

ÉTUDE 1994-1995
SUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE
DES ADULTES QUÉBÉCOIS
DE 35 À 44 ANS



S A N T É P U B L I Q U E

COLLECTION

*analyses et
surveillance*

8

Québec 

ÉTUDE 1994-1995 SUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DES ADULTES QUÉBÉCOIS DE 35 À 44 ANS

Une réalisation conjointe de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre (unités Habitudes de vie et santé du cœur et Organisation et évaluation des services préventifs) 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

Martin Payette

Chercheur principal

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

Marie Olivier

Cochercheuse

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

Dominique Chabot

Cochercheuse

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

Mike Benigeri

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 :

le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document :

- commande par télécopieur au : (418) 644-4574
- pour information additionnelle : (418) 643-5573
1 800 707-3380 (sans frais)

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

Le présent document est disponible sur le site Internet du Ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : <http://www.msss.gouv.qc.ca>

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 1998

Bibliothèque nationale du Canada, 1998

ISBN 2-550-33429-9

Tous droits réservés pour tous pays

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec

AVANT-PROPOS

Dans le cadre 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 cette étude portant sur la santé buccodentaire des adultes québécois âgés de 35 à 44 ans. L'objectif principal de cette étude est de mettre à jour nos connaissances sur l'état de santé dentaire des adultes 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.

Ce document présente des résultats sur le nombre de faces coronaires et de dents ayant subi la carie dentaire, sur les problèmes parodontaux, sur l'utilisation des services dentaires, sur l'édentation et sur les caractéristiques des personnes associées à un niveau élevé de maladie buccodentaire. Ces résultats sont une source d'information importante et indispensable afin de soutenir l'analyse, la prise de décision et la planification d'actions visant à améliorer la santé buccodentaire des adultes québécois.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont rendu possible la publication de cet ouvrage et tout particulièrement ses auteurs. Je souhaite que ce document soit très utile et que l'information qui y est contenue puisse favoriser la mise en place d'actions préventives adaptées aux besoins particuliers des adultes québécois et d'actions visant à la promotion de la santé buccodentaire.

Le directeur général par intérim de la
Direction générale de la santé publique,

A handwritten signature in black ink, reading 'Léonard Gilbert' in a cursive script.

Léonard Gilbert

REMERCIEMENTS

Cette étude a été rendue possible grâce à des subventions du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, de l'Ordre des dentistes du Québec et du FRSQ, et à l'appui de la direction du Département de médecine préventive de l'hôpital Saint-Luc lors des premières étapes du projet et des directions de la santé publique des régions régionales de Montréal-Centre, Laval, Québec, Mauricie—Bois-Francs, Lanaudière, Montérégie et Chaudière-Appalaches pour les étapes subséquentes. Nous remercions de façon particulière le docteur Jacques Durocher, responsable du module santé dentaire de l'unité Habitudes de vie et santé du cœur à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, qui a libéré une partie non négligeable de son personnel pour la réalisation de cette étude. Nous désirons aussi remercier le docteur Daniel Picard, cochercheur lors des étapes initiales du projet, qui a dû interrompre sa collaboration au projet à la suite de son engagement dans le dossier provincial du dépistage des enfants à risque.

Les facultés de médecine dentaire de l'Université de Montréal et de l'Université Laval ont aussi contribué aux étapes touchant l'élaboration des critères d'examen et la formation des dentistes examinateurs. À ce chapitre, nos remerciements vont aux professeurs Anne Charbonneau, Benoît Lalonde et Gilles Lavigne, de l'Université de Montréal, ainsi qu'aux professeurs Pierre F. Gagnon et Jean-Paul Goulet, de l'Université Laval.

Nous remercions également les quatorze dentistes coordonnateurs ou examinateurs, soit les docteurs Sasam Bayat, Guy Boisclair, Pierre Corbeil, Éric Dupuis, Marie-France Gagnon, Marc Geary, Elizabeth Giraudo, Talia Hamalian, Luc Legris, Christine Martel, Raymond Milette, Pierre Pizem, Alain Turbide et Jean-Guy Vallée, qui ont su adapter leurs horaires, tous les intervieweurs et inscripteurs de données, madame Anicette Lemay pour son précieux soutien technique, monsieur Manuel Galestrosi à la coordination des données, mesdames Francine Paquette et Nicole Leduc au secrétariat, ainsi que le personnel du GRIS pour la coordination administrative, la saisie et la vérification des données. Tous ont effectué un travail remarquable. Finalement, nous remercions toutes les personnes examinées, pour leur patience et pour avoir donné de leur temps afin de participer à cette étude.

Jean-Marc Brodeur, Ph. D.
Chercheur principal

Martin Payette, D.D.S.
Chercheur principal

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES.....	ix
RÉSUMÉ	xi
INTRODUCTION	1
1. PROBLÉMATIQUE ET PERTINENCE	5
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	9
2.1 Carie dentaire	11
2.2 Problèmes parodontaux.....	12
2.3 Édentation et réadaptation prothétique	14
2.4 Malocclusion, problèmes musculo-squelettiques et lésions des muqueuses	14
2.5 Conclusion.....	15
3. FORMULATION DES OBJECTIFS	17
4. MÉTHODOLOGIE	21
4.1 Échantillonnage.....	23
4.2 Formation des intervenants	26
4.3 Maladies buccales examinées et indices utilisés.....	26
4.4 Questionnaire	27
4.5 Examens	27
4.6 Étude pilote	27
4.7 Analyses statistiques	27
5. RÉSULTATS.....	29
5.1 Nombre de dents présentes et édentation	31
5.2 Carie coronaire.....	33
5.3 Carie radiculaire	36
5.4 Saignement et tartre.....	38
5.5 Indice CPITN	38
5.6 Poche parodontale et perte d'attachement	38
5.7 Utilisation des services dentaires et assurance dentaire.....	41
5.8 Hygiène buccodentaire	43
5.9 Prothèses amovibles	43
5.10 Douleur musculo-squelettique au niveau facial et bruit à l'articulation temporo- mandibulaire (ATM)	46
5.11 Malocclusion	46
5.12 Lésions des muqueuses buccales	46
5.13 Fluorose.....	47
5.14 Caractéristiques des personnes associées à un niveau élevé de maladie buccodentaire	47
5.15 Besoin de traitements	50

6. COMPARAISON QUÉBEC—ÉTATS-UNIS	57
RECOMMANDATIONS	61
RÉFÉRENCES	63
ANNEXE 1 TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES SELON LA STRATIFICATION.....	69
A. RÉSULTATS POUR LA ZONE MÉTROPOLITAINE.....	71
B. RÉSULTATS POUR LES ZONES URBAINES.....	83
C. RÉSULTATS POUR LES ZONES RURALES	95
ANNEXE 2 TABLEAUX SYNTHÈSES DÉCRIVANT LA SITUATION DANS CHACUNE DES RÉGIONS PARTICIPANTES	107
ANNEXE 3 POPULATION DE 35 À 44 ANS AU QUÉBEC SELON LE RECENSEMENT DE 1991	111
ANNEXE 4 CRITÈRES D'EXAMEN	115
SECTION 1 ÉVALUATION DE LA CONDITION PROTHÉTIQUE.....	117
SECTION 2 DOULEURS MUSCULO-SQUELETTIQUES AU NIVEAU FACIAL	118
SECTION 3 ÉVALUATION DES MUQUEUSES.....	123
SECTION 4 DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES CARIES CORONAIRES ET RADICULAIRES	135
SECTION 5 ÉVALUATION DE LA FLUOROSE	147
SECTION 6 PROBLÈMES DE MALOCCLUSION	149
SECTION 7 CONDITION PARODONTALE	151
ANNEXE 5 QUESTIONNAIRES ET FORMULAIRES D'EXAMEN ET DE COLLECTE DES DONNÉES	157

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	Taux de participation (examen et questionnaire)	24
TABLEAU 2	Taux de participation (examen) selon les régions échantillonnées et les zones de résidence au Québec	24
TABLEAU 3	Caractéristiques sociodémographiques des personnes de l'échantillon, après pondération.....	25
TABLEAU 4	Indice Kappa pour les variables de l'examen dentaire	26
TABLEAU 5	Pourcentage de personnes selon le nombre de dents présentes et le sexe	32
TABLEAU 6	Pourcentage de personnes en fonction du nombre de dents absentes (remplacées ou non) au niveau des sextants antérieurs et postérieurs	32
TABLEAU 7	Pourcentage des individus avec moins de 20 dents en fonction des caractéristiques des personnes.....	33
TABLEAU 8	Nombre moyen de faces coronaires cariées, absentes ou obturées en fonction des caractéristiques des personnes.....	34
TABLEAU 9	Composantes du CAO dent en fonction du sexe	35
TABLEAU 10	Nombre moyen de faces radiculaires cariées ou obturées.....	36
TABLEAU 11	Indice CO racine en fonction du nombre de dents avec une perte d'attachement de 4 mm et plus	36
TABLEAU 12	Répartition des personnes selon les catégories du CPITN	38
TABLEAU 13	Pourcentage des individus avec au moins une dent présentant une poche parodontale ≥ 6 mm et pourcentage des individus avec au moins une dent présentant une perte d'attachement ≥ 4 mm en fonction des caractéristiques des personnes.....	40
TABLEAU 14	Raisons de la non-utilisation des services dentaires.....	41
TABLEAU 15	Utilisation des services dentaires dans la dernière année et adhésion à un régime privé d'assurance dentaire en fonction des caractéristiques des personnes	42
TABLEAU 16	Hygiène buccodentaire en fonction des caractéristiques des personnes	44
TABLEAU 17	Pourcentage des personnes qui portent au moins une prothèse amovible et pourcentage des porteurs de prothèses amovibles dont au moins une des prothèses présente un problème de stabilité, de rétention ou de matériel, en fonction des caractéristiques des personnes	45

TABLEAU 18	Pourcentage des porteurs de prothèses amovibles avec des lésions d'origine prothétique en fonction de l'adéquation des prothèses	46
TABLEAU 19	Régression logistique—Prédiction des personnes avec 4 faces cariées et plus (contre 0 à 3 faces cariées) en fonction des caractéristiques des personnes	48
TABLEAU 20	Régression logistique—Prédiction des personnes avec au moins une poche parodontale ≥ 6 mm en fonction des caractéristiques des personnes	49
TABLEAU 21	Régression logistique—Prédiction des personnes avec moins de 20 dents en fonction des caractéristiques des personnes.....	51
TABLEAU 22	Moyenne des faces coronaires ayant besoin de traitements de restauration	52
TABLEAU 23	Moyenne des faces coronaires à traiter en fonction de leur localisation.....	52
TABLEAU 24	Pourcentage de personnes en fonction du nombre de sextants présentant des dents avec des poches parodontales ≥ 6 mm.....	54
TABLEAU 25	Pourcentage de personnes en fonction du nombre de sextants à reconstituer.....	54
TABLEAU 26	Pourcentage de personnes avec au moins un sextant à reconstituer.....	55

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1	Pourcentage des personnes avec moins de 20 dents en fonction de l'âge.....	1
FIGURE 2	Composantes du CAOD.....	2
FIGURE 3	Répartition des faces cariées non traitées.....	2
FIGURE 4	Répartition des personnes de 35 à 44 ans en fonction du nombre de dents avec saignement ou tartre.....	2
FIGURE 5	Pourcentage de personnes avec au moins une dent ayant une poche parodontale de 6 mm et plus en fonction des zones de résidence	3
FIGURE 6	Pourcentage de personnes qui ont consulté un dentiste dans la dernière année selon le revenu et l'assurance dentaire.....	3
FIGURE 7	Pourcentage de personnes en fonction de l'indice CPITN	4
FIGURE 8	Répartition de chacune des dents en fonction de leur état	37
FIGURE 9	Pourcentage des personnes qui perçoivent le besoin de soins des gencives en fonction de leurs problèmes parodontaux	39
FIGURE 10	Pourcentage de personnes en fonction du nombre de dents avec une poche parodontale ≥ 6 mm	52
FIGURE 11	Distribution de chacune des dents en fonction de la présence d'une poche parodontale de 4 à 5 mm et de 6 mm et plus	53
FIGURE 12	Nombre moyen de faces cariées, absentes et obturées chez les adultes de 35 à 44 ans au Québec en 1994-1995 et aux États-Unis en 1988-1991.....	59
FIGURE 13	Pourcentage de personnes en fonction des problèmes parodontaux chez les adultes de 35 à 44 ans au Québec en 1994-1995 et aux États-Unis en 1988-1991.....	59

RÉSUMÉ

Il existe très peu d'information sur la santé buccodentaire des adultes. Cette étude a pour objectif d'estimer, pour la première fois, la prévalence de la plupart des maladies buccodentaires des adultes de 35 à 44 ans au Québec. Pour ce faire, un échantillon stratifié a été utilisé. Au total, 2 110 personnes ont été examinées. Les examinateurs ont procédé à un examen clinique approfondi visant à déterminer la présence de problèmes buccodentaires. Les indices et les critères de diagnostic retenus sont ceux que l'on trouve habituellement dans les études nationales et internationales. Un questionnaire comprenant plusieurs sections interrogeait sur la santé générale et sur la santé dentaire telle qu'elle est perçue par la personne, ainsi que sur les habitudes préventives, l'utilisation des services dentaires, les données sociodémographiques et l'histoire médicale. Le taux de participation à cette étude a été de 77 % pour le questionnaire portant sur les caractéristiques sociodémographiques, l'utilisation des services et l'éducation, et de 44,5 % pour les examens buccodentaires.

La mesure du CAOOF (nombre de faces coronaires ayant été atteintes par la carie) chez les adultes de 35 à 44 ans au Québec, ayant encore au moins une dent, montre que le nombre de faces coronaires ayant connu la carie est élevé, soit près de la moitié des faces dentaires atteintes (65 sur 148). Ces faces sont principalement absentes (39,3 faces en moyenne) ou obturées (23,9 faces en moyenne). Par contre, on trouve en moyenne seulement 1,8 face cariée à traiter, ce qui indique que le degré de traitement de la carie est élevé.

L'indice CAOD (nombre de dents ayant subi la carie) montre que ces adultes ont, en moyenne, une dent sur quatre qui est absente (8,2 dents absentes si l'on inclut les troisièmes molaires et 5,8 en les excluant). Le nombre de dents absentes est fortement relié à l'âge. Chez les personnes de 44 ans, il y a presque deux fois plus d'individus avec moins de 20 dents naturelles que chez les personnes de 35 ans (30,9 versus 17,7).

Les problèmes parodontaux s'avèrent très importants dans cette population. Plus de la moitié des personnes ont au moins 5 dents qui présentent un saignement. On observe le même phénomène avec la présence de tartre. En ce qui concerne les problèmes parodontaux majeurs, 73,6 % des personnes ont au moins une dent avec une poche parodontale de 4 mm et plus et 21,4 % en ont au moins une avec une poche parodontale de 6 mm et plus. On trouve également plus de la moitié des individus avec au moins une dent qui a subi une perte d'attachement de 4 mm et plus. Contrairement à la carie dentaire, la perception des maladies parodontales paraît très faible dans cette population.

L'utilisation des services dentaires est relativement élevée, avec 69 % des personnes qui ont consulté un dentiste dans la dernière année. Par contre, moins de la moitié des personnes (48,5 %) adhèrent à un régime privé d'assurance dentaire. Pour ce qui est de l'hygiène buccodentaire, on note que 67 % des personnes se brossent les dents au moins deux fois par jour, mais seulement 24,3 % utilisent de la soie dentaire de façon quotidienne.

Chez les adultes de 35 à 44 ans au Québec, plus d'une personne sur quatre (28,1 %) est porteuse d'au moins une prothèse amovible. Chez ces porteurs de prothèses, 35 % ont au moins une prothèse inadéquate (problème de rétention, de stabilité ou défectuosité) et 61,5 % présentent une lésion des muqueuses buccales d'origine prothétique.

Enfin, la plupart des problèmes buccodentaires observés sont associés au revenu et au niveau d'études. Les personnes ayant un revenu annuel inférieur à 30 000 \$ et/ou un niveau d'études primaires ou secondaires ont des prévalences de maladies plus élevées.

INTRODUCTION

Méthodes

Pour cette étude, des personnes de 35 à 44 ans ont été examinées, entre septembre 1994 et juillet 1995, dans sept régions du Québec choisies de façon aléatoire. Le taux de participation a été de 77 % pour le questionnaire portant sur les caractéristiques sociodémographiques, l'utilisation des services et l'édentation, et de 44,5 % pour les examens buccodentaires. Le nombre de personnes examinées (2 110) est suffisant pour atteindre un degré de précision satisfaisant.

L'échantillon a été pondéré pour représenter la population des adultes de 35 à 44 ans vivant au Québec. Le seul biais important que nous ayons observé est la sous-représentation des personnes édentées. Ceci s'explique par le peu d'intérêt qu'ont ces personnes pour une telle étude et par la gêne qu'elles éprouvent à avouer leur situation dentaire (en particulier les personnes édentées âgées de 35 à 44 ans). En raison de ce biais, les personnes complètement édentées et celles ayant encore au moins une dent sont traitées séparément dans la plupart des analyses.

Pour les différentes mesures à l'étude, les concordances avec les dentistes de référence ont été estimées avec la statistique Kappa. Les degrés de concordance sont excellents pour les mesures de la carie et varient de modérés à excellents pour les mesures parodontales.

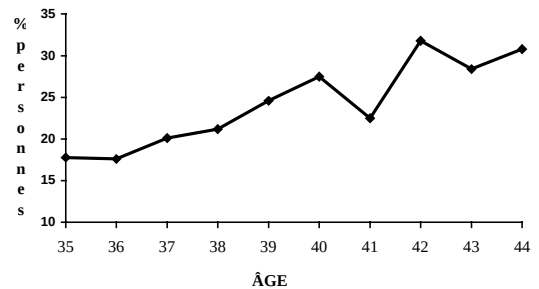
Nombre de dents

Le nombre moyen de dents absentes chez les adultes de 35 à 44 ans, parmi ceux qui en ont encore au moins une, est de 8,2 si l'on inclut les troisièmes molaires et de 5,8 en les excluant (1,2 au niveau des sextants antérieurs et 4,6 au niveau des sextants postérieurs).

Dans cette population, 23,9 % des personnes avaient moins de 20 dents naturelles et seulement 16,9 % avaient toutes leurs dents

(troisièmes molaires exclues). La proportion de personnes entre 35 et 44 ans ayant moins de 20 dents progresse de façon importante en fonction de l'âge, passant de 17,7 % à 30,9 %.

FIGURE 1
Pourcentage des personnes avec moins de 20 dents en fonction de l'âge ¹



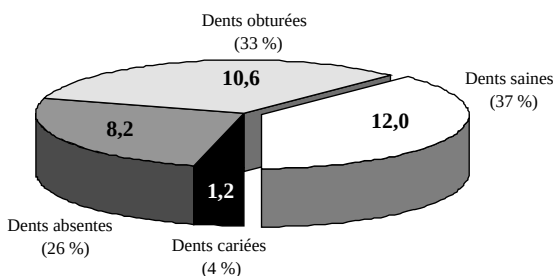
1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

Carie coronaire

La mesure du CAOOF chez les adultes de 35 à 44 ans au Québec montre que le nombre de faces coronaires ayant subi la carie est élevé, avec près de la moitié des faces dentaires atteintes (65 sur 148). Ces faces sont principalement absentes (39,3 faces en moyenne) ou obturées (23,9 faces en moyenne). Par contre, on trouve en moyenne seulement 1,8 face cariée à traiter, ce qui indique que le degré de traitement de la carie est élevé.

