidence urbaine ou rurale ; n'avoir pas visité le dentiste durant la dernière année ; se brosser les dents moins de deux fois par jour ; ne pas avoir un bon indice d'hygiène (OHIS).

Tableaux hors texte de la section 8 : Niveau de traitement de la carie sur la dentition temporaire

Tableau 8-1 : Pourcentage des faces temporaires présentes et atteintes par la carie, qui sont obturées (o/co), en fonction des caractéristiques des enfants, p.74

Tableau 8-2 : Pourcentage d'enfants en fonction du nombre de faces temporaires à traiter et des caractéristiques des enfants, p.75

Tableau 8-3 : Régression logistique multivariée : risque d'avoir au moins 3 faces temporaires cariées à traiter (cf ≥ 3), en fonction des caractéristiques des enfants, p.76

9 Prévalence de l'amalgame dentaire

Compte tenu de l'inquiétude grandissante, dans la population, concernant une possible intoxication pouvant être imputable au mercure contenu dans les amalgames dentaires, il a semblé pertinent, dans la présente étude, d'évaluer le nombre d'obturations en amalgame présentes en bouche chez les élèves de maternelle et de deuxième année. Les résultats de cette analyse, qui tenait compte des dents temporaires et permanentes présentes en bouche au moment de l'examen clinique, sont présentés dans le Tableau 9-1 (p.78). En maternelle, 69,3 % des enfants n'ont aucune obturation d'amalgame en bouche, alors qu'une proportion de 15,7 % en a entre 1 et 3 et qu'une proportion de 14,9 % en a 4 ou plus. En deuxième année, ces proportions sont respectivement de 47,6 %, 20,5 % et 31,9 %. Comme il existe une étroite corrélation entre la prévalence d'obturations et la présence de caries, et que, par ailleurs, l'amalgame est le seul matériau couvert par le programme de soins dentaires destiné aux enfants administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour la restauration des dents postérieures, il n'est pas étonnant de constater, comme le montre le Tableau 9-1 (p.78), que les principales caractéristiques liées à la prévalence d'obturations en amalgame sont les mêmes que celles liées à l'expérience de la carie.

Tableau hors texte de la section 9 : Prévalence de l'amalgame dentaire

Tableau 9-1 : Pourcentage d'enfants en fonction du nombre d'obturations en amalgame (sur les dentitions temporaire et permanente) et de leurs caractéristiques, p.78

10 Évolution de la carie sur la dentition temporaire entre 1989-1990 et 1998-1999 chez les enfants de deuxième année

Le Tableau 10-1 (p.80) présente les résultats de la comparaison, entre 1989-1990 et 1998-1999, de la prévalence de la carie sur la dentition temporaire des élèves de deuxième année. Il appert que le caof a peu diminué pendant la dernière décennie chez les enfants de 7-8 ans. De fait, la diminution relative de l'indice global n'a été que de 5,8 %, le caof passant de 6,19 en 1989-1990 à 5,83 en 1998-1999, une évolution dont on peut légitimement questionner la signification clinique. Lorsque chacune des composantes est considérée séparément, les variations relatives suivantes sont observées : le nombre de faces cariées a diminué de 39,2 %, passant de 1,02 à 0,62, celui des faces absentes pour cause de carie a diminué de 21,3 %, passant de 0,47 à 0,37, et celui des faces obturées a augmenté de 3,0 %, passant de 4,70 à 4,84. Par ailleurs, la proportion d'enfants de deuxième année exempts de carie sur les dents temporaires a connu une augmentation de 15,2 %, passant de 38,2 % à 44,0 % et le niveau de traitement de la carie (% o/co) est passé de 76,0 % à 84,5 %, ce qui représente une augmentation de 11,2 %.

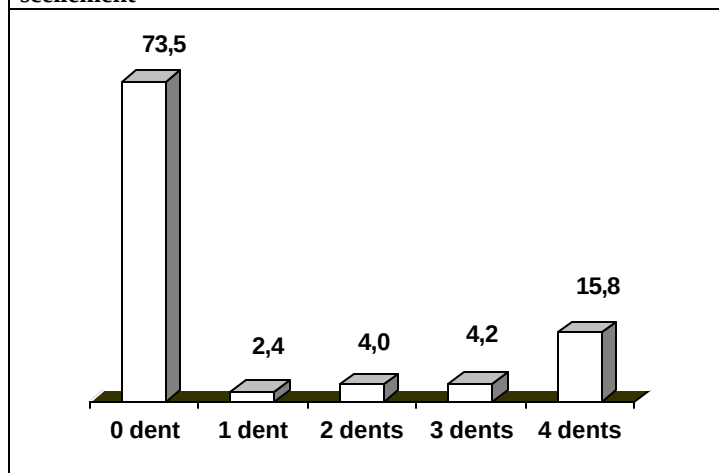
Tableau hors texte de la section 10 : Évolution de la carie sur la dentition temporaire entre 1989-1990 et 1998-1999 chez les enfants de deuxième année

Tableau 10-1 : Évolution de la carie sur les faces temporaires (caof) entre 1989-1990 et 1998-1999 chez les enfants de deuxième année, p.80

11 Caractéristiques particulières des élèves de deuxième année

11.1 Agents de scellement dentaire sur la dentition permanente des enfants de deuxième année

Figure 11-1 : Pourcentage d'enfants de deuxième année en fonction du nombre de dents permanentes ayant un agent de scellement



Comme l'illustre la Figure 11-1, 73,5 % des enfants de deuxième année n'ont aucun agent de scellement dentaire sur leurs dents permanentes. Parmi ceux qui ont des agents de scellement en bouche, soit 26,5 % de cette population, la majorité en a sur quatre dents. Le nombre moyen d'agents de scellement présents en bouche chez les élèves de deuxième année est de 0,87, comme l'indique le Tableau 11-1 (p.82). Ce tableau présente l'analyse stratifiée du nombre moyen d'agents de scellement et de la proportion d'enfants ayant de tels agents en bouche en fonction des caractéristiques des enfants et de leurs parents.

On observe que la prévalence des agents de scellement augmente avec le revenu familial, la scolarité des parents et la qualité de l'hygiène buccodentaire des enfants et qu'elle est également plus élevée chez les sujets francophones, chez ceux bénéficiant d'une assurance dentaire privée, chez ceux dont les parents ne sont pas prestataires de la sécurité du revenu et chez ceux ayant visité le dentiste durant la dernière année.

11.2 Participation au Programme public de services dentaires préventifs (PPSDP)

Il est à noter que les enfants bénéficiant du suivi préventif individualisé dans le cadre du PPSDP font partie du groupe identifié à risque élevé de développer de la carie selon le critère de classification appliqué au moment de l'entrée à la maternelle et qui est le suivant : au moins une face est atteinte parmi les faces buccales et proximales des dents antérieures (à l'exception de la face distale des canines), ou au moins deux faces sont atteintes parmi les faces proximales des dents postérieures (incluant la face distale des canines). Le Tableau 11-2 (p.83) présente la proportion de sujets de deuxième année bénéficiant du suivi préventif individualisé dans le cadre du PPSDP, pour l'ensemble de l'échantillon et selon les diverses variables caractérisant les enfants et leurs parents. Globalement, 13,8 % des enfants de deuxième année participent de façon individuelle au PPSDP. Il appert que la proportion d'enfants participant au suivi préventif individualisé du PPSDP, donc préalablement identifiés à risque élevé de carie, augmente lorsque le revenu familial ou la scolarité des parents diminue et lorsque la qualité de l'hygiène buccodentaire diminue ; elle est également plus élevée lorsque la langue parlée est autre que le français ou l'anglais, lorsque l'enfant ne bénéficie pas d'une assurance dentaire privée, lorsque l'un des parents est prestataire de la sécurité du revenu ou complètement édenté et lorsque l'enfant a visité le dentiste durant la dernière année.

11.3 Fluorose sur la dentition permanente

Les résultats de la mesure de la fluorose sur la dentition permanente des enfants de deuxième année sont présentés au Tableau 11-3 (p.84). Aucun cas de fluorose sévère n'a pu être observé au moment de l'examen clinique des enfants québécois de 7-8 ans. Globalement, une fluorose légère a été observée chez 0,9 % des sujets et une fluorose très légère, chez 12,6 % d'entre eux. La fluorose très légère est un peu plus fréquente chez les anglophones, lorsque le revenu familial est de 50 000 \$ ou plus et lorsque les parents ont terminé des études collégiales ou universitaires.

Tableaux hors texte de la section 11 : Caractéristiques particulières des élèves de deuxième année

Tableau 11-1 : Nombre moyen d'agents de scellement et pourcentage d'enfants de deuxième année ayant au moins un agent de scellement en bouche, en fonction des caractéristiques des enfants, p.82

Tableau 11-2 : Pourcentage d'enfants de deuxième année participant au PPSDP, en fonction de leurs caractéristiques, p.83

Tableau 11-3 : Pourcentage d'enfants de deuxième année qui présentent une fluorose, en fonction de leurs caractéristiques, p.84

12 Hygiène buccodentaire et habitudes alimentaires

12.1 Brossage des dents

Le Tableau 12-1 (p.86) présente, pour chaque niveau scolaire, la fréquence du brossage des dents la veille de l'examen, en fonction des caractéristiques des enfants et de leurs parents. En maternelle, 86,3 % des enfants ont brossé leurs dents au moins une fois la veille de l'examen alors que 59,1 % les ont brossées au moins deux fois. En deuxième année, ces proportions sont respectivement de 88,4 % et 65,3 %. Une forte majorité des enfants ont donc l'habitude de brosser leurs dents quotidiennement. La fréquence de brossage des dents varie selon certaines caractéristiques. Ainsi, les filles, les anglophones, les enfants de famille à revenu plus élevé ou de parents plus scolarisés, ceux ayant un bon indice d'hygiène buccodentaire (OHIS) ou ayant visité le dentiste durant la dernière année sont-ils plus nombreux à brosser leurs dents au moins deux fois par jour.

12.2 Indice de débris (OHIS)

L'indice de débris est un indicateur de la qualité de l'hygiène buccodentaire. On qualifie l'hygiène buccodentaire de bonne ($\text{OHIS} \leq 0,6$), de moyenne à passable ($0,6 < \text{OHIS} \leq 1,8$) ou de médiocre ($\text{OHIS} > 1,8$).

En maternelle, 10,1 % des enfants ont une bonne hygiène buccodentaire, 75,9 % ont une hygiène moyenne à passable et 14,0 % ont une hygiène médiocre. En deuxième année, ces proportions sont respectivement de 4,5 %, 71,2 % et 24,2 % (Tableau 12-2, p.87). La proportion d'enfants ayant une hygiène de piètre qualité semble particulièrement élevée chez les élèves de deuxième année et surtout chez ceux qui sont non francophones, immigrants ou qui vivent dans une zone de résidence métropolitaine.

12.3 Collation cariogène

Le Tableau 12-3 (p.88) présente les pourcentages d'enfants qui ont pris une collation cariogène avant d'aller au lit la veille de l'examen ; ils sont 29,3 % en maternelle et 28,0 % en deuxième année. Cette habitude varie peu en fonction des caractéristiques des enfants et de leurs parents si ce n'est qu'elle est un peu plus fréquente lorsque le revenu familial est plus bas ou que les parents sont moins scolarisés.

Tableaux hors texte de la section 12 : Hygiène buccodentaire et habitudes alimentaires

Tableau 12-1 : Pourcentage d'enfants en fonction du nombre de brossages des dents la veille de l'examen et de leurs caractéristiques, p.86

Tableau 12-2 : Pourcentage d'enfants dans chacune des catégories de l'indice OHIS en fonction de leurs caractéristiques, p.87

Tableau 12-3 : Pourcentage d'enfants qui ont pris une collation cariogène avant le coucher, la veille de l'examen, en fonction de leurs caractéristiques, p.88

13 Utilisation des services dentaires

13.1 Temps écoulé depuis la dernière visite chez le dentiste

Le Tableau 13-1 (p.90) présente la distribution des enfants de maternelle et de deuxième année en fonction du temps écoulé depuis leur dernière visite chez le dentiste et en fonction des caractéristiques des enfants. Pour la majorité des enfants, la dernière visite chez le dentiste remonte à moins d'un an. En effet, 85,1 % des enfants de maternelle et 90,5 % des enfants de deuxième année ont visité leur dentiste durant l'année précédant l'étude. Par ailleurs, environ un enfant de maternelle sur dix et un enfant de deuxième année sur vingt n'a pas visité son dentiste depuis plus de deux ans ou n'a jamais visité de dentiste. La proportion d'enfants n'ayant pas visité leur dentiste depuis plus de deux ans ou n'ayant jamais visité de dentiste est particulièrement élevée lorsque les parents eux-mêmes n'ont pas visité leur dentiste depuis plus de deux ans ou n'ont jamais visité de dentiste. Elle est également élevée lorsque la langue parlée est autre que le français ou l'anglais, que les parents ont immigré au Canada depuis cinq ans ou moins, que le revenu familial est inférieur à 30 000 \$ ou que l'un des parents est prestataire de la sécurité du revenu.

Les résultats d'une régression logistique multivariée, ayant pour objectif de déterminer les facteurs qui peuvent expliquer l'absence de visite chez le dentiste durant la dernière année, sont présentés au Tableau 13-2 (p.91). Il apparaît que le fait que les parents eux-mêmes n'aient pas visité de dentiste durant la dernière année multiplie de quatre à huit fois le risque que l'enfant n'ait pas visité son dentiste non plus durant la même période. Si l'enfant est à la maternelle ou si le revenu familial est inférieur à 50 000 \$, ce risque est multiplié par deux. Lorsque l'on interroge les parents sur les raisons pour lesquelles leur enfant n'a pas visité son dentiste durant la dernière année, une proportion de plus de 55 % invoquent soit l'absence de besoin, soit le manque d'argent (Figure 13-1 et Figure 13-2).

Figure 13-1 : Raisons invoquées par les parents pour expliquer que leur enfant n'ait pas visité le dentiste durant la dernière année : enfants de maternelle

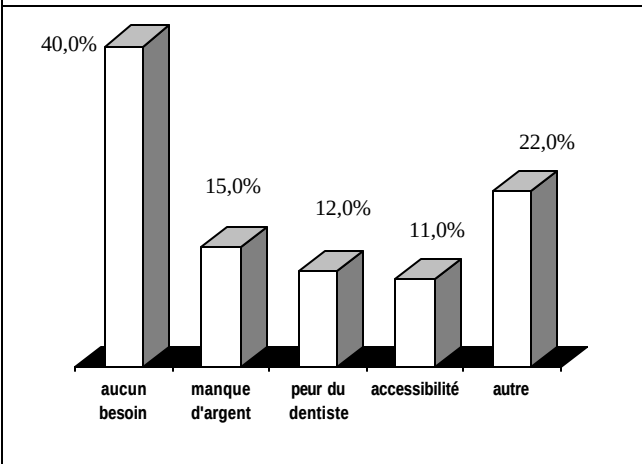
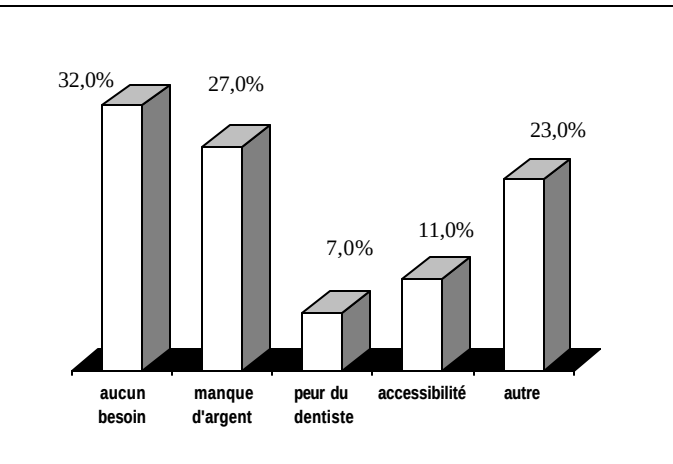


Figure 13-2 : Raisons invoquées par les parents pour expliquer que leur enfant n'ait pas visité le dentiste durant la dernière année : enfants de deuxième année



13.2 Nature et fréquence habituelles des visites chez le dentiste

La nature habituelle des visites chez le dentiste est qualifiée de symptomatique lorsque le sujet consulte essentiellement en présence de symptômes, par exemple lorsqu'une dent est douloureuse ou qu'une obturation est fracturée. Les sujets qui consultent régulièrement le dentiste en l'absence de symptômes, par exemple pour des examens de contrôle, font des visites dont la nature est dite asymptomatique. Le Tableau 13-3 (p.92) présente la distribution des enfants de maternelle et de deuxième année en fonction de la nature habituelle des visites chez le dentiste et en fonction des caractéristiques des enfants. On y observe, pour chaque niveau scolaire, que la proportion de sujets qui visitent le dentiste de façon symptomatique est particulièrement élevée chez les allophones et les immigrants récents (5 ans ou moins), lorsque les parents n'ont jamais consulté de dentiste ou que leur dernière visite remonte à plus de deux ans, ou lorsque les parents eux-mêmes consultent habituellement de façon symptomatique. Cette proportion est également élevée dans les familles à faible revenu, lorsqu'un des parents est prestataire de la sécurité du revenu ou lorsque la scolarité des parents n'atteint pas la 5^e secondaire.

Les résultats d'une régression logistique multivariée, présentés au Tableau 13-4 (p.93), montrent que le risque que la nature habituelle des visites de l'enfant chez le dentiste soit symptomatique est sept fois plus élevé chez les immigrants récents (5 ans ou moins), ainsi que lorsque les parents eux-mêmes consultent habituellement de façon symptomatique. Ce risque est également de deux à trois fois plus élevé chez les enfants de maternelle, chez les immigrants arrivés depuis plus de 5 ans et dans les familles dont le revenu est inférieur à 50 000 \$ ou dont les parents n'ont pas obtenu de diplôme universitaire.

Le Tableau 13-5 (p.94) présente, pour la sous-population des enfants dont la nature des visites est habituellement asymptomatique, la fréquence habituelle des visites chez le dentiste en fonction des caractéristiques des enfants. Ainsi, plus de 95 % des enfants de maternelle et de deuxième année qui consultent généralement de façon asymptomatique visitent-ils leur dentiste au moins une fois par année et près de 60 % le font tous les six mois. Sauf chez les enfants allophones ou d'immigrants et chez ceux dont les parents n'ont jamais visité de dentiste ou ne l'ont pas fait durant les deux dernières années, ils sont peu nombreux à visiter le dentiste seulement tous les deux ans ou encore moins fréquemment.

Tableaux hors texte de la section 13 : Utilisation des services dentaires

Tableau 13-1 : Pourcentage d'enfants en fonction du temps écoulé depuis la dernière visite chez un dentiste et de leurs caractéristiques, p.90

Tableau 13-2 : Régression logistique multivariée : risque de ne pas avoir visité un dentiste dans la dernière année, en fonction des caractéristiques des enfants, p.91

Tableau 13-3 : Pourcentage d'enfants en fonction de la nature habituelle des visites chez le dentiste et des caractéristiques des enfants, p.92

Tableau 13-4 : Régression logistique multivariée : risque d'avoir un comportement de visite symptomatique, en fonction des caractéristiques des enfants, p.93

Tableau 13-5 : Pourcentage d'enfants en fonction de la fréquence habituelle des visites chez le dentiste et des caractéristiques des enfants, p.94

14 Connaissances, croyances et opinions des parents sur la fluoruration des eaux de consommation

À l'heure actuelle, la fluoruration des eaux de consommation rejoint environ 13 % de la population québécoise. Dans le cadre de la présente étude, nous avons voulu explorer les connaissances des parents quant au statut de fluoruration des eaux de consommation de leur municipalité, quant à leurs croyances concernant l'efficacité de cette mesure pour prévenir la carie et la présence d'un éventuel risque pour la santé et, enfin, quant à leur degré d'accord avec son utilisation dans un but préventif. À cet effet, quatre questions leur ont été posées dans le questionnaire auto-administré qui leur était destiné (voir l'annexe 2, p.129).

La réponse des parents à la première question (*Selon vous, l'eau de votre municipalité est-elle fluorurée ?*) est présentée au Tableau 14-1 (p.96). Globalement, c'est-à-dire quel que soit le statut de fluoruration de l'eau de leur municipalité, plus du tiers des parents ont répondu ne pas savoir. Par ailleurs, moins du tiers des parents vivant en territoire où l'eau est non fluorurée et moins de 60 % de ceux vivant en territoire où l'eau est fluorurée ont une juste connaissance du statut de fluoruration de leur eau de consommation.

La réponse à la seconde question posée (*Croyez-vous que la fluoruration de l'eau est efficace pour prévenir la carie dentaire ?*) est présentée au Tableau 14-2 (p.96). Globalement, c'est-à-dire quel que soit le statut de fluoruration de l'eau de leur municipalité, un peu moins de la moitié des parents ont répondu que cette mesure est assez ou très efficace, alors qu'ils sont un peu plus d'un quart à croire qu'elle n'est pas ou est peu efficace et également un peu plus d'un quart à ne pouvoir se prononcer.

La réponse à la troisième question (*Croyez-vous que la fluoruration de l'eau est un risque pour la santé ?*) est présentée au Tableau 14-3 (p.97). Il appert que, quel que soit le statut de fluoruration de l'eau de leur municipalité, plus du tiers des parents n'osent toujours pas se prononcer, alors que plus de la moitié d'entre eux croient qu'il n'y a pas ou très peu de risques pour la santé. Environ 10 % pensent que la fluoruration de l'eau représente assez ou beaucoup de risques pour la santé.

À la dernière question posée (*De façon générale, êtes-vous en accord ou en désaccord avec le fait d'ajouter du fluor dans l'eau de consommation ?*), (Tableau 14-4, p.97), on observe, quel que soit le

statut de fluoruration de l'eau de leur municipalité, que 50 % des parents sont assez ou très en accord, que 16 % sont assez ou très en désaccord et qu'ils sont toujours environ un tiers à ne savoir que répondre.

Tableaux hors texte de la section 14 : Connaissances, croyances et opinions des parents sur la fluoruration des eaux de consommation

Tableau 14-1 : Réponse des parents québécois à la question « Selon vous, l'eau de votre municipalité est-elle fluorurée ? », selon le statut de fluoruration de l'eau de l'école que fréquente leur enfant, p.96.

Tableau 14-2 : Réponse des parents québécois à la question « Croyez-vous que la fluoruration de l'eau est efficace pour prévenir la carie dentaire ? », selon le statut de fluoruration de l'eau de l'école que fréquente leur enfant, p.96.

Tableau 14-3 : Réponse des parents québécois à la question « Croyez-vous que la fluoruration de l'eau est un risque pour la santé ? », selon le statut de fluoruration de l'eau de l'école que fréquente leur enfant, p.97.

Tableau 14-4 : Réponse des parents québécois à la question « De façon générale, êtes-vous en accord ou en désaccord avec le fait d'ajouter du fluor dans l'eau de consommation ? », selon le statut de fluoruration de l'eau de l'école que fréquente leur enfant, p.97.

15 Comparaison des indices buccodentaires selon la région et la zone de résidence

15.1 Résultats détaillés des indices buccodentaires selon la région et la zone de résidence

Du Tableau 15-1 au Tableau 15-14 (p.100 à 113), les données permettent de comparer entre elles les régions du Québec et les zones de résidence pour ce qui est des indices à l'étude. Les résultats sont présentés par région uniquement pour les enfants de deuxième année et par zone de résidence (métropolitaine, urbaine et rurale) pour les enfants de maternelle et de deuxième année. Des stratifications par âge (5 et 6 ans en maternelle ; 7 et 8 ans en deuxième année) sont également présentées pour certains indices. Enfin, une série de six cartes géographiques (de la Figure 15-1 à la Figure 15-6, p.29 à 31) viennent compléter la description comparative des diverses régions sociosanitaires du Québec ayant participé à la présente étude.

Les résultats régionaux et par zone de résidence relatifs à l'expérience de la carie sur la dentition permanente sont présentés, pour les enfants de deuxième année seulement, dans le Tableau 15-1 (p.100) et le Tableau 15-2 (p.101). Le CAOOF moyen varie entre une demi-face et une face selon la région et il est un peu plus faible en zone métropolitaine qu'en zone urbaine et rurale. Par ailleurs, la Figure 15-1 (p.29) présente le portrait comparatif de l'expérience de la carie sur les faces des dents permanentes (CAOF) des enfants de deuxième année des régions participantes.

L'expérience de la carie sur la dentition temporaire (caod et caof) des enfants de maternelle et de deuxième année des régions participantes est présentée dans le Tableau 15-3 (p.102) et le Tableau 15-4 (p.103). Le caof chez les enfants de deuxième année connaît des variations interrégionales importantes ; en effet, il fluctue entre 4,4 dans la région de Québec et 9,02 dans celle du Saguenay—Lac-Saint-Jean. La comparaison des indices caod et caof entre les trois zones de résidence montre peu de différence chez les élèves de deuxième année, alors que chez ceux de maternelle, ces indices sont légèrement plus faibles en

zone métropolitaine. La Figure 15-2 (p.29) présente une carte géographique comparant le caof dans les diverses régions participantes.

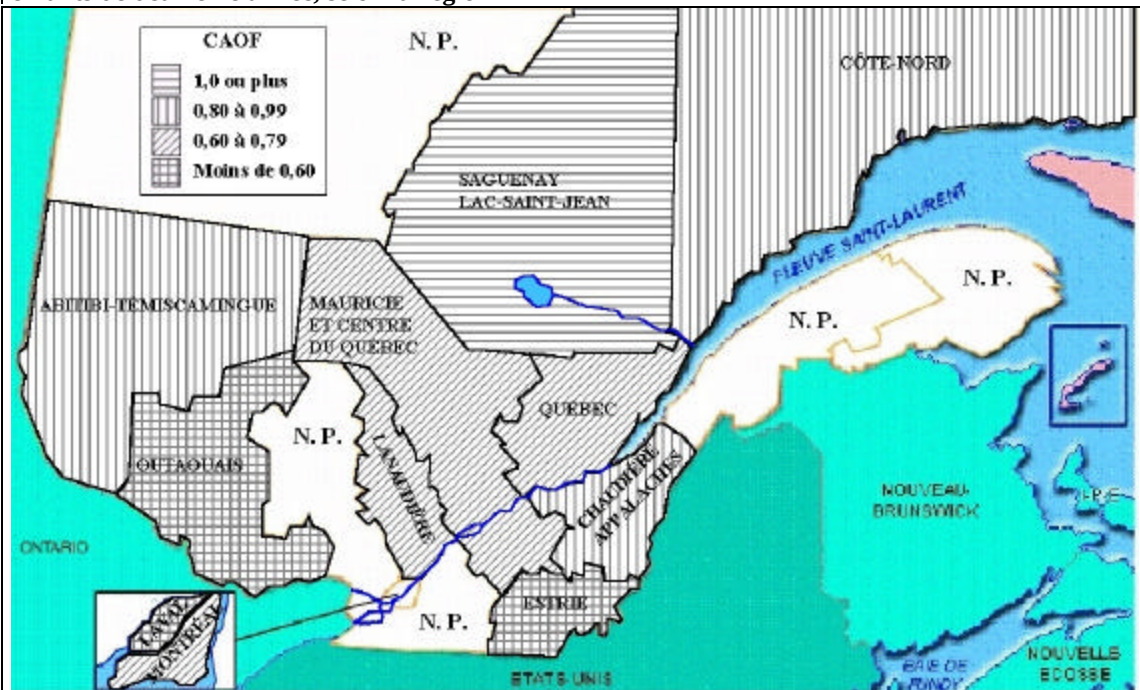
Le Tableau 15-5 (p.104) et le Tableau 15-6 (p.105) présentent la distribution des enfants en fonction du nombre de faces temporaires atteintes par la carie (caof). La proportion de sujets de deuxième année exempts de carie sur la dentition temporaire (caof = 0) fluctue entre 28,7 % (Saguenay—Lac-Saint-Jean) et 52,3 % (Laval). La région du Saguenay—Lac-Saint-Jean présente le taux d'atteinte le plus élevé avec 40,5 % des enfants de deuxième année ayant un caof de 10 ou plus. La Figure 15-3 (p.30) permet, d'un coup d'œil, de comparer les régions participantes quant à la proportion de sujets de deuxième année atteints par la carie sur la dentition temporaire, et la Figure 15-4 (p.30) présente les régions en fonction de la proportion de sujets de deuxième année les plus gravement atteints par la carie sur la dentition temporaire (caof $\geq$ 10). Par ailleurs, chez les élèves de maternelle, les proportions de sujets exempts et atteints varient peu entre les zones de résidence.

Le niveau de traitement de la carie sur la dentition temporaire (o/co) excède toujours 75 % chez les enfants de deuxième année (Tableau 15-7, p.106). Il varie de 76,6 % à 92,3 % selon la région et il est toujours un peu plus faible en zone de résidence rurale. En maternelle, il n'atteint pas les 70 % et il est toujours plus bas que 60 % en zone de résidence rurale. Quant à la proportion de sujets ayant besoin de traitement de la carie sur la dentition temporaire (cf $\geq$ 1), elle varie beaucoup d'une région à l'autre chez les élèves de deuxième année. Cette proportion passe en effet de 8,4 % dans la région de Québec à 33,9 % au Saguenay—Lac-Saint-Jean (Tableau 15-7, p.106 ; Figure 15-5, p.31). En maternelle, la proportion d'enfants ayant besoin de traitement de la carie est plus élevée en milieu rural.

La prévalence des agents de scellement dentaire sur la dentition permanente des enfants de deuxième année connaît des variations interrégionales importantes qui dépassent largement les variations entre les zones de résidence (Tableau 15-8, p.107 ; Figure 15-6, p.31). Une différence absolue de prévalence de plus de 20 points existe entre la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean (14,5 %) et celles de l'Outaouais (37,4 %) et de Québec (35,4 %).

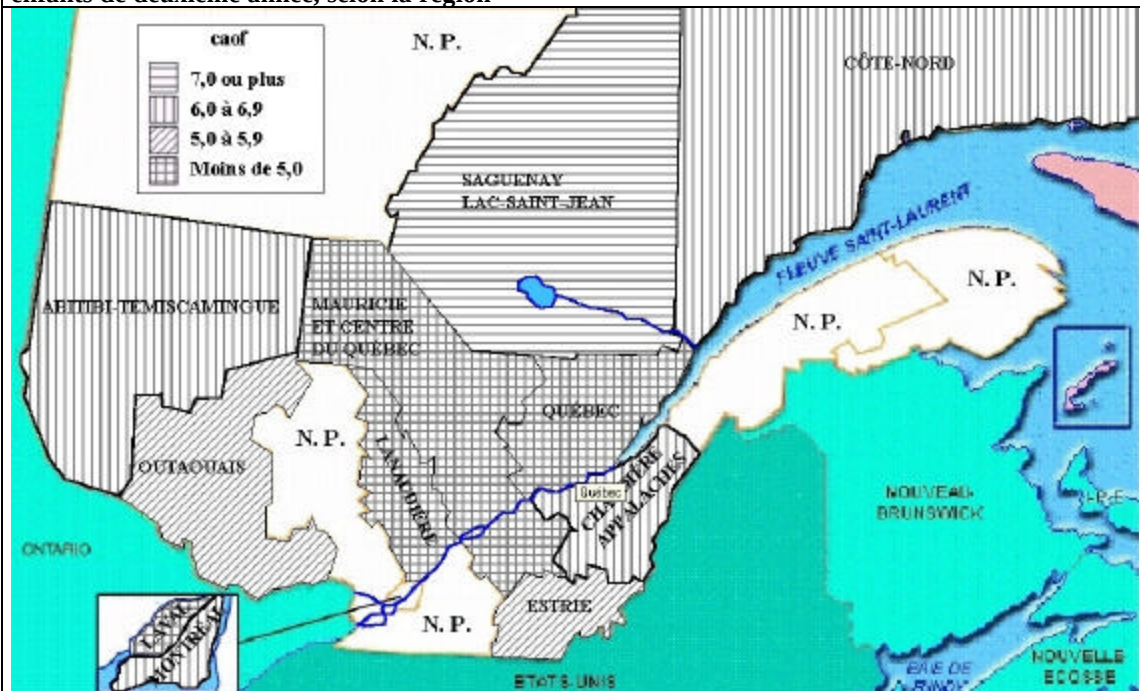
Le pourcentage d'enfants ayant au moins quatre obturations d'amalgame en bouche (Tableau 15-9, p.108) et la distribution des enfants en fonction des habitudes d'hygiène (Tableau 15-10, p.109), d'alimentation (Tableau 15-11, p.110) et d'utilisation de services dentaires (du Tableau 15-12 au Tableau 15-14, p.111 à 113) varient tous davantage entre les régions qu'entre les zones de résidence.

Figure 15-1 : Nombre moyen de faces permanentes cariées, absentes et obturées (CAOF) chez les enfants de deuxième année, selon la région



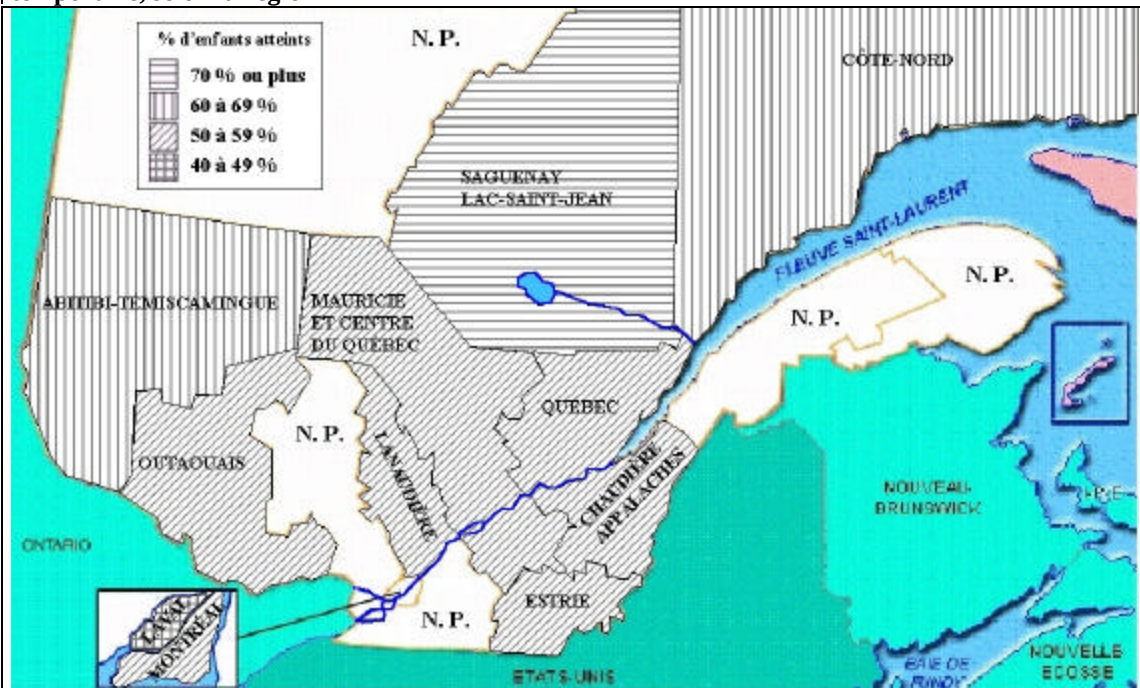
N. P. : régions non participantes.

Figure 15-2 : Nombre moyen de faces temporaires cariées, absentes et obturées (caof) chez les enfants de deuxième année, selon la région



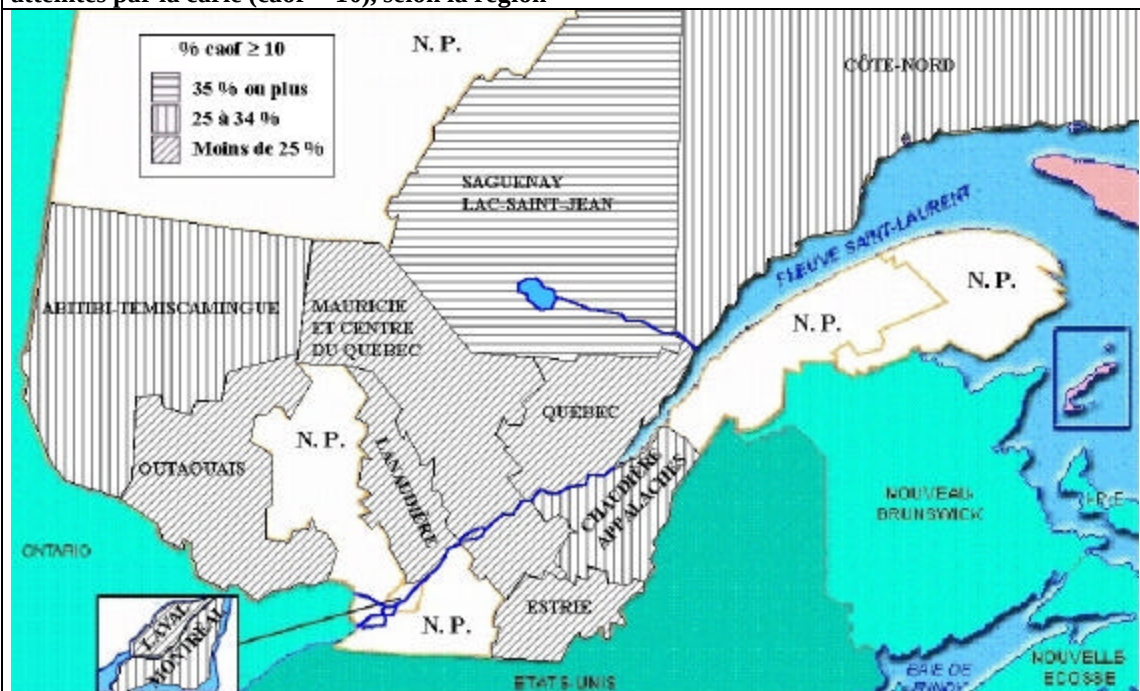
N. P. : régions non participantes.

Figure 15-3 : Pourcentage d'enfants de deuxième année atteints par la carie sur la dentition temporaire, selon la région



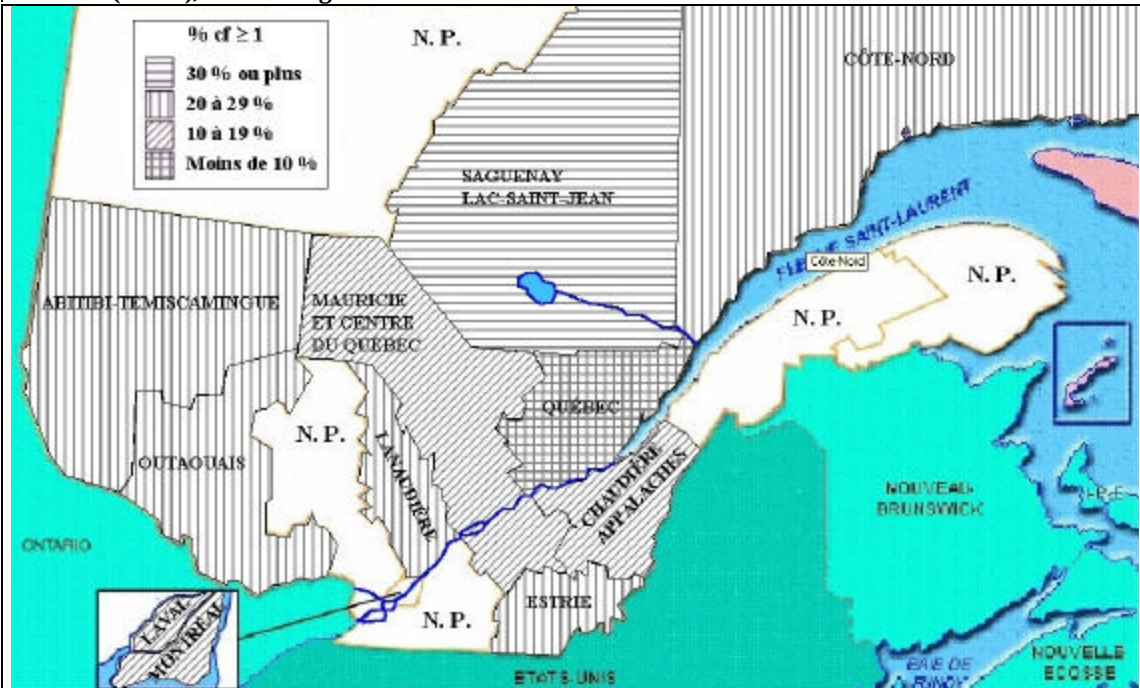
N. P. : régions non participantes.

Figure 15-4 : Pourcentage d'enfants de deuxième année ayant au moins 10 faces temporaires atteintes par la carie (caof ³ 10), selon la région



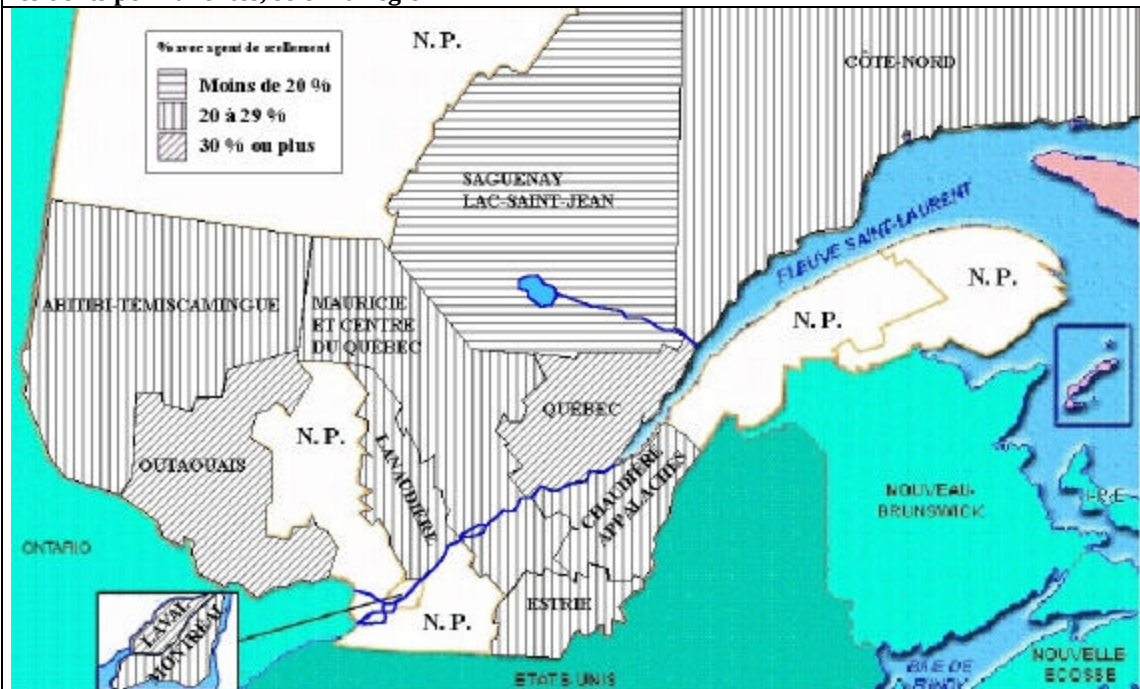
N. P. : régions non participantes.

Figure 15-5 : Pourcentage d'enfants de deuxième année ayant au moins une face temporaire cariée à traiter (cf ³ 1), selon la région



N. P. : régions non participantes.

Figure 15-6 : Pourcentage d'enfants de deuxième année ayant au moins un agent de scellement sur les dents permanentes, selon la région



N. P. : régions non participantes.

15.2 Comparaisons statistiques des indices entre chacune des régions participantes et le reste du Québec, chez les enfants de deuxième année

Du Tableau 15-15 au Tableau 15-25 (p.114 à 119), des comparaisons statistiques sont présentées pour certains des indices à l'étude. Il est très important pour le lecteur de bien prendre note que les résultats des tests statistiques qui y sont présentés établissent des comparaisons entre chacune des régions participantes et le *reste du Québec* (par contraste avec l'ensemble du Québec) chez les enfants de deuxième année seulement. Ainsi, les valeurs inscrites dans la colonne *Reste du Québec* de chacun des tableaux numérotés 15-15 à 15-25 ont-elles été calculées à partir de l'ensemble de l'échantillon québécois des enfants de deuxième année, duquel ont été exclus les enfants de la région comparée, qui est celle inscrite sur la ligne où se trouve la valeur lue.

Une autre mise en garde au lecteur s'impose : il devra éviter de trop s'en remettre à la seule signification statistique, donnée par la valeur-p, pour juger si deux valeurs sont réellement différentes. En effet, dans le cadre de la présente étude, où l'on a utilisé de grands échantillons, une différence qui serait négligeable d'un point de vue clinique pourrait néanmoins apparaître statistiquement significative.

Tableaux hors texte de la section 15 : Comparaison des indices buccodentaires selon la région et la zone de résidence

Tableau 15-1 : Nombre moyen de dents (CAOD) et de faces (CAOF) permanentes cariées, absentes et obturées chez les enfants de deuxième année, selon la région et la zone de résidence, p.100

Tableau 15-2 : Nombre moyen de dents (CAOD) et de faces (CAOF) permanentes cariées, absentes et obturées chez les enfants de deuxième année, selon l'âge, la région et la zone de résidence, p.101

Tableau 15-3 : Nombre moyen de dents (caod) et de faces (caof) temporaires cariées, absentes et obturées, selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence, p.102

Tableau 15-4 : Nombre moyen de dents (caod) et de faces (caof) temporaires cariées, absentes et obturées, selon le niveau scolaire, l'âge, la région et la zone de résidence, p.103

Tableau 15-5 : Pourcentage d'enfants en fonction du nombre de faces temporaires atteintes (caof), selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence, p.104

Tableau 15-6 : Pourcentage d'enfants en fonction du nombre de faces temporaires atteintes (caof), selon l'âge, la région et la zone de résidence, p.105

Tableau 15-7 : Pourcentage d'enfants ayant au moins une face temporaire cariée à traiter ($cf \geq 1$) et pourcentage de faces atteintes qui sont traitées (o/co), selon le niveau scolaire, l'âge, la région et la zone de résidence, p.106

Tableau 15-8 : Pourcentage d'enfants de deuxième année ayant au moins un agent de scellement et nombre moyen d'agents de scellement sur les dents permanentes, chez les enfants de deuxième année, selon l'âge, la région et la zone de résidence, p.107

Tableau 15-9 : Pourcentage d'enfants dont au moins 4 dents temporaires ou permanentes ont un amalgame, selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence, p.108

Tableau 15-10 : Pourcentage d'enfants en fonction du nombre de brossages des dents, selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence, p.109

Tableau 15-11 : Pourcentage d'enfants qui ont pris une collation cariogène avant le coucher, la veille de l'examen, selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence, p.110

Tableau 15-12 : Pourcentage d'enfants en fonction du temps écoulé depuis la dernière visite chez le dentiste, selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence, p.111

Tableau 15-13 : Pourcentage d'enfants en fonction de la nature habituelle des visites chez le dentiste, selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence, p.112

Tableau 15-14 : Pourcentage d'enfants de deuxième année participant au PPSDP selon la région et la zone de résidence, p.113

Tableau 15-15 : Nombre moyen de dents temporaires cariées, absentes et obturées (caod) chez les enfants de deuxième année, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec, p.114

Tableau 15-16 : Nombre moyen de faces temporaires cariées, absentes et obturées (caof) chez les enfants de deuxième année, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec, p.114

Tableau 15-17 : Pourcentage d'enfants de deuxième année exempts de carie sur la dentition temporaire (caof = 0), selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec, p.115

Tableau 15-18 : Pourcentage d'enfants de deuxième année ayant un niveau élevé de carie sur la dentition temporaire (caof $\geq$ 10), selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec, p.115

Tableau 15-19 : Pourcentage des faces temporaires atteintes par la carie et qui sont obturées (o/co) chez les enfants de deuxième année, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec, p.116

Tableau 15-20 : Pourcentage d'enfants de deuxième année ayant au moins un agent de scellement, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec, p.116

Tableau 15-21 : Pourcentage d'enfants de deuxième année dont au moins 4 dents temporaires ou permanentes ont un amalgame, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec, p.117

Tableau 15-22 : Pourcentage d'enfants de deuxième année qui ont visité un dentiste dans la dernière année, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec, p.117

Tableau 15-23 : Pourcentage d'enfants de deuxième année qui brossent leurs dents au moins deux fois par jour, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec, p.118

Tableau 15-24 : Pourcentage d'enfants de deuxième année qui ont pris une collation cariogène avant le coucher, la veille de l'examen, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec, p.118

Tableau 15-25 : Pourcentage d'enfants de deuxième année participant au PPSDP, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec, p.119

16 Évolution de la carie sur la dentition temporaire entre 1983-1984 et 1998-1999, chez les enfants de deuxième année, selon les régions du Québec

Le Tableau 16-1 et le Tableau 16-2 (p.122) brossent le portrait de l'évolution des indices de la carie sur la dentition temporaire des enfants de deuxième année, entre 1983-1984 et 1998-1999, pour l'ensemble du Québec et des régions ayant participé à la présente étude. Il est important, à la lecture de ces tableaux, de considérer que les pourcentages de variation relative, rapportés dans les colonnes intitulées *Évolution*, reflètent bien une évolution mais dépendent de la valeur absolue de l'indice en 1983-1984, année de référence. Par exemple, pour une diminution de deux dans la valeur du caod entre les années 1983-1984 et 1998-1999, la diminution relative apparaîtra plus importante si la valeur absolue du caod est plus faible en 1983-1984, année de référence. Ainsi, il est sage, à la lecture de ces tableaux, de tenir compte de ce phénomène lorsque l'on veut comparer l'évolution d'un indice entre les régions.

Si l'on considère l'ensemble du Québec, le caod sur la dentition temporaire des enfants de deuxième année a connu, entre 1983-1984 et 1998-1999, une diminution relative de 40 %. Chacune des composantes du caod a diminué au cours de ces années : la composante *dents cariées non traitées* (c) a diminué de 67 %, la composante *dents absentes à cause de la carie* (a), de 80 %, et la composante *dents obturées* (o) de 23 %. On assiste donc à une diminution importante du nombre de dents en attente de traitement (qui est passé de plus d'une par sujet en 1983-1984 à moins d'une demie par sujet en 1998-1999) et du nombre de dents absentes à cause de la carie (41 par 100 sujets en 1983-1984 contre 8 par 100 sujets en 1998-1999) (Tableau 16-1, p.122). Parmi les régions qui présentaient l'indice caod le plus élevé en 1983-1984, une seule, celle du Saguenay—Lac-Saint-Jean, continue de se démarquer des autres régions par un indice caod nettement plus élevé (Tableau 16-2, p.122).

Le pourcentage d'enfants n'ayant aucune dent temporaire cariée non traitée ni aucune dent obturée (cod = 0) a augmenté de 69 % dans l'ensemble du Québec pendant la période allant de 1983-1984 à 1998-1999. Cette observation permet d'affirmer que la proportion de sujets exempts de carie (caod = 0) a augmenté de plus de 69 % pendant cette période (voir la note au bas du Tableau 16-2, à la page 122). L'augmentation relative du pourcentage d'enfants n'ayant aucune dent temporaire cariée non traitée ni aucune dent obturée (cod = 0) connaît une très grande variabilité entre les régions participantes.

Le niveau de traitement de la carie sur la dentition temporaire (o/co %) a, quant à lui, augmenté de 24 % entre 1983-1984 et 1998-1999 chez les enfants de deuxième année de l'ensemble du Québec (Tableau 16-2, p.122). Cet indice variait, selon les régions, de 53,7 % à 83,1 % en 1983-1984 (une différence absolue de près de 30 points), alors qu'il varie aujourd'hui entre 75,8 % et 92,3 % (une différence absolue d'environ 17 points). Ainsi, les régions sont-elles devenues plus homogènes entre elles en ce qui concerne le niveau de traitement de la carie sur la dentition temporaire.

Tableaux hors texte de la section 16 : Évolution de la carie sur la dentition temporaire entre 1983-1984 et 1998-1999, chez les enfants de deuxième année, selon les régions du Québec

Tableau 16-1 : Évolution du nombre de dents cariées (c), absentes (a) et obturées (o) sur la dentition temporaire des enfants de deuxième année entre 1983-1984 et 1998-1999, selon la région, p.122

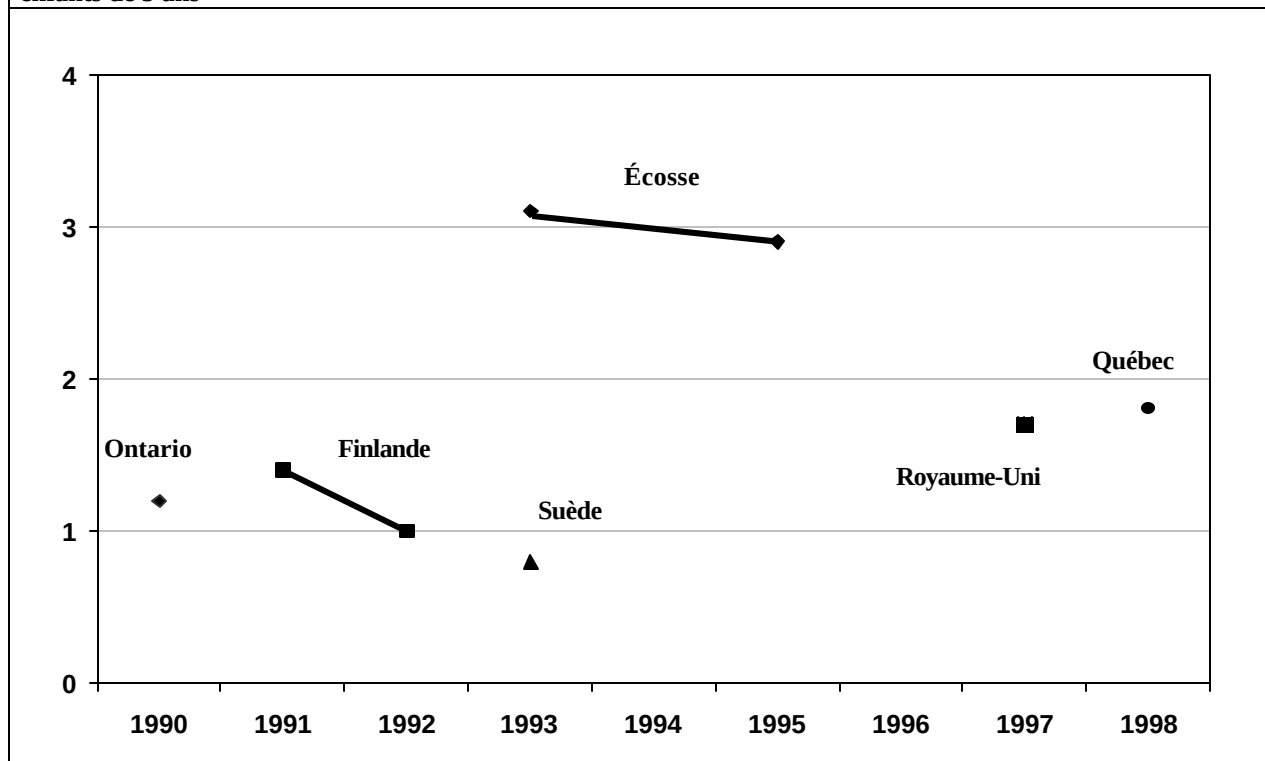
Tableau 16-2 : Évolution de l'indice caod, du pourcentage d'enfants exempts de carie (cod = 0) et du niveau de traitement (% o/co) sur la dentition temporaire des enfants de deuxième année entre 1983-1984 et 1998-1999, selon la région, p.122

17 Comparaisons nationales et internationales

Dans la présente section, le niveau de carie sur la dentition temporaire observé chez les enfants québécois de 5 ans et ceux de 7 ans est comparé à celui observé dans divers pays industrialisés selon la disponibilité des résultats d'enquêtes épidémiologiques. Dans le Tableau 17-1 et le Tableau 17-2 (p.124), sont présentés les résultats d'enquêtes pouvant se prêter à cette comparaison ; d'autres, de nature ponctuelle, n'apportaient aucun éclairage nouveau et ont été éliminés afin d'éviter de surcharger les figures et tableaux. Une attention particulière a été portée à la recherche de résultats d'études permettant de suivre l'évolution des différents indices de la carie dans le plus grand nombre de pays possible. Force a été de constater qu'il existe beaucoup moins de documents relatifs à l'évolution de la carie dans les groupes d'âge faisant l'objet de la présente étude que, par exemple, pour les sujets de 12 ans, auxquels est consacré l'un des objectifs de santé buccodentaire de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

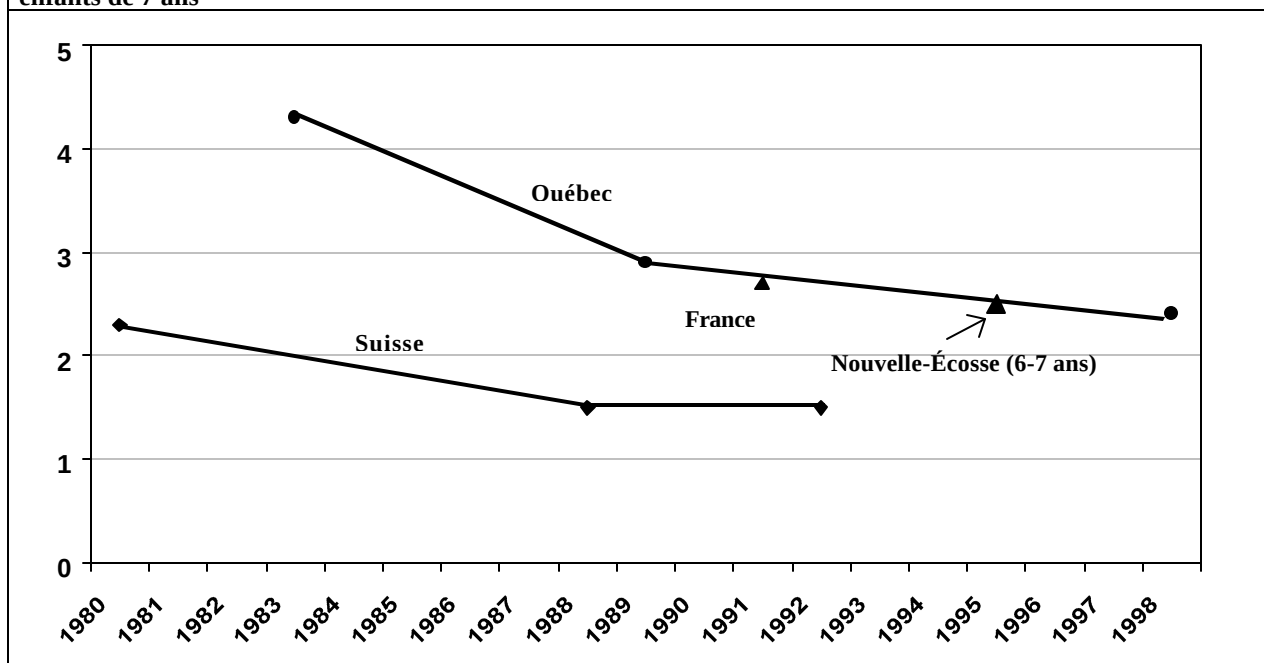
Le Tableau 17-1 (p.124) présente un portrait international de la carie sur la dentition temporaire (caod, % atteints et % o/cao) des enfants de 5 ans. La Figure 17-1 illustre, sous forme graphique, la prévalence de la carie (indice caod). Globalement, le Québec se situe dans une position intermédiaire, pratiquement équivalente à celle du Royaume-Uni, avec, en 1998-1999, un caod environ deux fois plus élevé que celui que connaissaient les pays nordiques (Finlande et Suède) entre 1991 et 1993, et une fois et demie plus élevé que celui observé en Ontario en 1990. Le Québec, bien qu'en meilleure position que l'Écosse, accuse donc un certain retard dans le déclin de la carie sur la dentition temporaire des enfants de 5 ans. Comme l'indique le Tableau 17-1, la comparaison du pourcentage de sujets atteints donne un portrait très semblable à celui du caod, le Québec occupant la même position relative ; par contre, c'est le Québec qui fait meilleure figure dans la comparaison du niveau de traitement de la carie (% o/cao) avec, pour une même prévalence de la carie, un indice quatre fois et demie plus élevé que celui du Royaume-Uni.

Figure 17-1 : Comparaisons internationales de la prévalence de la carie sur la dentition temporaire (caod) des enfants de 5 ans



Le Tableau 17-2 (p.124) présente des données comparatives évolutives de l'indice caod des enfants de 7 ans au Québec entre 1983 et 1999 et, en Suisse, entre 1972 et 1992. Le tableau présente des données ponctuelles pour la France en 1991 et pour la Nouvelle-Écosse (6-7 ans) en 1995-1996. Les données concernant le niveau de traitement de la carie (% o/caod) et le pourcentage de sujets atteints sont un peu moins complètes. Concernant l'indice caod, on observe que la situation chez les enfants québécois de 7 ans est à peu près équivalente à celle des enfants du même âge en France et des enfants de 6-7 ans de la Nouvelle-Écosse, mais accuse un retard par rapport à celle de la Suisse qui, malgré un plateau observé entre 1988 et 1992 dans le déclin de la carie, présentait en 1992 un caod deux fois plus faible que celui du Québec (Figure 17-2). Le portrait comparatif du pourcentage de sujets atteints par la carie est très semblable à celui du caod et le niveau de traitement de la carie (% o/caod) est plus élevé au Québec qu'en Nouvelle-Écosse.

Figure 17-2 : Comparaisons internationales de la prévalence de la carie sur la dentition temporaire (caod) des enfants de 7 ans



Tableaux hors texte de la section 17 : Comparaisons nationales et internationales

Tableau 17-1 : Comparaisons internationales des indices de la carie sur la dentition temporaire des enfants de 5 ans, p.124

Tableau 17-2 : Comparaisons internationales des indices de la carie sur la dentition temporaire des enfants de 7 ans, p.124

18 Faits saillants et implications pour la santé publique

La présente section offre au lecteur une synthèse des principaux résultats afin d'en dégager des faits saillants. Suit immédiatement un tableau présentant, pour chaque fait saillant, les pistes d'action à privilégier pour améliorer la santé buccodentaire des enfants québécois ainsi que leurs implications pour la santé publique. Enfin, en guise de conclusion, un second tableau présente les pistes d'action communes à plusieurs faits saillants, répertoriées sous deux rubriques respectivement intitulées « influences possibles de la santé publique » et « actions possibles de la santé publique ».

18.1 Le déclin tire à sa fin

Il semble que – et ce sera à vérifier dans quelques années chez les enfants québécois de 7-8 ans – le déclin de la carie observé sur la dentition temporaire atteigne un plateau et que celui observé sur la dentition permanente connaisse un net ralentissement. Ce phénomène a déjà été observé dans d'autres populations enfantines dont, entre autres, les populations britannique (Pitts *et al.*, 1994), néerlandaise (Truin *et al.*, 1994) et danoise (Poulsen *et al.*, 1999).

Entre 1989-1990 (Payette *et al.*, 1991) et 1998-1999, l'indice caof sur la dentition temporaire des élèves de deuxième année est passé de 6,19 à 5,83, ce qui représente une diminution relative d'à peine 6 %, alors qu'il avait chuté de 45 % entre 1983-1984 (Payette *et al.*, 1985, 1987) et 1989-1990. Par ailleurs, le pourcentage d'enfants de deuxième année exempts de carie sur la dentition temporaire n'a fait qu'un faible saut entre 1989-1990 et 1998-1999, passant de 38 % à 44 %. Le ralentissement du déclin de la carie, bien qu'à un moindre degré, se fait également sentir sur la dentition permanente. Ainsi, chez les enfants de deuxième année, l'indice CAOOF a diminué de 38 % dans l'intervalle allant de 1983-1984 à 1989-1990, et de 27 % dans l'intervalle allant de 1989-1990 à 1998-1999. Quant au pourcentage d'enfants de deuxième année exempts de carie sur la dentition permanente, il a augmenté de 28 % et 12 % respectivement durant ces deux intervalles.

Une hypothèse que nous avons déjà explorée chez les enfants de 11-12 ans et de 13-14 ans (Brodeur *et al.*, 1999), à savoir que le déclin de la carie observé dans les populations enfantines québécoises pourrait n'être en fait que la manifestation du ralentissement de l'apparition et de la progression de la maladie qui tôt ou tard atteindra la population entière, cadre également avec les résultats de la présente étude. En effet, malgré le déclin, depuis quelques années, des indices caof et CAOOF et de la proportion de sujets atteints, les présentes données montrent que la carie évolue rapidement avec l'âge. Ainsi, entre 5 et 8 ans, l'indice caof connaît une augmentation moyenne d'une nouvelle face par année et, de presque nul chez les enfants de 5 ans, l'indice CAOOF atteint la valeur de 0,83 à 8 ans. Par ailleurs, l'ultime limite d'âge jusqu'où pouvait être retardée l'apparition de la maladie sur la dentition temporaire, compte tenu de son exfoliation progressive à partir de l'âge de 5 ou 6 ans, est peut-être atteinte aujourd'hui. L'ensemble de ces observations nous porte à croire que les mesures préventives en place ne suffisent plus à repousser davantage l'apparition de la carie et à limiter sa progression. On pourrait enregistrer un important progrès si des mesures préventives dont on reconnaît l'efficacité, mais qu'on a insuffisamment exploitées à ce jour dans le contexte québécois, telles que la fluoruration des eaux et les scellants dentaires, devenaient accessibles à tous.

18.2 La pauvreté pèse lourd dans la balance

Plusieurs variables caractérisant un faible statut socio-économique, telles qu'un faible revenu familial (< 30 000 \$), un faible niveau de scolarité des parents (< 5^e secondaire) et le fait d'être prestataire de la sécurité du revenu, sont souvent fortement associées à une plus importante atteinte par la carie et à un plus grand nombre de caries non traitées. Le fait d'avoir une langue maternelle autre que le français ou l'anglais peut également être ajouté à ces variables. Ainsi, par exemple, le risque d'avoir 3 faces cariées ou plus non traitées est-il trois fois plus élevé chez les allophones, et deux fois plus élevé lorsque le revenu familial est faible, lorsque les parents sont prestataires de la sécurité du revenu ou lorsque leur niveau de scolarité est inférieur à la 5^e secondaire. Par ailleurs, ces variables, auxquelles il faut ajouter le fait d'avoir immigré récemment, sont également associées à une utilisation symptomatique des services dentaires. Ces observations sont pour le moins étonnantes compte tenu qu'à 5-6 et 7-8 ans, le programme de services dentaires administré par la RAMQ couvre les coûts de l'examen annuel et des traitements de

restauration. Bien que les traitements préventifs, tels que le nettoyage des dents, les applications topiques de fluor et les scellants dentaires, soient à la charge du patient, l'accessibilité financière à un examen périodique par le dentiste et aux traitements nécessaires, autres que préventifs, pouvant être suggérés par ce dernier, ne fait pas défaut. Il faut peut-être soupçonner un manque d'accessibilité à d'autres niveaux, par exemple sur les plans organisationnel, psychosocial et culturel, pour expliquer le fait que les plus démunis ne se prévalent pas de façon optimale des services qui leur sont offerts gratuitement. Peut-être seraient-ils plus enclins à adopter un mode asymptomatique d'utilisation des services si l'État leur en démontrait l'importance en assumant pour eux les coûts des actes préventifs.

18.3 La carie est précoce et gourmande

Les résultats de la présente étude, à l'instar de ceux observés par Corbeil en Montérégie en 1994-1995 (Corbeil *et al.*, 1996), démontrent que la carie débute tôt sur la dentition temporaire et prend rapidement du terrain. En effet, dès leur entrée en maternelle, les enfants québécois ont déjà en moyenne quatre faces temporaires atteintes par la carie et en auront en moyenne six lorsqu'ils auront 7-8 ans. C'est donc dire que lorsqu'ils entrent en maternelle, ils ont déjà eu près de 70 % de toute les caries qui se formeront sur leurs dents temporaires. Par ailleurs, la proportion de 58 % d'enfants exempts de carie sur la dentition temporaire à 5-6 ans baisse à 44 % à 7-8 ans. De plus, bien qu'à 5-6 ans, une proportion de 85 % d'enfants ont visité leur dentiste durant la dernière année, les statistiques montrent qu'entre 0 et 4 ans, ils sont moins de 20 % à se prévaloir de l'examen dentaire annuel payé par la RAMQ (RAMQ, 2000). Ainsi, et alors que l'atteinte est déjà importante, les enfants consultent peu le dentiste avant l'âge de 5 ans. Puisqu'en cabinet privé, seuls les coûts de l'examen annuel et d'un certain nombre de traitements sont couverts par la RAMQ, les enfants n'ont accès à des actes préventifs gratuits que lorsqu'ils entrent à la maternelle, moment où commence l'application du Programme public de services dentaires préventifs (PPSDP). Or, pour assurer une diminution de l'atteinte carieuse sur la dentition temporaire, il faut agir le plus possible avant l'apparition de la maladie, c'est-à-dire dès le plus jeune âge. Des interventions axées sur l'éducation et la prévention auprès des enfants de 0-5 ans et de leurs parents peuvent en partie être réalisées par les hygiénistes dentaires des CLSC, mais, dans bien des cas, leur temps est déjà sursaturé en raison de l'application du PPSDP auprès des enfants de la maternelle à la 6^e année. Lorsque cela est possible, on peut songer à recourir à des agents multiplicateurs, par exemple les infirmières travaillant dans les cliniques de vaccination où une proportion non négligeable des tout-petits se présentent régulièrement. Enfin, une partie de la solution se trouve peut-être dans la modification de la couverture de la RAMQ pour y réintégrer les actes préventifs destinés aux enfants de 0-5 ans, ce qui favoriserait, du même coup, une réorientation de la pratique des dentistes.

18.4 L'amalgame demeure roi

Compte tenu de la controverse grandissante autour de l'amalgame dentaire, la présente étude s'est penchée sur la prévalence de ce matériau dans la bouche des enfants québécois. Les résultats démontrent que, les deux dentitions étant confondues, la proportion d'enfants ayant en bouche quatre obturations ou plus en amalgame est déjà de 13 % à 5 ans et atteint 35 % à 8 ans. Par ailleurs, cette proportion est plus grande chez les allophones, lorsque le revenu familial ou le niveau de scolarité des parents est faible, lorsqu'un des parents est prestataire de la sécurité du revenu ou est édenté, lorsque la famille ne bénéficie pas d'une assurance dentaire privée et lorsque l'utilisation des services dentaires est plus fréquente. Ces variables sont pour la plupart associées à un faible statut socio-économique, donc à une capacité limitée de payer. Or, le seul matériau obturateur dont les coûts sont couverts par la RAMQ pour la restauration des dents postérieures est l'amalgame. Ainsi, si le parent souhaite qu'un autre matériau, par exemple un composite, soit utilisé pour l'obturation des dents postérieures de son enfant, il doit le payer. De plus, dans les cas de carie débutante sur les faces de fosses et sillons d'un sujet à risque élevé où, dans un souci de prévenir l'aggravation de la lésion tout en préservant la structure dentaire, le dentiste serait tenté

d'utiliser un scellant, ce dernier se verra demander par le parent incapable de payer d'utiliser plutôt l'amalgame. Bien que Santé Canada (1996) affirme, dans son énoncé de principes concernant les amalgames dentaires, que rien ne permette actuellement de prouver que ceux-ci nuisent à la santé de la population générale, l'organisme émet huit recommandations destinées aux dentistes, dont les deux suivantes :

- « On devrait songer à utiliser des matériaux dentaires sans mercure pour la restauration des dents de lait des enfants, lorsque les propriétés mécaniques de ces matériaux sont adéquates. »
- « Les dentistes devraient fournir à leurs patients les informations qui leur permettraient de faire un choix éclairé concernant le matériel utilisé pour les obturations, notamment sur les risques et les avantages de ces matériaux et sur les solutions de rechange adéquates. »

Pour permettre aux dentistes québécois de suivre ces recommandations, il faut obligatoirement passer par la révision des règles encadrant la couverture par la RAMQ de l'obturation des dents postérieures afin de tenir compte des impératifs que sont la diminution de l'utilisation de l'amalgame chez les enfants et la diminution de la perte biologique. Ainsi, si le coût des obturations en composite sur les dents postérieures et celui des scellants dentaires était couvert par la RAMQ au même tarif que l'amalgame, les dentistes pourraient consciencieusement suivre les recommandations précitées et on enregistrerait une diminution notable de l'utilisation de l'amalgame chez les enfants.