L'analyse du CAOD révèle qu'en moyenne, chez les adultes de 35 à 44 ans, 20 dents ont été atteintes par la carie, soit 62,5 % des dents (troisièmes molaires incluses).

FIGURE 2
Composantes du CAOD ¹

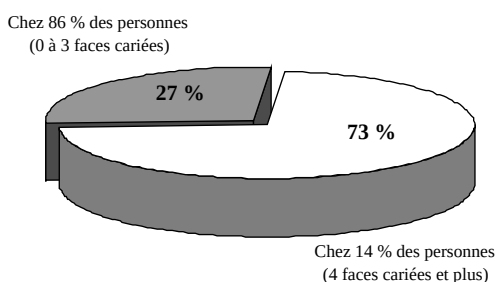


1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

Carie coronaire non traitée

Comme chez les enfants, il existe chez les adultes de 35 à 44 ans un groupe à risque parmi lequel sont concentrées les caries non traitées. Près des trois quarts des faces cariées non traitées sont détenues par seulement 14 % des personnes (celles ayant au moins 4 faces cariées non traitées).

FIGURE 3
Répartition des faces cariées non traitées ¹



1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

Les personnes ayant un faible revenu ont près de trois fois plus de faces cariées que celles qui bénéficient d'un revenu élevé (2,6 versus 0,9), de même que les personnes n'ayant pas utilisé les services dentaires dans la dernière année par rapport aux utilisateurs réguliers (3,3 versus 1,1).

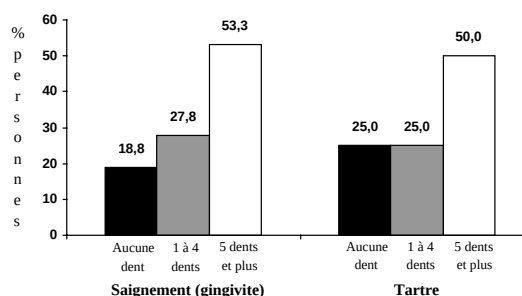
Carie radiculaire

Le nombre moyen de faces radiculaires atteintes par la carie est faible (indice CO = 0,7). Cependant, la proportion importante de personnes avec des pertes d'attachement de 4 mm et plus (52 %) laisse penser que l'incidence des caries radiculaires va augmenter fortement avec le vieillissement de cette population.

Maladies parodontales

La présence de tartre et le saignement gingival sont des phénomènes dont la prévalence s'avère très élevée parmi cette population. Plus de 80 % des personnes ont au moins une dent qui présente un saignement gingival et 53,3 % en ont au moins cinq. Pour le tartre, ces pourcentages sont respectivement de 75 % et 50 %.

FIGURE 4
Répartition des personnes de 35 à 44 ans en fonction du nombre de dents avec saignement ou tartre ¹

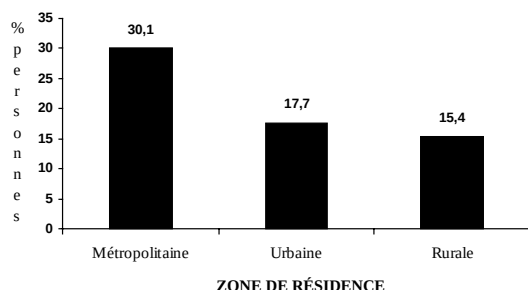


1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

En ce qui concerne les problèmes parodontaux majeurs, 73,6 % des personnes ont au moins une dent avec une poche parodontale de 4 mm et plus et 21,4 % en ont au moins une dont la poche parodontale atteint 6 mm et plus.

Pour ces maladies, il existe une grande disparité régionale, avec deux fois plus de personnes touchées dans la zone métropolitaine que dans les zones urbaines ou rurales.

FIGURE 5
Pourcentage de personnes avec au moins une dent ayant une poche parodontale de 6 mm et plus en fonction de la zone de résidence ¹



1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

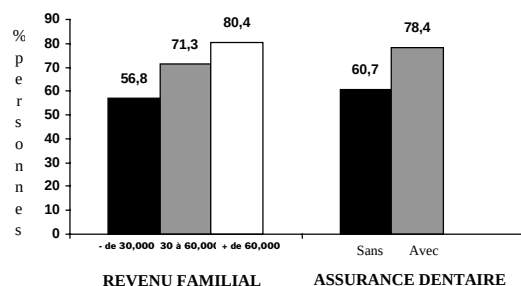
Si la plupart des faces cariées sont traitées, ce n'est donc pas le cas pour les maladies parodontales. Seulement 10,8 % des adultes de 35 à 44 ans n'ont besoin d'aucun traitement et une personne sur cinq a besoin d'un traitement complexe.

Contrairement à la carie, l'utilisation des services dentaires est peu associée aux maladies parodontales. Ceci s'explique par le manque de sensibilisation des personnes aux maladies parodontales et, par conséquent, par le peu d'importance accordée au traitement de ces problèmes dans la pratique des dentistes.

Utilisation des services dentaires

Chez les adultes de 35 à 44 ans au Québec, le niveau d'utilisation des services dentaires est relativement élevé, puisque 69 % des personnes interrogées avaient consulté un dentiste dans la dernière année. Il existe cependant des différences importantes liées au revenu et à l'adhésion à un régime d'assurance dentaire.

FIGURE 6
Pourcentage de personnes qui ont consulté un dentiste dans la dernière année selon le revenu et l'assurance dentaire



Hygiène buccodentaire

L'hygiène buccodentaire constitue également un facteur qui explique l'importance des problèmes parodontaux dans cette population. Si le brossage des dents apparaît satisfaisant (67 % des personnes brossent leurs dents au moins deux fois par jour), il est possible cependant que les techniques de brossage ne soient pas optimales au sein de cette population.

Par ailleurs, seulement une personne sur quatre utilise de la soie dentaire au moins une fois par jour.

Port de prothèses amovibles

Plus d'un adulte de 35 à 44 ans sur quatre (28,1 %) porte au moins une prothèse amovible. Ce phénomène est deux fois plus courant chez les francophones que chez les anglophones ainsi que chez les personnes ayant un faible niveau d'études comparativement à celles qui possèdent un niveau d'études élevé.

Parmi les porteurs de prothèses, 35 % ont au moins une prothèse qui présente un problème de rétention, de stabilité ou de défectuosité (bris de l'acrylique, dents brisées ou manquantes, etc.).

Autres problèmes buccodentaires

La prévalence des autres problèmes buccodentaires relevés dans cette étude est relativement faible. Seulement 4 % à 6 % des personnes de 35 à 44 ans souffrent de douleurs musculo-squelettiques au niveau facial. Les désordres temporo-mandibulaires associés à ces douleurs peuvent cependant avoir des conséquences graves sur la mastication.

Les lésions des muqueuses buccales sont également peu fréquentes, sauf en ce qui concerne les lésions liées au port de prothèses. On trouve des lésions d'origine prothétique chez 61,5 % des porteurs de prothèses. Ces lésions sont souvent associées à la condition des prothèses.

Enfin, moins de 2 % des personnes ont au moins une dent atteinte de fluorose légère.

Besoins de traitements

Traitements de restauration

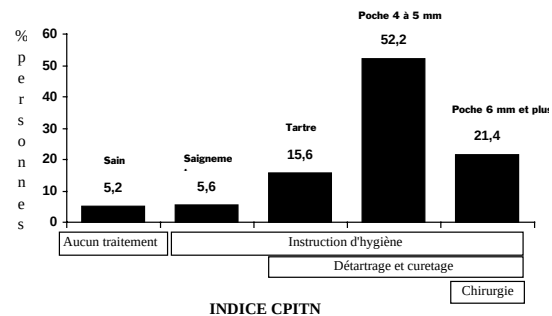
Les besoins de traitements de restauration sont faibles. Même en tenant compte des obturations défectueuses, manquantes ou provisoires, on trouve en moyenne 2,2 faces à traiter par adulte.

Traitements parodontaux

C'est au regard des traitements parodontaux que les besoins apparaissent importants auprès des adultes de 35 à 44 ans. En se basant sur l'indice CPITN, on note que 94,8 % des personnes ont besoin de conseils d'hygiène, que 89,2 % requièrent également un détartrage et que plus d'une personne sur cinq nécessite un traitement parodontal complexe (figure 7).

Les personnes ayant au moins une poche parodontale de 6 mm et plus se répartissent comme suit : le tiers a seulement une dent atteinte, un autre tiers en a deux ou trois, et le dernier tiers en a quatre et plus.

FIGURE 7
Pourcentage de personnes en fonction de l'indice CPITN¹



1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

La perception des problèmes parodontaux s'avère très faible puisque moins de 20 % des personnes avec saignement, tartre ou poche parodontale de 4 à 5 mm, et moins de 30 % des personnes qui ont au moins une dent avec une poche parodontale de 6 mm et plus perçoivent un besoin de traitement des gencives.

Réadaptation prothétique

Enfin, les besoins de réadaptation prothétique apparaissent relativement élevés. Les adultes de 35 à 44 ans ont en moyenne 2,9 dents absentes, qui ne sont pas remplacées (troisièmes molaires exclues). En prenant comme critère de besoin de traitement le remplacement pour des raisons esthétiques de toute dent antérieure manquante et de toute prémolaire supérieure manquante et, pour des raisons fonctionnelles, le remplacement des dents postérieures lorsqu'il y a au moins deux dents manquantes sur un sextant (troisièmes molaires exclues), on trouve que plus d'une personne sur deux (52 %) a besoin d'une prothèse amovible, de couronnes ou d'implants.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE ET PERTINENCE



1. PROBLÉMATIQUE ET PERTINENCE

Il existe peu de problèmes de santé dont la prévalence est deux fois plus élevée au Québec qu'en Ontario ou aux États-Unis. C'est malheureusement le cas en ce qui concerne la carie dentaire chez les enfants et le pourcentage d'édentation chez les adultes de 35 à 44 ans. Dans un tel contexte, il n'est pas surprenant que la Politique de la santé et du bien-être du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ait retenu les problèmes de santé dentaire parmi ses trois objectifs de santé publique. L'objectif 15 se lit en effet ainsi :

« D'ici l'an 2002, réduire de 50 % le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées chez les enfants de 6 à 12 ans et abaisser à moins de 5 % le taux d'absence de dents chez les adultes de 35 à 44 ans. »

Malheureusement, notre connaissance des problèmes buccodentaires des adultes québécois, de leurs attitudes et de leurs habitudes est fort limitée. On sait que l'édentation complète visait en 1993 (Brodeur *et al.*, 1996a) 14 % des personnes de 35 à 44 ans et 58 % des personnes de 65 ans et plus. Aux États-Unis, en 1985, ces taux s'établissaient respectivement à 3 % et 41 % (U.S. Department of Health and Human Services, 1987). On sait aussi que les Québécois adhèrent moins souvent à un régime d'assurance dentaire privée et consultent moins souvent le dentiste. Un sondage effectué en 1993 (Brodeur *et al.*, 1996b) révèle que 36 % des adultes québécois avaient une assurance pour services dentaires et que 53 % consultaient le dentiste annuellement comparativement à 66 % et 78 % respectivement pour l'Ontario (Association dentaire canadienne, 1990). Ce sont à peu près les seules informations dont on dispose concernant la santé buccodentaire des adultes et ce, tant au Québec que dans l'ensemble des provinces canadiennes.

Conscients de cette lacune, deux chercheurs en épidémiologie dentaire et santé dentaire communautaire du programme de santé dentaire de l'hôpital Saint-Luc se sont joints à un groupe d'experts canadiens pour élaborer en commun un projet national d'épidémiologie dentaire. Ils ont défini ensemble des objectifs, établi des composantes d'examen, rédigé des questionnaires et déterminé un plan d'échantillonnage.

Le Québec est la première province canadienne à avoir réalisé une telle étude, dont les résultats fournissent une première estimation de la prévalence des maladies buccodentaires et des habitudes préventives des adultes de 35 à 44 ans. Ces données sont essentielles pour délimiter un programme cadre provincial ainsi que des programmes régionaux d'organisation des services.

CHAPITRE 2

ÉTAT DES CONNAISSANCES



2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Depuis une vingtaine d'années, la population des 18 à 64 ans occupe une part de plus en plus importante de la pratique dentaire (Brodeur *et al.*, 1988). De plus, plusieurs auteurs (Bohannon, 1982 ; Scavatto, 1982 ; Reed et Hann, 1983 ; Scholle, 1986) ont étudié l'effet des changements démographiques récents (vieillessement de la population et immigration) ainsi que la prévalence des maladies buccodentaires sur l'orientation des programmes de santé publique, la pratique privée des dentistes et les programmes de formation des écoles et facultés de médecine dentaire.

Pour permettre une planification efficace des structures de soins, des services dentaires et des ressources humaines, il faudrait disposer d'informations valides et représentatives sur toute la gamme des problèmes de santé buccodentaire des adultes ainsi que sur leurs comportements préventifs et leur utilisation des services. En outre, il est indispensable de déterminer dans quelle mesure les services existants répondent aux besoins de la population adulte (Leclercque *et al.*, 1987). Le nombre de caries a baissé considérablement au cours des deux dernières décennies, les méthodes de traitement des maladies parodontales ont évolué et le taux d'édentation est en baisse (Bader, 1985 ; Morris et Bohannon, 1985 ; Douglass et Gammon, 1985). Ces quelques paramètres vont influencer la pratique dentaire. Il devient donc nécessaire de recueillir des données précises sur la prévalence et la gravité des principales affections buccodentaires, sur l'utilisation des services et l'identification des besoins en traitement chez les adultes. De telles données permettraient aux administrateurs en santé de définir des stratégies de prévention et de promotion de la santé dentaire et des modifications au curriculum d'enseignement pour répondre aux besoins actuels.

Les problèmes de santé dentaire les plus souvent éprouvés par les adultes englobent les caries dentaires, les maladies parodontales, l'édenta-

tion, les malocclusions et les problèmes d'articulation temporo-mandibulaire.

2.1 Carie dentaire

Carie coronaire

Malgré la baisse généralisée de la carie dentaire (Davies *et al.*, 1985 ; Burt, 1985) dans la majorité des pays industrialisés, celle-ci demeure encore une maladie importante parmi la population et ce, particulièrement chez les 35 ans et plus.

En se basant sur les résultats de deux études nationales aux États-Unis, soit celle du National Health Examination Survey de 1960-1962 (NHES) (Johnson *et al.*, 1965) et celle du National Health and Nutrition Examination Survey de 1971-1974 (NHANES I) (Harvey et Kelly, 1981), Graves et Stamm (1985) rapportent une baisse de l'indice CAOD (nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées) chez les adultes de 18 à 34 ans entre 1962 et 1974. Par contre, les adultes plus âgés étaient atteints par la carie dans une proportion légèrement plus élevée. Durant cette période, le CAOD est en effet passé de 19,1 à 20,4 pour le groupe des 35 à 44 ans. De plus, les résultats de l'étude dentaire chez les adultes au travail du National Institute of Dental Research (NIDR), réalisée en 1985 aux États-Unis (Miller *et al.*, 1987 ; Beck, 1987), indiquent que le déclin de la carie persiste chez les adultes jusqu'à l'âge de 34 ans. Pour ceux plus âgés, la diminution de la perte des dents fait en sorte que les comparaisons avec les études antérieures sont difficiles à interpréter. La prévalence de la carie coronaire augmente cependant avec l'âge et atteint une moyenne très élevée de 31 faces cariées et obturées (COF) par sujet chez les 45 à 49 ans.

Au Canada, la seule source de données nationales qui existe provient de l'étude réalisée par Nutrition Canada en 1971-1972 (Bureau des sciences de la nutrition, 1977). Cette étude, conçue pour évaluer la situation nutritionnelle de la population, comprenait aussi une section sur

la santé buccodentaire. Cependant, même si les résultats nationaux sont relativement représentatifs et projettent une image acceptable de la santé dentaire des Canadiens, une certaine réserve est de mise en ce qui concerne les données en raison d'un calibrage insuffisant des examinateurs et de la petite taille des échantillons de certains sous-groupes. Les données provinciales doivent donc être interprétées avec réserve. Parmi les adultes canadiens âgés de 19 ans et plus ayant au moins une dent naturelle, 96 % des sujets avaient des caries non traitées et 89 % avaient plus de 10 dents CAO. Même si les données provinciales sont sujettes à caution, signalons que le CAOD global québécois apparaît très similaire à celui des autres provinces et ce, pour tous les groupes d'âge. Le CAOD est de 17,9 pour le groupe québécois des 30 à 39 ans et de 18,6 pour celui des 40 à 49 ans.

Une étude ontarienne (Hunt *et al.*, 1980) similaire à l'étude menée à l'échelle internationale (ICS) (Cohen, 1978) a été réalisée en 1978 auprès d'adultes âgés de 25 à 44 ans. Les résultats de l'étude indiquent que les adultes de 35 à 44 ans avaient un CAOD de 16,6 comparativement à 17,8 chez les adultes dont l'âge moyen est de 40 ans dans l'étude de Nutrition Canada. Hunt *et al.* (1980) ont aussi comparé les résultats de l'étude ontarienne avec ceux de l'ICS (Cohen, 1978) et ils rapportent que l'expérience de carie des Ontariens âgés de 35 à 44 ans ressemble à celle des adultes aux États-Unis. Locker *et al.* (1991) ont noté, dans une étude récente (1990) auprès de quatre communautés ontariennes, que 35,5 % des 50 ans et plus avaient des caries coronaires non traitées.

Carie des faces radiculaires

Les caries des faces radiculaires ont fait l'objet de quelques articles scientifiques (Newbrun *et al.*, 1984 ; Yanover, 1987), mais les renseignements d'ordre épidémiologique sur les caries de racine restent peu clairs à cause de la rareté des études sur le sujet. Du reste, ces études ont porté le plus souvent sur des populations institutionnalisées et, de surcroît, elles s'avèrent peu utiles

lors de comparaisons étant donné l'absence de méthodes uniformisées pour évaluer les caries de faces radiculaires (Beck, 1993).

Le pourcentage des personnes aux États-Unis ayant une ou plusieurs caries de racine varie de 10 % à 80 % selon la population étudiée et les méthodes utilisées (Katz *et al.*, 1982 ; Katz, 1987 ; Sumney *et al.*, 1973 ; Banting *et al.*, 1985 ; Stamm et Banting, 1980). Dans une étude menée par Katz *et al.* (1982) auprès d'employés d'une compagnie d'assurances, le nombre moyen de lésions par personne atteint 0,6 pour celles âgées de 30 à 39 ans et augmente à 1,7 pour le groupe des 40 à 49 ans. De plus, Katz (1987), en se basant sur les données du NIDR, rapporte une prévalence de 21 % pour l'ensemble des adultes. Une analyse plus détaillée de ces données montre que la prévalence des caries radiculaires est de 18,3 % chez les 35 à 39 ans et augmente à 25,2 % chez les 40 à 44 ans. Les 35 à 39 ans ont en moyenne 0,5 lésion et les 40 à 44 ans, 0,9. Dans l'étude du NIDR (1985), on note que la moyenne de surfaces radiculaires cariées et obturées est de 0,8 chez les adultes de 18 à 64 ans et est supérieure à 3 chez les sujets de 65 ans et plus. Banting *et al.* (1985) ont montré que des adultes hospitalisés de 35 ans et plus souffrant de maladies chroniques avaient plus de 6 lésions. Contrairement à l'indice CAOD qui est fondé sur des critères diagnostiques normalisés et fréquemment utilisés, il n'y avait pas, jusqu'à 1980, de méthode standardisée pour mesurer la carie radiculaire. Katz (Katz, 1984 ; Newitter *et al.*, 1985 ; Katz, 1986 ; Seichter, 1987) a développé un indice pour mesurer cette dernière. Billings (1986) proposa par la suite quelques modifications à cet indice.