18.5 Des scellants pour les riches, des obturations pour les pauvres

Dans le contexte québécois où, grâce à la couverture des frais des obturations par la RAMQ, on traite plus de 80 % de la carie expérimentée par la dentition permanente des enfants de 7-8 ans, il est aisé de constater les méfaits occasionnés par l'incapacité des parents à payer des traitements alternatifs de la carie lorsque la situation clinique s'y prêterait. Ainsi, les enfants de deuxième année dont la famille a de faibles revenus (< 30 000 \$) ont un indice CAOOF moyen de 0,94 et en moyenne 0,49 face permanente recouverte d'un scellant, alors que ceux dont la famille a des revenus élevés (≥ 50 000 \$) ont un indice CAOOF moyen de 0,51 et en moyenne 1,23 face permanente recouverte d'un scellant. Or, si dans chaque catégorie de revenu, seulement la moitié des faces scellées avaient été atteintes de carie au stade de la cavitation ou étaient obturées plutôt que scellées, on obtiendrait un CAOOF moyen de 1,2 chez les plus pauvres et de 1,1 chez les plus riches. La différence entre ces deux groupes, en ce qui a trait à l'expérience de la carie, réside donc peut-être essentiellement dans la capacité des parents à payer des scellants, que ce soit comme traitement de la carie débutante ou comme mesure préventive de la carie, plutôt que dans le cumul de facteurs de risque biologiques de la carie. Il est à tout le moins honnête de se demander si les pauvres expérimentent effectivement plus de caries que les riches. Quoi qu'il en soit, il apparaît certain que l'écart entre les riches et les pauvres serait atténué si tous avaient la même accessibilité aux scellants qui permettent, tant comme alternative de traitement de la carie débutante que comme mesure préventive de la carie, d'éviter des pertes biologiques prématurées au niveau de la structure dentaire. À cet effet, une amélioration notable découlerait de l'inclusion des scellants, au même tarif que l'amalgame, dans la gamme des services dentaires payés par la RAMQ pour les enfants.

18.6 Des opinions favorables mais bien des « je ne sais pas » par rapport à la fluoruration des eaux

Deux importantes observations découlent des réponses données par les parents aux quatre questions qui leur ont été posées par rapport à la fluoruration des eaux de consommation. D'abord, à chacune des questions posées, que ce soit sur le statut de fluoruration de l'eau de leur municipalité, sur l'efficacité du fluor à prévenir la carie ou sur son innocuité pour la santé, environ le tiers des parents, dans tous les cas, prétendent ne pas savoir. Par ailleurs, lorsqu'ils sont interrogés sur leur degré d'accord avec la mise en place de cette mesure de prévention, ils ne sont que 16 % à se montrer défavorables (la moitié sont en

accord et le tiers ne savent pas). Ainsi, un important travail d'information est-il à accomplir. D'une part, il faut s'assurer que la population connaît le statut de fluoruration de l'eau qu'elle consomme et les recommandations qui en découlent quant à l'apport provenant d'autres sources. Par exemple, dans les municipalités où l'eau de consommation est fluorurée, il faut que les parents sachent qu'ils doivent éviter de donner à leur enfant des suppléments de fluorures. Cette information est d'autant plus importante qu'en zone fluorurée, en plus du tiers des parents qui n'ont aucune idée du statut de fluoruration de l'eau qu'ils consomment, une proportion de 9 % des parents croient qu'elle ne contient pas de fluorures. D'autre part, il est souhaitable de faire connaître les résultats de la présente étude aux élus municipaux et, notamment, le résultat indiquant, contre toute attente, que seulement une faible proportion de la population québécoise se dit défavorable à la fluoruration de l'eau. Cette information pourrait favoriser une plus grande ouverture de la part des élus quant à la possibilité d'aller de l'avant en appliquant cette mesure préventive de la carie dans leur municipalité. Le contexte actuel, où une majorité de parents sont en faveur de l'ajout de fluor à l'eau de consommation, où une faible proportion (10 %) pensent que cela représente un certain risque pour la santé et où seulement le quart croient peu à son efficacité pour prévenir la carie, réunit les éléments favorables à la mise en place progressive de cette mesure préventive universelle de la carie dentaire afin de favoriser la poursuite du déclin de la carie et de protéger les acquis à tout âge.

Faits saillants	Qu'est-ce qui peut être fait ?	Implications pour la santé publique
Le déclin tire à sa fin (plateau atteint sur les dents temporaires, ralentissement sur les dents permanentes)	➤ Rendre accessible à tous les mesures préventives reconnues efficaces et insuffisamment exploitées à ce jour dans le contexte québécois, telles que la fluoruration des eaux de consommation et les scellants dentaires	➤ Sensibilisation des élus et des gestionnaires aux avantages de la fluoruration en ce qui a trait aux gains possibles sur le plan de la santé et à la nécessité de mettre en place cette mesure pour favoriser la poursuite du déclin de la carie ➤ Sensibilisation des associations dentaires professionnelles et de l'État à la nécessité de la couverture publique des scellants dentaires comme mesure préventive et comme alternative de traitement de la carie
La pauvreté pèse lourd dans la balance (principal déterminant du cao/CAO, de la composante c/C et de l'utilisation symptomatique des services)	➤ Modifier la couverture de la RAMQ pour la moduler en fonction du revenu et l'étendre en ce qui a trait à l'âge et aux actes couverts (ex. : inclusion d'actes préventifs), afin d'améliorer l'accessibilité financière des plus démunis aux services dentaires ➤ Améliorer l'accessibilité organisationnelle, psychosociale et culturelle des services actuellement offerts aux plus démunis ➤ Organiser une campagne de promotion et de prévention ciblant les populations défavorisées et peu scolarisées afin de les sensibiliser aux bienfaits de l'utilisation non symptomatique des services dentaires	➤ Sensibilisation de l'État aux inégalités sociales dans l'accès aux services dentaires et à la nécessité de moduler la couverture de la RAMQ en fonction du revenu tout en augmentant le nombre d'actes couverts et en étendant les tranches d'âge auxquelles les services sont destinés ➤ Sensibilisation des professionnels de la santé dentaire à la nécessité d'adopter une approche mieux adaptée aux problèmes des plus démunis ➤ Préparation de la campagne de promotion et de prévention
La carie est précoce et gourmande (atteinte déjà importante dès l'entrée en maternelle)	➤ Favoriser la mise en place d'interventions à visée éducative et préventive chez les 0-5 ans et leurs parents par les hygiénistes dentaires des CLSC (possibilité d'agents multiplicateurs par l'entremise des cliniques de vaccination) et par les professionnels des cabinets privés ➤ Apporter des modifications à la couverture de la RAMQ pour y réintégrer des actes préventifs chez les 0-5 ans	➤ Révision du PPSDP afin de permettre une plus grande allocation de ressources aux interventions chez les 0-5 ans ➤ Sensibilisation de l'État à la nécessité de réintégrer une partie des actes préventifs à la couverture de la RAMQ
L'amalgame demeure roi	➤ Organiser une campagne de promotion auprès des professionnels dentaires afin de favoriser l'utilisation des scellants comme alternative de traitement de la carie débutante ➤ Modifier la couverture de la RAMQ pour y inclure les scellants dentaires et les composites postérieurs au même tarif que l'amalgame	➤ Préparation de la campagne de promotion ➤ Sensibilisation de l'État à la nécessité de réviser les règles encadrant la couverture de l'obturation des dents postérieures afin de tenir compte des impératifs suivants : diminuer l'utilisation de l'amalgame chez les enfants (avis de Santé Canada) et diminuer la perte biologique
Des scellants pour les riches, des obturations pour les pauvres	➤ Modifier la couverture de la RAMQ pour y inclure les scellants dentaires, comme mesure préventive de la carie et en guise d'alternative de traitement de la carie débutante, au même tarif que l'amalgame	➤ Sensibilisation des associations dentaires professionnelles et de l'État à la nécessité de la couverture publique des scellants dentaires comme mesure préventive et comme alternative de traitement de la carie
Des opinions favorables mais bien des « je ne sais pas » par rapport à la fluoruration des eaux	➤ Mettre progressivement en place la fluoruration des eaux de consommation ➤ Informer la population sur le statut de fluoruration des eaux qu'elle consomme et sur ce qui en découle	➤ Sensibilisation des élus et des gestionnaires à la nécessité de mettre en place la fluoruration des eaux dans un contexte où la population y est majoritairement favorable afin de favoriser la poursuite du déclin de la carie et de protéger les acquis ➤ Campagne d'information auprès de la population sur le statut de fluoruration des eaux qu'elle consomme et sur ce qui en découle

Faits saillants	Influences possibles de la santé publique		Actions possibles de la santé publique	
	Mise en place progressive de la fluoruration des eaux	Modifications à apporter à la couverture de la RAMQ	Campagne de promotion/prévention ou d'information	Révision du PPSPD
Le déclin tire à sa fin (plateau atteint sur les dents temporaires, ralentissement sur les dents permanentes)	✓	✓ (couvrir les scellants)		
La pauvreté pèse lourd dans la balance (principal déterminant du cao/CAO, de la composante c/C et de l'utilisation symptomatique des services)		✓ (moduler avec le revenu ; augmenter les âges et actes couverts)	✓ (promouvoir l'utilisation non symptomatique des services dentaires auprès des plus démunis et l'adoption d'une approche adaptée aux plus démunis auprès des professionnels dentaires)	
La carie est précoce et gourmande (atteinte déjà importante dès l'entrée en maternelle)		✓ (réintégrer les actes préventifs chez les 0-5 ans)		✓ (réallocation des ressources au profit des interventions chez les 0-5 ans)
L'amalgame demeure roi		✓ (couvrir les scellants et les composites postérieurs au même tarif que l'amalgame)	✓ (promouvoir l'utilisation des scellants comme alternative de traitement de la carie débutante auprès des professionnels dentaires)	
Des scellants pour les riches, des obturations pour les pauvres		✓ (couvrir les scellants au même tarif que l'amalgame)		
Des opinions favorables mais bien des « je ne sais pas » par rapport à la fluoruration des eaux	✓		✓ (promouvoir la fluoruration des eaux auprès des élus et des gestionnaires et informer la population sur le statut de fluoruration de l'eau qu'elle consomme)	

BIBLIOGRAPHIE

Axelsson P, Paulander J, Svardstrom G, Tollskog G, Nordensten S (1993) : Integrated caries prevention : effect of a needs-related preventive program on dental caries in children. County of Varmland, Sweden : results after 12 years. *Caries Res* ; 27 (suppl. 1) : 83-94.

Bernard PM, Lapointe C (1987) : Mesures statistiques en épidémiologie. Presses de l'Université du Québec. Québec.

Bolin AK, Bolin A, Koch G (1996) : Children's dental health in Europe : caries experience of 5- and 12-year-old children from eight EU countries. *International Journal of Paediatric Dentistry* ; 6 : 155-162.

Brodeur JM, Olivier M, Payette M, Benigeri M, Williamson S, Bedos C (1999) : Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans. *Collection Analyses et Surveillance* n° 11. Direction générale de la santé publique, MSSS, Québec.

Colquhoun J (1992) : Possible explanations for decline in tooth decay in New-Zeland [letter]. *Comm Dent Oral Epidemiol* ; 20 : 161-166.

Corbeil P, Brodeur JM, Noiseux M (1996) : Enquête sur la santé dentaire des écoliers de maternelle, 2^e et 6^e année en Montérégie – 1994/95. Rapport final. Direction de la santé publique de la RRSSS de la Montérégie.

Downer MC (1992) : Time trends in caries experience of children in England and Wales. *Caries Res* ; 26 : 466-472.

Downer MC, Holt RD, Blinkhorn AS, Attwood D (1993) : Apparent deterioration in dental care of 12 year-olds in north London. *Br Dent J* ; 174 : 397-398.

Edward S, Eliasson GB, Torell P (1992) : Caries experience in teenagers related to changes in a dental health programme. *Swedish Dent J* ; 16 : 101-108.

Greene JC, Vermillion JR (1964) : The simplified Oral Hygiene Index. *J Am Dent Assoc* ; 68 : 7-13.

Haugejorden O (1994) : Changing time trend in caries prevalence in Norwegian children and adolescents. *Comm Dent Oral Epidemiol* ; 22 : 220-225.

Ismail AI, MacInnis WA, Poulin C (1997) : Nova Scotia Oral Health of Children and Adolescents (NSOHS) 1995-1996. *Technical report*. Faculty of Dentistry, Dalhousie University.

Mattila ML, Rautava P, Sillanpää M, Paunio P (2000) : Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *J Dent Res* ; 79 : 875-881.

Organisation mondiale de la santé (1997) : Oral health surveys. Basic Methods. Fourth edition. Geneva.

Organisation mondiale de la santé (2001) : Site internet du département buccodentaire.
<http://www.whocollab.odont.lu.se/>

Palmer JD, Pitts NB (1994) : Child dental health – is it still good news ? *Br Dent J* ; 177 : 235-237.

Payette M, Brodeur JM, (1992) : Comparison of dental caries and oral hygiene indices for 13 to 14 year-old Quebec children between 1977 and 1989-1990. *Can Dent Assoc J* ; 58 : 921-933.

Payette M, Brodeur JM, Lepage Y, Plante R (1991) : Enquête Santé Dentaire Québec 1989-1990. Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans. Rapport final. Association des hôpitaux du Québec, Division CH-DSC.

Payette M, Plante R, L'Heureux JB (1988a) : Comparison of dental caries and oral hygiene indices for 13-14 year old Quebec children between 1977 and 1984. *Can Dent Assoc J* ; 54 : 183-190.

Payette M, Plante R, L'Heureux JB (1988b) : Epidemiologic characteristics of dental caries in 7-, 8-, 11-, and 12-year-old Quebec schoolchildren in 1983-1984. *Can Dent Assoc J* ; 54 : 843-850.

Payette M, Plante R, L'Heureux JB (1985,1987) : Enquête Santé Dentaire Québec 1983-84. Rapports préliminaire et complémentaire. Association des hôpitaux du Québec, Division CH-DSC, et Ministère de la santé et des services sociaux.

Pitts NB, Evans DJ, Nugent ZJ (1999) : The dental caries experience of 5-year-old children in the United Kingdom. Surveys co-ordinated by the British Association for the Study of Community Dentistry in 1997/98. *Community Dent Health* ; 16 : 50-56.

Pitts NB, Palmer JD (1994) : The dental caries experience of 5-, 12- and 14-year-old children in Great Britain. Surveys coordinated by the British Association for the Study of Community Dentistry in 1990/91, 1991/92 and 1992/93. *Comm Dent Health* ; 11 : 42-52.

Poulsen S, Scheutz F (1999) : Dental caries in Danish children and adolescents 1988-1997. *Comm Dent Health* ; 16 : 166-170.

Régie de l'assurance-maladie du Québec (2000) : Statistiques annuelles 1999, Les services dentaires. Québec, RAMQ.

Rothman KJ (1986) : Modern epidemiology. 1st edition. Little, Brown and company, Boston/Toronto.

Santé Canada (1996). Direction générale de la protection de la santé. C.D. n° 45. La sécurité de l'amalgame dentaire. Ministère de la santé, Canada.

Schlesselman JJ (1982) : Case-control studies : design, conduct, analysis. Oxford University Press, New-York/Oxford.

Stamm JW, Dixter CT, Langlais RP (1980) : Principle dental health indices for 13-14 year old schoolchildren in Quebec. *Can Dent Assoc J* ; 46 : 125-137.

Sweeney PC, Nugent Z, Pitts NB (1999) : Deprivation and dental caries status of 5-year-old children in Scotland. *Community Dent Oral Epidemiol* ; 27 :152-159.

Truin GJ, Konig KG, Bronkhorst EM, Mulder J (1994) : Caries prevalence amongst schoolchildren in The Hague between 1969 and 1993. *Caries Res* ; 28 : 176-180.

SECTION DES

TABLEAUX HORS TEXTE



MÉTHODES



* À noter qu'on ne retrouve aucun tableau complémentaire pour les sections 1 et 2.

Tableau 3-1 : Pourcentage d'accord, coefficient de corrélation intraclasse et statistique Kappa entre chacun des dentistes examinateurs et l'examineur de référence pour la carie (caof et CAOOF)

Dentistes examinateurs	caof et CAOOF		Faces dentaires	
	% d'accord	CCI ¹	Kappa toutes les faces	Kappa faces atteintes
Dentiste A	83	0,93	0,92	0,68
Dentiste B	96	0,99	0,89	0,54
Dentiste C	92	0,99	0,96	0,87
Dentiste D	88	0,99	0,94	0,84
Dentiste E	96	0,99	0,93	0,73
Dentiste F	83	0,99	0,96	0,87
Dentiste G	84	0,99	0,97	0,91
Dentiste H	100	1	0,98	0,94
Dentiste I	83	0,98	0,95	0,83
Dentiste J	84	0,97	0,82	0,48
Dentiste K	88	0,99	0,97	0,81
Dentiste L	83	0,98	0,95	0,86
Dentiste M	96	0,99	0,97	0,76

1. Coefficient de corrélation intraclasse.

Tableau 3-2 : Pourcentage d'accord et statistique Kappa entre chacun des dentistes examinateurs et l'examineur de référence pour la fluorose

Dentistes examinateurs	FLUOROSE	
	% d'accord	Kappa
Dentiste A	88	0,79
Dentiste B	92	0,86
Dentiste C	88	0,79
Dentiste D	83	0,72
Dentiste E	92	0,86
Dentiste F	75	0,59
Dentiste G	92	0,85
Dentiste H	88	0,77
Dentiste I	92	0,86
Dentiste J	92	0,86
Dentiste K	88	0,77
Dentiste L	96	0,93
Dentiste M	88	0,79

*TAUX DE PARTICIPATION,
PONDÉRATION
ET CARACTÉRISTIQUES
DES PARTICIPANTS*



Tableau 4-1 : Taux de participation à l'examen et au questionnaire chez les enfants de deuxième année pour chacune des régions participantes

	Sujets sélectionnés N	Sujets examinés N	Réponse au questionnaire N	Participation à l'examen %	Participation au questionnaire %
RÉGIONS					
Saguenay—Lac-Saint-Jean	365	337	356	92,3	97,5
Québec	420	336	367	80,0	87,4
Mauricie et Centre-du-Québec	475	380	426	80,0	89,7
Estrie	1821	1480	1626	81,3	89,3
Montréal	528	339	391	64,2	74,1
Outaouais	472	363	393	76,9	83,3
Abitibi-Témiscamingue	449	389	403	86,6	89,8
Côte-Nord	450	370	370	82,2	82,2
Chaudière-Appalaches	447	357	375	79,9	83,9
Laval	506	375	419	74,1	82,8
Lanaudière	436	353	400	81,0	91,7
ZONES DE RÉSIDENCE					
Métropolitaine	1034	714	810	69,1	78,3
Urbaine	3513	2839	3076	80,8	87,6
Rurale	1822	1526	1640	83,8	90,0
ENSEMBLE DE L'ÉCHANTILLON	6369	5079	5526	79,7	86,8

Tableau 4-2 : Taux de participation à l'examen et au questionnaire chez les enfants de maternelle, en fonction de la zone de résidence

	Sujets sélectionnés N	Sujets examinés N	Réponse au questionnaire N	Participation à l'examen %	Participation au questionnaire %
ZONES DE RÉSIDENCE					
Métropolitaine	1251	746	927	59,6	74,1
Urbaine	1284	969	1081	75,5	84,2
Rurale	1026	797	892	77,7	86,9
ENSEMBLE DE L'ÉCHANTILLON	3561	2512	2900	70,5	81,4

Tableau 4-3 : Nombre et pourcentage d'enfants examinés, avant et après pondération, en fonction de leurs caractéristiques

Caractéristiques (enfants et parents)		Avant pondération				Après pondération			
		Maternelle		2 ^e année		Maternelle		2 ^e année	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Échantillon		2512		5079		2512		5079	
Âge	5 ans	1567	64,3			1576	64,2		
	6 ans	862	35,4	8	0,2	871	35,5	7	0,1
	7 ans	7	0,3	2554	50,8	8	0,3	2446	49,1
	8 ans			2354	46,8			2417	48,5
	9 ans			116	2,3			113	2,3
Sexe	filles	1236	49,2	2484	48,9	1233	49,1	2486	49,0
	garçons	1275	50,8	2595	51,1	1280	50,9	2593	51,0
Langue parlée	français	2111	85,4	4735	93,6	2178	87,8	4466	88,6
	anglais	224	9,1	182	3,6	197	8,0	285	5,7
	autre	136	5,5	142	2,8	104	4,2	287	5,7
Immigration	5 ans ou moins	35	1,5	47	1,0	29	1,2	73	1,5
	plus de 5 ans	208	8,7	228	4,8	167	7,0	397	8,3
	non	2138	89,8	4496	94,2	2191	91,8	4309	90,2
Revenu familial	moins de 30 000 \$	758	34,4	1417	32,0	727	33,0	1467	33,4
	de 30 à 49 999 \$	651	29,6	1453	32,8	657	29,9	1380	31,5
	50 000 \$ ou plus	794	36,0	1560	35,2	816	37,1	1539	35,1
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	277	11,5	565	11,7	269	11,2	519	10,9
	5 ^e secondaire	624	26,0	1331	27,5	603	25,0	1238	25,9
	cégep/école de métiers	899	37,4	1856	38,4	915	38,0	1826	38,2
	université	602	25,1	1083	22,4	620	25,8	1200	25,1
Assurance dentaire privée	oui	1100	45,5	2100	43,4	1100	45,5	2130	44,2
	non	1315	54,5	2734	56,6	1318	54,5	2686	55,8
Au moins un parent PSR ¹	oui	290	12,1	404	8,4	274	11,4	467	9,8
	non	2110	87,9	4381	91,6	2127	88,6	4274	90,2
Au moins un parent édenté	oui	143	5,9	433	8,9	140	5,7	439	9,1
	non	2290	94,1	4435	91,1	2299	94,3	4388	90,9
Zone de résidence	métropolitaine	746	29,7	714	14,1	650	25,9	1315	25,9
	urbaine	969	38,6	2839	55,9	1285	51,1	2642	52,0
	rurale	797	31,7	1526	30,0	578	23,0	1122	22,1

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 4-4 : Précision des estimations de la prévalence de la carie sur la dentition temporaire (caof) pour un niveau de confiance de 95 %

	N	caof (é.-t.)	Imprécision du caof		IC 95 % pour le caof
			valeur	%	
<u>DEUXIÈME ANNÉE</u>					
RÉGIONS					
Saguenay—Lac-Saint-Jean	337	9,02 (9,52)	1,02	11,3	8,00 – 10,04
Québec	336	4,40 (6,24)	0,67	15,2	3,73 – 5,07
Mauricie et Centre-du-Québec	380	4,95 (7,65)	0,77	15,5	4,18 – 5,72
Estrie	1480	5,52 (7,90)	0,40	7,3	5,12 – 5,92
Montréal	339	6,16 (8,58)	0,91	14,8	5,25 – 7,07
Outaouais	363	5,18 (7,56)	0,78	15,0	4,40 – 5,96
Abitibi-Témiscamingue	389	6,48 (8,29)	0,82	12,7	5,66 – 7,30
Côte-Nord	370	6,64 (7,90)	0,80	12,1	5,84 – 7,44
Chaudière-Appalaches	357	6,92 (9,23)	0,96	13,8	5,96 – 7,88
Laval	375	4,90 (7,73)	0,78	16,0	4,12 – 5,68
Lanaudière	353	4,97 (7,26)	0,75	15,2	4,22 – 5,72
ZONES DE RÉSIDENCE					
Métropolitaine	714	5,92 (8,44)	0,62	10,5	5,30 – 6,54
Urbaine	2839	5,77 (7,99)	0,29	5,1	5,48 – 6,06
Rurale	1526	5,86 (8,06)	0,40	6,9	5,46 – 6,26
ENSEMBLE DU QUÉBEC	5079	5,83 (8,12)	0,22	3,8	5,61 – 6,05
<u>MATERNELLE</u>					
ZONES DE RÉSIDENCE					
Métropolitaine	746	3,59 (7,92)	0,57	15,8	3,02 – 4,16
Urbaine	969	3,97 (7,64)	0,48	12,1	3,49 – 4,45
Rurale	797	4,19 (7,77)	0,54	12,9	3,65 – 4,73
ENSEMBLE DU QUÉBEC	2512	3,92 (7,74)	0,30	7,7	3,62 – 4,22

Tableau 4-5 : Précision des estimations de la proportion d'enfants exempts de carie sur la dentition temporaire pour un niveau de confiance de 95 %

	N	% d'exempts (caof=0)	Imprécision du % d'exempts	IC 95 % pour le % d'exempts
<u>DEUXIÈME ANNÉE</u>				
RÉGIONS				
Saguenay—Lac-Saint-Jean	337	28,7	4,8	23,9 – 33,5
Québec	336	46,5	5,3	41,2 – 51,8
Mauricie et Centre-du-Québec	380	43,9	5,0	38,9 – 48,9
Estrie	1480	47,8	2,5	45,3 – 50,3
Montréal	339	44,1	5,3	38,8 – 49,4
Outaouais	363	46,6	5,1	41,5 – 51,7
Abitibi-Témiscamingue	389	37,6	4,8	32,8 – 42,4
Côte-Nord	370	37,3	4,9	32,4 – 42,2
Chaudière-Appalaches	357	44,7	5,2	39,5 – 49,9
Laval	375	52,3	5,0	47,3 – 57,3
Lanaudière	353	48,5	5,2	43,3 – 53,7
ZONES DE RÉSIDENCE				
Métropolitaine	714	45,7	3,7	42,0 – 49,4
Urbaine	2839	44,6	1,8	42,8 – 46,4
Rurale	1526	40,6	2,5	38,1 – 43,1
ENSEMBLE DU QUÉBEC	5079	44,0	1,4	42,6 – 45,4
<u>MATERNELLE</u>				
ZONES DE RÉSIDENCE				
Métropolitaine	746	61,3	3,5	57,8 – 64,8
Urbaine	969	58,2	3,1	55,1 – 61,3
Rurale	797	54,5	3,5	51,0 – 58,0
ENSEMBLE DU QUÉBEC	2512	58,2	1,9	56,3 – 60,1

Tableau 4-6 : Comparaison entre les élèves participants et non participants à l'examen selon certaines variables indépendantes

Caractéristiques (enfants et parents)		Maternelle (%)			Deuxième année (%)		
		% examinés	% non examinés	p	% examinés	% non examinés	p
Immigration	5 ans ou moins	1,5	1,0	0,17	1,0	1,0	0,67
	plus de 5 ans	8,7	14,1		4,8	2,9	
	non	89,8	84,8		94,2	96,2	
Revenu familial	moins de 30 000 \$	34,4	39,6	0,38	32,0	45,8	0,01
	de 30 à 49 999 \$	29,6	23,1		32,8	29,2	
	50 000 \$ ou plus	36,0	37,4		35,2	25,0	
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	11,5	11,3	0,75	11,7	11,9	0,80
	5 ^e secondaire	26,0	24,7		27,5	31,7	
	cégep/école de métiers	37,4	34,0		38,4	36,6	
	université	25,1	29,9		22,4	19,8	
Assurance dentaire privée	oui	45,5	41,8	0,47	43,4	37,5	0,23
	non	54,5	58,2		56,6	62,5	
Au moins un parent PSR ¹	oui	12,1	19,6	0,03	8,4	16,3	0,01
	non	87,9	80,4		91,6	83,7	
Au moins un parent édenté	oui	5,9	5,2	0,77	8,9	9,6	0,80
	non	94,1	94,8		91,1	90,4	
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	82,5	81,6	0,82	89,2	87,4	0,55
	1 an ou plus	17,5	18,4		10,8	12,6	

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

PRÉVALENCE DE LA CARIE



Tableau 5-1 : Pourcentage des dents permanentes présentes en fonction du sexe et de l'âge des enfants

Dents	Maternelle					Deuxième année				
	Filles	Garçons	5 ans	6 ans	Tous	Filles	Garçons	7 ans	8 ans	Tous
Dent 11	7,5	4,3	2,5	11,8	5,9	89,5	84,4	80,2	93,6	86,9
Dent 12	0,4	0,2	0,1	0,5	0,3	52,9	38,3	31,9	57,8	45,4
Dent 13	-	-	-	-	-	0,8	0,0	0,2	0,6	0,4
Dent 14	-	-	-	-	-	2,6	1,3	0,5	2,9	1,9
Dent 15	-	-	-	-	-	0,5	0,5	0,1	0,7	0,5
Dent 16	33,1	24,7	20,0	44,5	28,8	96,7	96,7	95,3	98,3	96,7
Dent 21	6,9	5,5	2,1	13,2	6,1	89,0	83,0	79,6	92,4	86,0
Dent 22	0,4	0,2	0,1	0,5	0,3	54,1	38,6	32,9	58,1	46,2
Dent 23	-	-	-	-	-	0,5	0,0	0,1	0,2	0,3
Dent 24	-	-	-	-	-	1,7	1,5	0,4	2,1	1,6
Dent 25	-	-	-	-	-	0,7	0,4	0,4	0,7	0,5
Dent 26	32,3	26,4	20,1	45,7	29,3	96,7	96,9	95,2	98,5	96,8
Dent 31	40,4	27,3	24,1	50,3	33,7	98,7	98,5	97,7	99,7	98,6
Dent 32	5,4	2,6	2,0	7,6	4,0	81,5	72,7	66,7	87,1	77,0
Dent 33	-	-	-	-	-	2,9	0,7	0,7	2,3	1,8
Dent 34	-	-	-	-	-	2,1	1,3	0,4	1,9	1,7
Dent 35	-	-	-	-	-	0,5	0,1	0,0	0,3	0,3
Dent 36	36,5	25,7	21,6	47,7	31,0	97,8	96,6	95,9	98,7	97,2
Dent 41	41,6	29,4	25,7	52,6	35,4	99,1	98,8	98,8	99,2	98,9
Dent 42	5,3	2,7	1,9	7,7	3,9	81,3	72,5	66,6	86,7	76,8
Dent 43	-	-	-	-	-	3,2	0,5	0,6	2,5	1,8
Dent 44	-	-	-	-	-	2,3	0,8	0,4	1,9	1,6
Dent 45	-	-	-	-	-	0,4	0,3	0,1	0,2	0,3
Dent 46	36,9	27,4	23,0	47,8	32,1	97,4	96,2	95,5	98,3	96,8

Tableau 5-2 : Nombre moyen de dents permanentes présentes, en fonction du sexe et de l'âge des enfants

Caractéristiques (enfants et parents)		Maternelle		Deuxième année	
		Nb dents perm.	(é.-t.)	Nb dents perm.	(é.-t.)
Échantillon		2,11	(2,64)	10,16	(2,45)
Âge	5 ans	1,43	(2,14)		
	6 ans	3,30	(3,01)		
	7 ans			9,40	(2,49)
	8 ans			10,84	(2,01)
Sexe	filles	2,47	(2,75)	10,53	(2,41)
	garçon	1,76	(2,48)	9,81	(2,43)

Tableau 5-3 : Nombre moyen de dents permanentes cariées, absentes et obturées (CAOD), en fonction des caractéristiques des enfants

Caractéristiques (enfants et parents)		Maternelle					Deuxième année				
		C	A	O	CAOD	(é.-t.)	C	A	O	CAOD	(é.-t.)
Échantillon		0,03	0,00	0,03	0,06	(0,35)	0,10	0,00	0,41	0,51	(1,06)
Âge	5 ans	0,02	0,00	0,01	0,03	(0,25)					
	6 ans	0,05	0,00	0,04	0,09	(0,44)					
	7 ans						0,09	0,00	0,31	0,41	(0,93)
	8 ans						0,10	0,00	0,48	0,58	(1,14)
Sexe	filles	0,03	0,00	0,03	0,06	(0,38)	0,09	0,00	0,46	0,55	(1,10)
	garçon	0,03	0,00	0,03	0,05	(0,32)	0,10	0,00	0,37	0,47	(1,02)
Langue parlée	français	0,04	0,00	0,03	0,06	(0,37)	0,10	0,00	0,41	0,51	(1,05)
	anglais	0,01	0,00	0,03	0,04	(0,34)	0,05	0,00	0,33	0,38	(1,00)
	autre	0,00	0,00	0,03	0,03	(0,23)	0,11	0,00	0,53	0,65	(1,28)
Immigration	5 ans ou moins	0,02	0,00	0,00	0,02	(0,16)	0,05	0,00	0,54	0,59	(1,23)
	plus de 5 ans	0,01	0,00	0,03	0,03	(0,22)	0,10	0,00	0,39	0,49	(1,14)
	non	0,03	0,00	0,03	0,06	(0,37)	0,10	0,00	0,42	0,52	(1,05)
Revenu familial	moins de 30 000 \$	0,05	0,00	0,04	0,10	(0,46)	0,16	0,00	0,50	0,66	(1,21)
	de 30 à 49 999 \$	0,04	0,00	0,02	0,06	(0,37)	0,09	0,00	0,41	0,50	(1,03)
	50 000 \$ ou plus	0,01	0,00	0,03	0,03	(0,26)	0,05	0,00	0,31	0,36	(0,87)
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	0,05	0,00	0,03	0,08	(0,46)	0,24	0,00	0,53	0,77	(1,30)
	5 ^e secondaire	0,04	0,00	0,04	0,08	(0,37)	0,13	0,00	0,46	0,59	(1,13)
	cégep/école de métiers	0,03	0,00	0,03	0,06	(0,38)	0,07	0,00	0,41	0,48	(1,01)
	université	0,01	0,00	0,02	0,03	(0,25)	0,06	0,00	0,30	0,35	(0,90)
Assurance dentaire privée	oui	0,02	0,00	0,02	0,04	(0,30)	0,07	0,00	0,35	0,43	(0,98)
	non	0,04	0,00	0,04	0,07	(0,39)	0,12	0,00	0,46	0,58	(1,12)
Au moins un parent PSR ¹	oui	0,06	0,00	0,03	0,09	(0,47)	0,23	0,00	0,55	0,78	(1,27)
	non	0,03	0,00	0,03	0,05	(0,34)	0,08	0,00	0,40	0,49	(1,04)
Au moins un parent édenté	oui	0,02	0,00	0,02	0,04	(0,28)	0,12	0,00	0,61	0,73	(1,21)
	non	0,03	0,00	0,03	0,06	(0,36)	0,10	0,00	0,39	0,48	(1,04)
Zone de résidence	métropolitaine	0,01	0,00	0,04	0,04	(0,34)	0,07	0,00	0,37	0,44	(1,03)
	urbaine	0,03	0,00	0,02	0,05	(0,28)	0,10	0,00	0,45	0,55	(1,08)
	rurale	0,07	0,00	0,04	0,11	(0,50)	0,12	0,00	0,38	0,50	(1,05)
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	0,03	0,00	0,03	0,07	(0,38)	0,08	0,00	0,46	0,54	(1,09)
	1 an ou plus	0,02	0,00	0,00	0,02	(0,21)	0,23	0,00	0,08	0,32	(0,85)
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	0,03	0,00	0,03	0,06	(0,35)	0,07	0,00	0,40	0,47	(1,03)
	moins de 2 fois/jour	0,04	0,00	0,02	0,06	(0,37)	0,14	0,00	0,44	0,58	(1,10)
Indice OHIS	bon	0,01	0,00	0,01	0,01	(0,11)	0,00	0,00	0,27	0,27	(0,80)
	passable à moyen	0,03	0,00	0,03	0,06	(0,36)	0,09	0,00	0,41	0,50	(1,04)
	médiocre	0,04	0,00	0,04	0,08	(0,40)	0,14	0,00	0,46	0,60	(1,16)

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 5-4 : Nombre moyen de faces permanentes cariées, absentes et obturées (CAOF), en fonction des caractéristiques des enfants