2.2 Problèmes parodontaux

La prévalence des problèmes parodontaux a fait l'objet de plusieurs études (Page, 1985). Douglass *et al.* (1983), en se basant sur les résultats des études américaines NHES (Johnson *et al.*, 1965) et NHANES I (Harvey et Kelly, 1981), indiquent que la proportion d'adultes sans maladie parodontale est passée de 26,1 % à

51,4 % entre 1960-1962 et 1971-1974. Par contre, la proportion d'adultes âgés de 35 à 44 ans ayant des poches parodontales a augmenté de 29,7 % à 30,5 % chez les hommes et de 20,5 % à 22,5 % chez les femmes. En 1985, on constatait d'après les résultats de l'étude NIDR (Miller *et al.*, 1987) que, pour le groupe des 35 à 44 ans, 42 % souffraient de gingivite avec 5,8 sites touchés en moyenne, 27 % présentaient des pertes d'attachement parodontal de 2 mm et plus et 17 % avaient des poches parodontales de plus de 4 mm.

Au Canada, les études sur la prévalence des problèmes parodontaux sont peu nombreuses. Hoover et Tynan (1986b) ont mené une étude auprès de 260 adultes âgés de 19 ans et plus habitant Saskatoon. L'examen dentaire a été fait sur six dents avec quatre sites par dent. Ils rapportent que plus de la moitié des sujets âgés de 30 à 44 ans avaient des poches parodontales de 4 à 5 mm et que 15 % avaient un CPITN (*Community Periodontal Index of Treatment Needs*) égal à 4 (Hoover et Tynan, 1986a). Dans l'étude ontarienne de 1978 (Hunt *et al.*, 1980), les adultes de 35 à 44 ans présentaient en moyenne 10,2 sites atteints par la gingivite.

Les résultats de l'étude de Nutrition Canada (Bureau des sciences de la nutrition, 1977) montrent que 26 % des sujets âgés de 19 ans et plus souffraient de gingivite grave et que 15 % avaient des poches parodontales apparentes et des dents mobiles. Chez les sujets de 30 à 39 ans, 41 % des hommes et 23,6 % des femmes souffraient de gingivite grave et 13,2 % des hommes et 7,6 % des femmes montraient des poches parodontales. La validité des données concernant les adultes québécois présentant une gingivite grave et des poches parodontales paraît douteuse car les résultats supposent que la population du Québec, à tous les âges, aurait un meilleur pourcentage que celui relevé au niveau national et dans la majorité des provinces. D'après l'étude de Nutrition Canada, ces chiffres traduisent vraisemblablement des variations interexamineurs au regard de l'observation et de l'interprétation plutôt que des différences réelles. Donc, même si la prévalence de la gingivite paraît plutôt élevée, la prévalence des

maladies parodontales graves semble n'atteindre qu'une petite proportion de la population (Page, 1987 ; Ismail, 1986). Lorsque Hunt *et al.* (1980) comparent les résultats de l'étude ontarienne avec ceux des autres pays du International Collaborative Study, ils constatent que l'Ontario possède le plus faible indice parodontal.

À l'heure actuelle, l'OMS possède des données sur le CPITN pour 64 pays. Malgré une expérience limitée de l'utilisation de cet indice, il apparaît toutefois que c'est généralement chez les populations des pays en voie de développement que les signes précoces de l'affection (saignement des gencives et tartre dentaire) sont les plus fréquents. Il ressort donc que les statistiques relatives au saignement et au tartre, extrêmement élevées dans les pays en voie de développement, sont légèrement inférieures dans les pays développés. Toutefois, les chiffres qui concernent les parodontopathies destructives (score 4) sont très faibles dans l'ensemble (Leclercque *et al.*, 1987).

Plusieurs indices ont été utilisés dans les études présentées ci-dessus. Les deux études étasuniennes (NHES, Johnson *et al.*, 1965 ; NHANES I, Harvey et Kelly, 1981) ont évalué les maladies parodontales à l'aide de l'indice parodontal de Russel (1956). Dans l'étude du NIDR (Miller *et al.*, 1987), ils ont évalué la parodontite et la gingivite séparément. Cette dernière a été mesurée grâce à une évaluation du saignement de la gencive à la suite d'un sondage sur deux sites, soit le buccal et le mésio-buccal. La destruction parodontale, pour sa part, a été mesurée par le niveau des pertes d'attachement et la profondeur des poches. Les autres études ont utilisé l'indice gingival (GI) de Loe (1967), l'indice d'hygiène buccale simplifiée (OHIS) de Greene et Vermillion (1964) et le CPITN de Ainamo *et al.* (1982). Même si de nombreuses études ont été menées sur la prévalence des problèmes parodontaux, il semble toutefois difficile de tirer des conclusions fermes en raison des différences qui existent entre les populations étudiées, les indices et les critères diagnostiques utilisés (Page, 1985).

2.3 Édentation et réadaptation prothétique

La perte de dents est l'équivalent dentaire de la mortalité. C'est le produit final des maladies dentaires, mais aussi les conséquences des attitudes des patients et des intervenants ainsi que de l'accessibilité organisationnelle, géographique et financière aux soins.

Le Centre national des statistiques de la santé des États-Unis a mené plusieurs études nationales, certaines lors d'entrevues (NHIS I en 1957-1958 (Bergsten, 1960), NHIS II en 1971 (Burnlaw, 1974)), d'autres basées sur des examens cliniques (NHES I en 1960-1962, NHANES I en 1971-1974 et NIDR en 1985). Les résultats de ces études montrent une baisse dans le taux d'édentation durant cette période. Entre 1958 et 1971, le pourcentage des personnes édentées a diminué de 13 % à 11 %. En 1983, ce taux était de 8,7 % (Ismail, 1987). Ce déclin était plus important chez les adultes âgés de 18 à 54 ans et plus faible chez ceux de plus de 55 ans (Weintraub et Burt, 1985). Douglas *et al.* (1983) considèrent que ce déclin est vrai pour tous les groupes d'âge, sauf pour les individus âgés de 35 à 44 ans. Enfin, Miller *et al.* (1987) constatent qu'il y a eu une baisse graduelle et significative du nombre d'Américains édentés entre 1960-1962 et 1985 pour tous les groupes d'âge.

Les précédentes études sur l'édentation au Québec montraient des taux d'édentation élevés. En 1977, Nutrition Canada publiait les résultats d'une étude effectuée durant les années 1970-1972 (Bureau des sciences de la nutrition, 1977). Les données indiquaient que le pourcentage d'adultes complètement édentés au Québec était plus élevé que la moyenne nationale et que celui de plusieurs autres provinces. En 1980, à l'aide d'un sondage téléphonique auprès de 1 051 individus, Duquette *et al.* (1981) ont montré que 44 % de la population québécoise âgée de 16 ans et plus était édentée à au moins un maxillaire (dont 25,7 % aux deux maxillaires). Les résultats de cette étude révélaient des taux d'édentation supérieurs à ceux de la plupart des pays

industrialisés. En 1993, un sondage réalisé par la firme SOM-R auprès d'un échantillon représentatif de Québécois âgés de 18 ans et plus (N=8 042) indiquait que le pourcentage de personnes complètement édentées atteignait 14 % chez les 35 à 44 ans et 58 % parmi les 65 ans et plus (Brodeur *et al.*, 1996a).

Ce même sondage montrait que plus de 40 % des adultes québécois portaient au moins une prothèse amovible (partielle ou complète). Plus précisément, on trouvait 20 % de personnes avec deux prothèses complètes, 3 % avec une prothèse complète et une prothèse partielle, 10 % avec une prothèse complète seulement, 2 % avec deux prothèses partielles et, enfin, 7 % qui portaient uniquement une prothèse partielle (Brodeur *et al.*, 1996c).

2.4 Malocclusion, problèmes musculo-squelettiques et lésions des muqueuses

Ces divers problèmes partagent l'absence d'étude épidémiologique à grande échelle. La majorité des données ne sont ni complètes, ni fiables (McLain et Profitt, 1985). Les malocclusions peuvent nuire à la phonation et à la mastication ; elles peuvent prédisposer à la carie dentaire et aux maladies parodontales (Helm *et al.*, 1984 ; Sadowsky et Polson, 1984 ; Ramjord et Ash, 1981). De même, les problèmes temporo-mandibulaires peuvent toucher divers aspects du système masticoire (Helkimo, 1976). Magnusson et Carlsson (1978) ainsi que Reik et Hale (1987) ont trouvé des associations positives entre les symptômes de l'ATM (articulation temporo-mandibulaire) et les maux de tête. La prévention, le dépistage et la correction de ces désordres apparaissent donc fort importants. Kelley et Harvey (1979) ont trouvé que 9 % des adultes aux États-Unis, âgés de 18 à 44 ans, avaient besoin d'un traitement pour malocclusions majeures. Dans une étude suédoise, Ingervall *et al.* (1978) ont trouvé que 76 % des hommes avaient besoin de traitements. Cependant, le besoin s'avérait faible pour la moitié d'entre eux, modéré pour 16 % et majeur

pour 9 %. Hugh et Solberg (1985), après une analyse détaillée de la documentation, rapportent que 28 % à 86 % de la population adulte présentait un ou plusieurs symptômes de désordre temporo-mandibulaire, mais seulement 5 % avait besoin de traitements.

Enfin, pour ce qui est des lésions non cancéreuses des muqueuses de la cavité buccale, il n'existe à peu près pas d'études de population ni de critères d'examen standard qui permettaient une comparaison entre les études (Kleinman *et al.*, 1993).

2.5 Conclusion

D'après les études citées, il apparaît que les problèmes de caries dentaires, d'édentation et de maladies parodontales aient fait l'objet de peu de recherches dans la population adulte canadienne.

Il est facile de constater le manque flagrant d'informations sur la santé buccodentaire des adultes québécois. Les quelques études présentées ne peuvent pas être considérées comme des études épidémiologiques sur la santé buccodentaire, en raison des populations visées et de la méthodologie utilisée. Les données partielles existantes permettent toutefois de suggérer que l'expérience de la carie coronaire au Québec dans les années 70 ressemblait à celle du Canada et des États-Unis. Par contre, les Québécois présentent un taux d'édentation supérieur à celui des autres populations adultes. La prévalence des autres problèmes de santé dentaire des adultes québécois, tels que les caries radiculaires, les maladies parodontales, les malocclusions, les problèmes temporo-mandibulaires, demeure inconnue.

CHAPITRE 3

FORMULATION DES OBJECTIFS



3. FORMULATION DES OBJECTIFS

Cette étude épidémiologique fait partie d'une planification en matière de santé chez les adultes québécois. Elle a pour but de fournir des informations susceptibles d'être utilisées dans la formulation de politiques concernant la santé publique, la valorisation de la santé dentaire et l'éducation transmise par différents canaux : le gouvernement, la profession dentaire, les facultés de médecine dentaire.

L'étude poursuit plus spécifiquement les objectifs suivants :

- 1° Évaluer la prévalence et les besoins de traitement d'un échantillon représentatif d'adultes de 35 à 44 ans au Québec pour les conditions suivantes : caries coronaires et de racine, maladies parodontales, état prothétique, douleurs musculo-squelettiques au niveau facial, problèmes de l'articulation temporo-mandibulaire, malocclusion, lésions des muqueuses buccales et fluorose (prévalence de fluorose grave).
- 2° Évaluer l'hygiène buccale et les habitudes préventives, ainsi que l'utilisation et la demande de services dentaires.
- 3° Identifier les caractéristiques sociodémographiques et les habitudes d'hygiène et d'utilisation des services dentaires associées à un niveau élevé de caries et de maladies parodontales, afin de déterminer les groupes d'individus les plus à risque.

CHAPITRE 4

MÉTHODOLOGIE



4. MÉTHODOLOGIE

4.1 Échantillonnage

Taille de l'échantillon

À la demande de l'équipe du Projet national d'épidémiologie dentaire, une équipe de Statistique Canada, dirigée par Hew Gough, a étudié le problème de la sélection et de la taille de l'échantillon. Le résultat de cette analyse est présenté dans son rapport intitulé : *Proposed Sampling Strategy for the National Dental Epidemiological Survey* (14 mai 1992).

Pour notre étude réalisée au Québec, si l'on tient compte des calculs contenus dans ce rapport et de nos ressources propres et en acceptant, comme degré de précision pour une estimation de proportion, une erreur type de + ou - 0,04 pour un niveau de confiance de 95 %, et en prévoyant un effet de plan de 2, la taille de l'échantillon a été fixée à 2 400 sujets examinés et interviewés.

Plan d'échantillonnage

Afin d'assurer une excellente compatibilité avec le cadre d'échantillonnage retenu dans le Projet national d'épidémiologie dentaire pour adultes, le plan de sondage s'est fondé sur le découpage géographique des logements en utilisant les données du recensement de 1991. Pour la population visée par cette étude, soit les adultes de 35 à 44 ans vivant au Québec, les secteurs de recensement ont été utilisés comme unités primaires d'échantillonnage (UPE) et les secteurs de dénombrement, comme unités secondaires d'échantillonnage (USE).

Au départ, les UPE du Québec ont été divisées en trois strates indépendantes : les zones de résidence métropolitaines (île de Montréal et île Jésus), les zones de résidence urbaines et les zones de résidence rurales, comme elles sont définies dans le recensement de 1991 de Statistique Canada.

Dans la première strate (zones de résidence métropolitaines), les UPE ont été regroupées sur l'île de Montréal en cinq sous-strates indépendantes, soit une zone avec fluoruration, une sous-strate dont la population est majoritairement composée de Canadiens français à revenu élevé, une sous-strate de Canadiens français à revenu moyen ou faible, une sous-strate de personnes d'une origine autre que canadienne-française à revenu élevé et une dernière composée de personnes d'une autre origine à revenu moyen ou faible. Sur l'île Jésus, les cinq sous-strates présentent les caractéristiques suivantes : une majoritairement composée de Canadiens français à revenu élevé, une de Canadiens français à revenu moyen, une de Canadiens français à revenu faible et deux composées principalement de personnes d'une autre origine ayant soit des revenus supérieurs, soit des revenus moyens ou faibles.

Dans la strate regroupant les zones de résidence urbaines, trois sous-strates ont été créées : la première comprenait les grandes villes, la deuxième, les villes moyennes, et la troisième, les petites villes (telles qu'elles sont définies dans le recensement de 1991 de Statistique Canada). Enfin, la strate contenant les zones de résidence rurales a été divisée en deux sous-strates : la première regroupait les UPE situées au nord du fleuve Saint-Laurent et la seconde, les UPE localisées au sud du fleuve.

À cette étape, les UPE où il n'existait pas de logements résidentiels ont été exclues et les UPE dont le nombre de logements résidentiels était inférieur à 100 ont été fusionnées à une UPE voisine.

En prévoyant un taux de participation de 50 % et une moyenne de 1,2 personne de 35 à 44 ans admissible par logement, il fallait, pour obtenir un échantillon à stratification proportionnelle de 2 400 adultes de 35 à 44 ans examinés et interviewés, sélectionner 4 000 logements (environ 4 800 personnes) où habitent des personnes de 35 à 44 ans.

L'échantillon a été stratifié de façon proportionnelle à deux niveaux. Dans un premier temps, de un à trois secteurs de recensement (UPE) ont été échantillonnés dans chaque sous-strate, en tenant compte du nombre de logements dans les secteurs de recensement et dans chaque sous-strate. Ensuite, ont été choisis au hasard dans chaque secteur de recensement sélectionné de un à dix secteurs de dénombrement (USE) en considérant le nombre de logements dans les secteurs de dénombrement et dans les secteurs de recensement. On a alors procédé à la sélection systématique d'un échantillon fixe de logements (30 à 81) avec des sujets de 35 à 44 ans dans chacun des secteurs de dénombrement d'une même sous-strate, c'est-à-dire avec une probabilité de sélection inverse au poids dans la sous-strate, ce qui garantit une probabilité de sélection identique à chaque logement ayant des occupants de 35 à 44 ans dans chaque sous-strate indépendante.

Chaque logement échantillonné a reçu un avis de la date de la visite de l'intervieweur. Des intervieweurs ont été formés afin de suivre une procédure d'approche standardisée avec les occupants de chaque unité de logement sélectionnée. Enfin, un rendez-vous pour l'examen a été fixé aux personnes ayant accepté de participer.

Taux de participation à l'étude

Le taux de participation à l'examen bucco-dentaire a été de 44,5 %. Au total, 2 110 Québécois ont été examinés. En fonction des régions et des zones de résidence échantillonnées, le taux de participation varie de 32,5 % à 85,7 % (tableaux 1 et 2). Comme dans plusieurs autres études (Brodeur *et al.*, 1996b), la participation s'est avérée plus importante dans les zones rurales. Mais ces différences sont également dues aux variations dans l'efficacité de l'organisation de l'étude dans chacune des régions.

Afin de comparer certaines données fournies par les participants, et de vérifier si ceux qui avaient accepté de participer représentaient un groupe porteur de biais, un court questionnaire

comportant des informations sur l'utilisation des services dentaires, le niveau d'éducation, le port de prothèses, le niveau de scolarité, l'âge et le sexe a été remis à toutes les personnes sélectionnées (annexe 5). Seulement 23 % des personnes ont refusé de répondre à ce questionnaire (tableau 1).

TABLEAU 1
Taux de participation
(examen et questionnaire)

	N	%
Total questionnaire	3 651	77,0
Examen et questionnaire	2 110	44,5
(Questionnaire seulement)	(1 541)	(32,5)
Aucune information	1 087	23,0
Personnes échantillonnées	4 738	100

Il n'existe pas de différence significative en ce qui concerne l'âge et la dernière visite chez un dentiste entre les personnes examinées et les personnes non examinées ayant accepté de répondre à ce questionnaire. Par contre, les personnes examinées sont plus souvent des femmes (54,3 % versus 50,8 %) et ont un niveau d'études plus élevé (27,7 % de personnes avec une formation universitaire versus 21,6 %).

TABLEAU 2
Taux de participation (examen) selon les
régions échantillonnées et les zones de
résidence au Québec

	Personnes examinées (N)	Taux de participation
ENSEMBLE DU QUÉBEC	2 110	44,5
RÉGION		
Montréal	762	44,2
Laval	225	33,5
Québec	180	34,7
Mauricie—Bois-Francs	215	85,7
Lanaudière	373	43,9
Monterégie	152	32,5
Chaudière-Appalaches	203	79,6
ZONE DE RÉSIDENCE		
Métropolitaine ¹	987	41,2
Urbaine	605	44,3
Rurale	518	53,2

1. Île de Montréal et île Jésus.

Afin de corriger ces différences, les données ont été pondérées pour ces deux variables. Enfin, on note que les personnes examinées étaient moins souvent complètement édentées que celles qui avaient seulement répondu au questionnaire. Deux sondages téléphoniques réalisés ces dernières années au Québec montrent que la prévalence de l'édentation chez les personnes de 35 à 44 ans est plus élevée que celle obtenue dans cette étude (14 % versus 5,5 % dans cette étude). Ceci s'explique, d'une part, par le fait que les personnes édentées n'ont pas vu d'intérêt à participer à un examen buccodentaire (ce qu'on retrouve dans le faible niveau d'utilisation des services dentaires par les personnes édentées) et, d'autre part, par la gêne qu'éprouvent les personnes édentées de 35 à 44 ans à divulguer leur état. Afin de prendre en compte ce problème, les personnes complètement édentées et celles qui ont encore au moins une dent sont traitées séparément dans la plupart des analyses.