Caractéristiques (enfants et parents)		Maternelle					Deuxième année				
		C	A	O	CAOF	(é.-t.)	C	A	O	CAOF	(é.-t.)
Échantillon		0,03	0,00	0,04	0,07	(0,44)	0,11	0,00	0,61	0,73	(1,69)
Âge	5 ans	0,02	0,00	0,02	0,04	(0,31)					
	6 ans	0,05	0,00	0,05	0,10	(0,51)					
	7 ans						0,10	0,01	0,47	0,58	(1,50)
	8 ans						0,11	0,00	0,71	0,83	(1,82)
Sexe	filles	0,04	0,00	0,04	0,08	(0,48)	0,10	0,01	0,68	0,79	(1,79)
	garçons	0,03	0,00	0,03	0,06	(0,39)	0,11	0,00	0,55	0,66	(1,59)
Langue parlée	français	0,04	0,00	0,04	0,08	(0,46)	0,11	0,00	0,60	0,72	(1,62)
	anglais	0,01	0,00	0,04	0,05	(0,36)	0,05	0,00	0,52	0,57	(1,77)
	autre	0,00	0,00	0,05	0,05	(0,40)	0,12	0,00	0,90	1,02	(2,49)
Immigration	5 ans ou moins	0,02	0,00	0,00	0,02	(0,16)	0,05	0,00	0,96	1,01	(2,36)
	plus de 5 ans	0,01	0,00	0,04	0,04	(0,35)	0,12	0,00	0,66	0,78	(2,16)
	non	0,04	0,00	0,04	0,08	(0,46)	0,11	0,00	0,61	0,72	(1,64)
Revenu familial	moins de 30 000 \$	0,06	0,00	0,06	0,12	(0,61)	0,18	0,01	0,74	0,94	(1,99)
	de 30 à 49 999 \$	0,04	0,00	0,02	0,06	(0,39)	0,10	0,00	0,60	0,70	(1,59)
	50 000 \$ ou plus	0,01	0,00	0,03	0,04	(0,34)	0,05	0,00	0,45	0,51	(1,37)
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	0,06	0,00	0,04	0,11	(0,67)	0,26	0,02	0,78	1,06	(1,98)
	5 ^e secondaire	0,04	0,00	0,06	0,10	(0,48)	0,15	0,00	0,68	0,82	(1,78)
	cégep/école de métiers	0,04	0,00	0,03	0,07	(0,44)	0,08	0,00	0,59	0,67	(1,57)
	université	0,01	0,00	0,02	0,03	(0,29)	0,06	0,00	0,47	0,53	(1,59)
Assurance dentaire privée	oui	0,02	0,00	0,03	0,04	(0,36)	0,08	0,00	0,50	0,59	(1,49)
	non	0,04	0,00	0,05	0,09	(0,50)	0,13	0,00	0,69	0,83	(1,83)
Au moins un parent PSR ¹	oui	0,07	0,00	0,05	0,12	(0,69)	0,24	0,00	0,77	1,01	(1,83)
	non	0,03	0,00	0,03	0,06	(0,40)	0,10	0,00	0,60	0,70	(1,68)
Au moins un parent édenté	oui	0,02	0,00	0,04	0,06	(0,43)	0,13	0,00	0,86	1,00	(1,78)
	non	0,04	0,00	0,04	0,07	(0,45)	0,11	0,00	0,57	0,69	(1,67)
Zone de résidence	métropolitaine	0,01	0,00	0,05	0,06	(0,49)	0,07	0,00	0,55	0,63	(1,71)
	urbaine	0,03	0,00	0,02	0,05	(0,31)	0,12	0,01	0,66	0,78	(1,68)
	rurale	0,08	0,00	0,05	0,13	(0,59)	0,13	0,00	0,58	0,71	(1,68)
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	0,04	0,00	0,05	0,08	(0,48)	0,09	0,00	0,68	0,78	(1,76)
	1 an ou plus	0,02	0,00	0,00	0,02	(0,21)	0,26	0,00	0,11	0,37	(1,06)
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	0,03	0,00	0,04	0,08	(0,49)	0,08	0,00	0,60	0,67	(1,67)
	moins de 2 fois/jour	0,04	0,00	0,02	0,07	(0,39)	0,16	0,01	0,63	0,80	(1,71)
Indice OHIS	bon	0,01	0,00	0,01	0,01	(0,11)	0,00	0,00	0,38	0,38	(1,23)
	passable à moyen	0,03	0,00	0,03	0,07	(0,43)	0,10	0,00	0,60	0,71	(1,64)
	médiocre	0,04	0,00	0,06	0,10	(0,59)	0,15	0,00	0,69	0,85	(1,90)

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 5-5 : Pourcentage d'enfants selon le nombre de dents permanentes atteintes (CAOD), le niveau scolaire et l'âge

Nombre de dents permanentes atteintes (CAOD)	Niveau scolaire		Âge			
	Maternelle	2 ^e année	5 ans	6 ans	7 ans	8 ans
0 dent	96,6	75,9	98,2	94,8	79,1	74,0
1 dent	1,6	9,1	0,7	2,6	9,4	8,8
2 dents	1,3	7,1	0,8	1,8	5,6	8,1
3 dents	0,3	3,8	0,3	0,3	3,6	3,8
4 dents	0,2	3,8		0,5	2,0	5,0
5 dents		0,3			0,2	0,3

Tableau 5-6 : Pourcentage d'enfants selon le nombre de faces permanentes atteintes (CAOF), le niveau scolaire et l'âge

Nombre de faces permanentes atteintes (CAOF)	Niveau scolaire		Âge			
	Maternelle	2 ^e année	5 ans	6 ans	7 ans	8 ans
0 face	96,6	75,9	98,2	94,8	79,1	74,0
1 face	1,3	6,9	0,6	2,1	7,0	6,8
2 faces	1,2	6,3	0,7	1,8	5,4	7,2
3 faces	0,4	3,1	0,1	0,7	2,9	2,8
4 faces	0,3	2,8	0,2	0,4	2,1	3,5
5 faces	0,1	1,8	0,1	0,2	1,6	1,6
6 faces ou plus		3,1			1,9	4,1

Tableau 5-7 : Pourcentage d'enfants atteints par la carie sur les dents permanentes en fonction des caractéristiques des enfants

Caractéristiques (enfants et parents)		Maternelle % d'atteints	Deuxième année % d'atteints
Échantillon		3,4	24,1
Âge	5 ans	1,8	
	6 ans	5,2	
	7 ans		20,9
	8 ans		26,0
Sexe	filles	3,4	25,2
	garçons	3,2	22,9
Langue parlée	français	3,7	24,2
	anglais	2,2	18,5
	autre	1,3	27,0
Immigration	5 ans ou moins	2,4	20,1
	plus de 5 ans	2,3	20,9
	non	3,6	24,7
Revenu familial	moins de 30 000 \$	5,4	29,3
	de 30 à 49 999 \$	3,5	23,7
	50 000 \$ ou plus	1,8	18,5
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	4,1	32,8
	5 ^e secondaire	5,4	27,5
	cégep/école de métiers	3,0	23,1
	université	1,6	17,2
Assurance dentaire privée	oui	2,0	20,8
	non	4,4	26,3
Au moins un parent PSR ¹	oui	4,7	34,7
	non	3,1	22,9
Au moins un parent édenté	oui	2,4	32,6
	non	3,3	22,9
Zone de résidence	métropolitaine	2,0	19,8
	urbaine	3,4	26,1
	rurale	5,8	24,4
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	3,6	25,1
	1 an ou plus	1,8	16,3
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	3,3	22,1
	moins de 2 fois/jour	3,6	27,5
Indice OHIS	bon	1,2	12,8
	passable à moyen	3,2	23,9
	médiocre	4,9	26,7

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 5-8 : Nombre moyen de dents temporaires présentes, en fonction des caractéristiques des enfants

Caractéristiques (enfants et parents)		Maternelle		Deuxième année	
		Nb dents temp.	(é.-t.)	Nb dents temp.	(é.-t.)
Échantillon		18,80	(1,74)	13,01	(2,24)
Âge	5 ans	19,21	(1,35)		
	6 ans	18,12	(2,07)		
	7 ans		(2,53)	13,64	(2,27)
	8 ans			12,45	(1,92)
Sexe	filles	18,61	(1,81)	12,70	(2,25)
	garçons	18,98	(1,65)	13,31	(2,19)
Langue parlée	français	18,88	(1,66)	13,06	(2,20)
	anglais	18,33	(2,04)	12,94	(2,04)
	autre	17,99	(2,38)	12,37	(2,86)
Immigration	5 ans ou moins	17,23	(2,99)	11,85	(3,81)
	plus de 5 ans	18,23	(2,11)	12,68	(2,12)
	non	18,86	(1,67)	13,08	(2,20)
Revenu familial	moins de 30 000 \$	18,62	(1,86)	12,76	(2,42)
	de 30 à 49 999 \$	18,88	(1,77)	13,10	(2,19)
	50 000 \$ ou plus	18,93	(1,58)	13,22	(2,14)
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	18,68	(1,79)	12,50	(2,50)
	5 ^e secondaire	18,86	(1,65)	12,94	(2,18)
	cégep/école de métiers	18,85	(1,75)	13,17	(2,25)
	université	18,78	(1,76)	13,12	(2,17)
Assurance dentaire privée	oui	18,91	(1,63)	13,19	(2,18)
	non	18,71	(1,82)	12,88	(2,30)
Au moins un parent PSR ¹	oui	18,57	(1,91)	12,56	(2,43)
	non	18,83	(1,71)	13,08	(2,23)
Au moins un parent édenté	oui	18,80	(1,71)	13,10	(2,30)
	non	18,81	(1,73)	13,02	(2,25)
Zone de résidence	métropolitaine	18,59	(1,93)	12,81	(2,20)
	urbaine	18,89	(1,64)	13,03	(2,21)
	rurale	18,85	(1,71)	13,19	(2,32)
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	18,80	(1,73)	13,02	(2,26)
	1 an ou plus	18,86	(1,73)	13,06	(2,14)
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	18,80	(1,74)	13,06	(2,26)
	moins de 2 fois/jour	18,81	(1,73)	12,90	(2,20)
Indice OHIS	bon	19,08	(1,49)	13,53	(2,23)
	passable à moyen	18,90	(1,65)	13,04	(2,28)
	médiocre	18,07	(2,12)	12,85	(2,09)

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 5-9 : Nombre moyen de dents temporaires cariées, absentes et obturées (caod), en fonction des caractéristiques des enfants

Caractéristiques (enfants et parents)		Maternelle					Deuxième année				
		c	a	o	caod	(é.-t.)	c	a	o	caod	(é.-t.)
Échantillon		0,65	0,03	1,27	1,95	(3,19)	0,38	0,08	2,19	2,65	(3,13)
Âge	5 ans	0,59	0,03	1,15	1,77	(3,06)					
	6 ans	0,73	0,04	1,46	2,24	(3,38)					
	7 ans						0,38	0,06	1,98	2,42	(3,07)
	8 ans						0,37	0,09	2,37	2,83	(3,17)
Sexe	filles	0,66	0,02	1,22	1,91	(3,15)	0,34	0,07	2,16	2,57	(3,07)
	garçons	0,62	0,04	1,32	1,98	(3,22)	0,43	0,08	2,23	2,73	(3,19)
Langue parlée	français	0,64	0,03	1,23	1,90	(3,18)	0,38	0,06	2,15	2,59	(3,09)
	anglais	0,53	0,03	1,25	1,81	(2,92)	0,22	0,11	1,57	1,91	(2,96)
	autre	0,71	0,09	2,26	3,06	(3,75)	0,65	0,30	3,35	4,30	(3,35)
Immigration	5 ans ou moins	0,79	0,09	2,07	2,94	(4,11)	0,18	0,24	1,96	2,39	(2,99)
	plus de 5 ans	0,53	0,05	1,50	2,08	(3,15)	0,53	0,15	2,35	3,02	(3,16)
	non	0,63	0,03	1,23	1,89	(3,15)	0,37	0,06	2,17	2,60	(3,13)
Revenu familial	moins de 30 000 \$	0,97	0,05	1,66	2,69	(3,67)	0,68	0,13	2,59	3,39	(3,29)
	de 30 à 49 999 \$	0,62	0,03	1,21	1,86	(3,03)	0,35	0,04	2,29	2,68	(3,12)
	50 000 \$ ou plus	0,32	0,02	0,86	1,20	(2,45)	0,17	0,04	1,67	1,88	(2,84)
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	1,10	0,02	1,94	3,06	(3,62)	0,79	0,14	3,10	4,03	(3,30)
	5 ^e secondaire	0,96	0,05	1,46	2,48	(3,56)	0,52	0,08	2,44	3,05	(3,27)
	cégep/école de métiers	0,48	0,03	1,15	1,66	(2,97)	0,30	0,05	2,18	2,53	(3,07)
	université	0,32	0,02	0,89	1,23	(2,51)	0,21	0,04	1,44	1,69	(2,63)
Assurance dentaire privée	oui	0,47	0,02	1,13	1,62	(2,85)	0,28	0,05	1,97	2,31	(3,00)
	non	0,76	0,04	1,36	2,15	(3,35)	0,46	0,08	2,32	2,85	(3,19)
Au moins un parent PSR ¹	oui	1,20	0,06	1,92	3,18	(3,85)	0,93	0,17	2,65	3,75	(3,37)
	non	0,56	0,03	1,17	1,76	(3,03)	0,34	0,06	2,11	2,50	(3,07)
Au moins un parent édenté	oui	1,13	0,09	1,92	3,15	(3,86)	0,57	0,05	3,17	3,79	(3,66)
	non	0,61	0,03	1,22	1,86	(3,12)	0,37	0,07	2,05	2,50	(3,04)
Zone de résidence	métropolitaine	0,40	0,02	1,26	1,68	(2,91)	0,31	0,12	2,23	2,65	(3,16)
	urbaine	0,68	0,03	1,31	2,02	(3,30)	0,36	0,06	2,20	2,62	(3,12)
	rurale	0,86	0,04	1,20	2,09	(3,23)	0,53	0,06	2,13	2,72	(3,12)
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	0,59	0,03	1,41	2,03	(3,25)	0,32	0,07	2,32	2,71	(3,17)
	1 an ou plus	0,90	0,03	0,38	1,32	(2,62)	1,00	0,04	0,88	1,91	(2,65)
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	0,49	0,01	1,14	1,64	(2,89)	0,31	0,06	2,16	2,54	(3,10)
	moins de 2 fois/jour	0,88	0,05	1,47	2,39	(3,53)	0,53	0,09	2,26	2,87	(3,17)
Indice OHIS	bon	0,27	0,04	0,68	0,99	(2,21)	0,04	0,03	1,22	1,29	(2,45)
	passable à moyen	0,62	0,03	1,24	1,89	(3,12)	0,34	0,07	2,20	2,61	(3,11)
	médiocre	1,04	0,05	1,89	2,98	(3,85)	0,57	0,09	2,37	3,03	(3,23)

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 5-10 : Nombre moyen de faces temporaires cariées, absentes et obturées (caof), en fonction des caractéristiques des enfants

Caractéristiques (enfants et parents)		Maternelle					Deuxième année				
		c	a	o	caof	(é.-t.)	c	a	o	caof	(é.-t.)
Échantillon		0,96	0,14	2,82	3,92	(7,74)	0,62	0,37	4,84	5,83	(8,12)
Âge	5 ans	0,86	0,12	2,44	3,43	(7,22)					
	6 ans	1,14	0,18	3,37	4,68	(8,42)					
	7 ans						0,59	0,32	4,21	5,12	(7,63)
	8 ans						0,63	0,43	5,33	6,40	(8,49)
Sexe	filles	0,98	0,09	2,69	3,76	(7,49)	0,50	0,37	4,76	5,63	(7,88)
	garçons	0,93	0,19	2,95	4,07	(7,96)	0,74	0,37	4,91	6,02	(8,35)
Langue parlée	français	0,97	0,13	2,69	3,80	(7,58)	0,62	0,29	4,73	5,64	(7,90)
	anglais	0,73	0,13	2,83	3,69	(7,60)	0,26	0,57	3,48	4,30	(7,47)
	autre	0,95	0,43	5,47	6,85	(10,56)	1,09	1,44	7,57	10,10	(10,47)
Immigration	5 ans ou moins	1,12	0,42	5,03	6,56	(9,80)	0,23	1,22	4,03	5,48	(7,38)
	plus de 5 ans	0,70	0,26	3,42	4,38	(8,48)	0,77	0,70	5,20	6,66	(8,36)
	non	0,95	0,12	2,70	3,78	(7,54)	0,62	0,29	4,76	5,67	(8,01)
Revenu familial	moins de 30 000 \$	1,49	0,24	3,83	5,56	(9,42)	1,17	0,63	5,94	7,74	(9,15)
	de 30 à 49 999 \$	0,94	0,12	2,57	3,63	(6,78)	0,54	0,20	4,99	5,73	(7,92)
	50 000 \$ ou plus	0,43	0,09	1,82	2,33	(5,78)	0,25	0,20	3,49	3,95	(6,74)
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	1,70	0,10	4,81	6,61	(9,45)	1,37	0,68	7,08	9,13	(8,89)
	5 ^e secondaire	1,39	0,24	3,27	4,90	(8,31)	0,83	0,41	5,54	6,78	(8,83)
	cégep/école de métiers	0,76	0,13	2,44	3,33	(7,34)	0,50	0,26	4,70	5,46	(7,78)
	université	0,43	0,08	1,83	2,34	(5,80)	0,31	0,22	3,00	3,53	(6,30)
Assurance dentaire privée	oui	0,70	0,09	2,44	3,23	(6,58)	0,44	0,27	4,20	4,90	(7,20)
	non	1,13	0,17	3,04	4,34	(8,20)	0,75	0,38	5,18	6,32	(8,49)
Au moins un parent PSR ¹	oui	1,90	0,28	4,41	6,58	(10,28)	1,59	0,84	6,10	8,52	(9,46)
	non	0,82	0,12	2,57	3,51	(7,17)	0,54	0,28	4,60	5,41	(7,80)
Au moins un parent édenté	oui	1,56	0,42	4,79	6,77	(10,51)	1,09	0,24	7,46	8,79	(10,29)
	non	0,93	0,12	2,66	3,70	(7,43)	0,59	0,35	4,45	5,39	(7,69)
Zone de résidence	métropolitaine	0,54	0,11	2,94	3,59	(7,92)	0,47	0,56	4,89	5,92	(8,44)
	urbaine	1,01	0,15	2,82	3,97	(7,64)	0,59	0,30	4,88	5,77	(7,99)
	rurale	1,34	0,16	2,69	4,19	(7,77)	0,88	0,31	4,68	5,86	(8,06)
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	0,89	0,14	3,08	4,11	(7,83)	0,51	0,34	5,10	5,95	(8,12)
	1 an ou plus	1,34	0,14	0,97	2,46	(6,11)	1,70	0,18	1,92	3,80	(6,46)
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	0,72	0,07	2,50	3,29	(6,89)	0,51	0,32	4,74	5,56	(8,03)
	moins de 2 fois/jour	1,30	0,22	3,29	4,81	(8,50)	0,84	0,45	5,00	6,29	(8,20)
Indice OHIS	bon	0,37	0,19	1,42	1,98	(5,17)	0,07	0,15	2,45	2,67	(6,15)
	passable à moyen	0,93	0,12	2,74	3,80	(7,62)	0,53	0,36	4,85	5,73	(8,01)
	médiocre	1,56	0,20	4,25	6,01	(9,33)	0,99	0,46	5,25	6,70	(8,62)

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 5-11 : Pourcentage d'enfants selon le nombre de dents temporaires atteintes (caod), le niveau scolaire et l'âge

Nombre de dents temporaires atteintes (caod)	Niveau scolaire		Âge			
	Maternelle	2 ^e année	5 ans	6 ans	7 ans	8 ans
0 dent	58,2	44,0	61,1	53,6	47,2	41,8
1 dent	8,3	7,6	8,1	8,5	8,1	7,1
2 dents	6,7	8,7	6,1	7,9	8,7	8,3
3 dents	4,6	5,6	4,8	4,5	6,2	5,3
4 dents	4,2	7,1	3,9	4,5	6,0	8,2
5 dents	3,2	4,5	3,2	3,3	3,5	5,2
6 dents	3,2	5,4	3,0	3,6	4,8	5,1
7 dents	2,2	4,6	1,7	3,0	3,6	5,4
8 dents	3,9	9,0	3,3	4,5	8,1	10,4
9 dents	1,7	1,5	1,5	2,0	1,7	1,4
10 dents ou plus	3,7	2,1	3,3	4,3	1,9	1,9

Tableau 5-12 : Pourcentage d'enfants selon le nombre de faces temporaires atteintes (caof), le niveau scolaire et l'âge

Nombre de faces temporaires atteintes (caof)	Niveau scolaire		Âge			
	Maternelle	2 ^e année	5 ans	6 ans	7 ans	8 ans
0 face	58,2	44,0	61,1	53,6	47,2	41,8
1 face	5,7	4,1	5,5	5,7	4,2	3,9
2 faces	5,7	5,9	5,1	7,1	6,5	5,3
3 faces	3,2	2,8	3,6	2,4	2,7	2,9
4 faces	3,6	4,7	3,5	3,7	5,4	4,0
5 faces	1,9	2,7	1,9	1,8	3,2	2,2
6 faces	1,9	2,9	2,1	1,8	2,4	3,5
7 faces	1,6	2,0	1,6	1,8	1,3	2,8
8 faces	1,7	3,3	1,5	1,7	3,3	3,1
9 faces	1,6	1,9	1,6	1,6	1,8	2,1
10 faces	1,3	2,1	1,0	2,0	1,6	2,3
11 faces	1,0	2,0	1,1	1,0	1,8	2,2
12 faces	1,1	2,6	1,0	1,2	2,2	2,5
13 faces	0,8	1,8	0,8	0,8	1,8	1,9
14 faces	0,7	1,7	0,7	0,9	0,9	2,2
15 faces	0,6	1,3	0,6	0,4	1,5	0,9
16 faces	1,8	2,6	0,9	3,1	2,8	2,6
17 faces	0,8	1,8	0,6	1,1	1,3	2,3
18 faces	1,0	1,6	0,9	1,1	1,1	2,1
19 faces	0,7	1,3	0,5	1,1	1,2	1,3
20 faces ou plus	5,1	7,1	4,4	6,0	5,9	8,1

*CARACTÉRISTIQUES
DES ENFANTS À RISQUE
ÉLEVÉ DE CARIE SUR LA
DENTITION TEMPORAIRE*



Tableau 6-1 : Pourcentage d'enfants selon le nombre de faces temporaires atteintes (caof) et selon les caractéristiques des enfants

Caractéristiques (enfants et parents)		Maternelle			Deuxième année			
		0 face	1 à 4 faces	5 faces ou +	0 face	1 à 4 faces	5 à 9 faces	10 faces ou +
Échantillon		58,2	18,3	23,6	44,0	17,5	12,8	25,7
Âge	5 ans	61,1	17,8	21,2				
	6 ans	53,6	18,9	27,5				
	7 ans				47,2	18,9	12,0	21,9
	8 ans				41,8	16,2	13,7	28,4
Sexe	filles	59,3	17,2	23,5	44,9	17,8	12,6	24,7
	garçons	57,1	19,3	23,6	43,1	17,3	13,1	26,6
Langue parlée	français	59,1	17,9	23,0	44,2	18,1	13,3	24,4
	anglais	58,1	19,7	22,2	63,4	8,9	5,5	22,2
	autre	42,8	22,5	34,7	20,4	19,2	12,8	47,5
Immigration	5 ans ou moins	47,7	19,7	32,6	51,5	7,1	10,8	30,6
	plus de 5 ans	56,0	19,7	24,3	37,3	18,7	12,6	31,3
	non	58,9	18,2	23,0	44,9	17,5	12,7	24,8
Revenu familial	moins de 30 000 \$	46,5	21,1	32,4	32,6	17,8	16,3	33,3
	de 30 à 49 999 \$	58,9	18,5	22,6	41,9	20,2	12,3	25,5
	50 000 \$ ou plus	69,5	15,4	15,0	57,9	14,9	9,9	17,3
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	41,9	18,1	40,0	24,8	17,1	14,5	43,5
	5 ^e secondaire	48,8	21,4	29,8	38,3	19,1	14,2	28,4
	cégep/école de métiers	63,8	16,4	19,8	44,9	18,1	12,8	24,1
	université	67,8	18,0	14,2	59,0	15,4	10,6	15,0
Assurance dentaire privée	oui	63,2	16,9	19,9	49,8	16,1	11,5	22,7
	non	54,9	19,1	26,0	40,6	18,6	13,8	27,0
Au moins un parent PSR ¹	oui	41,7	17,9	40,4	28,6	17,5	16,4	37,5
	non	60,8	18,1	21,1	46,0	17,8	12,5	23,6
Au moins un parent édenté	oui	41,8	23,5	34,7	33,6	16,5	9,5	40,4
	non	59,4	18,0	22,6	45,6	17,8	13,1	23,4
Zone de résidence	métropolitaine	61,3	18,2	20,6	45,7	15,6	11,1	27,7
	urbaine	58,2	17,5	24,3	44,6	17,3	12,9	25,2
	rurale	54,5	20,1	25,3	40,6	20,4	14,6	24,5
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	57,0	18,1	24,9	43,6	17,2	12,7	26,6
	1 an ou plus	66,8	18,4	14,8	51,7	20,5	13,8	14,0
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	62,6	17,4	20,0	45,9	17,1	12,8	24,2
	moins de 2 fois/jour	52,0	19,3	28,7	40,0	18,5	13,1	28,3
Indice OHIS	bon	72,7	15,2	12,1	67,0	13,8	9,0	10,2
	passable à moyen	58,5	18,7	22,8	44,4	17,8	12,6	25,3
	médiocre	45,8	18,2	35,9	38,6	17,6	14,1	29,7

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 6-2 : Régression logistique multivariée : risque d'avoir au moins 5 faces temporaires cariées, absentes ou obturées (caof ³ 5), en fonction des caractéristiques des enfants de maternelle

Caractéristiques (enfants et parents)		caof ³ 5 %	Ratio de cotes	IC ₉₅ % inf. sup.	
Sexe	filles	23,5	Référence		
	garçon	23,6	1,0	0,80	1,25
Langue parlée	français	23,0	0,9	0,56	1,43
	anglais	22,2	Référence		
	autre	34,7	1,7	0,76	3,73
Immigration	5 ans ou moins	32,6	2,6	0,90	7,40
	plus de 5 ans	24,3	0,9	0,49	1,62
	non	23,0	Référence		
Revenu familial	moins de 30 000 \$	32,4	1,6	1,10	2,24
	de 30 à 49 999 \$	22,6	1,3	0,94	1,74
	50 000 \$ ou plus	15,0	Référence		
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	40,0	2,3	1,50	3,63
	5 ^e secondaire	29,8	1,9	1,32	2,71
	cégep/école de métiers	19,8	1,2	0,88	1,70
	université	14,2	Référence		
Assurance dentaire privée	oui	19,9	Référence		
	non	26,0	1,2	0,92	1,53
Au moins un parent PSR ¹	oui	40,4	1,6	1,07	2,25
	non	21,1	Référence		
Au moins un parent édenté	oui	34,7	1,6	1,03	2,56
	non	22,6	Référence		
Zone de résidence	métropolitaine	20,6	Référence		
	urbaine	24,3	1,6	1,14	2,24
	rurale	25,3	1,6	1,06	2,28
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	24,9	Référence		
	1 an ou plus	14,8	0,3	0,23	0,49
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	20,0	Référence		
	moins de 2 fois/jour	28,7	1,5	1,23	1,94
Indice OHIS	bon	12,1	Référence		
	passable à moyen	22,8	2,1	1,33	3,34
	médiocre	35,9	4,0	2,33	6,80

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 6-3 : Proportion d'enfants de maternelle classifiés à risque élevé de carie, selon le critère provincial utilisé dans le PPSDP, en fonction de leurs caractéristiques

Caractéristiques (enfants et parents)		% d'exempts	Maternelle % non à risque	% à risque selon le critère du PPSDP ¹
Échantillon		58,2	16,6	25,2
Âge	5 ans	61,1	16,9	22,0
	6 ans	53,6	15,9	30,4
Sexe	filles	59,3	16,5	24,1
	garçons	57,1	16,7	26,3
Langue parlée	français	59,1	16,4	24,6
	anglais	58,1	16,8	25,0
	autre	42,8	21,4	35,8
Immigration	5 ans ou moins	47,7	12,7	39,6
	plus de 5 ans	56,0	20,8	23,2
	non	58,9	16,5	24,7
Revenu familial	moins de 30 000 \$	46,5	19,6	34,0
	de 30 à 49 999 \$	58,9	15,4	25,7
	50 000 \$ ou plus	69,5	14,2	16,2
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	41,9	17,4	40,8
	5 ^e secondaire	48,8	19,7	31,5
	cégep/école de métiers	63,8	15,3	20,9
	université	67,8	15,5	16,8
Assurance dentaire privée	oui	63,2	14,8	22,0
	non	54,9	18,1	27,0
Au moins un parent PSR ²	oui	41,7	20,1	38,3
	non	60,8	16,0	23,2
Au moins un parent édenté	oui	41,8	24,7	33,6
	non	59,4	16,3	24,3
Zone de résidence	métropolitaine	61,3	18,2	20,5
	urbaine	58,2	15,3	26,5
	rurale	54,5	17,7	27,8
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	57,0	16,6	26,4
	1 an ou plus	66,8	17,3	15,9
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	62,6	15,8	21,6
	moins de 2 fois/jour	52,0	17,1	30,9
Indice OHIS	bon	72,7	13,7	13,6
	passable à moyen	58,5	16,4	25,1
	médiocre	45,8	19,7	34,4

1. Selon le critère provincial, l'enfant de maternelle est classifié à risque élevé de carie si au moins une des faces buccales ou proximales de ses dents antérieures est atteinte (à l'exception de la face distale de ses canines) ou si au moins deux faces proximales de ses dents postérieures sont atteintes (incluant la face distale de ses canines). Ce critère est inspiré de la méthode de Grainger modifiée (Poulsen et Horowitz, 1974).
PPSDP : Programme public de services dentaires préventifs.

2. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 6-4 : Régression logistique multivariée : risque d'avoir au moins 10 faces temporaires cariées, absentes ou obturées (caof ³ 10), en fonction des caractéristiques des enfants de deuxième année

Caractéristiques (enfants et parents)		caof ³ 10 %	Ratio de cotes	IC ₉₅ % inf. sup.	
Sexe	filles	24,7	Référence		
	garçon	26,6	1,1	0,98	1,32
Langue parlée	français	24,4	1,3	0,84	1,89
	anglais	22,2	Référence		
	autre	47,5	3,4	1,97	5,82
Immigration	5 ans ou moins	30,6	1,2	0,58	2,48
	plus de 5 ans	31,3	1,0	0,64	1,41
	non	24,8	Référence		
Revenu familial	moins de 30 000 \$	33,3	1,5	1,22	1,95
	de 30 à 49 999 \$	25,5	1,3	1,02	1,54
	50 000 \$ ou plus	17,3	Référence		
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	43,5	3,2	2,35	4,32
	5 ^e secondaire	28,4	1,8	1,37	2,24
	cégep/école de métiers	24,1	1,6	1,26	1,97
	université	15,0	Référence		
Assurance dentaire privée	oui	22,7	Référence		
	non	27,0	1,0	0,82	1,14
Au moins un parent PSR ¹	oui	37,5	1,2	0,90	1,53
	non	23,6	Référence		
Au moins un parent édenté	oui	40,4	1,9	1,53	2,44
	non	23,4	Référence		
Zone de résidence	métropolitaine	27,7	Référence		
	urbaine	25,2	1,1	0,89	1,40
	rurale	24,5	1,0	0,81	1,36
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	26,6	Référence		
	1 an ou plus	14,0	0,3	0,25	0,46
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	24,2	Référence		
	moins de 2 fois/jour	28,3	1,1	0,94	1,29
Indice OHIS	bon	10,2	Référence		
	passable à moyen	25,3	2,4	1,44	3,97
	médiocre	29,7	2,7	1,59	4,61

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

*DISTRIBUTION DE
LA CARIE PAR TYPE
DE DENT ET DE FACE
SUR LA DENTITION
TEMPORAIRE*

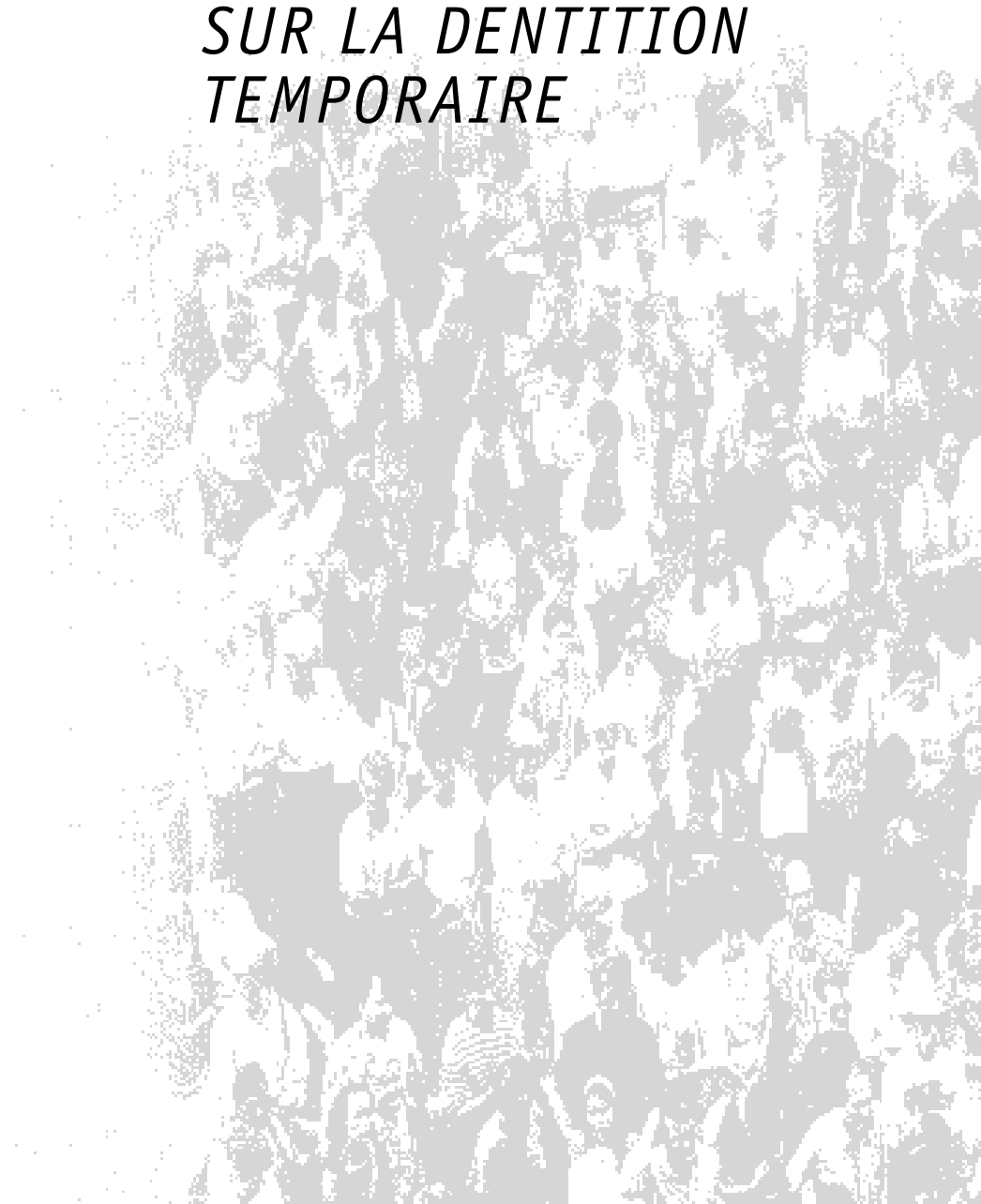


Tableau 7-1 : Localisation de la carie sur les faces occlusales et les autres faces (caof)

Localisation des faces atteintes (caof)	Maternelle		Deuxième année	
	moyenne	% caof	moyenne	% caof
Faces occlusales				
cariées	0,32		0,17	
absentes	0,02		0,07	
obturées	1,21		2,16	
cao-occlusales	1,55	39,4	2,40	41,2
Autres faces				
cariées	0,65		0,45	
absentes	0,13		0,30	
obturées	1,61		2,68	
cao-autres faces	2,38	60,6	3,43	58,8
Toutes les faces (caof)	3,92		5,83	

Tableau 7-2 : Localisation de la carie sur les faces de fosses et sillons et les faces lisses (caof modifié à 96 faces)

Localisation des faces atteintes (caof 96 faces)	Maternelle		Deuxième année	
	moyenne	% caof 96 faces	moyenne	% caof 96 faces
Faces de fosses et sillons				
cariées	0,37		0,20	
absentes	0,04		0,10	
obturées	1,44		2,46	
cao-fosses et sillons	1,84	45,7	2,76	46,4
Faces lisses				
cariées	0,61		0,44	
absentes	0,13		0,30	
obturées	1,45		2,44	
cao-lisses	2,19	54,3	3,19	53,6
Toutes les faces (caof 96)	4,03		5,94	

*NIVEAU DE TRAITEMENT
DE LA CARIE
SUR LA DENTITION
TEMPORAIRE*



Tableau 8-1 : Pourcentage des faces temporaires présentes et atteintes par la carie, qui sont obturées (o/co), en fonction des caractéristiques des enfants

Caractéristiques (enfants et parents)		Maternelle % o/co	Deuxième année % o/co
Échantillon		65,0	84,5
Âge	5 ans	65,0	
	6 ans	64,9	
	7 ans		83,0
	8 ans		86,2
Sexe	filles	63,7	84,6
	garçons	66,3	84,4
Langue parlée	français	65,0	84,7
	anglais	65,8	80,2
	autre	68,1	83,0
Immigration	5 ans ou moins	53,8	87,6
	plus de 5 ans	70,7	81,6
	non	65,0	85,0
Revenu familial	moins de 30 000 \$	60,7	81,0
	de 30 à 49 999 \$	64,3	85,4
	50 000 \$ ou plus	71,7	89,9
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	58,7	79,7
	5 ^e secondaire	60,3	82,1
	cégep/école de métiers	70,3	87,0
	université	69,8	87,0
Assurance dentaire privée	oui	68,2	85,7
	non	63,3	84,0
Au moins un parent PSR ¹	oui	59,2	76,4
	non	66,3	85,3
Au moins un parent édenté	oui	61,9	87,2
	non	65,3	83,8
Zone de résidence	métropolitaine	68,9	84,7
	urbaine	67,3	86,8
	rurale	56,7	79,1
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	71,4	88,4
	1 an ou plus	22,5	43,9
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	68,0	86,5
	moins de 2 fois/jour	61,1	80,7
Indice OHIS	bon	64,0	95,7
	passable à moyen	65,8	85,9
	médiocre	62,4	79,4

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 8-2 : Pourcentage d'enfants en fonction du nombre de faces temporaires à traiter et des caractéristiques des enfants