Pondération des données

Les données de l'échantillon (personnes examinées) ont été pondérées en fonction de la sous-strate, du sexe, de l'âge et de la langue maternelle à partir des résultats du recensement de 1991 (annexe 3), et, en fonction du niveau d'études, à partir des pourcentages obtenus auprès des personnes qui avaient répondu au questionnaire (77 % de l'échantillon). Le tableau 3 indique la répartition des personnes en fonction des variables sociodémographiques, après pondération. La répartition des catégories pour le niveau d'études et le revenu est similaire à celle que nous avons obtenue lors d'un sondage SOM-R en 1993 (Brodeur *et al.*, 1996b).

TABLEAU 3
Caractéristiques sociodémographiques des personnes de l'échantillon,
après pondération

	%		%
Âge		Revenu	
35-39 ans	51,7	Moins de 30 000 \$	33,4
40-44 ans	48,3	30 000 à 59 999 \$	40,1
Sexe		60 000 \$ et plus	26,5
Homme	48,7	Langue parlée	
Femme	51,3	Français	84,0
Niveau d'études		Anglais ou autre	16,0
Primaire/secondaire	43,9	Zone de résidence	
Professionnel/collégial	30,4	Métropolitaine	33,3
Universitaire	25,7	Urbaine	41,4
		Rurale	25,3

4.2 Formation des intervenants

Les dix dentistes examinateurs ont participé à neuf jours de formation, répartis sur un mois, visant l'interprétation des critères des divers indices mesurant les conditions pathologiques recherchées lors des examens cliniques.

La formation a été dirigée par une équipe d'experts dans l'interprétation des indices utilisés. Elle s'est tenue un mois avant le début de la collecte des données.

La mesure de la consistance interexamineur et de la concordance avec les dentistes qui dirigeaient la formation a été estimée durant et à la fin du calibrage. La statistique Kappa (tableau 4) a été utilisée pour les analyses de concordance. Pour la carie et les mesures des poches parodontales et des pertes d'attachement, les niveaux de concordance varient de modérés à excellents (indice Kappa supérieur à 0,40).

TABLEAU 4
Indice Kappa pour les variables
de l'examen dentaire

Variables	Kappa	
	min.	max.
Carie	0,84	0,95
Saignement	0,40	0,71
Tartre	0,31*	0,73
Poches parodontales sur 2 sites (± 1 mm)	0,78	1,00
Poches parodontales sur toute la dent	0,45	0,69
Pertes d'attachement (± 1 mm)	0,71	0,95

* Un seul examinateur avec un Kappa inférieur à la catégorie modérée.

La formation des inscripteurs de données et des intervieweurs comportait une partie théorique et une partie pratique. Les dentistes, les inscripteurs de données et les intervieweurs avaient à leur disposition un guide des critères et des procédures qu'ils pouvaient consulter durant l'étude.

4.3 Maladies buccales examinées et indices utilisés

Les examinateurs ont procédé à un examen clinique approfondi visant à déterminer la présence de problèmes buccodentaires (fiche d'examen à l'annexe 5). Les indices et les critères de diagnostic utilisés sont ceux que l'on trouve habituellement dans les études nationales et internationales, avec cependant certaines modifications (annexe 4), à savoir :

- 1° Pour les caries coronaires, les indices de la carie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1988).
- 2° Les critères décrivant les caries de la racine proposés par Billings (1986).
- 3° Le niveau de l'attachement épithélial est mesuré en relation avec le joint énamo-cémentaire à deux sites : angle mésio-buccal et milieu du buccal de chaque dent. La profondeur des poches parodontales est mesurée à partir du bord de la gencive libre, aux mêmes sites, mais aussi tout autour de la dent, afin d'obtenir la profondeur de la poche la plus importante, mesure qui est nécessaire au calcul du CPITN.
- 4° Le tartre dentaire et la gingivite sont mesurés par la méthode développée par le National Institute of Dental Research (U.S. Department of Health and Human Services, 1987).
- 5° La fluorose est mesurée en utilisant l'indice TSIF (Tooth Surface Index of Fluorosis) (Horowitz *et al.*, 1984).
- 6° Pour évaluer les malocclusions, le diastème, le surplomb vertical, le surplomb horizontal et la bécane antérieure sont mesurés et le nombre de dents en déplacement ou en rotation est indiqué.

- 7° L'évaluation des prothèses amovibles est fondée sur les méthodes développées par MacEntee (MacEntee, 1985 ; Rise, 1979).
- 8° Les symptômes de l'articulation temporo-mandibulaire sont évalués à l'aide des méthodes épidémiologiques développées par Helkimo (1976).
- 9° Des critères spécifiques et un cahier photographique ont été, dans l'étude, spécialement développés pour évaluer les lésions des muqueuses buccales.

4.4 Questionnaire

Lors de l'examen, un questionnaire rédigé à partir de celui proposé par l'équipe de chercheurs du Projet national d'épidémiologie dentaire a été utilisé. Ce questionnaire (annexe 5) comprend plusieurs sections, dont :

- 1° la santé générale et la santé dentaire telles qu'elles sont perçues par la personne ;
- 2° les habitudes préventives ;
- 3° l'utilisation des services dentaires ;
- 4° les données sociodémographiques ;
- 5° l'histoire médicale.

4.5 Examens

Les examens ont été réalisés par dix dentistes, assistés chacun d'un inscripteur de données, entre septembre 1994 et juillet 1995. Un formulaire de consentement a été signé juste avant l'examen (annexe 5).

Des locaux ont été loués près de chaque secteur de recensement afin de faciliter la participation des personnes. L'équipement et les instruments utilisés étaient une chaise portative, une lumière portative Rolux, des miroirs plans n° 4, des explorateurs n° 5, des sondes parodontales CPITN de l'OMS et des règles millimétriques pour évaluer les malocclusions. Un protocole d'asepsie a été développé et des procédures

strictes de contrôle d'infection ont été suivies. L'examen clinique durait en moyenne quarante minutes.

4.6 Étude pilote

Une étude pilote a été réalisée durant les mois de mai et juin 1994. Au total, 98 personnes ont rempli les questionnaires et été examinées. Cette étude a permis, entre autres, d'estimer le taux de participation et de tester le questionnaire et les indices utilisés lors de l'examen dentaire.

4.7 Analyses statistiques

Pour comparer les prévalences des maladies buccodentaires entre les différents groupes à l'étude, le test de t ou du χ^2 , selon la nature des variables, a été utilisé. Des analyses de régression logistique ont été effectuées pour étudier le rôle spécifique de certains facteurs (sociodémographiques, utilisation des services dentaires, hygiène buccodentaire) au regard de la prévalence ou de la gravité des maladies dentaires. Les probabilités associées aux différents tests statistiques sont indiquées, dans les tableaux, de la manière suivante :

- $p < 0,1$
 * $p < 0,05$
 ** $p < 0,01$
 *** $p < 0,001$
 NS = Non significatif ($p > 0,05$)

CHAPITRE 5

RÉSULTATS



5. RÉSULTATS

5.1 Nombre de dents présentes et édentation

Dans cette étude, 5,5 % des personnes étaient complètement édentées. Ce pourcentage est inférieur à ceux obtenus lors de sondages téléphoniques réalisés ces dernières années au Québec, qui montrent que la prévalence de l'édentation chez les personnes de 35 à 44 ans atteint 14 %. La faible participation des personnes édentées s'explique par le fait que ces personnes n'ont pas vu d'intérêt à passer un examen buccodentaire (ce que confirme leur faible niveau d'utilisation des services dentaires) et par la gêne qu'elles éprouvent devant leur état dentaire.

Pour les personnes qui avaient au moins une dent, le tableau 5 indique le pourcentage de personnes en fonction du nombre de dents présentes. Ces pourcentages sont calculés sur 28 dents (troisièmes molaires exclues) et sur 32 dents. En effet, depuis plusieurs années, certaines études (U.S. Department of Health and Human Services, 1987) ne prennent pas en compte les troisièmes molaires dans le calcul du nombre de dents présentes, car ces dents sont fréquemment absentes congénitalement, non éruptées (incluses) ou extraites pour manque d'espace.

Plusieurs études (Helkimo *et al.*, 1977 ; Leake *et al.*, 1994) montrent que les personnes ayant 20 dents et plus bénéficient d'une meilleure capacité masticatoire que celles qui en ont moins. Chez les adultes de 35 à 44 ans, le pourcentage de personnes avec 20 dents et plus s'élève à 76 % lorsqu'on exclut les troisièmes molaires et à 81,5 % lorsqu'elles sont incluses.

Le pourcentage des personnes ayant conservé toutes leurs dents est de 2,8 % si l'on inclut les troisièmes molaires et de 16,9 % si elles sont exclues.

Le nombre de dents absentes (remplacées ou non) est très élevé (troisièmes molaires exclues). Les adultes de 35 à 44 ans au Québec ont en moyenne 5,8 dents absentes (1,2 au niveau antérieur et 4,6 au niveau postérieur). Environ une personne sur trois (28,5 %) a au moins une dent absente au niveau du groupe incisivo-canin supérieur (13 à 23) et, selon les sextants postérieurs (troisièmes molaires exclues), on trouve entre 55 % et 63,4 % des personnes ayant au moins une dent absente sur le sextant et entre 11,4 % et 19,8 % des personnes chez qui il manque au moins trois dents sur le sextant (tableau 6).

Une analyse univariée (tableau 7) montre que toutes les variables sociodémographiques à l'étude, à l'exception du sexe, sont associées à la présence de moins de 20 dents et, en particulier, le niveau d'études. En effet, les personnes ayant une formation primaire ou secondaire ont trois fois plus de risque d'avoir moins de 20 dents que celles qui détiennent une formation universitaire (34 % versus 10,3 %).

TABLEAU 5
Pourcentage de personnes selon le nombre de dents présentes et le sexe ¹

Nombre de dents	28 dents (troisièmes molaires exclues)				32 dents (troisièmes molaires incluses)			
	homme	femme	tous	cumul.	homme	femme	tous	cumul.
1 à 4	0,7	0,1	0,4	100	0,6	0,1	0,4	100
5 à 9	6,6	8,2	7,4	99,6	4,8	6,5	5,6	99,6
10 à 14	5,7	6,9	6,5	92,2	7,2	7,1	7,2	94,0
15 à 19	9,7	9,8	9,7	85,7	4,1	6,3	5,3	86,8
20	4,4	3,4	3,9	76,0	3,2	2,6	2,9	81,5
21	4,9	4,2	4,5	72,1	4,0	3,4	3,7	78,6
22	6,0	4,6	5,3	67,6	3,4	3,3	3,3	74,9
23	6,1	6,6	6,3	62,3	4,5	4,2	4,3	71,6
24	10,4	9,0	9,6	56,0	7,3	5,3	6,3	67,3
25	8,1	9,3	8,6	46,4	6,5	7,1	6,8	61,0
26	9,9	12,7	11,3	37,8	8,3	8,9	8,5	54,2
27	9,6	9,5	9,5	26,5	9,2	11,1	10,1	45,7
28	17,9	15,8	16,9	16,9	15,6	20,4	18,1	35,6
29					8,4	6,1	7,2	17,5
30					4,9	4,4	4,7	10,3
31					3,7	1,9	2,8	5,6
32					4,3	1,4	2,8	2,8

1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent.

TABLEAU 6
Pourcentage de personnes en fonction du nombre de dents absentes (remplacées ou non) au niveau des sextants antérieurs et postérieurs ¹

	Nombre de dents absentes				
	Moyenne	Aucune	1 dent	2 dents	3 dents et +
Sextants antérieurs	1,2				
Sextant antérieur sup. (13 à 23)		71,5	5,8	4,0	18,8
Sextant antérieur inf. (33 à 43)		95,2	3,0	0,9	1,0
Sextants postérieurs (troisièmes mol. exclues)	4,6				
Sextant post. sup. droit (14 à 17)		45,0	24,5	12,6	17,9
Sextant post. sup. gauche (24 à 27)		44,2	24,5	11,5	19,8
Sextant post. inf. droit (44 à 47)		38,6	31,1	18,9	11,4
Sextant post. inf. gauche (34 à 37)		36,6	31,1	19,9	12,3

1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

TABLEAU 7
Pourcentage des individus avec moins de 20 dents en fonction
des caractéristiques des personnes

		Moins de 20 dents	
Personnes dentées ¹		23,9	
Sexe			Revenu du ménage
			Moins de 30 000 \$
			30 000 à 59 999 \$
	Homme	22,7	60 000 \$ et plus
	Femme	25,0 NS	Niveau d'études
Âge			Primaire/secondaire
	35 à 39 ans	20,3	Professionnel/collégial
	40 à 44 ans	28,3 ***	Universitaire
Langue parlée			Zone de résidence
	Français	25,8	Métropolitaine
	Anglais ou autre	14,6 ***	Urbaine
			Rurale

1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

5.2 Carie coronaire

Le nombre moyen de dents ayant subi la carie est très élevé chez les Québécois de 35 à 44 ans. Près de la moitié des faces dentaires (65 sur 148) sont atteintes. Ces faces sont principalement absentes (39,3 faces en moyenne) ou obturées (23,9 faces en moyenne). Par contre, on trouve seulement 1,8 face cariée à traiter, en moyenne, par adulte (tableau 8).

Le niveau d'études, la langue parlée, l'âge, la zone de résidence et le sexe sont associés à l'indice CAOOF. Afin de mieux comprendre les relations entre le nombre de caries et certaines variables sociodémographiques et d'utilisation des services dentaires, il est nécessaire de décomposer cet indice. La différence entre les hommes et les femmes pour le CAOOF est due au nombre plus important de faces obturées (25,2 versus 22,6) et absentes (40,5 versus 38) chez les femmes. En revanche, le nombre de faces cariées non traitées est plus élevé chez les hommes (2,2 versus 1,4).

Le nombre moyen de faces obturées diffère peu entre les personnes de 35 à 39 ans et celles de 40 à 44 ans. Par contre, le nombre moyen de dents

absentes est de 8,9 chez les 40 à 44 ans comparativement à 7,4 chez les 35 à 39 ans. Il est difficile de savoir si cette différence est due à un effet de cohorte ou si, en l'espace de quelques années (cinq ans en moyenne), les adultes de ce groupe perdent en moyenne 1,5 dent. Comme pour l'âge, la différence de CAOOF entre les anglophones et les francophones découle du nombre moyen de dents absentes, qui est de 5,9 chez les premiers et de 8,5 chez les seconds.

L'analyse des composantes du CAOOF indique que l'augmentation du revenu entraîne un plus grand recours aux soins de restauration. Le nombre moyen de faces obturées passe de 20,5 pour les personnes ayant un revenu annuel inférieur à 30 000 \$ à 29 pour celles qui jouissent d'un revenu annuel supérieur ou égal à 60 000 \$. Le phénomène inverse est observé au sujet des faces cariées non traitées puisque les personnes à faible revenu ont près de trois fois plus de faces cariées que celles à revenu élevé (2,6 versus 0,9). Enfin, les personnes qui bénéficient d'un revenu annuel supérieur ou égal à 60 000 \$ ont moins de dents manquantes que les autres (7 versus 8,3 à 8,9).

TABLEAU 8
**Nombre moyen de faces coronaires cariées, absentes ou obturées
en fonction des caractéristiques des personnes**

	Nb moyen de faces (dents) absentes	Nb moyen de faces cariées	Nb moyen de faces obturées	Indice CAOF
Personnes dentées ¹	39,3 (8,2)	1,8	23,9	65,0
Sexe				
Homme	38,0 (7,9)	2,2	22,6	62,8
Femme	40,5 (8,3) -	1,4 ***	25,2 ***	67,1 ***
Âge				
35 à 39 ans	35,8 (7,4)	1,9	23,7	61,4
40 à 44 ans	43,3 (8,9) ***	1,6 -	24,1 NS	69,0 ***
Langue parlée				
Français	41,3 (8,5)	1,8	23,6	66,7
Anglais ou autre	28,8 (5,9) ***	1,9 NS	25,7 *	56,4 ***
Revenu du ménage				
Moins de 30 000 \$	43,0 (8,9)	2,6	20,5	66,1
30 000 à 59 999 \$	40,3 (8,3)	1,7	23,8	65,8
60 000 \$ et plus	34,0 (7,0) ***	0,9 ***	29,0 ***	63,9 NS
Niveau d'études				
Primaire/secondaire	47,4 (9,8)	2,3	19,6	69,3
Professionnel/collégial	37,7 (7,8)	1,5	24,6	63,8
Universitaire	28,4 (5,8) ***	1,3 ***	30,0 ***	59,7 ***
Assurance dentaire privée				
Oui	38,1 (7,9)	1,2	26,2	65,5
Non	40,2 (8,3) NS	2,3 ***	22,1 ***	64,5 NS
Dernière visite chez un dentiste				
Un an ou moins	36,1 (7,4)	1,1	26,7	63,9
Plus d'un an	45,7 (9,5) ***	3,3 ***	17,6 ***	66,5 -
Zone de résidence				
Métropolitaine	34,0 (7,0)	2,2	25,1	61,3
Urbaine	38,3 (7,9)	1,4	25,4	65,1
Rurale	48,2 (10,0) ***	1,9 ***	19,7 ***	69,8 ***

1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

Le niveau d'études est relié aux différentes composantes du CAO de la même façon que le revenu. Les personnes avec un niveau d'études primaire ou secondaire ont plus de dents manquantes (9,8 versus 5,8), plus de faces cariées (2,3 versus 1,3) et moins de faces obturées (19,6 versus 30) que celles qui possèdent une formation universitaire.

L'adhésion à un régime privé d'assurance dentaire et, surtout, l'utilisation des services dentaires dans la dernière année sont également des facteurs liés aux nombres moyens de faces obturées et cariées. Les personnes qui détiennent une assurance ont en moyenne 26,2 faces obturées contre 22,1 chez les personnes sans assurance. De même, les personnes qui avaient consulté un dentiste dans la dernière année avaient, en moyenne, 26,7 faces obturées contre 17,6 pour les personnes dont la dernière visite remontait à plus d'un an. Quant aux faces cariées, les personnes non assurées en avaient en moyenne deux fois plus (2,3 versus 1,2) que les personnes assurées. Pour l'utilisation des services dentaires, la différence est encore plus marquée. Les personnes qui n'avaient pas utilisé les services dentaires dans la dernière année avaient en moyenne trois fois plus de faces cariées (3,3 versus 1,1) que celles qui les utilisaient régulièrement.

Enfin, les personnes qui habitent dans les zones rurales ont plus de dents absentes (10 versus 7 à 7,9) et moins de faces obturées (19,7 versus 25,1 à 25,4) que celles vivant dans les zones urbaines ou métropolitaines.

Répartition des faces cariées

Comme chez les enfants, il existe parmi les adultes de 35 à 44 ans un groupe à risque dans lequel on note une concentration de caries non traitées. En effet, seulement 14 % des personnes (les adultes avec au moins quatre faces cariées) cumulaient 73 % des faces cariées.

On note également que plus de la moitié des personnes (55,5 %) n'avaient aucune face cariée non traitée.