Caractéristiques (enfants et parents)		Maternelle			Deuxième année		
		0 face	1 à 2 faces	3 faces ou +	0 face	1 à 2 faces	3 faces ou +
Échantillon		77,0	11,3	11,7	81,6	11,0	7,4
Âge	5 ans	79,1	9,8	11,1			
	6 ans	73,5	13,7	12,8			
	7 ans				82,3	10,5	7,2
	8 ans				81,8	10,8	7,4
Sexe	filles	77,4	10,0	12,6	83,3	10,7	6,0
	garçons	76,6	12,6	10,7	80,0	11,2	8,8
Langue parlée	français	77,5	10,9	11,6	82,1	10,6	7,4
	anglais	76,6	13,4	10,0	87,7	8,4	3,9
	autre	68,6	18,4	13,0	69,1	18,3	12,7
Immigration	5 ans ou moins	60,4	18,4	21,2	86,5	12,2	1,3
	plus de 5 ans	77,1	15,9	6,9	75,8	14,6	9,7
	non	77,6	10,7	11,6	82,3	10,2	7,5
Revenu familial	moins de 30 000 \$	67,0	14,2	18,8	72,1	13,7	14,2
	de 30 à 49 999 \$	77,4	12,8	9,7	82,5	11,4	6,1
	50 000 \$ ou plus	86,2	7,6	6,2	90,5	6,1	3,4
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	59,3	18,4	22,3	68,0	16,3	15,7
	5 ^e secondaire	69,5	13,3	17,2	77,3	12,1	10,6
	cégep/école de métiers	82,4	8,8	8,7	83,8	10,5	5,7
	université	86,0	9,8	4,2	89,2	6,7	4,1
Assurance dentaire privée	oui	81,5	9,9	8,7	85,1	9,8	5,0
	non	74,0	12,2	13,8	79,4	11,1	9,5
Au moins un parent PSR ¹	oui	63,0	13,7	23,4	66,7	14,0	19,3
	non	79,2	11,0	9,8	83,0	10,6	6,5
Au moins un parent édenté	oui	63,6	14,2	22,2	75,4	13,3	11,2
	non	78,0	11,1	10,9	82,1	10,6	7,3
Zone de résidence	métropolitaine	81,5	12,4	6,2	83,8	11,1	5,1
	urbaine	77,7	9,9	12,4	82,9	10,2	7,0
	rurale	70,3	13,5	16,2	76,3	12,6	11,2
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	78,4	11,1	10,5	83,7	10,1	6,2
	1 an ou plus	71,6	11,1	17,3	64,2	15,1	20,7
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	80,9	10,2	8,8	84,2	10,2	5,6
	moins de 2 fois/jour	70,6	13,2	16,2	76,4	12,6	11,0
Indice OHIS	bon	86,2	7,9	5,8	96,6	2,4	1,0
	passable à moyen	78,0	11,1	10,9	82,8	10,8	6,4
	médiocre	64,6	15,3	20,1	75,4	13,1	11,5

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 8-3 : Régression logistique multivariée : risque d'avoir au moins 3 faces temporaires cariées à traiter (cf ³ 3), en fonction des caractéristiques des enfants

Caractéristiques (enfants et parents)		cf ³ 3 %	Ratio de cotes	IC _{95 %} inf. sup.	
Niveau	maternelle	11,7	1,6	1,30	1,94
	deuxième année	7,4	Référence		
Sexe	filles	8,2	Référence		
	garçon	9,4	1,2	1,02	1,49
Langue parlée	français	8,8	0,8	0,50	1,28
	anglais	6,4	Référence		
	autre	12,7	3,3	1,62	6,57
Immigration	5 ans ou moins	6,9	0,5	0,15	1,36
	plus de 5 ans	8,8	0,7	0,39	1,19
	non	8,9	Référence		
Revenu familial	moins de 30 000 \$	15,7	1,7	1,24	2,30
	de 30 à 49 999 \$	7,3	1,0	0,78	1,41
	50 000 \$ ou plus	4,4	Référence		
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	17,9	2,1	1,47	3,12
	5 ^e secondaire	12,7	1,9	1,38	2,68
	cégep/école de métiers	6,7	1,2	0,89	1,70
	université	4,1	Référence		
Assurance dentaire privée	oui	6,3	Référence		
	non	10,9	1,2	0,97	1,50
Au moins un parent PSR ¹	oui	20,8	1,6	1,19	2,04
	non	7,6	Référence		
Au moins un parent édenté	oui	13,9	1,4	1,03	1,87
	non	8,5	Référence		
Zone de résidence	métropolitaine	5,4	Référence		
	urbaine	8,8	2,9	2,05	4,06
	rurale	12,9	4,6	3,20	6,56
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	7,6	Référence		
	1 an ou plus	19,2	2,2	1,78	2,82
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	6,6	Référence		
	moins de 2 fois/jour	12,9	1,6	1,34	1,97
Indice OHIS	bon	3,5	Référence		
	passable à moyen	8,0	2,3	1,30	4,15
	médiocre	13,4	4,9	2,68	9,01

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

*PRÉVALENCE
DE L'AMALGAME
DENTAIRE*



Tableau 9-1 : Pourcentage d'enfants en fonction du nombre d'obturations en amalgame (sur les dentitions temporaire et permanente) et de leurs caractéristiques

Caractéristiques (enfants et parents)		Maternelle			Deuxième année		
		0	1 à 3	4 ou plus	0	1 à 3	4 ou plus
Échantillon		69,3	15,7	14,9	47,6	20,5	31,9
Âge	5 ans	71,9	15,4	12,7			
	6 ans	65,5	16,2	18,3			
	7 ans				52,0	20,6	27,4
	8 ans				44,0	20,6	35,4
Sexe	filles	70,3	15,4	14,4	48,5	20,7	30,8
	garçons	68,5	16,0	15,4	46,8	20,3	32,9
Langue parlée	français	69,7	15,8	14,5	47,3	21,6	31,1
	anglais	71,1	15,3	13,7	66,9	8,7	24,4
	autre	59,6	14,5	25,9	32,8	16,0	51,1
Immigration	5 ans ou moins	69,7	5,8	24,5	57,1	8,7	34,2
	plus de 5 ans	65,7	16,9	17,5	46,9	16,0	37,1
	non	69,8	15,7	14,5	47,5	21,2	31,3
Revenu familial	moins de 30 000 \$	61,6	18,6	19,7	38,5	22,4	39,0
	de 30 à 49 999 \$	69,8	15,3	14,9	44,2	23,5	32,4
	50 000 \$ ou plus	77,1	13,8	9,1	58,8	17,8	23,4
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	58,0	18,2	23,9	33,8	20,7	45,5
	5 ^e secondaire	63,9	19,2	16,9	42,9	22,1	35,0
	cégep/école de métiers	72,2	13,8	13,9	46,5	21,7	31,9
	université	76,3	14,5	9,2	61,7	17,6	20,7
Assurance dentaire privée	oui	72,5	14,6	12,9	52,2	20,3	27,5
	non	67,2	16,4	16,4	44,6	20,9	34,6
Au moins un parent PSR ¹	oui	58,7	18,8	22,4	37,1	21,5	41,4
	non	71,0	15,3	13,7	48,9	20,9	30,2
Au moins un parent édenté	oui	58,9	17,9	23,2	36,4	16,8	46,9
	non	70,1	15,6	14,2	49,2	21,2	29,6
Zone de résidence	métropolitaine	72,1	13,6	14,3	51,8	15,1	33,0
	urbaine	68,4	15,5	16,2	46,1	22,1	31,8
	rurale	68,4	18,7	12,9	46,4	23,0	30,7
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	65,2	18,1	16,6	44,7	21,4	33,9
	1 an ou plus	91,6	4,4	4,0	73,4	14,2	12,3
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	72,1	15,0	13,0	48,3	20,5	31,2
	moins de 2 fois/jour	65,6	16,5	17,9	46,6	20,4	33,0
Indice OHIS	bon	81,5	10,6	7,8	65,1	20,7	14,2
	passable à moyen	69,2	16,6	14,2	46,9	21,3	31,8
	médiocre	61,3	14,7	24,0	46,5	18,0	31,9

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

*ÉVOLUTION DE LA CARIE
SUR LA DENTITION
TEMPORAIRE ENTRE
1989-1990 ET 1998-1999
CHEZ LES ENFANTS
DE DEUXIÈME ANNÉE*

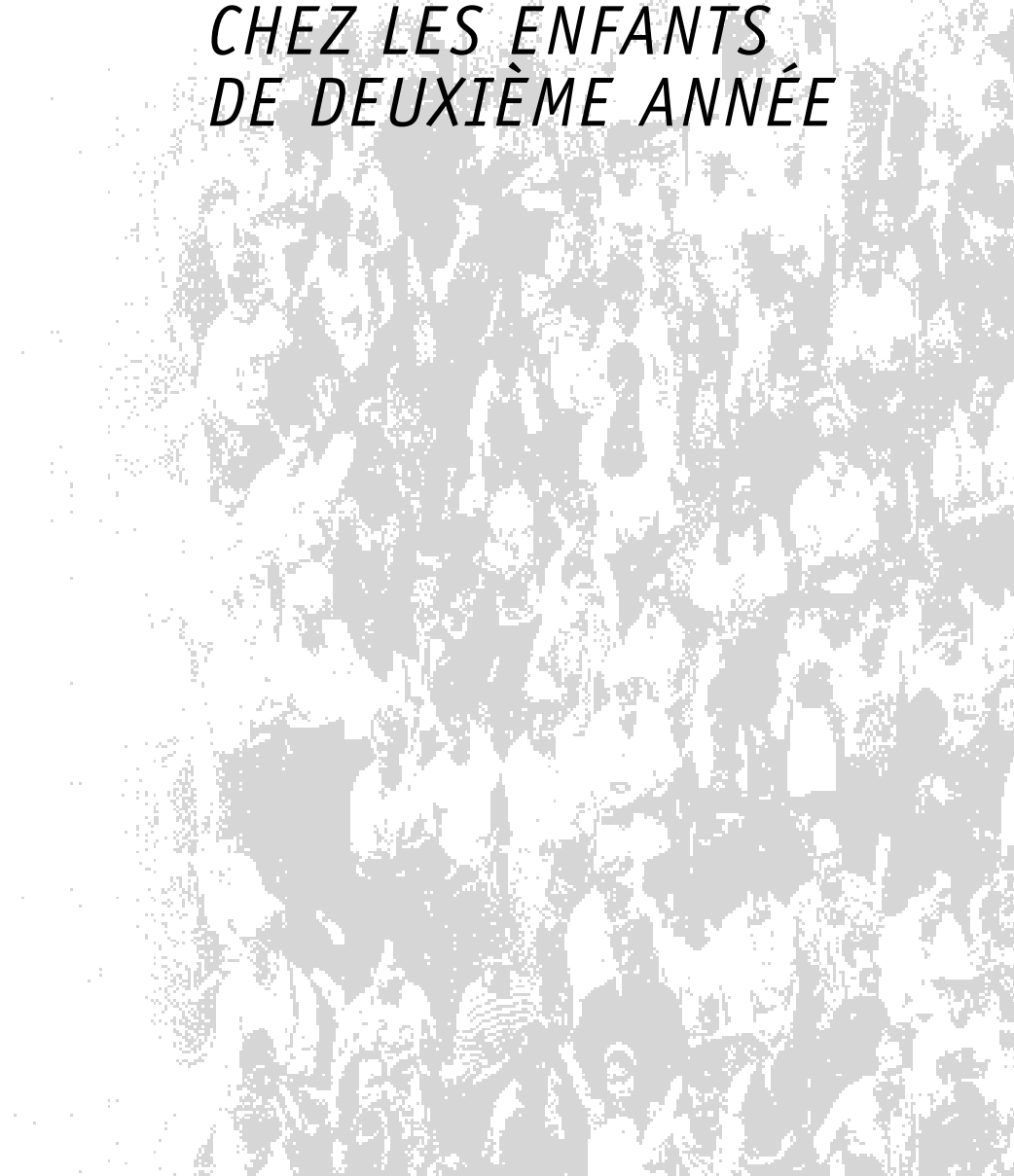


Tableau 10-1 : Évolution de la carie sur les faces temporaires (caof) entre 1989-1990 et 1998-1999 chez les enfants de deuxième année

	Moyenne 1989-1990	Moyenne 1998-1999	Taux de variation
caof	6,19	5,83	-5,8 %
Faces temporaires cariées	1,02	0,62	-39,2 %
Faces temporaires absentes	0,47	0,37	-21,3 %
Faces temporaires obturées	4,70	4,84	+3,0 %
	% 1989-1990	% 1998-1999	Taux de variation
% d'enfants exempts de carie sur les dents temporaires	38,2	44,0	+15,2 %
Niveau de traitement : % o/co	76,0	84,5	+11,2 %

*CARACTÉRISTIQUES
PARTICULIÈRES
DES ÉLÈVES
DE DEUXIÈME ANNÉE*



Tableau 11-1 : Nombre moyen d'agents de scellement et pourcentage d'enfants de deuxième année ayant au moins un agent de scellement en bouche, en fonction des caractéristiques des enfants

Caractéristiques (enfants et parents)		Deuxième année	
		Nombre moyen d'agents de scellement	% d'enfants ayant au moins un agent de scellement
Échantillon		0,87	26,5
Âge	7 ans	0,84	26,0
	8 ans	0,91	27,5
Sexe	filles	0,90	27,7
	garçons	0,84	25,4
Langue parlée	français	0,91	27,9
	anglais	0,66	18,9
	autre	0,45	14,5
Immigration	5 ans ou moins	0,82	25,2
	plus de 5 ans	0,43	14,0
	non	0,90	27,8
Revenu familial	moins de 30 000 \$	0,49	15,4
	de 30 à 49 999 \$	0,81	24,9
	50 000 \$ ou plus	1,23	37,3
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	0,56	18,2
	5 ^e secondaire	0,69	21,2
	cégep/école de métiers	0,92	28,4
	université	1,12	33,5
Assurance dentaire privée	oui	1,13	34,3
	non	0,65	20,4
Au moins un parent PSR ¹	oui	0,29	9,6
	non	0,94	28,8
Au moins un parent édenté	oui	0,71	23,1
	non	0,88	26,9
Zone de résidence	métropolitaine	0,78	23,6
	urbaine	0,91	27,8
	rurale	0,87	27,1
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	0,94	28,8
	1 an ou plus	0,19	5,9
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	0,94	28,6
	moins de 2 fois/jour	0,74	23,0
Indice OHIS	bon	1,50	42,2
	passable à moyen	0,87	26,8
	médiocre	0,74	22,8

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 11-2 : Pourcentage d'enfants de deuxième année participant au PPSDP, en fonction de leurs caractéristiques

Caractéristiques (enfants et parents)		Deuxième année	
		% de participants au PPSDP ¹	% de non participants au PPSDP ¹
Échantillon		13,8	86,2
Âge	7 ans	10,4	89,6
	8 ans	16,9	83,1
Sexe	filles	13,9	86,1
	garçons	13,7	86,3
Langue parlée	français	13,3	86,7
	anglais	8,9	91,1
	autre	26,6	73,4
Immigration	5 ans ou moins	14,1	85,9
	plus de 5 ans	19,1	80,9
	non	13,3	86,7
Revenu familial	moins de 30 000 \$	19,5	80,5
	de 30 à 49 999 \$	14,3	85,7
	50 000 \$ ou plus	8,5	91,5
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	24,2	75,8
	5 ^e secondaire	16,7	83,3
	cégep/école de métiers	12,8	87,2
	université	7,2	92,8
Assurance dentaire privée	oui	10,2	89,8
	non	16,1	83,9
Au moins un parent PSR ²	oui	20,9	79,1
	non	12,7	87,3
Au moins un parent édenté	oui	24,8	75,2
	non	12,5	87,5
Zone de résidence	métropolitaine	11,3	88,7
	urbaine	15,1	84,9
	rurale	13,8	86,2
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	14,3	85,7
	1 an ou plus	8,4	91,6
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	12,9	87,1
	moins de 2 fois/jour	15,5	84,5
Indice OHIS	bon	5,5	94,5
	passable à moyen	13,5	86,5
	médiocre	16,1	83,9

1. Programme public de services dentaires préventifs.

2. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 11-3 : Pourcentage d'enfants de deuxième année qui présentent une fluorose, en fonction de leurs caractéristiques

Caractéristiques (enfants et parents)		% d'enfants ¹ de deuxième année avec fluorose ²		
		Très légère, sur au moins 2 faces	Légère, sur au moins 2 faces	Modérée, sur au moins 2 faces
Échantillon		12,6	0,9	0,0
Âge	7 ans	12,0	1,1	0,0
	8 ans	13,3	0,8	0,1
Sexe	filles	12,9	0,7	0,0
	garçons	12,4	1,0	0,1
Langue parlée	français	12,4	1,0	0,1
	anglais	16,9	0,0	0,0
	autre	12,3	0,3	
Immigration	5 ans ou moins	10,4	0,0	0,0
	plus de 5 ans	15,0	0,2	0,0
	non	12,5	1,0	0,1
Revenu familial	moins de 30 000 \$	10,2	1,3	0,0
	de 30 à 49 999 \$	9,9	1,0	0,0
	50 000 \$ ou plus	18,5	0,4	0,2
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	5,9	0,4	0,0
	5 ^e secondaire	9,3	1,2	0,2
	cégep/école de métiers	14,3	0,8	0,0
	université	16,2	1,1	0,0
Assurance dentaire privée	oui	13,4	0,7	0,1
	non	12,1	1,1	0,0
Au moins un parent PSR ³	oui	9,3	1,0	0,0
	non	12,7	0,9	0,1
Au moins un parent édenté	oui	8,2	0,4	0,0
	non	13,0	1,0	0,1
Zone de résidence	métropolitaine	15,3	0,4	0,0
	urbaine	11,8	1,0	0,1
	rurale	11,8	1,3	0,0
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	12,8	0,9	0,1
	1 an ou plus	10,6	1,5	0,0
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	13,2	1,1	0,1
	moins de 2 fois/jour	11,6	0,6	0,0
Indice OHIS	bon	12,5	4,0	0,0
	passable à moyen	12,9	0,8	0,1
	médiocre	11,9	0,6	0,0

1. Parmi les enfants qui ont leurs dents antérieures supérieures permanentes.

2. Aucun cas de fluorose sévère n'a été observé.

3. Prestataire de la sécurité du revenu.

*HYGIÈNE BUCCODENTAIRE
ET HABITUDES
ALIMENTAIRES*



Tableau 12-1 : Pourcentage d'enfants en fonction du nombre de brossages des dents la veille de l'examen et de leurs caractéristiques

Caractéristiques (enfants et parents)		Nombre de brossages des dents la veille de l'examen dentaire			
		Maternelle		Deuxième année	
		% au moins 1 fois	% au moins 2 fois	% au moins 1 fois	% au moins 2 fois
Échantillon		86,3	59,1	88,4	65,3
Âge	5 ans	87,0	58,5		
	6 ans	85,4	60,3		
	7 ans			90,0	66,6
	8 ans			88,0	64,9
Sexe	filles	87,7	63,4	89,8	68,9
	garçon	85,0	55,0	87,1	61,8
Langue parlée	français	86,8	58,5	88,4	65,2
	anglais	87,2	64,9	88,1	63,8
	autre	77,5	60,9	89,2	68,8
Immigration	5 ans ou moins	77,9	57,8	94,1	69,5
	plus de 5 ans	86,7	58,0	89,3	68,3
	non	86,4	59,2	88,0	65,3
Revenu familial	moins de 30 000 \$	79,3	53,1	80,9	57,9
	de 30 à 49 999 \$	87,4	59,6	88,3	66,3
	50 000 \$ ou plus	92,7	64,3	94,2	73,5
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	75,8	51,4	77,9	57,0
	5 ^e secondaire	85,5	54,6	83,6	61,7
	cégep/école de métiers	86,5	60,2	90,3	65,7
	université	92,3	66,0	94,1	73,0
Assurance dentaire privée	oui	86,9	59,1	91,2	68,3
	non	86,2	59,6	86,1	63,7
Au moins un parent PSR ¹	oui	76,2	50,7	74,7	55,0
	non	87,8	60,2	89,7	66,7
Au moins un parent édenté	oui	81,7	61,6	84,0	64,2
	non	86,7	59,0	88,5	65,6
Zone de résidence	métropolitaine	86,5	61,4	87,1	64,4
	urbaine	86,5	58,6	89,2	67,1
	rurale	85,9	57,6	88,0	62,1
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	88,7	61,1	89,3	66,7
	1 an ou plus	74,6	48,6	79,3	54,6
Indice OHIS	bon	95,8	65,4	98,3	81,8
	passable à moyen	87,5	60,9	90,0	67,1
	médiocre	73,5	45,3	81,8	56,8

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 12-2 : Pourcentage d'enfants dans chacune des catégories de l'indice OHIS en fonction de leurs caractéristiques

Caractéristiques (enfants et parents)		Hygiène buccale (OHIS)					
		bonne	Maternelle passable à moyenne	médiocre	bonne	passable à moyenne	médiocre
Échantillon		10,1	75,9	14,0	4,5	71,2	24,2
Âge	5 ans	10,9	76,7	12,4			
	6 ans	9,1	75,0	16,0			
	7 ans				5,3	72,7	22,0
	8 ans				4,1	70,5	25,4
Sexe	filles	10,3	74,2	15,5	5,3	72,6	22,1
	garçons	9,8	77,5	12,6	3,8	69,9	26,3
Langue parlée	français	11,0	77,1	11,9	4,9	74,9	20,2
	anglais	5,3	71,3	23,4	3,5	50,7	45,8
	autre	2,1	59,7	38,2	0,2	35,3	64,5
Immigration	5 ans ou moins	5,3	67,7	27,0	3,9	50,5	45,6
	plus de 5 ans	4,5	64,7	30,8	3,1	41,4	55,5
	non	10,4	77,3	12,3	4,6	74,5	20,8
Revenu familial	moins de 30 000 \$	6,8	73,8	19,4	3,1	67,6	29,2
	de 30 à 49 999 \$	10,9	76,8	12,3	3,4	74,6	22,0
	50 000 \$ ou plus	12,2	78,5	9,3	6,8	72,3	20,9
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	5,3	72,2	22,5	1,6	66,8	31,6
	5 ^e secondaire	10,9	75,2	13,9	3,1	72,7	24,2
	cégep/école de métiers	12,0	76,3	11,7	5,4	73,2	21,5
	université	8,9	80,3	10,7	6,4	69,5	24,1
Assurance dentaire privée	oui	9,4	77,1	13,4	4,7	72,1	23,2
	non	10,6	75,6	13,8	4,4	70,8	24,8
Au moins un parent PSR ¹	oui	6,5	71,5	22,0	0,9	61,2	37,9
	non	10,3	77,0	12,7	5,0	72,6	22,4
Au moins un parent édenté	oui	9,0	74,6	16,4	2,1	73,4	24,4
	non	10,2	76,3	13,6	4,9	71,1	24,1
Zone de résidence	métropolitaine	2,0	70,2	27,8	2,1	45,8	52,2
	urbaine	12,4	76,9	10,8	5,8	81,6	12,6
	rurale	14,1	80,1	5,8	4,6	76,5	18,9
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	10,6	76,4	13,0	4,8	72,4	22,8
	1 an ou plus	7,9	74,3	17,8	2,0	64,8	33,3
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	11,0	78,0	10,9	5,8	73,0	21,2
	moins de 2 fois/jour	8,5	72,5	19,1	2,4	67,2	30,3

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 12-3 : Pourcentage d'enfants qui ont pris une collation cariogène avant le coucher, la veille de l'examen, en fonction de leurs caractéristiques

Caractéristiques (enfants et parents)		Maternelle % collation cariogène	Deuxième année % collation cariogène
Échantillon		29,3	28,0
Âge	5 ans	29,1	
	6 ans	28,5	
	7 ans		28,0
	8 ans		27,5
Sexe	filles	27,2	26,5
	garçons	31,3	29,4
Langue parlée	français	29,2	28,3
	anglais	32,1	31,9
	autre	26,6	21,2
Immigration	5 ans ou moins	23,2	26,7
	plus de 5 ans	30,2	27,1
	non	29,4	28,0
Revenu familial	moins de 30 000 \$	35,2	31,5
	de 30 à 49 999 \$	25,4	28,3
	50 000 \$ ou plus	27,1	24,1
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	33,3	34,3
	5 ^e secondaire	33,4	30,9
	cégep/école de métiers	28,8	27,4
	université	23,9	24,1
Assurance dentaire privée	oui	26,8	26,8
	non	31,5	28,9
Au moins un parent PSR ¹	oui	37,3	30,8
	non	28,3	27,6
Au moins un parent édenté	oui	33,1	35,4
	non	28,9	27,3
Zone de résidence	métropolitaine	28,5	26,0
	urbaine	29,2	29,3
	rurale	30,2	27,1
Visite chez le dentiste	moins de 1 an	28,8	26,9
	1 an ou plus	30,7	35,7
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	28,7	25,5
	moins de 2 fois/jour	30,8	32,8
Indice OHIS	bon	25,8	19,3
	passable à moyen	30,4	28,6
	médiocre	25,9	27,7

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

UTILISATION DES SERVICES DENTAIRES



Tableau 13-1 : Pourcentage d'enfants en fonction du temps écoulé depuis la dernière visite chez un dentiste et de leurs caractéristiques

Caractéristiques (enfants et parents)		Temps écoulé depuis la dernière visite chez un dentiste					
		Maternelle			Deuxième année		
		< 1 an	1-2 ans	> 2 ans ¹	< 1 an	1-2 ans	> 2 ans ¹
Échantillon		85,1	4,3	10,6	90,5	4,8	4,7
Âge	5 ans	85,6	3,9	10,5			
	6 ans	85,3	4,8	9,9			
	7 ans				90,7	5,4	3,9
	8 ans				90,8	4,2	5,0
Sexe	filles	86,0	3,8	10,1	91,6	4,4	3,9
	garçons	84,3	4,8	11,0	89,5	5,2	5,4
Langue parlée	français	86,4	3,8	9,8	90,8	4,8	4,4
	anglais	80,0	6,7	13,3	92,0	4,1	3,9
	autre	70,9	9,2	19,8	83,5	6,7	9,8
Immigration	5 ans ou moins	59,3	13,0	27,7	79,0	15,2	5,9
	plus de 5 ans	74,1	6,9	19,0	85,5	6,5	8,0
	non	86,7	3,9	9,4	91,3	4,5	4,2
Revenu familial	moins de 30 000 \$	75,4	6,5	18,0	83,8	7,8	8,4
	de 30 à 49 999 \$	85,2	3,7	11,1	91,7	4,4	3,9
	50 000 \$ ou plus	92,8	2,5	4,7	97,4	1,8	0,7
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	77,9	5,9	16,2	80,6	7,1	12,3
	5 ^e secondaire	81,0	5,9	13,1	87,7	6,5	5,8
	cégep/école de métiers	86,5	3,6	9,9	92,5	4,0	3,5
	université	91,3	3,0	5,7	95,6	3,0	1,4
Assurance dentaire privée	oui	90,5	2,8	6,7	93,1	4,2	2,7
	non	81,2	5,5	13,3	88,8	5,4	5,8
Au moins un parent PSR ²	oui	74,0	6,7	19,3	78,5	7,5	14,0
	non	86,7	3,9	9,4	92,0	4,3	3,8
Au moins un parent édenté	oui	83,0	3,8	13,2	90,1	6,1	3,8
	non	85,3	4,3	10,4	90,7	4,7	4,7
Zone de résidence	métropolitaine	81,1	5,2	13,7	87,6	6,0	6,4
	urbaine	87,8	3,6	8,6	92,2	4,1	3,7
	rurale	83,9	4,8	11,4	89,9	5,2	4,9
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	87,7	4,7	7,5	92,3	4,3	3,3
	moins de 2 fois/jour	81,5	3,8	14,7	87,4	5,6	7,1
Indice OHIS	bon	88,8	2,9	8,3	97,0	2,1	0,9
	passable à moyen	85,3	4,5	10,2	91,5	4,6	3,9
	médiocre	81,5	4,4	14,1	86,5	6,1	7,5
Visite des parents chez le dentiste	moins de 1 an	91,4	2,6	6,0	96,2	2,2	1,6
	de 1 à 2 ans	74,1	9,4	16,6	82,2	12,3	5,5
	plus de 2 ans/jamais	61,1	7,9	31,1	71,3	9,8	18,9

1. Incluant ceux qui n'ont jamais visité un dentiste.

2. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 13-2 : Régression logistique multivariée : risque de ne pas avoir visité un dentiste dans la dernière année, en fonction des caractéristiques des enfants

Caractéristiques (enfants et parents)		% dont la dernière visite remonte à plus d'un an	Ratio de cotes	IC 95 % inf. sup.	
Niveau	Maternelle	14,9	2,1	1,74	2,55
	Deuxième année	9,5	Référence		
Sexe	filles	10,2	Référence		
	garçon	12,3	1,2	0,99	1,43
Langue parlée	français	10,7	0,8	0,52	1,10
	anglais	12,9	Référence		
	autre	19,9	0,8	0,43	1,42
Immigration	5 ans ou moins	26,7	1,9	0,92	4,14
	plus de 5 ans	17,9	1,2	0,77	1,89
	non	10,2	Référence		
Revenu familial	moins de 30 000 \$	18,9	2,3	1,70	3,14
	de 30 à 49 999 \$	10,4	1,8	1,32	2,35
	50 000 \$ ou plus	4,1	Référence		
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	20,3	1,5	1,07	2,21
	5 ^e secondaire	14,5	1,4	1,02	1,90
	cégep/école de métiers	9,5	1,2	0,88	1,59
	université	5,9	Référence		
Assurance dentaire privée	oui	7,8	Référence		
	non	13,7	0,9	0,76	1,16
Au moins un parent PSR ¹	oui	23,2	1,2	0,92	1,61
	non	9,8	Référence		
Au moins un parent édenté	oui	11,6	0,5	0,36	0,75
	non	11,2	Référence		
Zone de résidence	métropolitaine	14,6	Référence		
	urbaine	9,2	0,8	0,64	1,09
	rurale	12,2	0,8	0,57	1,05
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	9,1	Référence		
	moins de 2 fois/jour	14,8	1,4	1,15	1,67
Indice OHIS	bon	7,4	Référence		
	passable à moyen	10,6	1,2	0,75	1,83
	médiocre	14,6	1,3	0,82	2,18
Visite des parents chez le dentiste	moins de 1 an	5,4	Référence		
	de 1 à 2 ans	20,7	4,1	3,30	5,21
	plus de 2 ans/jamais	31,8	7,7	6,12	9,80

1. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 13-3 : Pourcentage d'enfants en fonction de la nature habituelle des visites chez le dentiste et des caractéristiques des enfants

Caractéristiques (enfants et parents)		Nature habituelle des visites ¹ chez le dentiste			
		Maternelle		Deuxième année	
		asymptomatique	symptomatique	asymptomatique	symptomatique
Échantillon		91,7	8,3	94,3	5,7
Âge	5 ans	91,9	8,1		
	6 ans	91,9	8,1		
	7 ans			95,3	4,7
	8 ans			93,6	6,4
Sexe	filles	92,0	8,0	94,9	5,1
	garçons	91,3	8,7	93,7	6,3
Langue parlée	français	92,7	7,3	95,2	4,8
	anglais	91,6	8,4	97,3	2,7
	autre	71,4	28,6	74,4	25,6
Immigration	5 ans ou moins	55,8	44,2	73,4	26,6
	plus de 5 ans	79,4	20,6	84,2	15,8
	non	93,0	7,0	95,8	4,2
Revenu familial	moins de 30 000 \$	83,0	17,0	88,5	11,5
	de 30 à 49 999 \$	91,9	8,1	95,6	4,4
	50 000 \$ ou plus	98,1	1,9	98,6	1,4
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	81,4	18,6	86,7	13,3
	5 ^e secondaire	90,3	9,7	94,3	5,7
	cégep/école de métiers	93,8	6,2	94,7	5,3
	université	95,8	4,2	97,9	2,1
Assurance dentaire privée	oui	95,7	4,3	95,9	4,1
	non	88,3	11,7	93,3	6,7
Au moins un parent PSR ²	oui	80,8	19,2	84,0	16,0
	non	93,1	6,9	95,4	4,6
Au moins un parent édenté	oui	87,9	12,1	94,2	5,8
	non	92,0	8,0	94,4	5,6
Zone de résidence	métropolitaine	88,7	11,3	92,1	7,9
	urbaine	93,6	6,4	95,1	4,9
	rurale	90,6	9,4	94,7	5,3
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	93,5	6,5	95,4	4,6
	moins de 2 fois/jour	89,6	10,4	92,2	7,8
Indice OHIS	bon	95,2	4,8	97,8	2,2
	passable à moyen	92,4	7,6	95,1	4,9
	médiocre	85,0	15,0	91,4	8,6
Visite des parents chez le dentiste	moins de 1 an	95,5	4,5	97,2	2,8
	de 1 à 2 ans	87,9	12,1	92,7	7,3
	plus de 2 ans/jamais	72,8	27,2	81,9	18,1
Nature visites des parents	symptomatiques	79,2	20,8	86,2	13,8
	asymptomatiques	97,4	2,6	98,0	2,0

1. La nature habituelle des visites est symptomatique lorsque le sujet consulte essentiellement en présence de symptômes.

2. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 13-4 : Régression logistique multivariée : risque d'avoir un comportement de visite symptomatique, en fonction des caractéristiques des enfants

Caractéristiques (enfants et parents)		% dont la visite est symptomatique ¹	Ratio de cotes	IC _{95 %} inf. sup.	
Niveau	maternelle	8,3	1,7	1,35	2,23
	deuxième année	5,7	Référence		
Sexe	filles	6,1	Référence		
	garçon	7,1	1,2	0,93	1,51
Langue parlée	français	5,6	1,0	0,57	1,86
	anglais	5,0	Référence		
	autre	26,4	1,9	0,90	3,92
Immigration	5 ans ou moins	31,3	7,2	3,37	15,51
	plus de 5 ans	17,2	2,2	1,31	3,70
	non	5,2	Référence		
Revenu familial	moins de 30 000 \$	13,3	3,0	1,88	4,64
	de 30 à 49 999 \$	5,6	1,9	1,20	2,87
	50 000 \$ ou plus	1,6	Référence		
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	15,1	2,2	1,31	3,56
	5 ^e secondaire	7,0	1,6	0,97	2,48
	cégep/école de métiers	5,6	2,1	1,35	3,27
	université	2,8	Référence		
Assurance dentaire privée	oui	4,1	Référence		
	non	8,3	1,0	0,72	1,28
Au moins un parent PSR ²	oui	17,2	1,4	0,98	1,90
	non	5,3	Référence		
Au moins un parent édenté	oui	7,3	0,8	0,50	1,15
	non	6,4	Référence		
Zone de résidence	métropolitaine	9,0	Référence		
	urbaine	5,4	1,1	0,77	1,61
	rurale	6,7	1,2	0,76	1,74
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	5,1	Référence		
	moins de 2 fois/jour	8,7	1,5	1,18	1,92
Indice OHIS	bon	3,6	Référence		
	passable à moyen	5,9	1,0	0,55	1,83
	médiocre	10,0	1,3	0,66	2,38
Nature visites des parents	symptomatiques	16,2	7,0	5,24	9,28
	asymptomatiques	2,2	Référence		

1. La nature habituelle des visites est symptomatique lorsque le sujet consulte essentiellement en présence de symptômes.