CAO dent

Pour les personnes ayant encore au moins une dent, le CAOD moyen atteint 20, avec 1,2 dent cariée à faire traiter, 8,2 dents absentes et 10,6 dents obturées.

TABLEAU 9
Composantes du CAO dent en fonction du sexe¹

	Homme	Femme	Tous
Composante C	1,4	0,9	1,2
Composante A	7,9	8,3	8,2
Composante O	10,0	11,2	10,6
CAOD	19,3	20,5	20,0

1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

Distribution du CAOD pour chacune des dents

La figure 8 indique, pour chacune des dents, le pourcentage de dents absentes (remplacées ou non), cariées ou obturées.

Pour les molaires, le pourcentage de dents atteintes par la carie varie de 86 % à 95 %. Ce pourcentage est de 66 % à 77 % pour les prémolaires supérieures et les deuxièmes prémolaires inférieures, de 60 % pour les incisives supérieures, de 36 % à 44 % pour les canines supérieures et les premières prémolaires inférieures et de 12 % à 14 % pour les dents du groupe incisivo-canin inférieur.

Les dents appartenant au groupe incisivo-canin inférieur sont celles qui sont le moins souvent absentes (1 % à 2 % des cas). Viennent ensuite les premières prémolaires inférieures (5 % à 6 % des cas) et les canines supérieures (absentes dans environ 16 % des cas). À l'exclusion des troisièmes molaires, les dents les plus souvent absentes sont les premières molaires inférieures (plus de 50 % des cas), puis les premières molaires supérieures et les deuxièmes molaires inférieures (31 % à 42 % des cas), les prémolaires supérieures et les secondes molaires

supérieures (23 % à 29 % des cas) et, enfin, les incisives supérieures et les deuxièmes prémolaires inférieures (18 % à 22 % des cas).

Quant à l'obturation, 48 % à 56 % des premières et deuxièmes molaires supérieures et des deuxièmes molaires inférieures sont obturées, 38 % à 48 % des premières et deuxièmes prémolaires supérieures et des premières molaires et deuxièmes prémolaires inférieures sont obturées, les incisives supérieures le sont dans 33 % à 40 % des cas, les canines supérieures et les premières prémolaires inférieures, dans 24 % à 28 % des cas et, enfin, les dents du groupe incisivo-canin inférieur le sont dans moins de 11 % des cas.

Par ailleurs, les secondes molaires inférieures sont les dents qui présentent le plus souvent des caries non traitées (6,1 % à 6,4 % des cas).

5.3 Carie radiculaire

Chez les adultes de 35 à 44 ans, le nombre moyen de faces radiculaires cariées ou obturées est faible (respectivement 0,3 et 0,4) et 81,3 % des personnes n'avaient aucune face radiculaire atteinte (tableau 10). Cependant, il faut noter que plus de la moitié des personnes avaient au moins une dent avec une perte d'attachement de 4 mm et plus et que l'indice CO racine augmente en fonction du nombre de dents ayant subi une perte d'attachement de 4 mm et plus (tableau 11). Ceci indique que le nombre de surfaces radiculaires à risque demeure élevé et que l'incidence des caries de racine pourrait augmenter fortement avec le vieillissement des personnes.

TABLEAU 10
Nombre moyen de faces radiculaires
cariées ou obturées ¹

Nb moyen de faces cariées	Nb moyen de faces obturées	Indice CO racine
0,3	0,4	0,7

1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

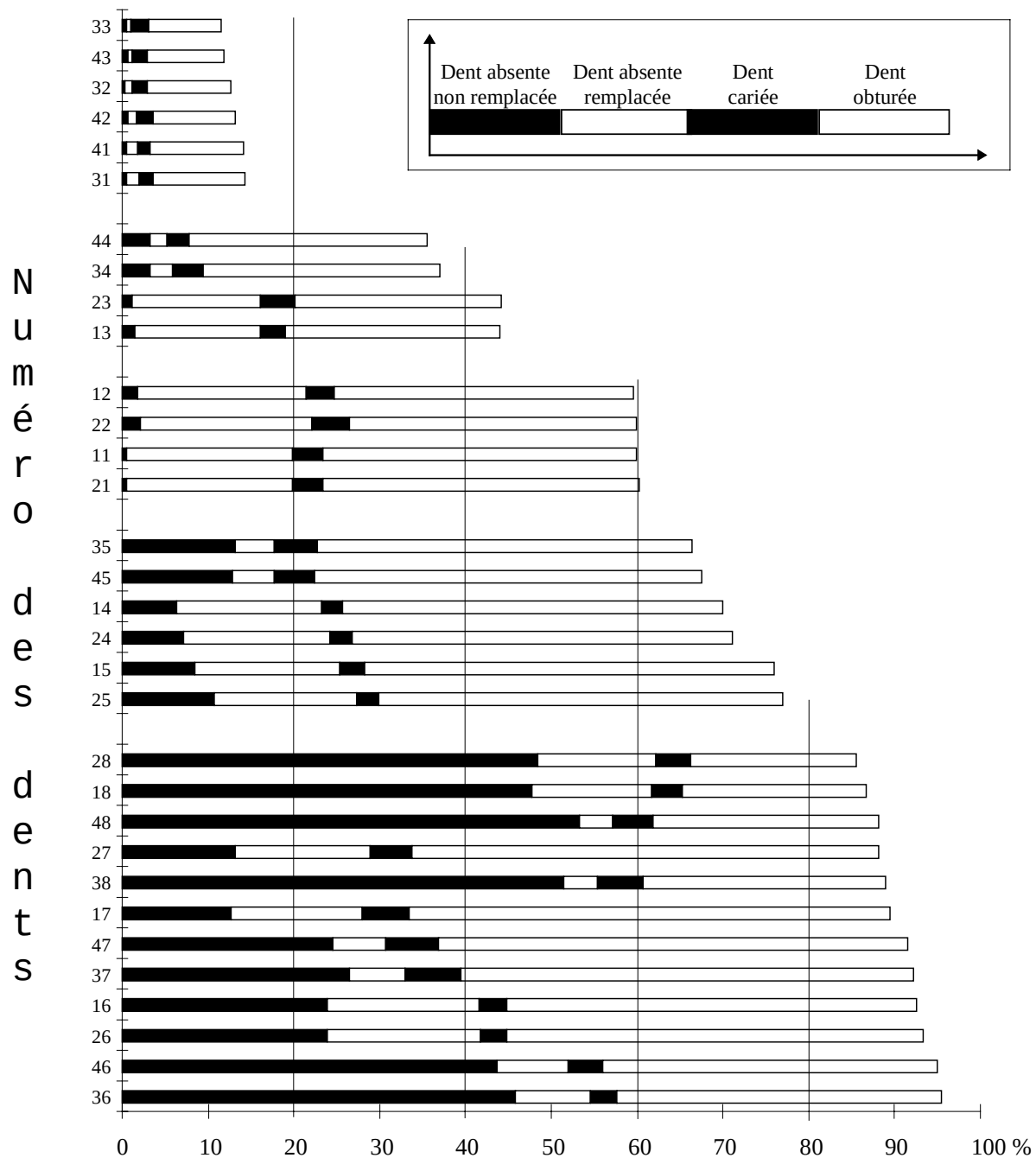
TABLEAU 11
Indice CO racine en fonction du nombre
de dents avec une perte d'attachement
de 4 mm et plus ¹

Dents avec une perte d'attachement de 4 mm et plus	Indice CO racine
0 à 3 dents	0,6
4 à 5 dents	1,1
6 dents et plus	2,1 ***

1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

*** Anova : F = 29,7 dl = 2 p < 0,001.

FIGURE 8
Répartition de chacune des dents en fonction de leur état ¹



1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

5.4 Saignement et tartre

La présence de tartre et le saignement gingival constituent des phénomènes dont la prévalence est très élevée parmi cette population. Plus de 80 % des personnes avaient au moins une dent avec un saignement gingival et plus de 50 % en avaient au moins cinq. Pour le tartre, ce pourcentage atteignait respectivement 75 % et 50 %.

5.5 Indice CPITN

Pour mesurer l'état de santé parodontale des adultes, l'OMS préconise d'utiliser l'indice CPITN (*Community Periodontal Index of Treatment Needs*) qui permet d'évaluer l'atteinte et les besoins de traitement d'une population. Appliqué à l'échantillon, cet indice fait ressortir plusieurs phénomènes :

- 1° Seulement 10,8 % des personnes ne nécessitent aucun traitement (aucune dent avec du tartre ou avec une poche parodontale de 3,5 mm et plus).
- 2° 67,8 % des personnes sont dans les catégories 2 et 3, c'est-à-dire qu'elles présentent soit du tartre sur au moins une dent, soit une poche parodontale de 4 à 5 mm sans toutefois avoir de dent avec une poche parodontale de 6 mm et plus.
- 3° 21,4 % des personnes ont au moins une dent avec une poche parodontale de 6 mm et plus, ce qui représente un adulte sur cinq ayant une lésion parodontale qui nécessite un traitement complexe.

TABLEAU 12
Répartition des personnes selon
les catégories du CPITN¹

CATÉGORIES DU CPITN	% de personnes
0. Aucune dent avec un saignement	5,2
1. Aucune dent avec du tartre	5,6
2. Au moins une dent avec du tartre	15,6
3. Au moins une dent avec une poche de 4 à 5 mm	52,2
4. Au moins une dent avec une poche ≥ 6 mm	21,4

1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

5.6 Poche parodontale et perte d'attachement

Le tableau 13 indique le pourcentage de personnes ayant au moins une dent avec une poche parodontale de 6 mm et plus et le pourcentage de personnes qui ont au moins une dent présentant une perte d'attachement de 4 mm et plus, en fonction des variables sociodémographiques et de la fréquence d'utilisation des services dentaires.

La prévalence de ces problèmes parodontaux s'avère élevée. Plus d'une personne sur cinq (21,4 %) avait au moins une dent avec une poche parodontale de 6 mm et plus et 52 % des personnes présentaient au moins une dent avec une perte d'attachement de 4 mm et plus.

L'ensemble des variables sociodémographiques et d'utilisation des services, à l'exception de l'âge, sont associées de façon significative à la présence d'au moins une dent avec une poche parodontale de 6 mm et plus. On trouve ainsi 17,1 % des femmes qui avaient au moins une dent avec une poche parodontale de 6 mm et plus, contre 25,8 % des hommes. Chez les anglophones, 27,4 % d'entre eux possédaient au moins une dent avec une poche parodontale de 6 mm et plus, contre 20,1 % chez les francophones. La plus grande prévalence de maladies parodontales chez les anglophones peut s'expliquer par le plus grand nombre de dents présentes parmi cette population, notamment les

molaires. Dans le groupe à plus faible revenu (moins de 30 000 \$), 29 % des personnes avaient au moins une dent avec une poche parodontale de 6 mm et plus, contre 16,9 % pour celles qui bénéficiaient d'un revenu supérieur ou égal à 30 000 \$.

L'assurance dentaire et l'utilisation des services sont associées de façon semblable à la présence d'au moins une dent avec une poche parodontale de 6 mm et plus : 24,3 % des personnes sans assurance dentaire privée avaient au moins une dent atteinte, contre 18,2 % chez les personnes qui en avaient une, et 26,4 % des personnes dont la visite remonte à plus d'un an présentaient au moins une dent atteinte, contre 19,1 % pour celles qui avaient consulté un dentiste dans la dernière année.

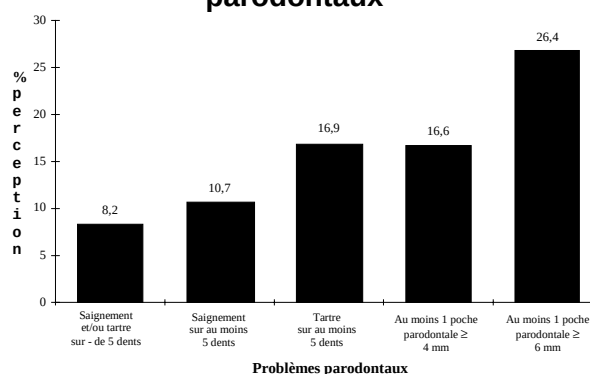
Enfin, 30,1 % des personnes vivant dans les zones métropolitaines avaient au moins une dent avec une poche parodontale de 6 mm et plus contre seulement 17,7 % et 15,4 % pour celles qui habitaient respectivement les zones urbaines et les zones rurales.

À part l'adhésion à un régime privé d'assurance dentaire, l'ensemble des variables sociodémographiques et d'utilisation des services sont associées à la perte d'attachement, de la même manière que la présence d'une poche parodontale de 6 mm et plus. On note que les personnes plus âgées ont plus souvent au moins une dent avec une perte d'attachement de 4 mm et plus.

Perception des problèmes parodontaux

La perception, par les personnes, de leurs problèmes parodontaux est peu claire. À la question : « pensez-vous avoir besoin de soins dentaires pour des problèmes de gencives », seulement 26,4 % des personnes ayant au moins une dent avec une poche parodontale de 6 mm et plus ont répondu par l'affirmative. De plus, on note peu de différence dans la perception des besoins de traitement des gencives entre les personnes qui ont ou non des problèmes parodontaux (figure 9).

FIGURE 9
Pourcentage des personnes qui perçoivent le besoin de soins des gencives en fonction de leurs problèmes parodontaux¹



1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

TABLEAU 13

Pourcentage des individus avec au moins une dent présentant une poche parodontale ≥ 6 mm et pourcentage des individus avec au moins une dent présentant une perte d'attachement ≥ 4 mm en fonction des caractéristiques des personnes

	Poche parodontale ≥ 6 mm	Perte d'attachement ≥ 4 mm
Personnes dentées ¹	21,4	52,0
Sexe		
Homme	25,8	55,2
Femme	17,1 ***	48,9 **
Âge		
35 à 39 ans	20,3	48,4
40 à 44 ans	22,4 NS	55,8 **
Langue parlée		
Français	20,1	50,3
Anglais ou autre	27,4 **	60,9 ***
Revenu du ménage		
Moins de 30 000 \$	29,0	60,1
30 000 à 59 999 \$	18,5	51,7
60 000 \$ et plus	16,9 ***	43,3 ***
Niveau d'études		
Primaire/secondaire	24,2	56,4
Professionnel/collégial	19,2	48,8
Universitaire	18,5 *	48,9 **
Assurance dentaire privée		
Oui	18,2	51,2
Non	24,3 ***	52,8 NS
Dernière visite chez un dentiste		
Un an ou moins	19,1	48,5
Plus d'un an	26,4 ***	60,5 ***
Zone de résidence		
Métropolitaine	30,1	62,0
Urbaine	17,7	41,1
Rurale	15,4 ***	57,3 ***

1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

5.7 Utilisation des services dentaires et assurance dentaire

Chez les adultes québécois de 35 à 44 ans, la fréquence d'utilisation des services dentaires est assez élevée, puisque 69 % des personnes de l'échantillon avaient consulté un dentiste dans la dernière année (tableau 15).

Il existe toutefois des différences importantes, particulièrement en fonction du revenu, du niveau d'études et de l'adhésion à un régime privé d'assurance dentaire.

Chez les personnes ayant un revenu annuel inférieur à 30 000 \$, seulement 56,8 % d'entre elles avaient consulté un dentiste dans la dernière année, contre 80,4 % pour celles qui ont un revenu supérieur ou égal à 60 000 \$. La même relation existe quant au niveau d'études : 60,6 % des personnes ayant une formation primaire ou secondaire avaient consulté un dentiste dans la dernière année, contre 80,8 % pour celles qui ont une formation universitaire.

De même, parmi les personnes sans assurance dentaire, 60,7 % avaient consulté un dentiste dans la dernière année, contre 78,4 % pour celles qui en possédaient une.

Le niveau d'édentation est également fortement lié à l'utilisation des services dentaires. Chez les personnes avec au moins une dent sur chacun des maxillaires, 72,9 % avaient fait appel à un dentiste dans la dernière année, contre seulement 47,2 % chez les personnes édentées sur au moins un des deux maxillaires.

Les personnes qui habitent les zones urbaines ont consulté plus souvent un dentiste dans la dernière année que celles qui vivent dans les zones métropolitaines ou rurales (74,5 % versus 64,3 % à 65,5 %).

Enfin, les femmes ont utilisé plus souvent que les hommes les services dentaires au cours de la dernière année (71,3 % versus 66,6 %). En revanche, il n'existe pas de différence significative quant à la fréquence d'utilisation des services dentaires selon l'âge et la langue parlée.

Environ la moitié des personnes (48,5 %) adhèrent à un régime privé d'assurance dentaire. C'est au regard du revenu et des zones de résidence qu'on trouve des différences importantes. Les personnes à faible revenu sont moins souvent assurées que celles à revenu élevé (23,9 % versus 66,5 %) et les personnes habitant les zones urbaines ont plus souvent une assurance dentaire (57,7 %) que celles qui occupent les zones métropolitaines (47,2 %) ou rurales (34,3 %).

Raisons de la non-utilisation des services dentaires

Le tableau 14 indique les raisons pour lesquelles les personnes n'ont pas eu recours à des services dentaires dans la dernière année. Ainsi, 40,3 % des personnes qui n'ont pas utilisé de services dentaires au cours de la dernière année ne percevaient pas le besoin de traitements ou la nécessité d'une visite de contrôle et 28,6 % des personnes invoquaient, entre autres, des raisons financières (soins trop coûteux, pas d'argent pour les soins dentaires...).

TABLEAU 14
Raisons de la non-utilisation
des services dentaires¹

Raisons invoquées	%
Tout allait bien/pas de problèmes graves	40,3
Trop cher/pas d'argent pour les soins dentaires	28,6
Trop occupé	16,2
Peur/n'aime pas les dentistes	9,5
Autres	7,1

1. Parmi les personnes qui n'ont pas consulté un dentiste dans la dernière année.

TABLEAU 15
Utilisation des services dentaires dans la dernière année et adhésion à un régime privé d'assurance dentaire en fonction des caractéristiques des personnes

	Utilisation dernière année	Assurance dentaire privée
Échantillon	69,0	48,5
Sexe		
Homme	66,6	47,9
Femme	71,3 *	49,0 NS
Âge		
35 à 39 ans	68,9	47,9
40 à 44 ans	68,8 NS	49,2 NS
Langue parlée		
Français	68,6	48,6
Anglais ou autre	71,0 NS	47,9 NS
Revenu du ménage		
Moins de 30 000 \$	56,8	23,9
30 000 à 59 999 \$	71,3	57,0
60 000 \$ et plus	80,4 ***	66,5 ***
Niveau d'études		
Primaire/secondaire	60,6	46,9
Professionnel/collégial	70,6	51,8
Universitaire	80,8 ***	46,6 -
Assurance dentaire privée		
Oui	78,4	—
Non	60,7 ***	—
Niveau d'édentation		
Dentés haut et bas	72,9	48,9
Édentés haut et/ou bas	47,2 ***	46,0 NS
Zone de résidence		
Métropolitaine	65,5	47,2
Urbaine	74,5	57,7
Rurale	64,3 ***	34,3 ***

5.8 Hygiène buccodentaire

Parmi les personnes ayant encore au moins une dent, 67 % se brossent les dents au moins deux fois par jour, mais seulement 24,3 % utilisent de la soie dentaire de façon quotidienne. Chez les porteurs de prothèses, 65,3 % des personnes les brossent au moins deux fois par jour (tableau 16).