2. Prestataire de la sécurité du revenu.

Tableau 13-5 : Pourcentage d'enfants en fonction de la fréquence habituelle des visites chez le dentiste et des caractéristiques des enfants

Caractéristiques (enfants et parents)		Fréquence habituelle de visite chez un dentiste ¹					
		Maternelle			Deuxième année		
		6 mois	1 an	2 ans ou plus	6 mois	1 an	2 ans ou plus
Échantillon		56,8	39,8	3,4	59,4	38,1	2,4
Âge	5 ans	56,7	39,9	3,5			
	6 ans	56,3	40,6	3,1			
	7 ans				59,0	38,9	2,1
	8 ans				59,7	37,6	2,7
Sexe	filles	57,3	39,7	3,0	58,7	39,2	2,2
	garçons	56,3	39,9	3,8	60,2	37,1	2,7
Langue parlée	français	57,1	40,0	3,0	59,2	38,5	2,3
	anglais	57,7	35,8	6,5	64,2	33,3	2,5
	autre	49,2	43,6	7,3	54,3	40,1	5,5
Immigration	5 ans ou moins	48,6	42,0	9,4	30,0	63,3	6,7
	plus de 5 ans	46,7	43,2	10,1	60,2	35,5	4,3
	non	57,2	39,8	3,0	59,5	38,2	2,3
Revenu familial	moins de 30 000 \$	46,2	49,1	4,7	48,5	47,0	4,6
	de 30 à 49 999 \$	55,8	40,3	3,9	59,9	38,0	2,0
	50 000 \$ ou plus	65,2	32,6	2,2	68,1	31,0	0,9
Scolarité la plus élevée des parents	< 5 ^e secondaire	60,1	37,6	2,3	54,5	42,0	3,6
	5 ^e secondaire	49,9	44,0	6,1	57,1	39,1	3,8
	cégep/école de métiers	58,6	39,0	2,4	61,2	37,3	1,5
	université	59,9	37,3	2,8	61,2	37,1	1,6
Assurance dentaire privée	oui	65,8	31,6	2,6	68,9	29,3	1,8
	non	49,0	46,8	4,2	51,6	45,4	3,0
Au moins un parent PSR ²	oui	47,2	48,4	4,5	50,4	45,8	3,8
	non	57,8	39,0	3,3	60,4	37,6	2,1
Au moins un parent édenté	oui	65,9	30,8	3,3	60,0	36,3	3,7
	non	56,3	40,3	3,4	59,4	38,3	2,3
Zone de résidence	métropolitaine	61,0	35,2	3,8	63,3	33,8	2,9
	urbaine	57,1	39,6	3,3	57,3	40,5	2,2
	rurale	51,7	45,0	3,3	60,4	37,0	2,6
Brossage des dents	au moins 2 fois/jour	57,1	40,5	2,4	60,9	37,3	1,8
	moins de 2 fois/jour	56,0	39,1	4,9	56,8	39,5	3,7
Indice OHIS	bon	57,3	39,0	3,7	66,4	32,4	1,2
	passable à moyen	56,0	40,6	3,4	58,9	38,9	2,2
	médiocre	61,3	35,5	3,2	59,6	36,8	3,6
Visite des parents chez le dentiste	moins de 1 an	61,0	36,7	2,3	65,2	33,9	0,9
	de 1 à 2 ans	43,3	52,2	4,5	47,1	49,5	3,5
	plus de 2 ans/jamais	42,9	46,5	10,6	38,2	50,9	10,9

1. Parmi les enfants dont la nature des visites est habituellement asymptotique.

2. Prestataire de la sécurité du revenu.

*CONNAISSANCES,
CROYANCES ET OPINIONS
DES PARENTS SUR
LA FLUORURATION
DES EAUX
DE CONSOMMATION*

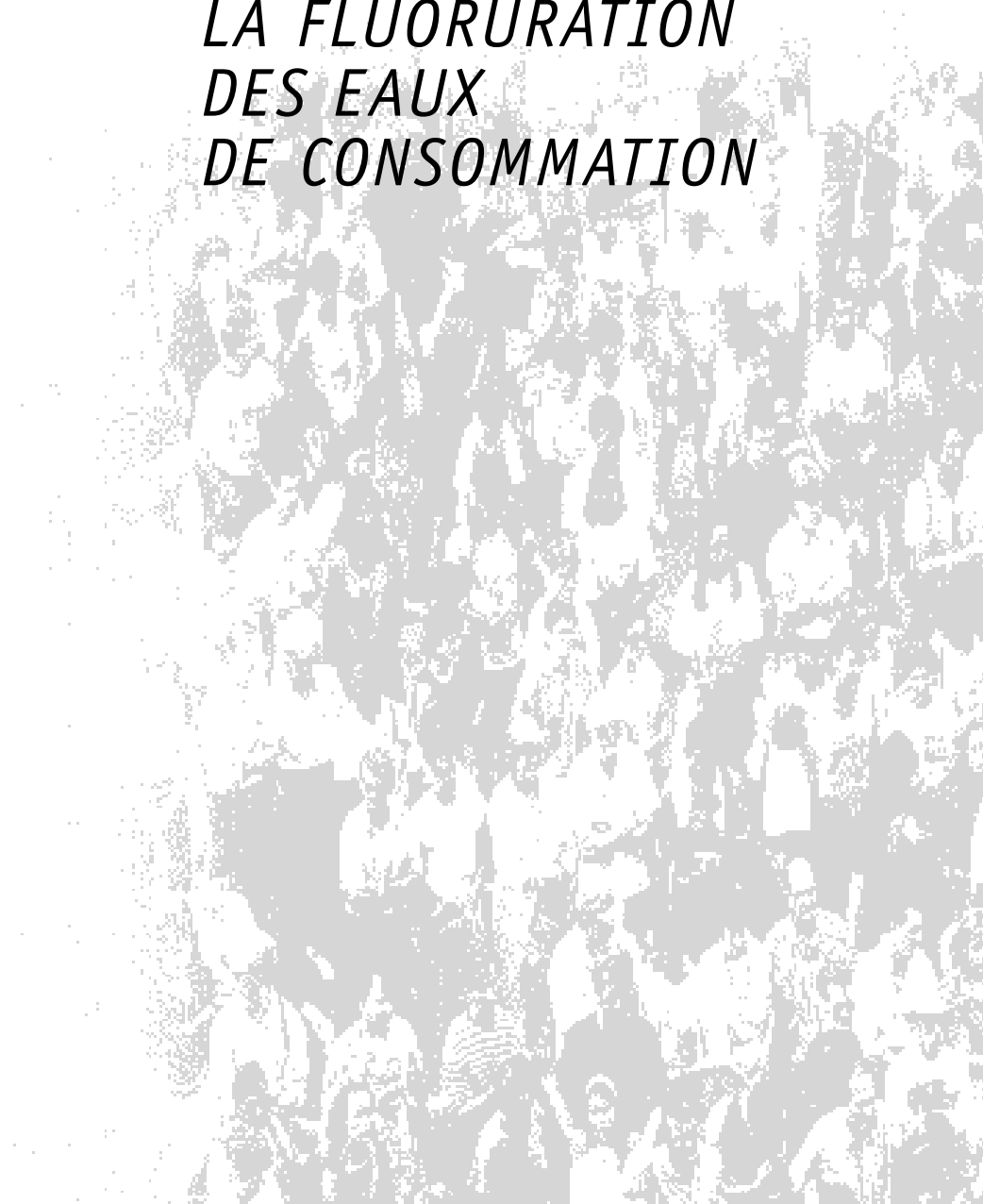


Tableau 14-1 : Réponse des parents québécois à la question « Selon vous, l'eau de votre municipalité est-elle fluorurée ? », selon le statut de fluoruration de l'eau de l'école que fréquente leur enfant

Statut de fluoruration de l'eau de l'école fréquentée par l'enfant	« Selon vous, l'eau de votre municipalité est-elle fluorurée ? »		
	Oui	Non	NSP
Non fluorurée	31,8	29,0	39,3
Fluorurée	58,4	9,0	32,6
Total	35,7	26,0	38,3

Tableau 14-2 : Réponse des parents québécois à la question « Croyez-vous que la fluoruration de l'eau est efficace pour prévenir la carie dentaire ? », selon le statut de fluoruration de l'eau de l'école que fréquente leur enfant

Statut de fluoruration de l'eau de l'école fréquentée par l'enfant	« Croyez-vous que la fluoruration de l'eau est efficace pour prévenir la carie dentaire ? »				
	Pas du tout	Peu	Assez	Beaucoup	NSP
Non fluorurée	7,2	19,6	30,0	13,4	29,8
Fluorurée	6,0	17,8	36,2	15,8	24,2
Total	7,1	19,3	30,9	13,7	29,0

Tableau 14-3 : Réponse des parents québécois à la question « Croyez-vous que la fluoruration de l'eau est un risque pour la santé ? », selon le statut de fluoruration de l'eau de l'école que fréquente leur enfant

Statut de fluoruration de l'eau de l'école fréquentée par l'enfant	« Croyez-vous que la fluoruration de l'eau est un risque pour la santé ? »				
	Pas du tout	Peu	Assez	Beaucoup	NSP
Non fluorurée	23,7	27,6	7,1	3,5	38,1
Fluorurée	26,4	32,8	6,8	2,4	31,6
Total	24,1	28,4	7,1	3,3	37,1

Tableau 14-4 : Réponse des parents québécois à la question « De façon générale, êtes-vous en accord ou en désaccord avec le fait d'ajouter du fluor dans l'eau de consommation ? », selon le statut de fluoruration de l'eau de l'école que fréquente leur enfant

Statut de fluoruration de l'eau de l'école fréquentée par l'enfant	« De façon générale, êtes-vous en accord ou en désaccord avec le fait d'ajouter du fluor dans l'eau de consommation ? »				
	Très en désaccord	Assez en désaccord	Assez en accord	Très en accord	NSP
Non fluorurée	5,1	11,5	37,9	11,0	34,5
Fluorurée	3,9	10,8	43,8	12,8	28,8
Total	4,9	11,4	38,8	11,3	33,7

*COMPARAISON DES
INDICES BUCCODENTAIRES
SELON LA RÉGION
ET LA ZONE DE RÉSIDENCE*



Tableau 15-1 : Nombre moyen de dents (CAOD) et de faces (CAOF) permanentes cariées, absentes et obturées chez les enfants de deuxième année, selon la région et la zone de résidence

	Dents permanentes					Faces permanentes				
	C	A	O	CAOD	(é.-t.)	C	A	O	CAOF	(é.-t.)
<u>DEUXIÈME ANNÉE</u>										
RÉGIONS										
Saguenay—Lac-Saint-Jean	0,11	0,01	0,58	0,69	(1,23)	0,13	0,03	0,85	1,01	(2,05)
Québec	0,06	0,00	0,44	0,50	(0,98)	0,10	0,00	0,64	0,74	(1,56)
Mauricie et Centre-du-Québec	0,05	0,00	0,40	0,45	(1,01)	0,06	0,00	0,58	0,64	(1,58)
Estrie	0,07	0,00	0,33	0,40	(0,93)	0,08	0,01	0,49	0,57	(1,48)
Montréal	0,08	0,00	0,37	0,45	(1,06)	0,08	0,00	0,56	0,64	(1,77)
Outaouais	0,04	0,00	0,34	0,39	(0,94)	0,05	0,00	0,49	0,53	(1,51)
Abitibi-Témiscamingue	0,14	0,00	0,47	0,61	(1,12)	0,15	0,00	0,67	0,82	(1,66)
Côte-Nord	0,04	0,01	0,55	0,60	(1,13)	0,05	0,02	0,80	0,87	(1,80)
Chaudière-Appalaches	0,08	0,00	0,56	0,65	(1,17)	0,08	0,00	0,89	0,97	(1,92)
Laval	0,03	0,00	0,34	0,37	(0,89)	0,06	0,00	0,49	0,55	(1,45)
Lanaudière	0,33	0,00	0,30	0,63	(1,15)	0,35	0,00	0,43	0,78	(1,56)
ZONES DE RÉSIDENCE										
Métropolitaine	0,07	0,00	0,37	0,44	(1,03)	0,07	0,00	0,55	0,63	(1,71)
Urbaine	0,10	0,00	0,45	0,55	(1,08)	0,12	0,01	0,66	0,78	(1,68)
Rurale	0,12	0,00	0,38	0,50	(1,05)	0,13	0,00	0,58	0,71	(1,68)
ENSEMBLE DU QUÉBEC	0,10	0,00	0,41	0,51	(1,06)	0,11	0,00	0,61	0,73	(1,69)

Tableau 15-2 : Nombre moyen de dents (CAOD) et de faces (CAOF) permanentes cariées, absentes et obturées chez les enfants de deuxième année, selon l'âge, la région et la zone de résidence

	Dents permanentes				Faces permanentes			
	7 ans		8 ans		7 ans		8 ans	
	CAOD	(é.-t.)	CAOD	(é.-t.)	CAOF	(é.-t.)	CAOF	(é.-t.)
<u>DEUXIÈME ANNÉE</u>								
RÉGIONS								
Saguenay—Lac-Saint-Jean	0,51	(1,07)	0,85	(1,33)	0,74	(1,71)	1,27	(2,35)
Québec	0,37	(0,76)	0,65	(1,15)	0,54	(1,20)	0,94	(1,86)
Mauricie et Centre-du-Québec	0,37	(0,87)	0,52	(1,11)	0,50	(1,23)	0,77	(1,84)
Estrie	0,30	(0,83)	0,47	(0,99)	0,43	(1,34)	0,68	(1,58)
Montréal	0,38	(0,99)	0,48	(1,08)	0,61	(1,95)	0,65	(1,62)
Outaouais	0,26	(0,69)	0,50	(1,09)	0,32	(0,92)	0,71	(1,81)
Abitibi-Témiscamingue	0,45	(0,92)	0,75	(1,27)	0,60	(1,32)	1,04	(1,97)
Côte-Nord	0,46	(1,01)	0,74	(1,24)	0,68	(1,67)	1,07	(1,94)
Chaudière-Appalaches	0,62	(1,13)	0,63	(1,20)	0,92	(1,88)	0,94	(1,94)
Laval	0,27	(0,74)	0,47	(0,99)	0,39	(1,13)	0,66	(1,47)
Lanaudière	0,53	(1,03)	0,59	(1,12)	0,65	(1,33)	0,77	(1,67)
ZONES DE RÉSIDENCE								
Métropolitaine	0,36	(0,94)	0,48	(1,06)	0,56	(1,81)	0,65	(1,59)
Urbaine	0,43	(0,93)	0,62	(1,17)	0,59	(1,37)	0,90	(1,89)
Rurale	0,41	(0,92)	0,59	(1,14)	0,57	(1,45)	0,85	(1,89)
ENSEMBLE DU QUÉBEC	0,41	(0,93)	0,58	(1,14)	0,58	(1,50)	0,83	(1,82)

Tableau 15-3 : Nombre moyen de dents (caod) et de faces (caof) temporaires cariées, absentes et obturées, selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence

	Dents temporaires					Faces temporaires				
	c	a	o	caod	(é.-t.)	c	a	o	caof	(é.-t.)
<u>DEUXIÈME ANNÉE</u>										
RÉGIONS										
Saguenay—Lac-Saint-Jean	0,78	0,12	3,16	4,06	(3,56)	1,26	0,61	7,16	9,02	(9,52)
Québec	0,16	0,03	1,93	2,13	(2,67)	0,27	0,17	3,96	4,40	(6,24)
Mauricie et Centre-du-Québec	0,30	0,00	2,04	2,34	(2,92)	0,47	0,00	4,49	4,95	(7,65)
Estrie	0,46	0,04	2,04	2,55	(3,21)	0,77	0,21	4,53	5,52	(7,90)
Montréal	0,33	0,13	2,29	2,75	(3,19)	0,49	0,64	5,03	6,16	(8,58)
Outaouais	0,53	0,11	1,73	2,37	(2,93)	0,81	0,52	3,85	5,18	(7,56)
Abitibi-Témiscamingue	0,49	0,10	2,34	2,93	(3,18)	0,73	0,50	5,24	6,48	(8,29)
Côte-Nord	0,45	0,14	2,35	2,94	(3,04)	0,88	0,71	5,06	6,64	(7,90)
Chaudière-Appalaches	0,18	0,08	2,67	2,93	(3,35)	0,32	0,38	6,22	6,92	(9,23)
Laval	0,21	0,05	1,96	2,22	(3,02)	0,38	0,25	4,27	4,90	(7,73)
Lanaudière	0,58	0,04	1,71	2,33	(2,98)	1,02	0,20	3,75	4,97	(7,26)
ZONES DE RÉSIDENCE										
Métropolitaine	0,31	0,12	2,23	2,65	(3,16)	0,47	0,56	4,89	5,92	(8,44)
Urbaine	0,36	0,06	2,20	2,62	(3,12)	0,59	0,30	4,88	5,77	(7,99)
Rurale	0,53	0,06	2,13	2,72	(3,12)	0,88	0,31	4,68	5,86	(8,06)
ENSEMBLE DU QUÉBEC	0,38	0,08	2,19	2,65	(3,13)	0,62	0,37	4,84	5,83	(8,12)
	Dents temporaires					Faces temporaires				
	c	a	o	caod	(é.-t.)	c	a	o	caof	(é.-t.)
<u>MATERNELLE</u>										
ZONES DE RÉSIDENCE										
Métropolitaine	0,40	0,02	1,26	1,68	(2,91)	0,54	0,11	2,94	3,59	(7,92)
Urbaine	0,68	0,03	1,31	2,02	(3,30)	1,01	0,15	2,82	3,97	(7,64)
Rurale	0,86	0,04	1,20	2,09	(3,23)	1,34	0,16	2,69	4,19	(7,77)
ENSEMBLE DU QUÉBEC	0,65	0,03	1,27	1,95	(3,19)	0,96	0,14	2,82	3,92	(7,74)

Tableau 15-4 : Nombre moyen de dents (caod) et de faces (caof) temporaires cariées, absentes et obturées, selon le niveau scolaire, l'âge, la région et la zone de résidence

	Dents temporaires				Faces temporaires			
	7 ans		8 ans		7 ans		8 ans	
	caod	(é.-t.)	caod	(é.-t.)	caof	(é.-t.)	caof	(é.-t.)
<u>DEUXIÈME ANNÉE</u>								
RÉGIONS								
Saguenay—Lac-Saint-Jean	3,73	(3,66)	4,40	(3,35)	8,24	(9,80)	9,77	(9,05)
Québec	1,80	(2,50)	2,51	(2,81)	3,64	(5,63)	5,32	(6,77)
Mauricie et Centre-du-Québec	2,04	(2,67)	2,67	(3,13)	4,03	(7,00)	5,91	(8,24)
Estrie	2,46	(3,21)	2,59	(3,20)	5,26	(7,88)	5,66	(7,88)
Montréal	2,58	(3,16)	2,91	(3,33)	5,61	(7,82)	6,80	(9,59)
Outaouais	2,23	(3,05)	2,45	(2,86)	4,81	(7,77)	5,42	(7,47)
Abitibi-Témiscamingue	2,67	(3,19)	3,20	(3,14)	5,66	(7,61)	7,25	(8,65)
Côte-Nord	2,32	(2,73)	3,62	(3,27)	4,89	(6,70)	8,50	(8,79)
Chaudière-Appalaches	2,38	(2,91)	3,15	(3,41)	5,00	(6,92)	7,71	(9,75)
Laval	2,14	(3,19)	2,24	(2,84)	4,59	(8,02)	5,09	(7,42)
Lanaudière	2,29	(3,04)	1,98	(2,66)	4,65	(7,25)	4,32	(6,42)
ZONES DE RÉSIDENCE								
Métropolitaine	2,49	(3,17)	2,79	(3,25)	5,40	(7,87)	6,48	(9,24)
Urbaine	2,32	(3,02)	2,83	(3,13)	4,88	(7,43)	6,36	(8,18)
Rurale	2,55	(3,08)	2,87	(3,15)	5,35	(7,81)	6,36	(8,31)
ENSEMBLE DU QUÉBEC	2,42	(3,07)	2,83	(3,17)	5,12	(7,63)	6,40	(8,49)
	Dents temporaires				Faces temporaires			
	5 ans		6 ans		5 ans		6 ans	
	caod	(é.-t.)	caod	(é.-t.)	caof	(é.-t.)	caof	(é.-t.)
<u>MATERNELLE</u>								
ZONES DE RÉSIDENCE								
Métropolitaine	1,40	(2,65)	1,99	(3,14)	2,92	(7,11)	4,23	(8,61)
Urbaine	1,90	(3,21)	2,26	(3,47)	3,59	(7,28)	4,73	(8,26)
Rurale	1,86	(3,09)	2,44	(3,44)	3,61	(7,21)	5,04	(8,54)
ENSEMBLE DU QUÉBEC	1,77	(3,06)	2,24	(3,38)	3,43	(7,22)	4,68	(8,42)

Tableau 15-5 : Pourcentage d'enfants en fonction du nombre de faces temporaires atteintes (caof), selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence

	Nombre de faces temporaires atteintes (caof)						
	Maternelle			Deuxième année			
	0 face	1 à 4 faces	5 faces ou +	0 face	1 à 4 faces	5 à 9 faces	10 faces ou +
RÉGIONS							
Saguenay—Lac-Saint-Jean				28,7	16,0	14,8	40,5
Québec				46,5	23,2	11,8	18,4
Mauricie et Centre-du-Québec				43,9	24,1	12,5	19,5
Estrie				47,8	15,1	12,9	24,2
Montréal				44,1	15,6	11,0	29,2
Outaouais				46,6	15,5	16,5	21,4
Abitibi-Témiscamingue				37,6	18,3	16,2	28,0
Côte-Nord				37,3	20,6	10,5	31,6
Chaudière-Appalaches				44,7	11,0	14,5	29,9
Laval				52,3	15,3	11,4	21,1
Lanaudière				48,5	17,4	11,6	22,6
ZONES DE RÉSIDENCE							
Métropolitaine	61,3	18,2	20,6	45,7	15,6	11,1	27,7
Urbaine	58,2	17,5	24,3	44,6	17,3	12,9	25,2
Rurale	54,5	20,1	25,3	40,6	20,4	14,6	24,5
ENSEMBLE DU QUÉBEC	58,2	18,3	23,6	44,0	17,5	12,8	25,7

Tableau 15-6 : Pourcentage d'enfants en fonction du nombre de faces temporaires atteintes (caof), selon l'âge, la région et la zone de résidence

	Nombre de faces temporaires atteintes (caof)							
	7 ans				8 ans			
	0 face	1 à 4 faces	5 à 9 faces	10 faces ou +	0 face	1 à 4 faces	5 à 9 faces	10 faces ou +
<u>DEUXIÈME ANNÉE</u>								
RÉGIONS								
Saguenay—Lac-Saint-Jean	32,3	21,1	9,6	37,0	24,1	10,3	22,6	43,0
Québec	51,2	24,1	10,1	14,5	40,7	22,5	13,6	23,2
Mauricie et Centre-du-Québec	44,3	29,7	12,4	13,6	42,2	20,2	12,9	24,7
Estrie	50,1	15,4	11,6	22,9	46,3	15,2	12,8	25,7
Montréal	49,5	12,6	10,1	27,9	42,1	15,7	12,0	30,1
Outaouais	52,1	13,8	15,9	18,2	43,7	16,7	15,9	23,8
Abitibi-Témiscamingue	43,5	17,3	12,3	26,9	31,8	18,4	20,6	29,1
Côte-Nord	43,5	23,7	11,5	21,3	31,0	17,5	10,0	41,5
Chaudière-Appalaches	46,2	14,4	20,1	19,3	43,7	9,2	11,5	35,6
Laval	56,2	16,6	6,9	20,3	49,4	13,5	15,9	21,1
Lanaudière	48,2	19,3	13,9	18,5	53,3	16,5	8,3	21,9
ZONES DE RÉSIDENCE								
Métropolitaine	50,9	13,4	9,4	26,3	43,5	15,3	12,7	28,5
Urbaine	47,8	19,6	12,7	19,9	42,1	15,7	13,2	29,1
Rurale	42,1	22,6	13,2	22,0	39,0	18,5	16,1	26,5
ENSEMBLE DU QUÉBEC	47,2	18,9	12,0	21,9	41,8	16,2	13,7	28,4

	Nombre de faces temporaires atteintes (caof)					
	5 ans			6 ans		
	0 face	1 à 4 faces	5 faces ou +	0 face	1 à 4 faces	5 faces ou +
<u>MATERNELLE</u>						
ZONES DE RÉSIDENCE						
Métropolitaine	65,5	16,6	17,9	56,0	21,0	23,0
Urbaine	60,2	17,4	22,4	54,7	17,1	28,2
Rurale	58,3	20,0	21,7	49,1	20,4	30,5
ENSEMBLE DU QUÉBEC	61,1	17,8	21,2	53,6	18,9	27,5

Tableau 15-7 : Pourcentage d'enfants ayant au moins une face temporaire cariée à traiter (cf ³ 1) et pourcentage de faces atteintes qui sont traitées (o/co), selon le niveau scolaire, l'âge, la région et la zone de résidence

	Carie et traitement					
	Deuxième année		7 ans		8 ans	
	cf ≥1	o/co	cf ≥1	o/co	cf ≥1	o/co
<u>DEUXIÈME ANNÉE</u>						
RÉGIONS						
Saguenay—Lac-Saint-Jean	33,9	83,9	33,4	81,9	33,5	85,8
Québec	8,4	92,3	6,6	91,6	10,2	93,0
Mauricie et Centre-du-Québec	16,1	84,9	16,5	83,2	15,3	87,7
Estrie	20,7	82,4	18,8	81,8	22,1	83,5
Montréal	17,3	83,9	13,1	86,0	20,3	83,2
Outaouais	23,9	75,8	21,0	72,2	24,4	79,9
Abitibi-Témiscamingue	25,9	80,1	26,6	74,0	23,8	86,0
Côte-Nord	22,4	83,3	19,3	81,4	24,1	85,6
Chaudière-Appalaches	10,4	92,2	9,9	94,4	10,9	90,5
Laval	11,3	88,8	11,0	86,9	12,0	89,8
Lanaudière	23,5	76,6	27,4	72,6	15,3	80,5
ZONES DE RÉSIDENCE						
Métropolitaine	16,2	84,7	12,7	86,2	18,8	84,3
Urbaine	17,1	86,8	17,3	84,2	16,5	88,7
Rurale	23,7	79,1	23,7	78,0	21,7	82,1
ENSEMBLE DU QUÉBEC	18,4	84,5	17,7	83,0	18,2	86,2
	Carie et traitement					
	Maternelle		5 ans		6 ans	
	cf ≥1	o/co	cf ≥1	o/co	cf ≥1	o/co
<u>MATERNELLE</u>						
ZONES DE RÉSIDENCE						
Métropolitaine	18,5	68,9	16,8	67,9	21,5	68,4
Urbaine	22,3	67,3	20,3	67,8	25,5	67,5
Rurale	29,7	56,7	26,8	56,2	33,3	57,3
ENSEMBLE DU QUÉBEC	23,0	65,0	20,9	65,0	26,5	64,9

Tableau 15-8 : Pourcentage d'enfants de deuxième année ayant au moins un agent de scellement et nombre moyen d'agents de scellement sur les dents permanentes, chez les enfants de deuxième année, selon l'âge, la région et la zone de résidence

	% d'enfants avec au moins un agent de scellement			Nombre moyen d'agents de scellement		
	2 ^e année	7 ans	8 ans	2 ^e année	7 ans	8 ans
<u>DEUXIÈME ANNÉE</u>						
RÉGIONS						
Saguenay—Lac-Saint-Jean	14,5	12,3	18,0	0,44	0,36	0,55
Québec	35,4	34,8	35,5	1,15	1,13	1,13
Mauricie et Centre-du-Québec	22,5	19,1	27,3	0,70	0,62	0,82
Estrie	29,1	26,2	32,3	0,92	0,81	1,04
Montréal	21,2	21,2	20,0	0,70	0,71	0,65
Outaouais	37,4	39,8	37,0	1,27	1,30	1,32
Abitibi-Témiscamingue	28,2	26,2	30,5	0,91	0,80	1,03
Côte-Nord	26,4	24,0	29,8	0,85	0,78	0,97
Chaudière-Appalaches	24,1	27,0	23,1	0,80	0,89	0,78
Laval	34,1	31,0	37,4	1,15	1,02	1,29
Lanaudière	28,4	29,9	28,2	0,97	0,99	1,01
ZONES DE RÉSIDENCE						
Métropolitaine	23,6	23,2	23,2	0,78	0,78	0,77
Urbaine	27,8	27,8	28,3	0,91	0,91	0,93
Rurale	27,1	24,7	31,1	0,87	0,77	1,02
ENSEMBLE DU QUÉBEC	26,5	26,0	27,5	0,87	0,84	0,91

Tableau 15-9 : Pourcentage d'enfants dont au moins 4 dents temporaires ou permanentes ont un amalgame, selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence

	% d'enfants avec au moins 4 amalgames	
	Maternelle	Deuxième année
RÉGIONS		
Saguenay—Lac-Saint-Jean		50,3
Québec		29,7
Mauricie et Centre-du-Québec		28,4
Estrie		27,8
Montréal		34,5
Outaouais		24,7
Abitibi-Témiscamingue		32,8
Côte-Nord		34,3
Chaudière-Appalaches		36,4
Laval		26,5
Lanaudière		23,2
ZONES DE RÉSIDENCE		
Métropolitaine	14,3	33,0
Urbaine	16,2	31,8
Rurale	12,9	30,7
ENSEMBLE DU QUÉBEC	14,9	31,9

Tableau 15-10 : Pourcentage d'enfants en fonction du nombre de brossages des dents, selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence

	% brossage 2 fois ou plus la veille	
	Maternelle	Deuxième année
RÉGIONS		
Saguenay—Lac-Saint-Jean		70,3
Québec		71,4
Mauricie et Centre-du-Québec		62,2
Estrie		61,2
Montréal		63,6
Outaouais		63,9
Abitibi-Témiscamingue		53,5
Côte-Nord		75,0
Chaudière-Appalaches		70,0
Laval		68,1
Lanaudière		61,8
ZONES DE RÉSIDENCE		
Métropolitaine	61,4	64,4
Urbaine	58,6	67,1
Rurale	57,6	62,1
ENSEMBLE DU QUÉBEC	59,1	65,3

Tableau 15-11 : Pourcentage d'enfants qui ont pris une collation cariogène avant le coucher, la veille de l'examen, selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence

	% collation cariogène avant le coucher	
	Maternelle	Deuxième année
RÉGIONS		
Saguenay—Lac-Saint-Jean		28,5
Québec		32,1
Mauricie et Centre-du-Québec		35,3
Estrie		39,7
Montréal		27,0
Outaouais		24,6
Abitibi-Témiscamingue		32,3
Côte-Nord		16,9
Chaudière-Appalaches		14,0
Laval		21,8
Lanaudière		26,6
ZONES DE RÉSIDENCE		
Métropolitaine	28,5	26,0
Urbaine	29,2	29,3
Rurale	30,2	27,1
ENSEMBLE DU QUÉBEC	29,3	28,0

Tableau 15-12 : Pourcentage d'enfants en fonction du temps écoulé depuis la dernière visite chez le dentiste, selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence

	Temps écoulé depuis la dernière visite		
	< 1 an	1-2 ans	> 2 ans ¹
<u>DEUXIÈME ANNÉE</u>			
RÉGIONS			
Saguenay—Lac-Saint-Jean	94,9	2,3	2,7
Québec	94,0	3,1	3,0
Mauricie et Centre-du-Québec	92,0	3,6	4,4
Estrie	89,1	6,0	4,9
Montréal	87,1	6,2	6,8
Outaouais	89,5	4,2	6,3
Abitibi-Témiscamingue	87,5	6,4	6,1
Côte-Nord	93,0	2,2	4,8
Chaudière-Appalaches	92,7	4,7	2,5
Laval	89,9	5,0	5,1
Lanaudière	88,3	7,5	4,2
ZONES DE RÉSIDENCE			
Métropolitaine	87,6	6,0	6,4
Urbaine	92,2	4,1	3,7
Rurale	89,9	5,2	4,9
ENSEMBLE DU QUÉBEC	90,5	4,8	4,7
<u>MATERNELLE</u>			
ZONES DE RÉSIDENCE			
Métropolitaine	81,1	5,2	13,7
Urbaine	87,8	3,6	8,6
Rurale	83,9	4,8	11,4
ENSEMBLE DU QUÉBEC	85,1	4,3	10,6

1. Incluant ceux qui n'ont jamais visité le dentiste.

Tableau 15-13 : Pourcentage d'enfants en fonction de la nature habituelle des visites chez le dentiste, selon le niveau scolaire, la région et la zone de résidence

	Nature habituelle des visites ¹	
	asymptomatique	symptomatique
<u>DEUXIÈME ANNÉE</u>		
RÉGIONS		
Saguenay—Lac-Saint-Jean	97,1	2,9
Québec	96,1	3,9
Mauricie et Centre-du-Québec	95,4	4,6
Estrie	93,2	6,8
Montréal	91,4	8,6
Outaouais	92,9	7,1
Abitibi-Témiscamingue	94,1	5,9
Côte-Nord	93,7	6,3
Chaudière-Appalaches	93,5	6,5
Laval	95,4	4,6
Lanaudière	96,3	3,7
ZONES DE RÉSIDENCE		
Métropolitaine	92,1	7,9
Urbaine	95,1	4,9
Rurale	94,7	5,3
ENSEMBLE DU QUÉBEC	94,3	5,7
	Nature habituelle des visites	
	asymptomatique	symptomatique
<u>MATERNELLE</u>		
ZONES DE RÉSIDENCE		
Métropolitaine	88,7	11,3
Urbaine	93,6	6,4
Rurale	90,6	9,4
ENSEMBLE DU QUÉBEC	91,7	8,3

1. La nature habituelle des visites est symptomatique lorsque le sujet consulte essentiellement en présence de symptômes.

Tableau 15-14 : Pourcentage d'enfants de deuxième année participant au PPSDP selon la région et la zone de résidence

	Deuxième année	
	% de participants au PPSDP ¹	% de non-participants au PPSDP ¹
RÉGIONS		
Saguenay—Lac-Saint-Jean	25,5	74,5
Québec	13,1	86,9
Mauricie et Centre-du-Québec	5,9	94,1
Estrie	14,2	85,8
Montréal	12,2	87,8
Outaouais	10,5	89,5
Abitibi-Témiscamingue	18,3	81,7
Côte-Nord	12,3	87,7
Chaudière-Appalaches	22,3	77,7
Laval ²	6,3	93,7
Lanaudière	11,8	88,2
ZONES DE RÉSIDENCE		
Métropolitaine	11,3	88,7
Urbaine	15,1	84,9
Rurale	13,8	86,2
ENSEMBLE DU QUÉBEC	13,8	86,2

1. Programme public de services dentaires préventifs.

2. Cette information a été calculée sur 72,9% de l'échantillon régional.

Tableau 15-15 : Nombre moyen de dents temporaires cariées, absentes et obturées (caod) chez les enfants de deuxième année, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec

	caod (dents temporaires)		Valeur-p
	Région	Reste du Québec	
Saguenay—Lac-Saint-Jean	4,06	2,52	< 0,001
Québec	2,13	2,73	0,002
Mauricie et Centre-du-Québec	2,34	2,69	0,048
Estrie	2,55	2,66	0,129
Montréal	2,75	2,63	0,536
Outaouais	2,37	2,68	0,074
Abitibi-Témiscamingue	2,93	2,64	0,066
Côte-Nord	2,94	2,65	0,064
Chaudière-Appalaches	2,93	2,62	0,083
Laval	2,22	2,67	0,005
Lanaudière	2,33	2,69	0,047

Tableau 15-16 : Nombre moyen de faces temporaires cariées, absentes et obturées (caof) chez les enfants de deuxième année, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec

	caof (faces temporaires)		Valeur-p
	Région	Reste du Québec	
Saguenay—Lac-Saint-Jean	9,02	5,53	< 0,001
Québec	4,40	6,05	< 0,001
Mauricie et Centre-du-Québec	4,95	5,94	0,029
Estrie	5,52	5,85	0,082
Montréal	6,16	5,74	0,429
Outaouais	5,18	5,89	0,118
Abitibi-Témiscamingue	6,48	5,80	0,095
Côte-Nord	6,64	5,81	0,042
Chaudière-Appalaches	6,92	5,72	0,008
Laval	4,90	5,88	0,021
Lanaudière	4,97	5,92	0,039

Tableau 15-17 : Pourcentage d'enfants de deuxième année exempts de carie sur la dentition temporaire (caof = 0), selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec

	% exempts de carie (caof = 0)		Valeur-p
	Région	Reste du Québec	
Saguenay—Lac-Saint-Jean	28,7	45,4	< 0,001
Québec	46,5	43,6	0,461
Mauricie et Centre-du-Québec	43,9	44,0	0,872
Estrie	47,8	43,7	0,002
Montréal	44,1	43,9	0,955
Outaouais	46,6	43,7	0,411
Abitibi-Témiscamingue	37,6	44,3	0,005
Côte-Nord	37,3	44,1	0,004
Chaudière-Appalaches	44,7	43,9	0,912
Laval	52,3	43,6	0,002
Lanaudière	48,5	43,5	0,120

Tableau 15-18 : Pourcentage d'enfants de deuxième année ayant un niveau élevé de carie sur la dentition temporaire (caof ³ 10), selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec

	% ayant un niveau élevé de carie (caof ³ 10)		Valeur-p
	Région	Reste du Québec	
Saguenay—Lac-Saint-Jean	40,5	24,3	< 0,001
Québec	18,4	26,8	0,002
Mauricie et Centre-du-Québec	19,5	26,5	0,005
Estrie	24,2	25,8	0,157
Montréal	29,2	24,7	0,122
Outaouais	21,4	26,0	0,070
Abitibi-Témiscamingue	28,0	25,6	0,251
Côte-Nord	31,6	25,5	0,006
Chaudière-Appalaches	29,9	25,2	0,051
Laval	21,1	25,9	0,042
Lanaudière	22,6	26,0	0,206

Tableau 15-19 : Pourcentage des faces temporaires atteintes par la carie et qui sont obturées (o/co) chez les enfants de deuxième année, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec

	% o/co		Valeur-p
	Région	Reste du Québec	
Saguenay—Lac-Saint-Jean	83,9	84,5	0,892
Québec	92,3	83,3	< 0,001
Mauricie et Centre-du-Québec	84,9	84,4	0,515
Estrie	82,4	84,6	0,220
Montréal	83,9	84,6	0,888
Outaouais	75,8	85,2	< 0,001
Abitibi-Témiscamingue	80,1	84,7	0,068
Côte-Nord	83,3	84,5	0,880
Chaudière-Appalaches	92,2	83,7	< 0,001
Laval	88,8	84,3	0,022
Lanaudière	76,6	85,2	0,002

Tableau 15-20 : Pourcentage d'enfants de deuxième année ayant au moins un agent de scellement, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec

	% ayant au moins un agent de scellement		Valeur-p
	Région	Reste du Québec	
Saguenay—Lac-Saint-Jean	14,5	27,7	< 0,001
Québec	35,4	25,2	0,002
Mauricie et Centre-du-Québec	22,5	27,0	0,016
Estrie	29,1	26,3	0,213
Montréal	21,2	28,0	0,005
Outaouais	37,4	25,6	< 0,001
Abitibi-Témiscamingue	28,2	26,4	0,859
Côte-Nord	26,4	26,5	0,544
Chaudière-Appalaches	24,1	26,8	0,123
Laval	34,1	26,1	0,005
Lanaudière	28,4	26,3	0,853

Tableau 15-21 : Pourcentage d'enfants de deuxième année dont au moins 4 dents temporaires ou permanentes ont un amalgame, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec

	% d'enfants ayant au moins 4 amalgames		Valeur-p
	Région	Reste du Québec	
Saguenay—Lac-Saint-Jean	50,3	30,1	< 0,001
Québec	29,7	32,2	0,714
Mauricie et Centre-du-Québec	28,4	32,3	0,326
Estrie	27,8	32,2	0,003
Montréal	34,5	31,2	0,127
Outaouais	24,7	32,5	0,011
Abitibi-Témiscamingue	32,8	31,8	0,332
Côte-Nord	34,3	31,8	0,128
Chaudière-Appalaches	36,4	31,4	0,017
Laval	26,5	32,2	0,063
Lanaudière	23,2	32,8	< 0,001

Tableau 15-22 : Pourcentage d'enfants de deuxième année qui ont visité un dentiste dans la dernière année, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec

	% d'enfants : visite dernière année		Valeur-p
	Région	Reste du Québec	
Saguenay—Lac-Saint-Jean	94,9	90,1	0,003
Québec	94,0	90,0	0,018
Mauricie et Centre-du-Québec	92,0	90,3	0,308
Estrie	89,1	90,6	0,061
Montréal	87,1	91,4	0,057
Outaouais	89,5	90,6	0,637
Abitibi-Témiscamingue	87,5	90,7	0,065
Côte-Nord	93,0	90,5	0,113
Chaudière-Appalaches	92,7	90,3	0,130
Laval	89,9	90,6	0,710
Lanaudière	88,3	90,8	0,212

Tableau 15-23 : Pourcentage d'enfants de deuxième année qui brossent leurs dents au moins deux fois par jour, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec

	% brossage au moins 2 fois par jour		Valeur-p
	Région	Reste du Québec	
Saguenay—Lac-Saint-Jean	70,3	64,8	0,021
Québec	71,4	64,3	0,005
Mauricie et Centre-du-Québec	62,2	65,7	0,342
Estrie	61,2	65,6	0,002
Montréal	63,6	65,7	0,768
Outaouais	63,9	65,4	0,819
Abitibi-Témiscamingue	53,5	65,8	< 0,001
Côte-Nord	75,0	65,1	< 0,001
Chaudière-Appalaches	70,0	64,8	0,028
Laval	68,1	65,2	0,139
Lanaudière	61,8	65,7	0,274

Tableau 15-24 : Pourcentage d'enfants de deuxième année qui ont pris une collation cariogène avant le coucher, la veille de l'examen, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec

	% collation cariogène avant le coucher		Valeur-p
	Région	Reste du Québec	
Saguenay—Lac-Saint-Jean	28,5	27,9	0,580
Québec	32,1	27,3	0,387
Mauricie et Centre-du-Québec	35,3	27,0	0,020
Estrie	39,7	27,1	< 0,001
Montréal	27,0	28,2	0,240
Outaouais	24,6	28,3	0,023
Abitibi-Témiscamingue	32,3	27,8	0,327
Côte-Nord	16,9	28,2	< 0,001
Chaudière-Appalaches	14,0	29,4	< 0,001
Laval	21,8	28,3	< 0,001
Lanaudière	26,6	28,1	0,166

Tableau 15-25 : Pourcentage d'enfants de deuxième année participant au PPSDP, selon la région, et comparaisons statistiques avec le reste du Québec

	% de participants au PPSDP ¹		Valeur-p
	Région	Reste du Québec	
Saguenay—Lac-Saint-Jean	25,5	12,6	< 0,001
Québec	13,1	13,9	0,779
Mauricie et Centre-du-Québec	5,9	14,8	< 0,001
Estrie	14,2	13,8	0,890
Montréal	12,2	14,3	0,330
Outaouais	10,5	14,1	0,048
Abitibi-Témiscamingue	18,3	13,6	0,017
Côte-Nord	12,3	13,8	0,311
Chaudière-Appalaches	22,3	12,9	< 0,001
Laval ²	6,3	14,1	< 0,001
Lanaudière	11,8	14,0	0,279

1. Programme public de services dentaires préventifs.

2. Cette information a été calculée sur 72,9% de l'échantillon régional.

*ÉVOLUTION DE LA CARIE
SUR LA DENTITION
TEMPORAIRE ENTRE
1983-1984 ET 1998-1999,
CHEZ LES ENFANTS DE
DEUXIÈME ANNÉE,
SELON LES RÉGIONS
DU QUÉBEC*

Tableau 16-1 : Évolution du nombre de dents cariées (c), absentes (a) et obturées (o) sur la dentition temporaire des enfants de deuxième année entre 1983-1984 et 1998-1999, selon la région

	c (dents cariées)			a (dents absentes)			o (dents obturées)		
	1983-1984	1998-1999	Évol.	1983-1984	1998-1999	Évol.	1983-1984	1998-1999	Évol.
Saguenay—Lac-Saint-Jean	1,72	0,78	- 55 %	1,02	0,12	- 88 %	2,82	3,16	+ 12 %
Québec	1,36	0,16	- 88 %	0,37	0,03	- 92 %	2,97	1,93	- 35 %
Mauricie et Centre-du-Québec	1,51	0,30	- 80 %	0,45	0,00	- 100 %	3,20	2,04	- 36 %
Estrie	0,82	0,46	- 44 %	0,27	0,04	- 85 %	3,09	2,04	- 34 %
Montréal	0,93	0,33	- 65 %	0,26	0,13	- 50 %	2,66	2,29	- 14 %
Outaouais	1,29	0,53	- 59 %	0,30	0,11	- 63 %	2,79	1,73	- 38 %
Abitibi-Témiscamingue	1,90	0,49	- 74 %	1,03	0,10	- 90 %	2,52	2,34	- 7 %
Côte-Nord	1,75	0,45	- 74 %	1,20	0,14	- 88 %	2,31	2,35	+ 2 %
Chaudière-Appalaches	1,13	0,18	- 84 %	0,61	0,08	- 87 %	3,21	2,67	- 17 %
Laval	0,52	0,21	- 60 %	0,16	0,05	- 69 %	2,62	1,96	- 25 %
Lanaudière	1,05	0,58	- 45 %	0,22	0,04	- 82 %	3,13	1,71	- 45 %
ENSEMBLE DU QUÉBEC	1,14	0,38	- 67 %	0,41	0,08	- 80 %	2,85	2,19	- 23 %

Tableau 16-2 : Évolution de l'indice caod, du pourcentage d'enfants exempts de carie (cod = 0) et du niveau de traitement (% o/co) sur la dentition temporaire des enfants de deuxième année entre 1983-1984 et 1998-1999, selon la région

	caod			% avec cod = 0^{note}			% o/co		
	1983-1984	1998-1999	Évol.	1983-1984	1998-1999	Évol.	1983-1984	1998-1999	Évol.
Saguenay—Lac-Saint-Jean	5,61	4,06	- 28 %	19,6	28,7	+ 46 %	63,2	83,9	+ 33 %
Québec	4,70	2,13	- 55 %	25,2	46,5	+ 85 %	67,7	92,3	+ 36 %
Mauricie et Centre-du-Québec	5,17	2,34	- 55 %	17,9	43,9	+ 145 %	64,9	84,9	+ 31 %
Estrie	4,18	2,55	- 39 %	27,0	47,9	+ 77 %	78,3	82,4	+ 5 %
Montréal	3,86	2,75	- 29 %	31,8	44,7	+ 41 %	70,0	83,9	+ 20 %
Outaouais	4,37	2,37	- 46 %	24,8	47,6	+ 92 %	65,4	75,8	+ 16 %
Abitibi-Témiscamingue	5,45	2,93	- 46 %	20,3	37,9	+ 87 %	53,7	80,1	+ 49 %
Côte-Nord	5,26	2,94	- 44 %	17,9	37,3	+ 108 %	54,1	83,3	+ 54 %
Chaudière-Appalaches	4,94	2,93	- 41 %	21,8	45,0	+ 106 %	71,3	92,2	+ 29 %
Laval	3,29	2,22	- 33 %	36,7	52,3	+ 43 %	83,1	88,8	+ 7 %
Lanaudière	4,41	2,33	- 47 %	23,0	48,5	+ 111 %	70,0	76,6	+ 9 %
ENSEMBLE DU QUÉBEC	4,41	2,65	- 40 %	26,1	44,2	+ 69 %	68,0	84,5	+ 24 %

Note : L'évolution du % d'enfants exempts de carie sur la dentition temporaire (caod = 0) n'a pas pu être estimée, car cette variable ne figure pas dans les rapports de l'enquête sur la santé buccodentaire des enfants québécois en 1983-1984. On y trouve cependant le % d'enfants dont le cod = 0, c'est-à-dire la proportion d'enfants n'ayant aucune dent temporaire cariée ou obturée en bouche, bien qu'une ou plusieurs de leurs dents temporaires puissent être absentes. En 1998-1999, compte tenu de la quasi-nullité de la composante *a* (dents absentes) du caod, le % d'enfants ayant un cod = 0 est le même que le % d'enfants ayant un caod = 0 dans plusieurs régions du Québec. Dans les quelques régions où ces deux indicateurs ne sont pas équivalents, la différence en valeur absolue est toujours inférieure à 1 % et n'est que de 0,2 % pour l'ensemble du Québec. Comme la composante *a* du caod était beaucoup plus élevée en 1983-1984 qu'en 1998-1999, l'augmentation du % d'enfants ayant un cod = 0 entre 1983-1984 et 1998-1999 est une sous-estimation de l'augmentation du % d'enfants exempts de carie sur la dentition temporaire (caod = 0) pendant cette même période. Ainsi, par exemple, lorsqu'on observe que pour l'ensemble du Québec le % d'enfants ayant un cod = 0 a connu une augmentation relative de 69 % entre 1983-1984 et 1998-1999, on a la certitude que le % d'enfants exempts de carie sur la dentition temporaire a connu une augmentation de plus de 69 % pendant cette même période.

*COMPARAISONS
NATIONALES
ET INTERNATIONALES*



Tableau 17-1 : Comparaisons internationales des indices de la carie sur la dentition temporaire des enfants de 5 ans

Pays	Année	caod	% o/cao	% atteints
Écosse ^{1,2}	1993-1994	3,1	12	63
	1995-1996	2,9	8	59
Finlande ^{3,4}	1975	5,0		
	1985	2,1		
	1991	1,4		
	1992	1,0	34	28
Suède ¹	1993-1994	0,8	40	26
Royaume-Uni ⁵	1997-1998	1,7	14	43
Ontario ³	1990	1,2		31
Québec	1998-1999	1,8	65	39

Tableau 17-2 : Comparaisons internationales des indices de la carie sur la dentition temporaire des enfants de 7 ans

Pays	Année	caod	% o/cao	% atteints
France ³	1991	2,7		59
Suisse ³	1972	5,1		
	1976	3,6		
	1980	2,3		
	1988	1,5		53
	1992	1,5		
Nouvelle-Écosse ⁶	1995-1996	2,5 [¶]	75 [¶]	54 [¶]
Québec ^{7,8}	1983-1984	4,3	65	73
	1989-1990	2,9	80	62 [§]
	1998-1999	2,4	82	53

¶ chez les 6-7 ans ; § chez les 7-8 ans

1. Bolin AK, Bolin A et Koch G (1996) : Children's dental health in Europe : caries experience of 5- and 12-year-old children from eight EU countries. *International Journal of Paediatric Dentistry*; 6 : 155-162.
2. Sweeney PC, Nugent Z et Pitts NB (1999) : Deprivation and dental caries status of 5-year-old children in Scotland. *Community Dent Oral Epidemiol*; 27 :152-159.
3. Site internet du département buccodentaire de l'Organisation mondiale de la santé : <http://www.whocollab.odont.lu.se/>
4. Mattila ML, Rautava P, Sillanpää et Paunio P (2000) : Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *J Dent Res*; 79 : 875-881.
5. Pitts NB, Evans DJ et Nugent ZJ (1999) : The dental caries experience of 5-year-old children in the United Kingdom. Surveys co-ordinated by the British Association for the study of community dentistry in 1997/98. *Community Dent Health*; 16 : 50-56.
6. Ismail AI, MacInnis WA et Poulin C (1997) : Nova Scotia Oral Health of Children and Adolescents (NSOHS) 1995-1996. *Technical report*. Faculty of Dentistry, Dalhousie University.
7. Payette M et Lepage Y (1985) : Enquête santé dentaire Québec 1983-1984. *Rapport préliminaire*. Association des hôpitaux du Québec, Division CH-DSC, et ministère des Affaires sociales.
8. Payette M, Brodeur JM, Lepage Y *et al.* (1991) : Enquête santé dentaire Québec 1989-1990. Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans. *Rapport final*. Association des hôpitaux du Québec, Division CH-DSC.

SECTION DES **ANNEXES**





34719

--	--	--	--

ÉTUDES ANTÉDENTAIRE QUÉBEC ENFANTS 1998-1999

1 RÉGION ÉCOLE ENFANT <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											2 CODE PERMANENT MEQ <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																																
3 RÉGION _____ 4 ÉCOLE _____ (lettres moulées) (lettres moulées)																																											
5 NOM DE L'ENFANT _____ PRÉNOM _____ (lettres moulées) (lettres moulées)																																											
6 SEXE ☐ Féminin ☐ Masculin 7 NIVEAU SCOLAIRE ☐ Maternelle ☐ Deuxième année	8 MOIS DE L'EXAMEN ☐ Octobre ☐ Novembre ☐ Décembre ☐ Janvier ☐ Février ☐ Mars ☐ Avril ☐ Mai ☐ Juin 9 MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE <table style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ Janvier</td> <td>☐ 1987</td> </tr> <tr> <td>☐ Février</td> <td>☐ 1988</td> </tr> <tr> <td>☐ Mars</td> <td>☐ 1989</td> </tr> <tr> <td>☐ Avril</td> <td>☐ 1990</td> </tr> <tr> <td>☐ Mai</td> <td>☐ 1991</td> </tr> <tr> <td>☐ Juin</td> <td>☐ 1992</td> </tr> <tr> <td>☐ Juillet</td> <td>☐ 1993</td> </tr> <tr> <td>☐ Août</td> <td>☐ 1994</td> </tr> <tr> <td>☐ Septembre</td> <td>☐ 1995</td> </tr> <tr> <td>☐ Octobre</td> <td>☐ 1996</td> </tr> <tr> <td>☐ Novembre</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ Décembre</td> <td></td> </tr> </table>	☐ Janvier	☐ 1987	☐ Février	☐ 1988	☐ Mars	☐ 1989	☐ Avril	☐ 1990	☐ Mai	☐ 1991	☐ Juin	☐ 1992	☐ Juillet	☐ 1993	☐ Août	☐ 1994	☐ Septembre	☐ 1995	☐ Octobre	☐ 1996	☐ Novembre		☐ Décembre																			
☐ Janvier	☐ 1987																																										
☐ Février	☐ 1988																																										
☐ Mars	☐ 1989																																										
☐ Avril	☐ 1990																																										
☐ Mai	☐ 1991																																										
☐ Juin	☐ 1992																																										
☐ Juillet	☐ 1993																																										
☐ Août	☐ 1994																																										
☐ Septembre	☐ 1995																																										
☐ Octobre	☐ 1996																																										
☐ Novembre																																											
☐ Décembre																																											
10 EXAMINATEUR <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td> </tr> <tr> <td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																													
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																													
11 LANGUE PARLÉE À LA MAISON ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre	12 AJOUTS RÉGIONAUX <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">R1</td> <td style="width: 33%;">R2</td> <td style="width: 33%;">R3</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	R1	R2	R3																																							
R1	R2	R3																																									
13 AS-TU BROSSÉ TES DENTS HIER? ☐ Non ☐ 1 fois ☐ 2 fois ☐ 3 fois et + ☐ Ne sais pas																																											
14 LES AS-TU BROSSÉES AU MOMENT DE TE COUCHER? ☐ Non ☐ Oui ☐ Ne sais pas																																											
15 AS-TU PRIS UNE COLLATION HIER SOIR AVANT DE TE COUCHER? ☐ Non ☐ Collation non cariogène ☐ Collation cariogène																																											
16 INDICE DE DÉBRIS OHIS* <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th></th> <th>Dent absente/n.a.</th> <th>1/3 incisif</th> <th>1/3 médian</th> <th>1/3 gingival</th> <th>Aucun débris</th> </tr> <tr> <td>Buccale 16/55</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Buccale 21/61</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Buccale 26/65</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Linguale 36/75</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Buccale 41/81</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Linguale 46/85</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		Dent absente/n.a.	1/3 incisif	1/3 médian	1/3 gingival	Aucun débris	Buccale 16/55	☐	☐	☐	☐	☐	Buccale 21/61	☐	☐	☐	☐	☐	Buccale 26/65	☐	☐	☐	☐	☐	Linguale 36/75	☐	☐	☐	☐	☐	Buccale 41/81	☐	☐	☐	☐	☐	Linguale 46/85	☐	☐	☐	☐	☐	17 EN DEUXIÈME ANNÉE SEULEMENT FLUOROSE SUR LES INCISIVES SUPÉRIEURES PERMANENTES ☐ Aucune évidence de fluorose ☐ Fluorose très légère/taches blanchâtres moins de 1/3 ☐ Fluorose légère/taches blanchâtres 1/3 à moins de 2/3 ☐ Fluorose modérée/taches blanchâtres 2/3 et plus ☐ Fluorose sévère/taches brunes et/ou puits ☐ Ne s'applique pas
	Dent absente/n.a.	1/3 incisif	1/3 médian	1/3 gingival	Aucun débris																																						
Buccale 16/55	☐	☐	☐	☐	☐																																						
Buccale 21/61	☐	☐	☐	☐	☐																																						
Buccale 26/65	☐	☐	☐	☐	☐																																						
Linguale 36/75	☐	☐	☐	☐	☐																																						
Buccale 41/81	☐	☐	☐	☐	☐																																						
Linguale 46/85	☐	☐	☐	☐	☐																																						

* Si la dent est absente (ou insuffisamment éruptée) on prend la dent suivante, si la dent suivante est absente (ou insuffisamment éruptée) on inscrit dent absente/n.a.



34719

--	--	--	--

⑮ CARIE

MAXILLAIRE SUPÉRIEUR			MÉSIALE		OCCLUSALE			DISTALE		BUCCALE sillon			BUCCALE lisse		LINGUALE sillon			LINGUALE lisse		Amaig		
absC	absA		car	obt	scel	car	obt	car	obt	scel	car	obt	car	obt	scel	car	obt	car	obt			
16	●		○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○		
15	○	○ 55	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○		
14	○	○ 54	○	○	○	○	○	○	○				○	○				○	○	○		
13	○	○ 53	○	○				○	○				○	○				○	○	○		
12	○	○ 52	○	○				○	○				○	○	○	○	○	○	○	○		
11	○	○ 51	○	○				○	○				○	○	○	○	○	○	○	○		
			absC	absA	car	obt	scel	car	obt	car	obt	scel	car	obt	car	obt	scel	car	obt	car	obt	Amaig
21	○	○ 61	○	○	○	○			○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	
22	○	○ 62	○	○	○	○			○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	
23	○	○ 63	○	○	○	○			○	○			○	○				○	○	○	○	
24	○	○ 64	○	○	○	○	○	○	○	○			○	○				○	○	○	○	
25	○	○ 65	○	○	○	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	
26	●		○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	

MAXILLAIRE INFÉRIEUR			MÉSIALE		OCCLUSALE			DISTALE		BUCCALE sillon			BUCCALE lisse		LINGUALE sillon			LINGUALE lisse		Amaig		
absC	absA		car	obt	scel	car	obt	car	obt	scel	car	obt	car	obt	scel	car	obt	car	obt			
36	●		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○		
35	○	○ 75	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○		
34	○	○ 74	○	○	○	○	○	○	○				○	○				○	○	○		
33	○	○ 73	○	○				○	○				○	○				○	○	○		
32	○	○ 72	○	○				○	○				○	○				○	○	○		
31	○	○ 71	○	○				○	○				○	○				○	○	○		
			absC	absA	car	obt	scel	car	obt	car	obt	scel	car	obt	car	obt	scel	car	obt	car	obt	Amaig
41	○	○ 81	○	○	○	○			○	○			○	○				○	○	○	○	
42	○	○ 82	○	○	○	○			○	○			○	○				○	○	○	○	
43	○	○ 83	○	○	○	○			○	○			○	○				○	○	○	○	
44	○	○ 84	○	○	○	○	○	○	○	○			○	○				○	○	○	○	
45	○	○ 85	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○	
46	●		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○	

⑯ SOULAGEMENT DE LA DOULEUR ACTUELLE et/ou INFECTION

○ Non ○ Oui

40641

Région

École

Enfant

--	--

--	--	--	--

--	--

--	--	--	--

Noircissez une seule réponse par question, sauf indication contraire, et suivez bien les flèches

IL EST IMPORTANT DE NOIRCIR LES CERCLES

AVEC UN STYLO À ENCRE NOIRE OU BLEUE, COMME CECI



PREMIÈRE SECTION

1. Votre enfant a-t-il visité le dentiste depuis un (1) an ?

☐ non

☐ oui

Si vous avez répondu non, complétez les questions 1a et 1b

Si vous avez répondu oui, allez directement à la question 2

1a. Quelle en est la principale raison ?

- ☐ aucun besoin
- ☐ manque d'argent
- ☐ peur du dentiste
- ☐ les heures d'ouverture du bureau du dentiste ne me conviennent pas
- ☐ distance trop longue entre le bureau du dentiste et mon logement
- ☐ autre précisez svp.....

1b. À quand remonte sa dernière visite ?

- ☐ moins de 2 ans
- ☐ de 2 à 5 ans
- ☐ plus de 5 ans
- ☐ il n'a jamais visité le dentiste
- ☐ je ne sais pas

2. Habituellement, à quel moment prenez-vous rendez-vous pour votre enfant chez son dentiste ?

- ☐ lorsque je pense qu'il est temps que mon enfant ait un examen de rappel
- ☐ lorsqu'on me téléphone du bureau du dentiste pour m'aviser qu'il est temps que mon enfant ait un examen de rappel
- ☐ lorsque l'hygiéniste dentaire ou l'infirmière de l'école m'avise que mon enfant a besoin d'aller chez le dentiste
- ☐ lorsque mon enfant se plaint qu'il a mal aux dents ou qu'il a un problème avec ses dents
- ☐ jamais

--	--	--	--

3. Habituellement, à quelle fréquence votre enfant visite-t-il le dentiste pour ses examens de rappel ?

- ☐ une fois par 6 mois environ
- ☐ une fois par année environ
- ☐ une fois par 2 ans environ
- ☐ moins souvent que ça
- ☐ jamais

4. Avez-vous un plan personnel d'assurance dentaire privé qui couvre les soins dentaires de votre famille ?

- ☐ oui
- ☐ non

5. Avec quel(s) adulte(s) habite votre enfant ?

- ☐ père et mère
- ☐ un des parents naturels et son conjoint
- ☐ mère seulement
- ☐ père seulement
- ☐ garde partagée
- ☐ autre, précisez-vp:.....

6. Avez-vous immigré au Canada ?

- ☐ oui
- ☐ non

Si vous avez répondu oui, complétez la question 6a

6a. Depuis combien de temps ?

- ☐ moins de 2 ans
- ☐ de 2 à 5 ans
- ☐ de 6 à 10 ans
- ☐ plus de 10 ans

Si vous avez répondu non, allez
directement à la question 7

7. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété ? (Vous pouvez répondre au nom de l'autre parent.)**Mère de l'enfant**

- ☐ moins que secondaire 5
- ☐ secondaire 5 (certificat d'études secondaires)
- ☐ diplôme de cégep, école de métiers ou institut technique
- ☐ diplôme universitaire
- ☐ je ne sais pas

Père de l'enfant

- ☐ moins que secondaire 5
- ☐ secondaire 5 (certificat d'études secondaires)
- ☐ diplôme de cégep, école de métiers ou institut technique
- ☐ diplôme universitaire
- ☐ je ne sais pas

8. Quel est votre revenu familial annuel, avant impôts ?

- ☐ moins de 5,000 \$
- ☐ entre 5,000 et 9,999 \$
- ☐ entre 10,000 et 19,999 \$
- ☐ entre 20,000 et 29,999 \$
- ☐ entre 30,000 et 39,999 \$
- ☐ entre 40,000 et 49,999 \$
- ☐ entre 50,000 et 74,999 \$
- ☐ 75,000 \$ ou plus

8a. Combien de personnes (incluant vous-même) vivent de ce revenu ?

- ☐ une
- ☐ deux
- ☐ trois
- ☐ quatre
- ☐ cinq ou plus

9. Êtes-vous bénéficiaire de l'aide sociale (sécurité du revenu) ? (Vous pouvez répondre au nom de l'autre parent.)**Mère de l'enfant**

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ je ne sais pas

Père de l'enfant

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ je ne sais pas

10. À quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ? (Vous pouvez répondre au nom de l'autre parent.)**Mère de l'enfant**

- ☐ moins de 1 an
- ☐ entre 1 et 2 ans
- ☐ de 2 à 5 ans
- ☐ plus de 5 ans
- ☐ n'a jamais visité le dentiste
- ☐ je ne sais pas

Père de l'enfant

- ☐ moins de 1 an
- ☐ entre 1 et 2 ans
- ☐ de 2 à 5 ans
- ☐ plus de 5 ans
- ☐ n'a jamais visité le dentiste
- ☐ je ne sais pas

11. Avez-vous encore au moins une dent naturelle ? (Vous pouvez répondre au nom de l'autre parent.)**Mère de l'enfant**

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ je ne sais pas

Père de l'enfant

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ je ne sais pas

DEUXIÈME SECTION

Cette deuxième section vous concerne plus particulièrement. Elle a pour but de connaître votre opinion sur les méthodes préventives et sur vos attentes concernant la prévention de la carie dentaire chez votre enfant. Elle vise aussi à étudier l'utilisation des services dentaires parmi la population du Québec, et les facteurs que vous considérez importants lorsque vous devez choisir un dentiste pour votre enfant ou pour vous-même. Je vous rappelle que tous les renseignements recueillis dans ce questionnaire demeureront strictement confidentiels.

*Dr Jean-Marc Brodeur,
responsable du projet*

12. Quel est votre lien par rapport à l'enfant ?

- ☐ la mère
☐ le père
☐ la conjointe du père
☐ le conjoint de la mère
☐ autre, précisez svp:

12a. Dans quel groupe d'âge vous situez-vous ?

- ☐ moins de 30 ans
☐ de 30 à 34 ans
☐ de 35 à 39 ans
☐ de 40 à 44 ans
☐ de 45 à 49 ans
☐ 50 ans ou plus

13. Les questions suivantes concernent votre opinion face à la fluoration de l'eau. Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Selon vous, l'eau de votre municipalité est-elle fluorée ?

Oui
☐

Non
☐

Je ne sais pas
☐

Croyez-vous que la fluoration de l'eau est efficace pour prévenir la carie dentaire ?

Pas du tout
☐

Peu
☐

Assez
☐

Beaucoup
☐

Je ne sais pas
☐

Croyez-vous que la fluoration de l'eau est un risque pour la santé ?

Pas du tout
☐

Peu
☐

Assez
☐

Beaucoup
☐

Je ne sais pas
☐

De façon générale, êtes-vous en accord ou en désaccord avec le fait d'ajouter du fluor dans l'eau de consommation ?

Très en désaccord
☐

Assez en désaccord
☐

Assez en accord
☐

Très en accord
☐

Je ne sais pas
☐

14. Les questions suivantes se rapportent à la prévention de la carie dentaire chez votre enfant. Nous aimerions savoir si vous êtes en accord ou en désaccord avec les propositions suivantes.

	Très en désaccord	Assez en désaccord	Assez en accord	Très en accord
Je n'ai pas assez de renseignements pour savoir exactement ce qu'il faut faire pour prévenir les caries chez mon enfant	☐	☐	☐	☐
Ça coûte trop cher de faire suivre régulièrement mon enfant par un dentiste	☐	☐	☐	☐
La prévention des caries dentaires devrait se faire dans les écoles	☐	☐	☐	☐
La Régie de l'assurance-maladie devrait prendre en charge les soins dentaires pour les enfants même après l'âge de 9 ans	☐	☐	☐	☐
C'est surtout le dentiste qui peut prévenir les caries dentaires chez mon enfant	☐	☐	☐	☐

15. Nous aimerions savoir ce qui est important pour vous lorsque vous devez choisir un dentiste pour vous ou votre enfant. Pourriez-vous indiquer l'importance que vous accordez aux qualités suivantes ?

	Pas important	Peu important	Assez important	Très important
L'accessibilité des services				
Les tarifs des soins sont raisonnables	☐	☐	☐	☐
Le bureau du dentiste est facile d'accès (proche de chez moi)	☐	☐	☐	☐
Il n'y a pas trop d'attente pour obtenir un rendez-vous	☐	☐	☐	☐
La qualité des soins				
La réparation de la dent est solide (elle dure longtemps)	☐	☐	☐	☐
Après la réparation, la dent a un bel aspect (esthétique)	☐	☐	☐	☐
Après la réparation, je peux mastiquer de façon efficace	☐	☐	☐	☐
La douleur et l'anxiété				
Le dentiste ne fait pas mal pendant le traitement	☐	☐	☐	☐
Le dentiste soulage rapidement lorsqu'on a mal aux dents	☐	☐	☐	☐
Le dentiste sait nous rassurer lorsqu'on est inquiet	☐	☐	☐	☐
La prévention				
Le dentiste fait tout ce qui est nécessaire pour éviter qu'on ait d'autres caries	☐	☐	☐	☐
Le dentiste prend le temps d'expliquer les moyens pour prévenir les caries et les maladies des gencives	☐	☐	☐	☐
Divers				
Le bureau du dentiste est moderne et bien équipé	☐	☐	☐	☐
Le dentiste prend le temps d'expliquer les traitements qu'il fait	☐	☐	☐	☐

16. Avez-vous un dentiste régulier (de famille) ?

- ☐ oui
☐ non

Si vous avez répondu oui,
complétez la question 16a

16a. Depuis quand avez-vous ce dentiste ?

- ☐ depuis moins de 1 an
☐ de 1 à 2 ans
☐ de 2 à 5 ans
☐ plus de 5 ans

Si vous avez répondu non, allez
directement à la question 17

17. Habituellement, quand allez-vous chez le dentiste pour vous-même ?

- ☐ jamais (ou quasiment jamais)
☐ surtout lorsque quelque chose ne va pas, me dérange ou me fait mal
☐ surtout pour des contrôles ou des nettoyages

Si vous avez répondu surtout pour des contrôles ou
des nettoyages, complétez les questions 17a et 17b

17a. À quelle fréquence faites-vous les visites de contrôle ?

- ☐ une fois par 6 mois environ
☐ une fois par année environ
☐ une fois par 2 ans environ
☐ moins souvent que ça

17b. En général, qui prend les rendez-vous ?

- ☐ c'est le bureau du dentiste qui me contacte
☐ c'est moi (ou un proche) qui prend rendez-vous

18. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous ressenti ou découvert par vous-même quelque chose qui n'allait pas avec vos dents, qui vous faisait mal ?

Exemples : dent avec carie, dent douloureuse, abcès dentaire, bris de plombage, dent déchaussée douloureuse, ...

Attention : - ne tenez pas compte des problèmes de gencive et de dentier (ou partiel)
- ne tenez pas compte des problèmes que le dentiste a lui-même découverts

- ☐ oui, j'ai ressenti un ou plusieurs problèmes avec mes dents
☐ non, je n'ai ressenti aucun de ces problèmes

Si vous avez répondu non, complétez la question 18a

18a. Cependant, avez-vous ressenti un problème de gencive ou de dentier (partiel) ?

- ☐ oui
☐ non

Si vous avez ressenti au moins un
problème avec vos dents, allez
directement à la question 19

**Vous avez terminé le questionnaire.
Merci beaucoup pour votre collaboration à cette étude.**

19. Quand ce problème a-t-il commencé ? (Si vous avez ressenti plusieurs problèmes, prenez le plus récent).

- ☐ il y a moins de 1 mois
- ☐ entre 1 et 3 mois
- ☐ entre 3 et 6 mois
- ☐ entre 6 et 12 mois

20. Quel était ce problème ? (une seule réponse)

- ☐ plombage brisé
- ☐ carie
- ☐ abcès dentaire
- ☐ problème avec une couronne ou un pont
- ☐ dent déchaussée
- ☐ problème causé par un traitement chez le dentiste
- ☐ autre précisez, svp.....
- ☐ je ne sais pas

21. Au début, cela vous a-t-il dérangé ?

- ☐ pas du tout dérangé
- ☐ un peu dérangé
- ☐ assez dérangé
- ☐ beaucoup dérangé

Si cela vous a dérangé, complétez la question 21a

21a. Qu'est-ce qui vous a le plus dérangé ? (une seule réponse)

- ☐ la douleur
- ☐ les difficultés pour mastiquer
- ☐ des problèmes esthétiques
- ☐ autre précisez, svp.....

Si cela ne vous a pas du tout dérangé,
allez directement à la question 22

22. Avez-vous pensé que c'était grave ?

- ☐ pas du tout grave
- ☐ un peu grave
- ☐ assez grave
- ☐ très grave

23. Quelle a été votre première décision ?☐ j'ai tout de suite décidé d'aller voir un dentiste☐ j'ai décidé d'attendre pour voir si c'était pour s'arranger

Si vous avez décidé d'attendre,
complétez les questions 23a, 23b et 23c

Si vous avez tout de suite décidé d'aller voir un
dentiste, allez directement à la question 24

23a. Avez-vous pris des médicaments pour vous soulager ?☐ oui☐ non**23b. Votre problème a-t-il disparu ?**☐ complètement☐ presque complètement☐ un peu☐ pas du tout**23c. Qu'avez-vous décidé ensuite ?**☐ j'ai décidé de ne pas aller voir un dentiste☐ j'ai décidé d'en parler au dentiste lors de ma prochaine visite☐ j'ai préféré prendre rendez-vous avec le dentiste**24. Finalement, êtes-vous allé chez un dentiste ?**☐ non☐ oui

Si vous avez répondu non, complétez la question 24a

Si vous avez répondu oui, allez
directement à la question 25

24a. Pourquoi n'êtes-vous pas allé chez un dentiste ? (principale raison)☐ mon problème a disparu☐ j'attends que mon problème se règle seul☐ j'ai pris un rendez-vous qui arrive bientôt☐ j'attends ma prochaine visite de contrôle chez le dentiste☐ c'est récent et je n'ai pas encore eu le temps de prendre un rendez-vous☐ autre précisez svp.....

**Vous avez terminé le questionnaire.
Merci beaucoup pour votre collaboration à cette étude.**

25. Entre le début du problème et la visite chez le dentiste, combien de temps s'est-il écoulé ?☐ 1 jour☐ entre 1 jour et 1 semaine☐ entre 1 semaine et 1 mois☐ entre 1 et 3 mois☐ plus de 3 mois

26. Quels traitements le dentiste a-t-il faits (ou commencés) lors de cette première visite? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ plombage
- ☐ traitement de canal
- ☐ extraction dentaire (enlever une dent)
- ☐ couronne ou pont
- ☐ dentier ou partiel
- ☐ autre, précisez, svp:.....
- ☐ je ne sais pas

27. Après cette première visite, est-ce que le dentiste vous a demandé de revenir, à son cabinet ou chez un autre dentiste auquel il vous a référé, pour compléter le ou les traitements ?