Parmi les variables sociodémographiques retenues, le sexe, le niveau d'études, l'utilisation des services et la zone de résidence sont liés de manière importante à l'hygiène buccodentaire. On note en particulier que 79,5 % des femmes contre 54,3 % des hommes se brossent les dents au moins deux fois par jour et que 32,2 % des femmes contre 16,1 % des hommes utilisent de la soie dentaire au moins une fois par jour. Le même phénomène s'observe chez les porteurs de prothèses puisque 74,3 % des femmes les brossent au moins deux fois par jour versus 55 % des hommes.

5.9 Prothèses amovibles

La sous-représentation des personnes totalement édentées dans l'échantillon (5,5 % au lieu de 14 %) diminue la prévalence du port de prothèse dans cette étude. Les chiffres présentés ici sont donc légèrement sous-évalués pour le Québec.

Le tableau 17 montre que, parmi les adultes de 35 à 44 ans au Québec, près d'une personne sur trois (28,1 %) porte au moins une prothèse amovible.

Les hommes et les femmes porteurs de prothèses présentent sensiblement le même pourcentage (26,3 % versus 29,9 %), mais il est possible que les femmes complètement édentées aient moins participé à cette étude que les hommes dans la même situation. Par contre, l'âge est fortement associé au port de prothèses. Ainsi, 33 % des personnes âgées de 40 à 44 ans portent une prothèse, contre 23,9 % chez celles âgées de 35

à 39 ans. Chez les francophones, on trouve 2,1 fois plus de porteurs de prothèses que chez les anglophones (30,8 % versus 14,8 %).

Le revenu et, surtout, le niveau d'études sont fortement corrélés au port de prothèses. Parmi les personnes ayant un revenu annuel supérieur ou égal à 60 000 \$, 22,2 % portent une prothèse, contre 34 % chez les personnes avec un revenu annuel inférieur à 30 000 \$. De même, on trouve 2,6 fois plus de porteurs de prothèses parmi les personnes qui ont une formation primaire ou secondaire qu'au sein de celles qui détiennent une formation universitaire (37,8 % versus 14,3 %). Enfin, les personnes qui habitent les zones rurales ont plus souvent une prothèse (36,8 %) que celles vivant dans les zones urbaines (27,9 %) ou métropolitaines (21,9 %).

Le tableau 17 montre également le pourcentage des personnes, ayant encore au moins une dent, qui portent au moins une prothèse, en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Les associations entre le port de prothèse et les caractéristiques sociodémographiques vont dans le même sens que celles qui caractérisent l'ensemble de l'échantillon.

Adéquation des prothèses amovibles

L'adéquation des prothèses a été mesurée à partir de l'évaluation de la rétention, de la stabilité et des besoins de réfection des prothèses. Pour l'ensemble des porteurs de prothèses, on trouve au moins un de ces problèmes chez 35 % des individus (tableau 17).

Il appert que 46,1 % des personnes qui n'ont pas consulté un dentiste dans la dernière année ont au moins une prothèse inadéquate, contre seulement 20,7 % pour celles ayant fait une visite dans la dernière année. De même, les personnes à revenu élevé, celles ayant une formation universitaire et celles détenant une assurance dentaire privée ont moins souvent une prothèse inadéquate.

TABLEAU 16
Hygiène buccodentaire en fonction des caractéristiques des personnes

	Brossage des dents 2 fois/jour ¹	Utilisation de la soie dentaire 1 fois/jour ¹	Brossage des prothèses 2 fois/jour ²
Échantillon	67,0	24,3	65,3
Sexe			
Homme	54,3	16,1	55,0
Femme	79,5 ***	32,2 ***	74,3 ***
Âge			
35 à 39 ans	68,0	24,3	67,1
40 à 44 ans	65,9 NS	24,4 NS	64,6 NS
Langue parlée			
Français	66,5	23,3	66,4
Anglais ou autre	69,7 NS	29,7 *	56,9 NS
Revenu du ménage			
Moins de 30 000 \$	63,1	24,5	58,9
30 000 à 59 999 \$	66,2	21,3	71,0
60 000 \$ et plus	71,2 *	27,5 *	62,3 *
Niveau d'études			
Primaire/secondaire	61,7	20,9	64,9
Professionnel/collégial	68,1	23,5	63,8
Universitaire	74,4 ***	30,4 ***	74,9 NS
Assurance dentaire privée			
Oui	70,3	24,4	70,3
Non	64,2 **	23,8 NS	61,5 *
Dernière visite chez un dentiste			
Un an ou moins	69,5	27,5	68,8
Plus d'un an	61,0 ***	15,2 ***	60,6 *
Zone de résidence			
Métropolitaine	66,7	28,3	62,5
Urbaine	73,8	25,2	71,2
Rurale	55,8 ***	17,1 ***	60,7 *

1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent.

2. Chez les personnes ayant au moins une prothèse amovible (complète ou partielle).

TABLEAU 17
Pourcentage des personnes qui portent au moins une prothèse amovible
et pourcentage des porteurs de prothèses amovibles dont au moins une des prothèses
présente un problème de stabilité, de rétention ou de matériel, en fonction
des caractéristiques des personnes

	Porteurs de prothèses amovibles ¹	Prothèses amovibles inadéquates ²	Porteurs de prothèses amovibles ³
Échantillon	28,1	35,0	24,0
Sexe			
Homme	26,3	36,9	23,0
Femme	29,9 -	33,4 NS	25,0 NS
Âge			
35 à 39 ans	23,9	32,9	21,2
40 à 44 ans	33,0 ***	36,0 NS	27,5 **
Langue parlée			
Français	30,8	33,8	26,5
Anglais ou autre	14,8 ***	46,7 -	11,9 **
Revenu du ménage			
Moins de 30 000 \$	34,0	41,9	28,4
30 000 à 59 999 \$	27,1	31,3	23,5
60 000 \$ et plus	22,2 ***	31,2 *	18,9 **
Niveau d'études			
Primaire/secondaire	37,8	38,7	32,2
Professionnel/collégial	25,8	36,7	22,3
Universitaire	14,3 ***	13,8 ***	13,1 ***
Assurance dentaire privée			
Oui	26,5	29,5	23,0
Non	29,4 NS	40,1 **	24,9 NS
Dernière visite chez un dentiste			
Un an ou moins	20,7	20,7	20,4
Plus d'un an	37,0 ***	46,1 ***	30,9 ***
Zone de résidence			
Métropolitaine	21,9	35,1	18,8
Urbaine	27,9	34,8	23,7
Rurale	36,8 ***	34,5 NS	31,7 ***

1. Ensemble de l'échantillon.

2. Chez les personnes ayant au moins une prothèse amovible (complète ou partielle).

3. Chez les personnes ayant encore au moins une dent.

5.10 Douleur musculo-squelettique au niveau facial et bruit à l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)

Au niveau facial, huit sites musculaires ont été examinés. La prévalence de la douleur sur ces sites est relativement faible, avec 5,9 % des personnes qui signalent de la douleur sur au moins un site lors de la palpation.

Les douleurs à l'ATM sont également peu fréquentes, puisque seulement 4 % des personnes disent ressentir de la douleur sur un ou deux sites lors de la palpation.

Par contre, la prévalence des bruits à l'ATM lors de la palpation s'avère plus élevée : 30 % des personnes présentaient en effet un bruit ou un craquement sur un ou deux côtés.

5.11 Malocclusion

Plusieurs éléments ont été mesurés dans cette étude afin de déterminer les problèmes de malocclusion chez les adultes de 35 à 44 ans.

Parmi les personnes ayant encore leurs incisives centrales supérieures, 14,8 % présentent un diastème et environ la moitié d'entre elles (7,7 %) ont un diastème supérieur ou égal à 2 mm.

Chez les personnes ayant des incisives sur les deux maxillaires, 25,6 % présentent un surplomb horizontal de 4 mm et plus et 42,3 %, un surplomb vertical de 4 mm et plus. Enfin, seulement 1,2 % des personnes laissent paraître une béance antérieure.

En mesurant la distance maximale entre les incisives lors de l'ouverture, on trouve que 5 % des personnes présentent une limitation de l'ouverture (moins de 40 mm).

5.12 Lésions des muqueuses buccales

Pour l'examen buccodentaire, des critères de diagnostic ont été établis pour 45 lésions des muqueuses buccales.

Lésions d'origine prothétique

Les principaux résultats montrent que, chez les porteurs de prothèses amovibles, 51,2 % présentaient une stomatite prothétique — parmi lesquels 7,6 % avaient une stomatite hyperplasique —, 12,6 % souffraient d'un ulcère traumatique et 10,8 %, d'une leucokératose traumatique. Ces trois lésions sont liées à la qualité des prothèses, mesurée en fonction de la stabilité, de la rétention et des défauts. Les personnes ayant au moins une prothèse inadéquate ont des prévalences plus élevées pour ces trois types de lésions (tableau 18).

TABLEAU 18
Pourcentage des porteurs de prothèses amovibles avec des lésions d'origine prothétique en fonction de l'adéquation des prothèses

	Stomatite prothétique	Ulcère traumatique	Leucokératose traumatique
Porteurs de prothèses ¹	51,2	12,6	10,8
Prothèses adéquates	46,5	10,8	9,5
Prothèses inadéquates	62,2 ***	17,3 *	12,7 NS

1. Personnes ayant au moins une prothèse amovible (complète ou partielle).

Lésions d'origine non prothétique

Dans l'échantillon, 16,9 % des personnes présentaient une leucokératose traumatique d'origine non prothétique, dont 1,7 % avec une chéilite angulaire. La prévalence des lésions pour lesquelles il y a un risque de cancer buccal (leucoplasie homogène idiopathique et érythroplasie) est très faible. On a observé cinq personnes avec une leucoplasie homogène

idiopathique et trois autres avec une érythroplasie, sur un total de 2 110 sujets examinés (données non pondérées).

5.13 Fluorose

La fluorose est un phénomène très peu prévalent chez les adultes de 35 à 44 ans au Québec. Seulement 1,9 % des personnes dentées présentaient au moins une dent avec une fluorose légère et aucun cas de fluorose grave (taches brunâtres ou puits) n'a été observé.

5.14 Caractéristiques des personnes associées à un niveau élevé de maladie buccodentaire

Caractéristiques des personnes avec des faces cariées non traitées

Pour déterminer les facteurs rattachés à la présence de faces cariées non traitées, une régression logistique a été effectuée avec, comme variable dépendante, le nombre de faces cariées (4 faces cariées et plus versus 0 à 3 faces cariées).

Le tableau 19 montre les rapports de cotes (RC) ajustés et les intervalles de confiance (IC) pour les différentes variables indépendantes à l'étude.

Le revenu et l'utilisation des services dentaires sont les facteurs les plus fortement associés au nombre de faces cariées. En prenant comme point de référence les personnes ayant un revenu annuel supérieur ou égal à 60 000 \$, on trouve pour les personnes ayant un revenu de 30 000 \$ à 60 000 \$ et celles ayant un revenu inférieur à 30 000 \$ des RC respectifs de 3,8 et 2,9. Les personnes qui n'avaient pas consulté un dentiste dans la dernière année offraient 3,6 fois plus de risques (RC = 3,6) d'avoir quatre faces cariées et plus que celles qui l'avaient fait.

Le sexe apparaît également associé au nombre de faces cariées. Les hommes ont 2,4 fois plus de risques que les femmes d'avoir quatre faces cariées et plus (RC = 2,4).

Enfin, les personnes sans assurance dentaire ont plus de risques que les personnes assurées d'avoir quatre faces cariées et plus (RC = 1,6).

Pour leur part, le nombre de dents en bouche, la langue parlée, l'âge, le niveau d'études et la zone de résidence ne sont pas reliés de façon statistiquement significative au nombre de faces cariées non traitées.

Caractéristiques des personnes avec des poches parodontales de 6 mm et plus

Comme pour le nombre de faces cariées, une régression logistique a été effectuée pour déterminer les facteurs liés à la présence de dents avec des poches parodontales de 6 mm et plus. Le tableau 20 indique, lui aussi, les rapports de cotes ajustés et les intervalles de confiance pour les différentes variables indépendantes à l'étude.

Les facteurs associés à la présence d'au moins une dent ayant une poche parodontale de 6 mm et plus sont différents de ceux rattachés à la présence de quatre faces cariées et plus.

Le nombre de dents présentes en bouche constitue le facteur associé le plus étroitement à la présence d'une dent offrant une poche parodontale de 6 mm et plus. Les personnes qui possèdent plus de 20 dents ont 2,6 fois plus de risques (RC = 2,6) d'avoir au moins une dent présentant une poche parodontale de 6 mm et plus.

Par rapport aux personnes vivant dans les zones rurales, celles qui demeurent dans les zones métropolitaines ou urbaines ont respectivement 2,3 fois (RC = 2,3) et 1,4 fois (RC = 1,4) plus de risques d'avoir au moins une dent avec une poche parodontale de 6 mm et plus.

TABLEAU 19
Régression logistique
Prédiction des personnes avec 4 faces cariées et plus (versus 0 à 3 faces cariées)
en fonction des caractéristiques des personnes ¹

Variables	%	RC ajusté	IC95 %
Revenu du ménage			
Moins de 30 000 \$	20,9	3,8	2,19 - 6,48
30 000 à 59 999 \$	13,8	2,9	1,72 - 4,86
60 000 \$ et plus	4,8	—	—
Dernière visite chez un dentiste			
Un an ou moins	8,1	—	—
Plus d'un an	27,5	3,6	2,66 - 4,94
Sexe			
Homme	18,6	2,4	1,77 - 3,35
Femme	10,2	—	—
Assurance dentaire privée			
Oui	8,7	—	—
Non	19,2	1,6	1,12 - 2,22
Nombre de dents en bouche			
21 à 32 dents	12,9	—	—
1 à 20 dents	19,2	1,4	0,97 - 1,96
Langue parlée			
Français	14,0	—	—
Anglais ou autre	14,7	1,2	0,73 - 1,84
Âge			
35 à 39 ans	14,8	—	—
40 à 44 ans	13,6	1,0	0,74 - 1,36
Niveau d'études			
Primaire/secondaire	17,4	1,2	0,75 - 1,81
Professionnel/collégial	13,9	1,1	0,69 - 1,71
Universitaire	9,9	—	—
Zone de résidence			
Métropolitaine	17,1	1,4	0,90 - 2,09
Urbaine	12,1	1,3	0,90 - 2,00
Rurale	13,8	—	—

1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

TABLEAU 20
Régression logistique
Prédiction des personnes avec au moins une poche parodontale ≥ 6 mm
en fonction des caractéristiques des personnes ¹

Variables	%	RC ajusté	IC95 %
Nombre de dents en bouche			
21 à 32 dents	23,9	2,6	1,77 - 3,68
1 à 20 dents	11,9	—	—
Zone de résidence			
Métropolitaine	30,1	2,3	1,58 - 3,24
Urbaine	17,7	1,4	1,00 - 2,00
Rurale	15,4	—	—
Sexe			
Homme	25,8	1,8	1,38 - 2,26
Femme	17,1	—	—
Revenu du ménage			
Moins de 30 000 \$	29,0	1,7	1,16 - 2,39
30 000 à 59 999 \$	18,5	1,1	0,75 - 1,47
60 000 \$ et plus	16,9	—	—
Niveau d'études			
Primaire/secondaire	24,2	1,4	1,01 - 1,96
Professionnel/collégial	19,2	1,0	0,74 - 1,46
Universitaire	18,5	—	—
Assurance dentaire privée			
Oui	18,2	—	—
Non	24,3	1,4	1,03 - 1,78
Dernière visite chez un dentiste			
Un an ou moins	19,1	—	—
Plus d'un an	26,4	1,3	1,02 - 1,75
Âge			
35 à 39 ans	20,3	—	—
40 à 44 ans	22,4	1,2	0,96 - 1,58
Langue parlée			
Français	20,1	1,2	0,81 - 1,71
Anglais ou autre	27,4	—	—

1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

Les personnes avec un revenu inférieur à 30 000 \$ ont 1,7 fois plus de risques que les personnes ayant un revenu supérieur ou égal à 60 000 \$ d'avoir au moins une dent atteinte. Ce risque est de 1,8 pour les hommes comparativement aux femmes (RC = 1,8).

Pour les variables concernant le niveau d'études, l'assurance dentaire et l'utilisation des services dentaires, on trouve des rapports de cotes statistiquement significatifs, tout en étant relativement faibles. Enfin, l'âge et la langue parlée ne semblent pas associés à la présence de poches parodontales.

Caractéristiques des personnes ayant un nombre important de dents absentes

Une régression logistique a également été réalisée pour déterminer les caractéristiques des personnes qui avaient moins de 20 dents naturelles en bouche (tableau 21). Comme pour les autres problèmes buccodentaires, les personnes qui ont un niveau d'études primaire ou secondaire sont très défavorisées. Elles ont en effet 3,7 fois plus de risques que les personnes ayant une formation universitaire d'avoir moins de 20 dents (RC = 3,7).

On note également que les personnes de 40 à 44 ans ont 1,7 fois plus de risques que celles de 35 à 39 ans d'avoir moins de 20 dents (RC = 1,7). Enfin, les francophones et les personnes habitant les zones rurales sont également plus touchés par ce problème.

Pour l'utilisation des services dentaires, on obtient un RC significatif (1,9) car les personnes avec moins de dents, en particulier celles partiellement édentées, ont moins recours aux services dentaires.

Cette régression montre en outre que le revenu, l'assurance dentaire et le sexe ne sont pas associés avec la présence en bouche de moins de 20 dents naturelles.

5.15 Besoin de traitements

Besoin de traitements de restauration

Pour le besoin de traitements de restauration, il est nécessaire de prendre en compte les faces cariées et celles non cariées dont la restauration est provisoire, défectueuse ou manquante. Chez les adultes de 35 à 44 ans, la prévalence du besoin de traitements de restauration est, en moyenne, de 2,2 faces, soit légèrement supérieure à la moyenne des faces cariées (1,8). (N.B. Les racines résiduelles, classées par convention avec les faces cariées, sont également comptabilisées dans le besoin de traitements de restauration.)

TABLEAU 21
Régression logistique
Prédiction des personnes avec moins de 20 dents en fonction
des caractéristiques des personnes ¹

Variables	%	RC ajusté	IC95 %
Niveau d'études			
Primaire/secondaire	34,0	3,7	2,59 - 5,42
Professionnel/collégial	21,9	1,9	1,28 - 2,77
Universitaire	10,3	—	—
Langue parlée			
Français	25,8	2,1	1,40 - 3,24
Anglais ou autre	14,6	—	—
Dernière visite chez un dentiste			
Un an ou moins	19,8	—	—
Plus d'un an	32,2	1,9	1,46 - 2,44
Âge			
35 à 39 ans	20,3	—	—
40 à 44 ans	28,3	1,7	1,30 - 2,10
Zone de résidence			
Métropolitaine	18,6	—	—
Urbaine	22,6	1,0	0,76 - 1,45
Rurale	33,6	1,6	1,15 - 2,23
Revenu du ménage			
Moins de 30 000 \$	27,6	0,9	0,66 - 1,35
30 000 à 59 999 \$	25,3	1,0	0,74 - 1,40
60 000 \$ et plus	17,7	—	—
Assurance dentaire privée			
Oui	21,8	—	—
Non	25,8	1,0	0,79 - 1,33
Sexe			
Homme	22,7	—	—
Femme	25,0	1,2	0,92 - 1,48

1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

TABLEAU 22
Moyenne des faces coronaires ayant besoin de traitements de restauration¹

	Moyenne
Face avec carie primaire	1,6
Face avec carie secondaire	0,2
Matériau défectueux, manquant ou temporaire	0,4
Total	2,2

1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

Le tableau 23 indique la position des faces qui nécessitent un traitement de restauration. Environ 27 % des faces à traiter se situent au niveau occlusal, 41 % au niveau des faces proximales et 32 % au niveau des faces buccales et linguales.

TABLEAU 23
Moyenne des faces coronaires à traiter en fonction de leur localisation¹

	Moyenne
Face occlusale	0,59
Face mésiale	0,43
Face distale	0,48
Face buccale	0,42
Face linguale	0,28

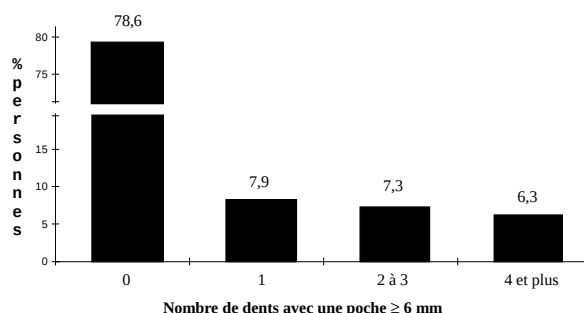
1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

Besoin de traitements parodontaux

La figure 10 montre que 21,4 % des personnes de 35 à 44 ans au Québec ont au moins une dent

qui présente une poche parodontale de 6 mm et plus. Ces personnes se divisent en trois groupes : 7,9 % n'ont qu'une seule dent avec une poche parodontale d'au moins 6 mm, 7,3 % en ont deux à trois et 6,3 % en ont quatre et plus.

FIGURE 10
Pourcentage de personnes en fonction du nombre de dents avec une poche parodontale ≥ 6 mm¹



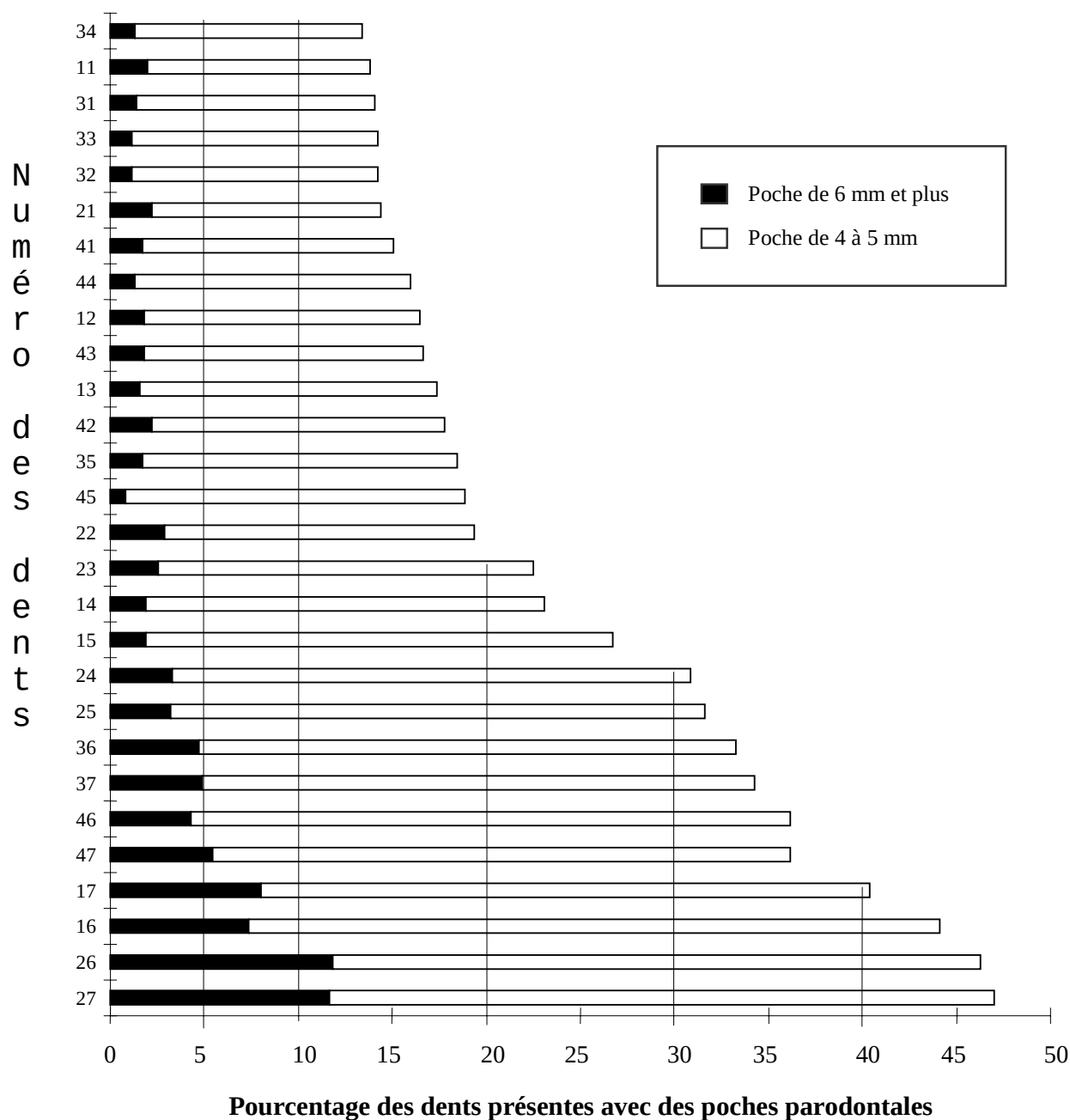
1. Parmi les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

Les dents les plus atteintes sont les premières et deuxième molaires supérieures (8 % à 12 % des dents avec une poche parodontale de 6 mm et plus) ainsi que les premières et deuxième molaires inférieures (4 % à 6 %).

La figure 11 indique la répartition de chacune des dents en fonction de l'atteinte parodontale (poche parodontale de 4 à 5 mm ou de 6 mm et plus).

Le pourcentage des dents qui présentent une poche parodontale de 4 mm et plus varie, pour les dents des groupes incisivo-canins supérieur et inférieur et pour les prémolaires inférieures, entre 13 % et 22 %, pour les prémolaires supérieures, entre 23 % et 32 %, pour les molaires inférieures, entre 35 % et 36 % et, enfin, pour les molaires supérieures, entre 40 % et 47 %.

FIGURE 11
Distribution de chacune des dents en fonction de la présence
d'une poche parodontale de 4 à 5 mm et de 6 mm et plus ¹



1. Cette figure indique le pourcentage de dents présentes en bouche qui ont au moins une poche parodontale de 4 à 5 mm et/ou de 6 mm et plus.

Le besoin de traitement chirurgical des dents avec une poche parodontale d'au moins 6 mm est lié au nombre de dents atteintes, mais aussi au nombre de sextants ayant au moins une dent avec une atteinte parodontale. Dans l'échantillon, 10,3 % des personnes avaient un seul sextant à traiter, 5,8 % en avaient deux et 5,2 % en avaient au moins trois. Parmi ce dernier groupe, on note que la moyenne des dents avec une poche parodontale d'au moins 6 mm est très élevée (7,7), de même que la moyenne des faces cariées à traiter (3,6).

TABLEAU 24
Pourcentage de personnes¹ en fonction du nombre de sextants présentant des dents avec des poches parodontales ≥ 6 mm

	% de personnes	Nb moyen poches ≥ 6 mm	Nb moyen faces cariées non traitées
Aucun sextant	78,6	—	1,6
Au moins 1 sextant	21,4	3,3	2,6
1 sextant	10,3	1,3	2,4
2 sextants	5,8	3,0	2,0
3 sextants et +	5,2	7,7	3,6

1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent.

Besoin de reconstitution

Les adultes de 35 à 44 ans au Québec ont en moyenne 2,9 dents absentes qui n'ont pas été

remplacées (troisièmes molaires exclues). La documentation pertinente n'est pas très explicite quant au besoin de reconstitution et ce, principalement au sujet du remplacement des dents postérieures. En ce qui concerne les dents antérieures, les auteurs suggèrent, pour des raisons esthétiques, de remplacer toute dent antérieure manquante (13 à 23 et 33 à 43) ainsi que les prémolaires supérieures lorsque l'esthétique est compromise. Pour ce qui est des dents postérieures, il existe plusieurs écoles de pensée. Dans notre analyse, nous avons considéré deux catégorisations : 1) les sujets avec un besoin léger ou modéré de reconstitution lorsqu'il y a au moins deux dents manquantes (troisièmes molaires exclues) sur un des sextants postérieurs et 2) les sujets avec un besoin sérieux de reconstitution lorsqu'il manque sur un sextant postérieur au moins quatre dents (troisièmes molaires incluses). Cette deuxième catégorisation est dictée par la fonction de l'appareil masticateur.

Le tableau 25 indique le pourcentage des personnes en fonction de la localisation et du nombre de sextants à reconstituer. Ainsi, 7,5 % des personnes avaient au moins un sextant antérieur à reconstituer, ou 26 % si l'on tient compte des prémolaires supérieures. Pour les sextants postérieurs, 38,9 % des personnes avaient au moins un sextant à reconstituer selon la première catégorisation et 9,2 % selon la deuxième.

TABLEAU 25
Pourcentage de personnes en fonction du nombre de sextants à reconstituer¹

	Nombre de sextants à reconstituer				
	Aucun	1 sextant	2 sextants	3 sextants	4 sextants
Sextants ant. 13 à 23/33 à 43 (au moins 1 dent abs./sextant)	92,5	7,2	0,3	na	na
Sextants ant. 15 à 25/33 à 43 (au moins 1 dent abs./sextant)	74,0	25,2	0,8	na	na
Sextants post. (troisièmes mol. exclues) (au moins 2 dents abs./sextant)	61,1	15,5	15,7	4,3	3,4
Sextants post. (troisièmes mol. incluses) (au moins 4 dents abs./sextant)	90,8	5,7	3,2	0,2	0,1

1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent.

Nous avons ensuite établi deux critères de décision de traitement qui incorporent le besoin de remplacement à des fins esthétiques et/ou fonctionnelles. Le premier critère est plus large en ce qui concerne la nécessité de traitement et le second, plus restreint.

Premier critère :

Un sextant antérieur est à reconstituer s'il y a au moins une dent absente non remplacée sur le sextant (prémolaires du haut incluses).

Un sextant postérieur est à reconstituer s'il y a au moins deux dents absentes non remplacées sur le sextant (troisièmes molaires exclues).

Second critère :

Un sextant antérieur est à reconstituer s'il y a au moins une dent absente non remplacée sur le sextant (prémolaires du haut exclues).

Un sextant postérieur est à reconstituer s'il y a au moins quatre dents absentes non remplacées sur le sextant (troisièmes molaires incluses).

Le tableau 26 montre qu'avec le premier critère, plus de la moitié des personnes (52 %) avaient au moins un sextant à faire reconstituer avec, en moyenne, cinq dents absentes non remplacées. Avec le second critère, 15,6 % des personnes avaient au moins un sextant à reconstituer avec, en moyenne, 6,3 dents absentes non remplacées.

TABLEAU 26
Pourcentage de personnes avec
au moins un sextant à reconstituer

	1^{er} critère	2^e critère
Pourcentage de personnes avec au moins un sextant à reconstituer	52,0	15,6
Nombre moyen de dents absentes ¹	5,0	6,3

1. Chez les personnes avec au moins un sextant à reconstituer (troisièmes molaires exclues).

CHAPITRE 6

COMPARAISON QUÉBEC—ÉTATS-UNIS

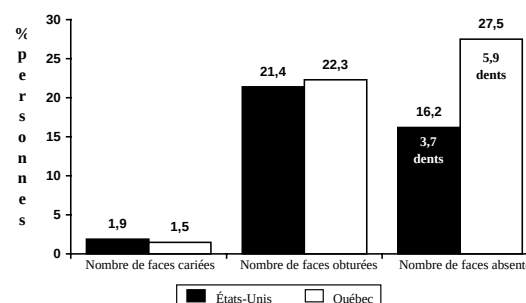


6. COMPARAISON QUÉBEC—ÉTATS-UNIS

Les résultats de la présente étude sont comparés ici à ceux de l'étude NHANES III sur la santé dentaire des adultes aux États-Unis, réalisée entre 1988 et 1991 (Winn *et al.*, 1996 ; Marcus *et al.*, 1996 ; Brown *et al.*, 1996). Il faut noter que, à des fins de comparaison, les indices sur la carie ont été calculés sur 28 dents (troisièmes molaires exclues) et que les poches parodontales et les pertes d'attachement l'ont été sur deux sites (mésial et buccal). De plus, l'étude étasunienne remonte à plusieurs années. Il est donc possible que les personnes qui avaient entre 35 et 44 ans en 1995 laissent voir une meilleure santé dentaire que celles qui avaient cet âge entre 1988 et 1991 et que l'écart entre l'état de santé dentaire de ce groupe aux États-Unis et au Québec soit légèrement plus élevé que ceux observés ici.

La figure 12 compare le phénomène de la carie pour ce groupe d'âge aux États-Unis et au Québec. Dans les deux groupes, le nombre moyen de faces cariées non traitées est faible (1,9 aux États-Unis et 1,5 au Québec). Par contre, le nombre moyen de faces obturées s'avère élevé dans les deux pays (21,4 et 22,3), ce qui indique que le recours aux soins dentaires est important. La principale différence concerne le nombre moyen de dents absentes. Les adultes de 35 à 44 ans au Québec ont en moyenne 2,2 dents de moins que ceux du même âge aux États-Unis.

FIGURE 12
Nombre moyen de faces cariées, absentes et obturées chez les adultes de 35 à 44 ans au Québec en 1994-1995 et aux États-Unis en 1988-1991¹

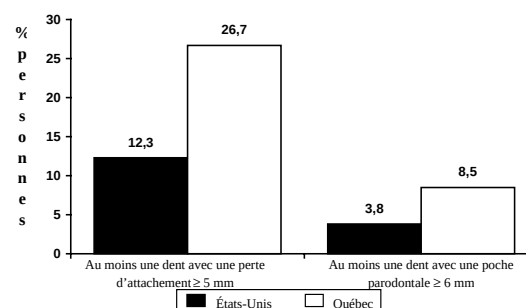


1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

En ce qui concerne les problèmes parodontaux (figure 13), on note que leur prévalence est importante dans les deux pays. Il y a au Québec 81,2 % des personnes qui présentent une gingivite (au moins une dent avec un saignement gingival) contre 60 % aux États-Unis.

Pour les problèmes parodontaux plus graves, les prévalences sont plus élevées au Québec qu'aux États-Unis. En effet, il y a au Québec deux fois plus de personnes qui ont au moins une dent qui présente une perte d'attachement de 5 mm et plus (26,7 % versus 12,3 %) et deux fois plus de personnes également qui ont au moins une dent offrant une poche parodontale de 6 mm et plus (8,5 % versus 3,8 %).

FIGURE 13
Pourcentage de personnes en fonction des problèmes parodontaux chez les adultes de 35 à 44 ans au Québec en 1994-1995 et aux États-Unis en 1988-1991¹



1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues), les poches parodontales et les pertes d'attachement ont été mesurées sur deux sites (mésial et buccal).

RECOMMANDATIONS

Cette étude a permis, pour la première fois, d'estimer la prévalence de la plupart des maladies buccodentaires chez les adultes de 35 à 44 ans au Québec. Elle va permettre de mieux planifier les services de santé, les programmes de prévention, ainsi que la formation des professionnels visés. Elle va également permettre de surveiller l'évolution des maladies buccodentaires détectées chez les adultes.

Les données de cette recherche, combinées aux résultats d'études récentes réalisées ailleurs dans le monde, nous amènent à formuler les recommandations qui suivent.

La carie

La présence de la carie dentaire coronaire observée chez cette population adulte est caractérisée par un indice global CAOOF très élevé, un faible besoin de traitements, mais de trop nombreuses extractions dentaires. Le problème de la carie coronaire semble bien perçu dans cette population, même si l'on doit espérer une réorientation de la demande de traitements vers des services plus conservateurs.

La prévalence de la carie radiculaire s'avère faible parmi les adultes de 35 à 44 ans. Cependant, le fait qu'une majorité d'entre eux ont une perte d'attachement gingival égale ou supérieure à 4 mm sur plusieurs dents nous suggère la probabilité que se développent de nombreuses caries radiculaires sur ces faces à risque dans les années futures.

Pour sa part, le besoin de traitement de la carie se polarise autour d'un groupe restreint d'adultes de ce groupe d'âge.

Ces résultats nous incitent à suggérer prioritairement la mise en œuvre d'un programme de prévention de la carie dentaire fondé principalement sur la fluoruration de l'eau de consommation dans le but de contrôler

l'incidence de la carie dentaire coronaire et radiculaire.

Quand on considère le nombre très élevé de dents ayant subi la carie dans cette population (20 dents sur 32), on ne peut que déplorer le fait que la fluoruration de l'eau n'ait pas été instaurée au Québec entre 1955 et 1965 comme elle le fut en Ontario et aux États-Unis. Avec un coût approximatif de 35 \$ à 45 \$ par personne (1 \$ par année), c'est environ dix dents cariées qui auraient été épargnées, soit des coûts privés et publics en restauration et remplacement de dents d'au moins 500 \$.

Ces résultats nous amènent à suggérer, pour les populations les plus démunies, des campagnes de promotion et de sensibilisation visant à augmenter le recours aux services de restauration.

Les familles ayant un revenu familial annuel inférieur à 30 000 \$ éprouvent davantage de problèmes buccodentaires, ce qui permet d'identifier les tranches de population qui devraient être visées en priorité par ces campagnes de sensibilisation. L'accessibilité financière aux services de restauration devrait également leur être facilitée.

Les maladies parodontales

La forte prévalence des maladies parodontales et le faible recours aux soins pour ce type de traitement constituent probablement l'une des causes importantes de l'édentation au Québec. Les résultats d'une étude de cohorte chez les adultes de 45 à 64 ans permettraient de confirmer une telle hypothèse.

Devant l'ampleur du problème et afin d'atteindre l'objectif proposé par le gouvernement du Québec dans sa politique de la santé et du bien-être, soit d'abaisser à 5 % d'ici l'an 2002 le taux d'absence de dents chez les adultes de 35 à 44 ans, des actions doivent être prises à cet égard. Ces actions s'adressent tant au secteur privé qu'au secteur public.

La prévention des maladies parodontales passe d'abord par l'acquisition de saines habitudes d'hygiène buccodentaire.

Les instructions et programmes d'hygiène buccodentaire en cabinet privé et dans le secteur public ont toujours été réservés prioritairement aux enfants. C'est comme si les professionnels de la santé n'en sentaient pas le besoin ou étaient gênés d'en discuter avec les adultes. Des améliorations à cet égard apparaissent ainsi souhaitables. Avec moins de 30 % de la population de 35 à 44 ans qui utilise de la soie dentaire quotidiennement et seulement 64 % qui se brosse les dents deux fois et plus par jour, il n'est pas étonnant de constater la présence de saignement et de tartre chez plus de 80 % de la population étudiée.

La faible perception des maladies parodontales par cette population constitue un autre problème de taille. Cette perception est faiblement associée à la prévalence du problème et ne varie pas en fonction de leur intensité.

Le recours aux soins devra donc s'appuyer sur des campagnes de sensibilisation bien structurées, sur des programmes de dépistage et sur des visites périodiques au cabinet dentaire qui incluent de façon systématique l'examen attentif des tissus parodontaux.