- ☐ non
- ☐ oui

**Si vous avez répondu non, vous avez terminé le questionnaire.
Merci beaucoup pour votre collaboration à cette étude.**

28. Finalement, qu'avez-vous fait ?

- ☐ je suis allé (ou j'irai bientôt) faire compléter le ou les traitements chez lui ou chez le dentiste auquel il m'a référé
- ☐ je suis allé (ou j'irai) plutôt chez un autre dentiste que j'ai choisi moi-même pour faire compléter le ou les traitements
- ☐ j'ai décidé de ne pas faire compléter le ou les traitements

**Si vous avez décidé de ne pas faire compléter le ou les traitements
ou d'aller chez un autre dentiste que vous avez choisi vous-même,
complétez la question 28a**

28a. Pour quelle raison ? (une seule réponse)

- ☐ je n'étais pas satisfait du dentiste
- ☐ j'avais trop peur
- ☐ les traitements proposés par le dentiste étaient trop chers
- ☐ les traitements proposés par le dentiste n'étaient pas indispensables
- ☐ mon rendez-vous arrive bientôt
- ☐ autre raison, précisez, svp:.....

Le questionnaire est terminé. Merci beaucoup pour votre collaboration à cette étude. N'oubliez pas de remettre ce questionnaire à votre enfant pour qu'il le rapporte à l'école. Nous vous rappelons que tous ces renseignements demeureront strictement confidentiels.

INTRODUCTION

Chaque fois qu'une enquête épidémiologique est entreprise, il est indispensable que les examinateurs reçoivent la formation nécessaire pour assurer l'uniformité de leurs appréciations cliniques. Sinon, chacun interprétera et appliquera à sa manière les instructions écrites et il arrivera que, dans son évaluation des états cliniques, il s'écarte de sa propre moyenne.

Les raisons de ces écarts ou variations sont notamment les suivantes :

1. Les maladies chroniques, telles que caries dentaires et parodontopathies, débutent par des lésions microscopiques que les méthodes cliniques ne permettent pas de diagnostiquer. Tant qu'elles n'ont pas atteint un stade relativement avancé, elles risquent d'être pratiquement indécélables, de passer facilement inaperçues ou de n'être décelées qu'irrégulièrement.
2. Certains facteurs physiques et psychologiques comme : la fatigue, le fléchissement de l'intérêt porté à l'enquête, la difficulté de prendre des décisions, le degré d'acuité visuelle et la sensibilité tactile exercent sur le jugement des effets dont l'intensité varie d'un moment à l'autre. En outre, les différences de prévalence des affections étudiées risquent, par l'intermédiaire de ces facteurs, de compromettre l'uniformité des observations cliniques.

Il faut donc entraîner les examinateurs afin d'assurer :

- a) Une interprétation, une compréhension et une application uniformes des critères d'identification des diverses maladies et états à observer et à enregistrer;
- b) L'uniformité des observations effectuées par les examinateurs et la réduction au minimum des variations entre eux.

En définissant de façon claire et précise une série de critères, le présent manuel est le premier outil utile à l'atteinte de ces deux objectifs. La session de formation et d'uniformisation des examinateurs viendra parfaire l'uniformité de l'interprétation, de la compréhension et de l'application de ces critères indispensable à la fiabilité des données recueillies. Les divergences majeures éventuelles pourront alors être examinées et les sujets en cause pourront être convoqués à nouveau, ce qui permettra de résoudre les difficultés et d'en discuter en commun. Lorsque plusieurs examinateurs sont appelés à participer à une même étude, il est essentiel qu'ils soient capables de procéder à des observations suffisamment concordantes en appliquant des normes communes.

Le présent guide vise à assister l'examineur durant la période de formation et d'uniformisation puis, par la suite, durant les examens et l'inscription des données sur le terrain. Chaque item du formulaire d'examen et les informations relatives à sa mesure et à son enregistrement y sont décrits.

LE FORMULAIRE D'EXAMEN ITEM PAR ITEM : Critères et codification

Le formulaire d'examen, composé de 19 items ou sections incluant les variables R1, R2 et R3 spécifiques aux régions, est présenté à l'annexe 1. La plupart des enregistrements se font en noircissant un petit cercle adjacent à la catégorie de réponse qui s'applique. Quelques rares enregistrements sont manuscrits et doivent être effectués avec le plus grand soin afin d'être bien lisibles et d'éviter les erreurs de lecture lors de la saisie des données.

Item n° 1 : N° d'identification de l'enfant

Le numéro d'identification de l'enfant comprend 8 cases et doit être noté de façon manuscrite. Les 2 premières cases identifient la région sociosanitaire (**pour les régions 1 à 9, le n° de la région doit être précédé d'un 0**). Les 4 cases suivantes identifient l'école; ce code est prédéterminé par l'équipe centrale et inclut les informations concernant la zone de résidence et le revenu moyen de l'arrondissement scolaire. Les 2 dernières cases identifient l'enfant lui-même parmi tous ceux sélectionnés dans cette école (01, 02 ,..., 09, 10, 11, etc.).

Le n° d'identification de l'enfant est le même que vous avez déjà inscrit sur la liste des enfants constituant l'échantillon et sur le questionnaire auto-administré aux parents.

Item n° 2 : Code permanent du MEQ

Le code permanent du ministère de l'éducation du Québec comprend 12 cases et doit être enregistré de façon manuscrite. Ce code est obtenu auprès du secrétariat de l'école pour chaque enfant qui accepte de participer à l'étude.

Item n° 3 : Identification nominative de la région

Il s'agit d'inscrire, en lettres moulées, le nom complet de la région sociosanitaire.

Item n° 4 : Identification nominative de l'école

Il s'agit d'inscrire, en lettres moulées, le nom complet de l'école.

Item n° 5 : Identification nominative de l'enfant

Il s'agit d'inscrire, en lettres moulées, les nom et prénom de l'enfant.

Item n° 6 : Sexe de l'enfant

Noircir le cercle qui s'applique selon le sexe du sujet.

Item n° 7 : Niveau scolaire de l'enfant

Noircir le cercle qui s'applique selon le niveau scolaire du sujet.
S'il s'agit d'un sujet de 2^e année, indiquer si, entre le début de sa maternelle et la date du présent examen, celui-ci a été suivi individuellement dans le cadre du programme public de services dentaires préventifs (PPSDP). Cette information est obtenue exclusivement auprès de
140

l'hygiéniste dentaire de l'école et en aucun cas auprès de l'enfant lui-même. L'information ici recherchée ne concerne pas le nombre d'années pendant lesquelles l'enfant a été suivi individuellement dans le cadre du PPSDP, non plus que le nombre d'interventions réalisées par l'hygiéniste dentaire auprès de cet enfant, mais bien seulement le fait que cet enfant a bénéficié ou non du programme de suivi préventif individualisé. Si l'enfant est nouvellement arrivé dans l'école et que l'hygiéniste dentaire n'est pas en mesure de dire si celui-ci a été suivi individuellement dans le cadre du PPSDP, le cercle *ne sais pas* (Nsp) est noirci. Aucune recherche auprès de l'ancien territoire de CLSC où habitait précédemment l'enfant ne sera effectuée.

Item n° 8 : Mois de l'examen

Noircir le cercle qui s'applique selon le mois où a lieu l'examen.

Item n° 9 : Mois et année de naissance de l'enfant

Si le code permanent est disponible et qu'il a été inscrit à l'item n° 2, il est inutile de remplir l'item n° 9. Si le code permanent n'est pas disponible, remplir l'item no 9 en noircissant les cercles qui s'appliquent selon le mois et l'année de naissance de l'enfant. Cette information peut être obtenue auprès du secrétariat de l'école pour chaque enfant qui participe à l'étude. L'information ne peut être demandée à l'enfant que dans les situations exceptionnelles où aucune collaboration n'est possible avec le secrétariat de l'école.

Item n° 10 : Identification de l'examineur

Noircir le cercle qui s'applique selon le code de l'examineur. La liste des codes des examinateurs est présentée à l'annexe 3.

Item n° 11 : Langue parlée à la maison

Noircir le cercle qui s'applique selon la langue parlée par l'enfant à la maison. L'information que l'on recherche concerne la langue qui est le plus souvent parlée à la maison. Si l'enfant répond que 2 langues sont utilisées régulièrement à la maison, on lui demandera laquelle est parlée pendant les repas. S'il en nomme toujours deux, on lui demandera laquelle sa mère (ou son père s'il n'habite plus avec sa mère) utilise lorsqu'elle (il) s'adresse à lui. On ne notera toujours qu'une seule langue.

Item n° 12 : Ajouts régionaux

Les variables R1, R2 et R3 sont mises à la disponibilité des régions qui souhaitent recueillir des informations supplémentaires dans leur population. Ce sont des variables catégorielles à codification numérique unique avec une possibilité maximale de 9 catégories (codes 1 à 9 : notez bien que le code 0 ne peut pas être utilisé) dont l'enregistrement se fait de façon manuscrite dans la case prévue à cet effet. Comme ces variables peuvent différer d'une région à l'autre, elles ne sont pas définies dans le présent guide et la formation à leur mesure demeure la responsabilité de chacune des régions.

Item n° 13 : «As-tu brossé tes dents hier?»

Noircir le cercle qui s'applique selon le nombre de fois que l'enfant a brossé ses dents la veille de l'examen. Il faut bien spécifier à l'enfant que l'on veut savoir s'il a brossé ses dents à un moment ou l'autre de la journée d'hier et, si oui, combien de fois se souvient-il les avoir brossées. Au besoin, on peut donner des repères de temps à l'enfant; à ces âges, il peut être difficile de se souvenir de petits détails survenus la veille. Si l'enfant n'est pas en mesure de répondre, noircir le cercle *ne sais pas*.

Item n° 14 : «Les as-tu (tes dents) brossées au moment de te coucher?»

Noircir le cercle qui s'applique selon que l'enfant a brossé, ou non, ses dents la veille de l'examen après le souper ou au moment de se coucher. Il est important de s'assurer que l'enfant n'a effectivement pas mangé ou bu un breuvage sucré après ce dernier brossage de la journée. Pour l'enfant qui n'est pas en mesure de répondre, noircir le cercle *ne sais pas*.

Item n° 15 : «As-tu pris une collation hier soir avant de te coucher?»

Noircir le cercle qui s'applique selon que l'enfant a, ou non, pris une collation, cariogène ou non, avant d'aller au lit. Il s'agit de questionner l'enfant afin de déterminer si, passé un délai d'une heure ou plus après le souper qu'il a pris la veille de l'examen, celui-ci a mangé une collation avant de se mettre au lit et ce, indépendamment du fait qu'il ait ou non brossé ses dents avant de se coucher. Dans l'affirmative, il s'agit de demander à l'enfant de décrire cette collation et de déterminer, à l'aide du tableau suivant, s'il s'agit d'une collation cariogène ou non cariogène. Si l'enfant ne devait plus se souvenir s'il a eu ou non une collation avant de se coucher la veille de l'examen, noircir le cercle *non*. S'il sait avoir pris une collation avant de se coucher la veille de l'examen mais ne se souvient plus laquelle, noircir le cercle *non cariogène*.

Exemples de collations cariogènes
❖ Boissons gazeuses, jus ou boissons aux fruits ❖ Crème glacée, sorbet, yogourt glacé, <i>popsicle</i>, etc. ❖ Yogourts aromatisés, poudings ❖ Pâtisseries, biscuits, gaufres, crêpes ❖ Laits aromatisés au chocolat, aux fraises, etc. ❖ Céréales sucrées ❖ Confitures, miel, sirop de table ou d'érable ❖ Craquelins, bretzels, croustilles telles <i>chips</i>, <i>nachos</i>, etc. ❖ Barres Granola ❖ Bonbons, gommes sucrées, chocolat, sucre à la crème, etc. ❖ Fruits séchés tels raisins, dattes, figues, abricots, etc.

Item n° 16 : Indice de débris OHIS (*Greene et Vermillion modifié*)

Noircir le cercle correspondant à la catégorie mesurée sur chaque face examinée.
Cet indice nécessite l'examen des six faces suivantes :

Buccale 16 (55)

Buccale 21 (61)

Buccale 26 (65)

Linguale 36 (75)

Buccale 41 (81)

Linguale 46 (85)

Les dents ayant fait une éruption partielle (celles dont on voit moins du tiers de la face à l'étude) sont considérées comme absentes. Les faces qui ne peuvent être examinées parce qu'elles sont couvertes d'un boîtier ou d'une bague orthodontique sont également considérées absentes.

Définition et méthode d'examen

Particules de consistance molle, non fermement attachées aux dents et dont la couleur peut varier. Les débris sont constitués par un mélange de bactéries, de mucine et de particules alimentaires.

Chacune des 6 faces est examinée en passant parallèlement l'explorateur sur sa surface d'une ligne d'angle à l'autre. La face à examiner est divisée en 3 tiers : le tiers incisif (occlusal), le tiers médian et le tiers gingival. L'examen débute en passant l'explorateur sur le tiers incisif (occlusal) de la face : s'il y a présence de débris, le cercle *1/3 incisif* est noirci. Sinon, le tiers médian est examiné et s'il y a présence de débris, le cercle *1/3 médian* est noirci. Sinon, le tiers gingival est examiné et s'il y a présence de débris, le cercle *1/3 gingival* est noirci. Sinon, le cercle *aucun débris* est noirci.

Si la dent est absente ou qu'elle ne peut être examinée, on la remplace par la dent inscrite entre parenthèses. Si la dent suivante est absente ou qu'elle ne peut être examinée, on enregistre *dent absente/n.a.* (non applicable).

CATÉGORIES	CRITÈRES
<i>1/3 incisif</i>	Présence de débris sur le tiers incisif (occlusal) de la face examinée
<i>1/3 médian</i>	Présence de débris sur le tiers médian de la face examinée mais absence de débris sur son tiers incisif (occlusal)
<i>1/3 gingival</i>	Présence de débris seulement sur le tiers gingival de la face examinée
<i>aucun débris</i>	Pas de débris

Item n° 17 : Fluorose sur les incisives supérieures permanentes

La mesure de la fluorose ne sera effectuée que sur les faces labiales des quatre incisives supérieures permanentes et limitée aux sujets de 2^e année.

Noircir le cercle correspondant à la catégorie mesurée.

Définition et méthode d'examen

La fluorose dentaire est une hypoplasie ou hypominéralisation de l'émail dentaire ou de la dentine produite par l'ingestion chronique d'une quantité excessive de fluor durant la période de formation des dents. Cette définition laisse voir qu'il n'y a rien d'extrinsèque dans la fluorose.

L'intensité de la fluorose varie de stries blanchâtres difficilement perceptibles qui n'affectent qu'une portion minimale de l'émail à des taches brunâtres et des puits pouvant être contigus et couvrir la face entière de la dent.

L'examineur cherchera des taches blanchâtres un peu diffuses, comme si elles étaient recouvertes d'une très mince couche d'émail transparent. Ces taches, mieux visibles avec une lumière tamisée et tangentielle, se localisent en priorité au bord incisif et s'étendent vers le collet de la dent selon la gravité, le tout principalement sur la face labiale. Pour l'examen de la fluorose, seules les incisives supérieures permanentes suffisamment éruptées sont considérées. Par ailleurs, les dents ne doivent pas être asséchées.

L'indice utilisé est le *Tooth Surface Index of Fluorosis* (T.S.I.F.) développé par le Dr Herschel Horowitz, mais modifié et simplifié. Les catégories à distinguer sont les suivantes:

- Aucune évidence de fluorose (catégorie 0).
- Fluorose évidente mais se limitant à des taches blanchâtres (snow capping) qui couvrent moins que le 1/3 de la surface totale de deux des quatre faces labiales à l'étude (catégorie 1).
- Fluorose couvrant au moins le 1/3 de la surface totale de deux des quatre faces labiales à l'étude mais moins que les 2/3 (catégorie 2).
- Fluorose où les taches blanchâtres couvrent les 2/3 ou plus de la surface totale de deux des quatre faces labiales à l'étude (catégorie 3).
- Fluorose où une des faces labiales à l'étude présente soit des taches allant du brun clair à un brun très foncé, soit des puits bruns plus ou moins profonds, incrustés dans l'émail, isolés ou contigus (catégorie 4).
- Ne s'applique pas s'il n'y a pas au moins deux incisives permanentes présentes sur le segment antérieur qui sont suffisamment éruptées (plus que les 2/3 de la couronne clinique) et qui ne sont pas couvertes d'une bague ou d'un boîtier orthodontique.

L'évidence de fluorose est basée sur le nombre de dents atteintes et sur l'étendue de l'atteinte. Seules les dents pour lesquelles il n'existe aucun doute sur l'existence de l'atteinte sont considérées. **En cas de doute entre 2 catégories, la plus basse est enregistrée.**

On dit qu'il y a évidence de fluorose sur les incisives supérieures permanentes si:

Pour les catégories 1, 2 et 3, au moins 2 faces labiales sont atteintes alors que pour la catégorie 4, une seule face labiale atteinte est requise.

DIFFÉRENCES ENTRE FLUOROSE ET AUTRES OPACITÉS DE L'ÉMAIL

(Source : Nevitt & al., 1963)

CARACTÉRISTIQUE	FORME BÉNIGNE DE	AUTRES OPACITÉS DE
Zone affectée	Habituellement tout près ou sur les cuspides ou bords incisifs (snow capping).	Habituellement centrées sur les surfaces lisses; couvrent parfois toute la couronne.
Forme de la lésion	Ressemble à un réseau de petites lignes enchevêtrées.	Très souvent rondes ou ovales.
Démarcation	S'effacent de façon presque imperceptible sur l'émail environnant.	Contour clairement défini.
Couleur	Un peu plus opaque que l'émail; « paper-white »; les cuspides et bords incisifs peuvent sembler « givrés ». Pas au moment de l'éruption.	Souvent jaune crème; habituellement pigmentées au moment de l'éruption.
Dents affectées	Plus fréquent sur les dents à calcification lente (canines, prémolaires, 2 ^{es} et 3 ^{es} molaires). Habituellement sur 6 ou 8 dents homologues. Très rare sur les dents temporaires.	N'importe quelle dent. Fréquemment au labial des incisives supérieures et inférieures. Peuvent se présenter sur une seule dent. Parfois 1 à 3 dents sont affectées.
Hypoplasie	Aucune. L'émail demeure brillant et doux (à l'explorateur).	L'émail peut sembler « mordancé », rude.
Détection	Souvent invisible à une lumière trop forte. Se voit mieux selon une ligne tangentielle à la dent.	Très faciles à voir à une lumière forte et à regard perpendiculaire à la surface.

Item n° 18 : Carie dentaire

Noircir d'abord le cercle adjacent à chaque dent présente ou qui devrait normalement être présente compte tenu de l'âge du sujet. Cette étape est extrêmement importante puisque le calcul du CAOOF (en dentition permanente) et du caof (en dentition temporaire) dépend d'abord de l'identification adéquate des dents. Ainsi, une dent mal identifiée, si elle a déjà expérimenté la carie, affectera directement la mesure de la prévalence de la carie chez ce sujet et ce, dans les 2 types de dentition. Sur le formulaire d'examen, le cercle adjacent à chacune des 1^{ères} molaires permanentes a été noirci à l'avance puisque ces dents ne remplacent aucune dent temporaire. Si une des 1^{ères} molaires permanentes est présente, l'état de chacune de ses faces est noté; sinon, elle est enregistrée comme permanente non éruptée.

Pour chacune des dents absentes de la bouche mais qui devraient normalement être présentes compte tenu de l'âge de l'enfant :

- noircir le cercle qui s'applique selon que la dent est absente pour cause de carie (*absC*) ou absente pour autre cause que la carie (*absA*).
- Aucun autre enregistrement ne sera effectué sur la dent, ni dans les colonnes des faces, ni dans la colonne *Amalg*.

Pour chacune des dents présentes en bouche :

- noircir d'abord le ou les cercles s'appliquant selon le ou les états que présente chacune de ses faces.
- Noircir ensuite le cercle situé dans la colonne *Amalg* si une obturation d'amalgame se trouve sur l'une ou l'autre de ses faces.

Méthode d'examen

L'instrumentation requise pour l'évaluation de la carie inclut un miroir plan, un explorateur n° 5 et des gazes 2 X 2. L'utilisation de l'explorateur sera limitée au minimum; de fait, il ne sera utilisé que pour confirmer la présence d'une cavité soupçonnée, vérifier la texture d'une lésion ou déloger la plaque ou les débris recouvrant une face à examiner. L'explorateur sera toujours utilisé avec une pression minimale n'excédant pas celle nécessaire pour blanchir le dessous de l'ongle (environ 20 grammes). Jamais l'explorateur ne sera forcé dans la marge ou un défaut d'une restauration, non plus que dans les fosses et sillons ou dans les lésions crayeuses débutantes du stade précavitation.

Pour les besoins de cette étude, la face linguale des dents 16, 15 ou 55, 12 ou 52, 11 ou 51, 21 ou 61, 22 ou 62, 25 ou 65 et 26 a été subdivisée en face linguale sillon et face linguale lisse. De même, la face buccale des dents 36, 35 ou 75, 45 ou 85 et 46 a été subdivisée en face buccale sillon et face buccale lisse.

La séquence à suivre pour l'examen est celle dictée par la grille d'évaluation, soit : des dents 16 à 26, puis 36 à 46, chacune des faces de celles-ci étant examinée selon la séquence M-O-D-BuS-BuL-LiS-LiL. Ainsi, toutes les faces d'une dent sont-elles examinées avant de passer à la dent suivante.

Notes importantes

i. Définition de la présence d'une dent : Une dent est présente lorsqu'elle peut être vue ou lorsque la pointe de l'explorateur peut entrer en contact intime avec une face dentaire sans perforer les tissus mous.

Dans le cas où les dents temporaires et permanentes sont présentes dans le même espace interdentaire, on ne considérera et n'examinera que la dent permanente.

Si deux dents permanentes occupent le même espace, on ne considérera et n'examinera que celle qui d'après sa morphologie et sa position correspond à la dent légitime.

ii. Définition d'une face saine : Une face est saine si elle ne présente cliniquement aucune trace de carie, traitée ou non traitée, ni aucune trace de scellant.

iii. Que faire en présence de débris, plaque et tartre : Les surfaces couvertes de débris et de plaque doivent être nettoyées à l'aide de l'explorateur ou d'un 2 X 2 et examinées. Par contre, le tartre ne sera pas délogé et la portion de la surface qui demeure visible sera examinée et sa condition enregistrée.

iv. Que faire en présence d'appareils orthodontiques fixes : Toute portion de surface qui ne peut être visualisée parce qu'elle est couverte par un boîtier, une bague, ou tout autre élément d'un appareil orthodontique fixe sera considérée saine. Par ailleurs, la portion visible de cette surface sera examinée et sa condition enregistrée.

v. **Que faire en présence de dents fracturées suite à un traumatisme** : La partie qui reste d'une face fracturée sera examinée et sa condition enregistrée. Par contre, la partie fracturée qui a été restaurée sera délibérément ignorée. C'est donc dire qu'une obturation placée suite à une fracture par traumatisme ne sera pas enregistrée.

vi. **Limites des faces entre-elles :**

En présence d'une carie :

Autant sur les dents antérieures que postérieures, la limite entre une face et son adjacente est la ligne d'angle formée par la rencontre de ces deux faces. C'est donc dire que la lésion doit s'étendre au-delà de la ligne d'angle de la face adjacente pour que cette dernière soit considérée atteinte.

Une exception : La lésion de Cl.III proximale sur une dent antérieure doit s'étendre au-delà du 1/3 de la face Bu ou Li adjacente pour que cette dernière soit considérée atteinte.

Dans le cas des faces mixtes, c'est-à-dire des faces ayant une partie «fosses et sillons» et une partie «lisse»; lorsqu'une lésion de la fosse ou du sillon s'étend à plus de 2 mm de son centre vers la partie lisse, alors la partie lisse de la même face est considérée atteinte. Lorsqu'une lésion de la partie lisse atteint le centre de la fosse ou du sillon, alors la partie «fosses et sillons» est considérée atteinte.

En présence d'une obturation :

Autant sur les dents antérieures que postérieures, la limite entre une face et son adjacente est le 1/3 de cette dernière. C'est donc dire que l'obturation doit s'étendre au-delà du 1/3 de la face adjacente pour que celle-ci soit considérée obturée.

Une exception : L'obturation de Cl.II proximale sur une dent postérieure doit s'étendre au-delà du sommet de la crête marginale (ligne d'angle) de la face occlusale adjacente pour que cette dernière soit considérée obturée.

Dans le cas des faces mixtes, c'est-à-dire des faces ayant une partie «fosses et sillons» et une partie «lisse»; lorsqu'une obturation de la fosse ou du sillon s'étend à plus de 2 mm de son centre vers la partie lisse, alors la partie lisse de la même face est considérée obturée. Lorsqu'une obturation de la partie lisse atteint le centre de la fosse ou du sillon, alors la partie «fosses et sillons» est considérée obturée.

Conditions à enregistrer sur le formulaire d'examen après avoir procédé à l'identification des dents présentes ou qui devraient normalement être présentes en bouche

<i>absC</i>	s'applique à toutes les dents permanentes ou temporaires absentes pour cause de carie
--------------------	--

Attendu que très peu de dents sont extraites pour raison de parodontopathie chez les sujets de cet âge, toutes les dents extraites (sauf celles qui relèvent de la catégorie absente pour autre cause que la carie) doivent être considérées comme ayant été extraites pour cause de carie.

Cette notation est aussi réservée à l'absence de dents temporaires à un âge où l'exfoliation normale ne suffit pas à expliquer l'absence de l'organe.

Lorsqu'une dent est notée *absC*, aucun enregistrement ne peut être fait au niveau de ses faces.

<i>absA</i>	s'applique à toutes les dents permanentes ou temporaires absentes pour autre cause que la carie
--------------------	--

On utilisera cette notation lorsqu'on estimera que les dents permanentes ou temporaires sont congénitalement absentes ou ont été extraites pour des raisons d'orthodontie, parodontopathie ou traumatisme. En cas de doute sur les raisons de l'extraction, utilisez la catégorie absente pour cause de carie.

On utilisera également cette catégorie lorsqu'on observera un espace interdentaire qui devrait être occupé par une dent permanente n'ayant pas fait son éruption, compte tenu de l'âge de l'enfant. Par exemple, chez les enfants de 5-6 et 7-8 ans, si une 1^{ère} molaire permanente n'est pas éruptée, on noircira le cercle *absA*. Les dents notées *absA* sont éliminées de tout calcul relatif à la carie.

Lorsqu'une dent est notée *absA*, aucun enregistrement ne peut être fait au niveau de ses faces.

Les 3 codes suivants, *car*, *obt* et *scel*, peuvent être simultanément enregistrés sur une même face.

<i>car</i>	s'applique à toutes les faces qui, <u>même en présence d'un scellant ou d'une obturation</u>, démontrent cliniquement de la carie avec perte de substance
-------------------	--

Une **face de fosses et sillons** sera considérée cariée lorsque l'une ou l'autre des 4 conditions suivantes sera rencontrée:

- 1) Il existe nettement une cavité attribuable à un processus carieux, c'est-à-dire une perte visible de substance où l'explorateur peut pénétrer, avec ramollissement de la base ou d'une des parois de cette cavité;
- ou**
- 2) Il y a une opacité indicatrice d'émail miné par la carie, c'est-à-dire de l'émail surplombant une perte de substance où l'explorateur ne peut pas pénétrer;
- ou**
- 3) Il y a une obturation temporaire;
- ou**
- 4) Une cavité y a déjà été obturée avec un matériau obturateur permanent mais celui-ci a été perdu de sorte qu'il n'en reste plus aucune trace dans la cavité.

Une **face lisse** sera considérée cariée lorsque l'une ou l'autre des 3 conditions suivantes sera rencontrée :

- 1) Il y a une perte visible de continuité de l'émail attribuable à un processus carieux;
- ou**
- 2) Il y a une obturation temporaire;
- ou**
- 3) Une cavité y a déjà été obturée avec un matériau obturateur permanent mais celui-ci a été perdu de sorte qu'il n'en reste plus aucune trace dans la cavité;

Particularités :

- 1) Lorsqu'on examine les faces proximales, il faut que la pointe de l'explorateur pénètre franchement dans la lésion;
- 2) Si seules les racines d'une dent sont présentes, les cinq (5) faces sont considérées cariées.

EN CAS DE DOUTE, LE DIAGNOSTIC DE LA CARIE NE DOIT PAS ÊTRE POSÉ

Les stades de la carie qui précèdent la formation d'une cavité ainsi que toute autre altération rappelant les premiers stades de la carie, pour lesquels le diagnostic ne saurait être affirmé avec certitude, seront ignorés. Ainsi, on ne comptera pas comme carie les altérations suivantes en l'absence d'autres critères positifs : taches blanchâtres et/ou crayeuses, taches dyschromiques ou rugueuses, fluorose, puits ou fissures adamantines colorés et accrochant la pointe de l'explorateur, mais qui ne présentent ni un ramollissement décelable du fond ou de leurs autres parois, ni une perte de substance surplombée par de l'émail.

obt s'applique à toutes les faces qui, même en présence d'une carie, d'un scellant ou d'une défectuosité, présentent une obturation en matériau permanent

Une face sera considérée comme obturée lorsqu'on constatera la présence d'une ou de plusieurs obturations faites d'un matériau permanent ou la présence d'une couronne et ceci même en présence d'une carie, d'un scellant ou d'une défectuosité de l'obturation ou de la couronne.

En l'absence de signes cliniques de carie, une obturation en matériau permanent doit être entièrement manquante pour que la cavité ainsi désertée soit considérée cariée. S'il subsiste la moindre trace du matériau permanent dans la cavité, la face sera considérée obturée.

scel s'applique à toutes les faces qui, même en présence d'une carie ou d'une obturation, présentent des traces de scellants dentaires

Une face sera considérée scellée, lorsqu'un scellant est présent peu importe sa condition ou son étendue. Quand il y a doute sur la présence de scellant, on considère qu'il n'y a pas de scellant.

***exception :** le débordement d'un scellant occlusal sur le sillon lingual ou buccal adjacent s'il en couvre moins du 1/3.

Amalg sert à identifier les dents présentant une ou des obturations en amalgame

La présence d'amalgame sur une dent sera enregistrée, ceci même en présence de tout autre matériau obturateur ou d'agents de scellement sur la même dent.

AIDE-MÉMOIRE

CARIE DENTAIRE : CATÉGORIES À ENREGISTRER

ÉTAT DE LA FACE	CATÉGORIE
Saine	non enregistrée
Absente à cause de la carie	<i>absC</i>
Absente pour autre cause que la carie	<i>absA</i>
Permanente pas en éruption	<i>absA</i>
Cariée	<i>car</i>
Scellée	<i>scel</i>
Scellée avec carie	<i>scel</i> et <i>car</i>
Scellée avec obturation	<i>scel</i> et <i>obt</i>
Obturée	<i>obt</i>
Obturée avec carie (primaire ou secondaire)	<i>obt</i> et <i>car</i>
Scellée avec carie et obturation	<i>scel</i> , <i>car</i> et <i>obt</i>
Obturée défectueuse sans carie	<i>obt</i>

Si doute sur Décision

carie pas de carie

cause de l'exo exo pour carie

présence d'une dent dent absente

scellant ou obturation..... scellant

présence de scellant..... pas de scellant

Item n° 19 : Soulagement de la douleur actuelle et/ou infection

Noircir le cercle qui s'applique selon que l'enfant présente ou non un problème de douleur ou d'infection.

Il s'agit de questionner l'enfant sur la manifestation récente, c'est-à-dire au cours de la dernière semaine, d'une douleur persistante en bouche (par exemple, une dent qui lui fait mal pendant la nuit ou lorsqu'il mastique ou au contact du chaud ou du froid) et/ou d'identifier la présence d'une infection manifeste, de quelque type que ce soit. Ces infections incluent les dents avec fistule même si elles sont asymptomatiques.

LES ÉTAPES DE L'INSCRIPTION DES DONNÉES

Inscriptions ne nécessitant pas la présence de l'enfant

Les items n°s 1 à 10 peuvent être complétés avant que l'enfant ne se présente à l'examen, réduisant ainsi le temps pendant lequel celui-ci s'absente de la classe.

Ces mêmes items n°s 1 à 10 du formulaire d'examen doivent être remplis pour tout sujet qui serait absent le jour de l'examen. Ces données sont importantes lors de l'analyse, notamment pour la pondération des données et pour la comparaison entre participants et non-participants.

L'ensemble de ces items forme un bloc se terminant sur une bande noire et occupant la moitié supérieure de la 1^{ère} page du formulaire d'examen.

Inscriptions nécessitant la présence de l'enfant

Les items n°s 11 à 19 doivent être complétés en présence de l'enfant.

Dernières vérifications avant le départ de l'enfant et remise du formulaire de référence

Immédiatement après la fin de l'examen et avant le départ de l'enfant, l'inscripteur vérifie si chaque item du formulaire d'examen a été mesuré et enregistré. Sinon, cette partie de l'examen doit être complétée. Il est également capital, lors de cette dernière vérification, de s'assurer que le numéro d'identification inscrit sur le formulaire d'examen de l'enfant correspond bien à celui inscrit sur tous les formulaires relatifs à cet enfant.

Enfin, et ceci est très important, l'examineur doit remplir et remettre à l'enfant le formulaire de référence à l'intention des parents (annexe 4). Ce formulaire les renseignera sur les principales observations faites au cours de l'examen.

Titres déjà parus dans la collection

Analyses et surveillance

- #1 : **BEAUPRÉ, M.** *Surveillance du cancer au Québec : Nouveaux cas déclarés au fichier des tumeurs et mortalité, Année 1993*, Direction de l'analyse et de la surveillance de la santé et du bien-être, 1996.
- #2 : **BIBEAU, G., et O. LAPLANTE.** *Surveillance de la mortalité au Québec : Année 1994*, Direction de l'analyse et de la surveillance de la santé et du bien-être, 1997.
- #3 : **CLOUTIER, R., et J. OTIS.** *L'accessibilité au condom en milieu scolaire québécois - Enquête auprès des CLSC et des directions d'écoles secondaires*, Centre de coordination sur le sida, 1997.
- #4 : **CHOINIÈRE, R., M. FERLAND, M. PAGEAU et Y. SAUVAGEAU.** *Indicateurs sociosanitaires : Le Québec et ses régions*, RRSSS de la Montérégie, RRSSS de Montréal-Centre et RRSSS de Québec, 1997.
- #5 : **BIBEAU, G., et O. LAPLANTE.** *Surveillance de la mortalité au Québec : Année 1995*, Direction de l'analyse et de la surveillance de la santé et du bien-être, 1997.
- #6 : **CHOINIÈRE, R., M. FERLAND, P. LAFONTAINE et M. PAGEAU.** *La mortalité au Québec-Disparités et évolution de 1975-1977 à 1993-1995*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, RRSSS de Montréal-Centre et RRSSS de Québec, 1998.
- #7 : **BRODEUR, J.M., et J. DUROCHER.** *Évaluation de l'application du programme public de services dentaires préventifs*, GRIS et RRSSS de Montréal-Centre, 1998.
- #8 : **BENIGERI, M., J.M. BRODEUR, D. CHABOT, M. OLIVIER, M. PAYETTE et S. WILLIAMSON.** *Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans*, DSP de Montréal-Centre et GRIS, 1998.
- #9 : **DORVAL D., et I. MASSON.** *Profil des traumatismes au Québec : De 1991 à 1995*, DSP de Montréal-Centre, 1998.
- #10 : **ST-LAURENT, D.** *Surveillance de la mortalité au Québec : Année 1996*, Direction de l'analyse et de la surveillance de la santé et du bien-être, 1998.
- #11 : **BEDOS, C., M. BENIGERI, J.M. BRODEUR, M. OLIVIER, M. PAYETTE et S. WILLIAMSON.** *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans*, DSP de Montréal-Centre, GRIS et Université de Montréal, 1999.
- #12 : **BAILLARGEON, L., R. CLOUTIER et J. OTIS.** *Éducation à la sexualité et à la prévention des MTS/SIDA dans les centres de réadaptation des centres jeunesse du Québec - Enquête nationale auprès des Centres jeunesse et des directions régionales de santé publique*, Centre québécois de coordination sur le sida, Université du Québec à Montréal et Association des Centres jeunesse du Québec, 1999.
- #13 : **CHOINIÈRE, R., et D. ST-LAURENT.** *Surveillance de la mortalité au Québec : 1976-1997*, Direction générale de la santé publique, 2000.
- #14 : **BEAUPRÉ, M., R. CHOINIÈRE et D. ST-LAURENT.** *Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998*, Bureau de surveillance épidémiologique, 2001.
- #15 : **BEAUPRÉ, M., et R. LOUCHINI.** *Projections d'incidence de cancer et de mortalité par cancer au Québec pour l'année 2001*, Bureau de surveillance épidémiologique, 2001.
- #16 : **LOUCHINI, R.** *Surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire au Québec, de 1990 à 1999*, Bureau de surveillance épidémiologique, 2001.
- #17 : **ALARY, M., et R. PARENT.** *Analyse des cas d'infection génitale par Chlamydia trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile : 1995-1999*, Institut national de santé publique du Québec, 2001.