La perception des problèmes parodontaux serait en effet stimulée par l'attention accrue portée par les professionnels de la santé dentaire.

Comme pour la carie, les familles ayant un revenu familial annuel inférieur à 30 000 \$ doivent constituer les populations cibles pour les programmes de promotion visant le recours aux soins et l'accessibilité financière aux services dentaires doit être facilitée par des programmes d'assurance dentaire privés ou étatiques.

L'édentation

Nos données montrent que le niveau de traitement des lésions carieuses est très élevé. Cependant, il existe encore un fort pourcentage

de dents absentes non remplacées qui nécessitent des soins de reconstitution.

Face au problème des dents absentes et du besoin de traitements de reconstitution, deux orientations s'imposent :

- 1° Il est reconnu que la perte précoce des dents est un précurseur d'une éventuelle édentation complète, d'où l'importance de ne pas relâcher la vigilance au début de l'âge adulte afin de faire échec à la perte des dents.
- 2° ***Pour la population déjà touchée par l'édentation, il faut améliorer leur reconstitution prothétique. De plus, il faut faire en sorte que cette population ne devienne pas éventuellement complètement édentée.***

Afin de répondre à ces orientations, nous recommandons l'élaboration et la réalisation de campagnes d'éducation visant principalement trois aspects :

- 1° l'amélioration des méthodes d'hygiène buccale personnelle ;
- 2° l'augmentation du pourcentage de la population adulte qui est couverte par des régimes d'assurance dentaire privés ou étatiques ;
- 3° l'augmentation du recours aux services de reconstitution.

Afin de parfaire les connaissances dans ce domaine, nous recommandons :

- 1° de poursuivre une étude de cohorte qui permettrait de mieux comprendre l'incidence de l'édentation et les facteurs de risque qui lui sont associés, afin d'optimiser les campagnes de sensibilisation auprès des populations adultes vulnérables ;
- 2° d'encourager la recherche touchant la reconstitution prothétique, qui favoriserait la formulation de recommandations relatives aux conditions de remplacement des dents manquantes.

RÉFÉRENCES

AINAMO, J., D. BARMES et G. BEAGITE (1982). « Development of the World Health Organisation (WHO) Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) », *International Dental Journal*, 32, 281-291.

Association dentaire canadienne (1990). *Sondage Canada Health Monitor*.

BADER, J.D. (1985). « Oral health status in the U.S. Will improve health lead to decreased demand for dental services ? », *Journal of Dental Education*, 49, 432-433.

BANTING, D.W., R.P. ELLEN et E.D.A. FILLERY (1985). « Longitudinal study of root caries : Baseline and incidence data », *Journal of Dental Research*, 64, 1141-1144.

BECK, J.D. (1987). « Oral health of US adults : NIDR 1985 national survey », *Journal of Public Health Dentistry*, 47, 198-199.

BECK, J.D. (1993). « The epidemiology of root surface caries : North american studies », *Advances in Dental Research*, 7(1), 42-51.

BERGSTEN, J.W. (1960). *U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service. Health Statistics from U.S. National Health Survey. Loss of Teeth, U.S. July 1957-June 1959*, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office.

BILLINGS, R.J. (1986). « Restoration of carious lesions of the root », *Gerodontology*, 5, 43-49.

BOHANNAN, H.M. (1982). « The impact of decreasing dental caries prevalence : Implications for dental education », *Journal of Dental Research*, 61, 1369-1377.

BRODEUR, J.M., M. BENIGERI, H. NACCACHE, M. OLIVIER et M. PAYETTE (1996a). « Évolution de l'édentation au Québec entre 1980 et 1993 », *Journal of Canadian Dental Association*, 62, 159-166.

BRODEUR, J.M., M. BENIGERI, M. OLIVIER et M. PAYETTE (1996b). « Utilisation des services dentaires et pourcentage de personnes possédant une assurance dentaire privée au Québec », *Journal of Canadian Dental Association*, 62, 83-90.

BRODEUR, J.M., M. BENIGERI, M. OLIVIER et M. PAYETTE (1996c). « Édentation complète et réhabilitation prothétique au Québec », *Journal dentaire du Québec*, 28, 183-189.

BRODEUR, J.M., J.P. LUSSIER, P. SIMARD, J.-L. FORTIN et M. DEMERS (1988). « Increase in Quebec dental manpower and demand for dental care from 1971 to 1985 », *Journal of Canadian Dental Association*, 54, 431-437.

BROWN, L.J., J.A. BRUNELLE et A. KINGMAN (1996). « Periodontal status in the United States, 1988-91 : Prevalence, extent, and demographic variation », *Journal of Dental Research*, 75, 672-683.

Bureau des sciences de la nutrition (1977). *Rapport sur l'hygiène dentaire*, Ottawa.

BURNLAW, C.E. (1974). *National Center for Health Statistics. Edentulous Persons : U.S. 1971. Vital and Health Statistics*. Rockville, Md U.S., Government Printing Office.

BURT, B.A. (1985). « The future of the caries decline », *Journal of Public Health Dentistry*, 45, 261-269.

COHEN, L.K. (1978). *Dental Care Delivery in Seven Nations : The International Collaborative Study of Dental Manpower Systems in Relation to Oral Health Status*, Chapter 20 in *International Dental Care Delivery Systems*, Cambridge.

DAVIES, A.L., H.L. BAILIT et S. HOLTBY (1985). « Oral health in the US. Will improve health lead to decreased demand for dental services », *Journal of Dental Education*, 49, 427-431.

DOUGLASS, C.H., et H. GAMMON (1985). « The future need for dental treatment in Canada », *Journal of Canadian Dental Association*, 51, 583-590.

DOUGLASS, C.W., D. GRILLINGS, W. SOLLECITO et M. GAMMON (1983). « National trends in the prevalence and severity of the periodontal diseases », *Journal of the American Dental Association*, 107, 403-412.

DUQUETTE, P., H. LEMAY et H. BOURASSA (1981). « Étude épidémiologique traitant de l'édentation au Québec », *Journal dentaire du Québec*, 23-28.

GRAVES, R.C., et J.W. STAMM (1985). « Oral health status in the US : Prevalence of dental caries », *Journal of Dental Education*, 49, 341-349.

GREENE, J.C., et R.J. VERMILLION (1964). « The simplified oral hygiene index », *Journal of the American Dental Association*, 68, 7-13.

HARVEY, C.R., et J.E. KELLY (1981). *U.S. Public Health Service, National Center for Health Statistics. Decayed, Missing, and Filled Teeth among Youths 1.74, U.S. 1971-74*, Washington, D.C., Government Printing Office.

HELKIMO, E., G.E. CARLSSON et M. HELKIMO (1977). « Chewing efficiency and state of dentition », *Acta Odontologica Scandinavica*, 36, 33-41.

HELKIMO, M. (1976). « Epidemiological surveys of dysfunction of the masticatory system », *Oral Science Revue*, 7, 54-69.

HELM, S., S. KREIBORG et B. SOLOW (1984). « Malocclusion at adolescence related to self-reported tooth loss and functional disorders in adulthood », *American Journal of Orthodontics*, 85, 393-400.

HOOVER, J., et J. TYNAN (1986a). « Application of the Community Periodontal Index Treatment Needs (CPITN) in a group of Canadian adults », *Oral Health*, 76, 13-15.

HOOVER, J., et J. TYNAN (1986b). « Periodontal status of a group of Canadian adults », *Journal of Canadian Dental Association*, 52, 761-763.

HOROWITZ, H.S., S.B. HEIFETZ, W.S. DRISCOLL, A. KINGMAN et R.J. MEYERS (1984). « A new method for assessing the prevalence of dental fluorosis. The tooth surface index of fluorosis », *Journal of the American Dental Association*, 109, 37-41.

HUGH, J.D., et H.K. SOLBERG (1985). « Oral health in the U.S. Temporomandibular disorders », *Journal of Dental Education*, 49, 398-405.

HUNT, A.W., D.W. LEWIS, D. BANTING et M.K. FOSTER (1980). « Ontario dental health survey, 1978 », *Journal of Canadian Dental Association*, 46, 117-124.

INGERVALL, P., MOHLIN, et B. THILANDER (1978). « Prevalence and awareness of malocclusion in Swedish men », *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 6, 308-314.

ISMAIL, A.I. (1986). « Prevalence of deep periodontal pockets in New Mexico adults aged 27 to 74 years », *Journal of Public Health Dentistry*, 46, 199-206.

ISMAIL, A.I. (1987). « Findings from the dental care supplement of the national health interview survey, 1983 », *Journal of the American Dental Association*, 114, 617-621.

JOHNSON, E.S., J.E. KELLY et L.E. VAN KIRK (1965). *U.S. Department of Health Education and Welfare. Selected Dental Finding in Adults by Age, Race and Sex, U.S. — 1960-62.*

KATZ, R.V. (1986). « Assessing root caries in populations : The evolution of the root caries index », *Journal of Public Health Dentistry*, 40, 7-10.

KATZ, R.V. (1987). « Oral health of US adults : NIDR 1985 national survey », *Journal of Public Health Dentistry*, 47, 199-200.

KATZ, R.V., S.P. HANZEN et N.W. CHILTON (1982). « Prevalence and intra-oral distribution of root caries in an adult population », *Caries Research*, 16, 265-271.

KATZ, R.W. (1984). « Development of an index for the prevalence of root caries », *Journal of Dental Research*, 63, 814-818.

KELLEY, J.E., et R.C. HARVEY (1979). *Basic Data on Dental Examination Findings of Persons 1-74 Years. U.S. 1971-74*, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office.

KLEINMAN, D.V., P.A. SWANGO, J.J. PINDBORG et P. GUPTA (1993). « Toward assessing trends in oral mucosa lesions : Lessons learned from oral cancer », *Advances in Dental Research*, 7(1), 32-41.

LEAKE, J.L., R. HAWKINS et D. LOCKER (1994). « Social and functional impact of reduced posterior dental units in older adults », *Journal of Oral Rehabilitation*, 21, 1-10.

LECLERQUE, M.H., D.E. BARMES et J.S. INFIRRI (1987). « World health statistics disease », *Disease Prevention & Control WHO*, 40, 125-126.

LOCKER, D., J. LEAKE, M. HAMILTON et T.E.A. HICKS (1991). « The oral health of older adults in four Ontario communities », *Journal of Canadian Dental Association*, 57, 727-732.

LOE, H. (1967). « The gingival index, the plaque index and the retention index systems », *Journal of Periodontology*, 38, 610-616.

MACENTEE, M.I. (1985). « The prevalence of edentulism and diseases related to denture », *Journal of Oral Rehabilitation*, 12, 195-207.

MAGNUSSON, T., et G.E. CARLSSON (1978). « Recurrent headaches in relation to temporomandibular joint pain-dysfunction », *Acta Odontologica Scandinavica*, 36, 333-338.

MARCUS, S.E., T.F. DRURY, L.J. BROWN et G.R. ZION (1996). « Tooth retention and tooth loss in the permanent dentition of adults : United States, 1988-1991 », *Journal of Dental Research*, 75, 684-695.

MCLAIN, J.B., et W.R. PROFITT (1985). « Oral health in the US : Prevalence of malocclusion », *Journal of Dental Education*, 49, 386-395.

MILLER, A.J., J.A. BRUNELLE, J.P. CARLOS, L.J. BROWN et H. LOE (1987). *Department of Health and Human Services. Oral Health of United States Adults. The National Survey of Oral Health in US Employed Adults and Seniors : 1985-1986.*

MORRIS, A.L., et H.M. BOHANNAN (1985). « Oral health status in the U.S. Implications for dental education », *Journal of Dental Education*, 49, 434-442.

NEWBRUN, E., A. ARMITAGE et T.E. DANIELS (1984). « Root caries », *California Dental Association Journal*, 12, 68-73.

NEWITTER, D.A., R.V. KATZ et J.M. CLIVE (1985). « Detection of root caries sensitivity and specificity of modified explorer », *Gerodontology*, 1, 65-67.

OMS (1988). *Enquêtes sur la santé bucco-dentaire : méthodes fondamentales*, 3^e édition, Genève, OMS.

- PAGE, R.C. (1985). « Oral health status in the U.S. Prevalence of inflammatory periodontal diseases », *Journal of Dental Education*, 49, 354-361.
- PAGE, R.C. (1987). « Oral health of US adults : NIDR 1985 national survey », *Journal of Public Health Dentistry*, 47, 200-202.
- RAMJORD, S.P., et M.M. ASH (1981). « Significance of occlusion in the etiology and treatment of early, moderate and advanced periodontitis », *Journal of Periodontology*, 52, 511-517.
- REED, M.J., et W.V. HANN (1983). « Decreased prevalence of dental caries : Influence on curriculum design », *Journal of Dental Education*, 47, 262-266.
- REIK, L.J., et M. HALE (1987). « The Temporomandibular joint pain-dysfunction syndrome. A frequent cause of headache », *Headache*, 21, 151-156.
- RISE, J. (1979). « An approach to epidemiologic assessment of complete dentures », *Acta Odontologica Scandinavica*, 37, 57-63.
- RUSSEL, A.L. (1956). « Systems of classification and scoring for prevalence. Surveys of periodontal disease », *Journal of Dental Research*, 35, 350-359.
- SADOWSKY, E., et A.M. POLSON (1984). « Temporomandibular disorders and functional occlusion after orthodontic treatment : Results of two long term studies », *American Journal of Orthodontics*, 86, 386-390.
- SCAVATTO, S.P. (1982). « Coping with less caries in the private practice of dentistry », *Journal of Dental Research*, 61, 1364-1368.
- SCHOLLE, R.H. (1986). « Editorial — Periodontally speaking », *JADA*, 108, 1072.
- SEICHTER, U. (1987). « Root surface caries : A critical literature review », *Journal of the American Dental Association*, 115, 305-310.
- STAMM, J.W., et D.W. BANTING (1980). « Comparison of roots caries prevalence in residents in fluoridated and non-fluoridated communities », *Journal of Dental Research*, 59, 552.
- SUMNEY, D.L., H.V. JORDAN et H.I. ENGLANDER (1973). « The prevalence of root caries in selected populations », *Journal of Periodontology*, 44, 500-504.
- U.S. Department of Health and Human Services (1987). *Oral Health of United States Adults. The National Survey of Oral Health in U.S. Employed Adults and Seniors : 1985-1986*, NIH Publication 87-2868.
- WEINTRAUB, J.A., et B.A. BURT (1985). « Oral health status in the U.S. Tooth loss and edentulism », *Journal of Dental Education*, 49, 368-375.
- WINN, D.M., J.A. BRUNELLE, R.H. SELWITZ, L.M. KASTE, R.J. OLDAKOWSKI, A. KINGMAN et L.J. BROWN (1996). « Coronal and root caries in the dentition of adults in the United States, 1988-1991 », *Journal of Dental Research*, 75, 642-651.
- YANOVER, L.R. (1987). « Root surfaces caries epidemiology, etiology and control », *Journal of Canadian Dental Association*, 53, 839-842.

ANNEXES



ANNEXES

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES SELON LA STRATIFICATION

A. MÉTROPOLITAINE

B. URBAINE

C. RURALE

ANNEXE 1

TABLEAUX ET FIGURES

A. RÉSULTATS POUR LA ZONE MÉTROPOLITAINE

TABLEAU A1
**Caractéristiques sociodémographiques des personnes habitant
les zones métropolitaines, après pondération**

Variables	%
Âge	
35 à 39 ans	51,2
40 à 44 ans	48,8
Sexe	
Homme	47,5
Femme	52,5
Niveau d'études	
Primaire/secondaire	40,9
Professionnel/collégial	26,4
Universitaire	32,7
Revenu	
Moins de 30 000 \$	41,3
30 000 à 59 999 \$	35,4
60 000 \$ et plus	23,3
Langue utilisée	
Français	62,9
Anglais ou autre	37,1

TABLEAU A2
**Pourcentage des individus avec moins de 20 dents
en fonction des caractéristiques des personnes**

	Moins de 20 dents
Personnes dentées ¹	18,6
Sexe	
Homme	17,0
Femme	19,5
Âge	
35 à 39 ans	15,8
40 à 44 ans	21,1
Langue utilisée	
Français	22,8
Anglais ou autre	12,0
Revenu du ménage	
Moins de 30 000 \$	22,6
30 000 à 59 999 \$	23,1
60 000 \$ et plus	7,4
Niveau d'études	
Primaire/secondaire	31,1
Professionnel/collégial	14,6
Universitaire	6,3

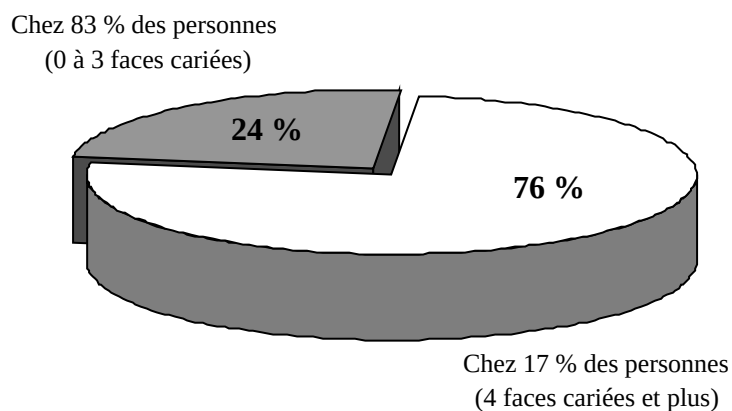
1. Personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

TABLEAU A3
**Nombre moyen de faces coronaires cariées, absentes ou obturées
en fonction des caractéristiques des personnes**

	Nb moyen de faces (dents) absentes	Nb moyen de faces cariées	Nb moyen de faces obturées	Indice CAOF
Personnes dentées ¹	34,0 (7,0)	2,2	25,1	61,3
Sexe				
Homme	32,4 (6,8)	2,7	22,6	57,6
Femme	35,4 (7,4)	1,8	27,5	64,7
Âge				
35 à 39 ans	30,8 (6,5)	2,4	24,7	57,9
40 à 44 ans	37,1 (7,7)	1,9	25,4	64,4
Langue utilisée				
Français	38,7 (8,1)	2,2	24,3	65,2
Anglais ou autre	26,5 (5,6)	2,2	26,4	55,2
Revenu du ménage				
Moins de 30 000 \$	37,3 (7,9)	3,1	20,8	61,2
30 000 à 59 999 \$	37,1 (7,7)	2,1	25,8	65,0
60 000 \$ et plus	26,1 (5,5)	0,7	31,0	57,8
Niveau d'études				
Primaire/secondaire	43,9 (9,2)	2,7	21,1	67,7
Professionnel/collégial	31,2 (6,6)	2,1	26,6	59,9
Universitaire	24,6 (5,1)	1,8	29,1	55,6
Assurance dentaire privée				
Oui	34,0 (7,1)	1,6	28,5	64,1
Non	34,6 (7,2)	2,7	22,2	59,5
Dernière visite chez un dentiste				
Un an ou moins	30,8 (6,4)	1,4	28,3	60,5
Plus d'un an	40,7 (8,6)	3,9	18,2	62,8

1. Personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

FIGURE A1
Répartition des faces cariées non traitées¹



1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

TABLEAU A4
Composantes du CAO dent en fonction du sexe¹

	Homme	Femme	Les deux
Composante C	1,7	1,2	1,4
Composante A	6,8	7,4	7,0
Composante O	10,0	11,6	10,9
CAOD	18,5	20,2	19,3

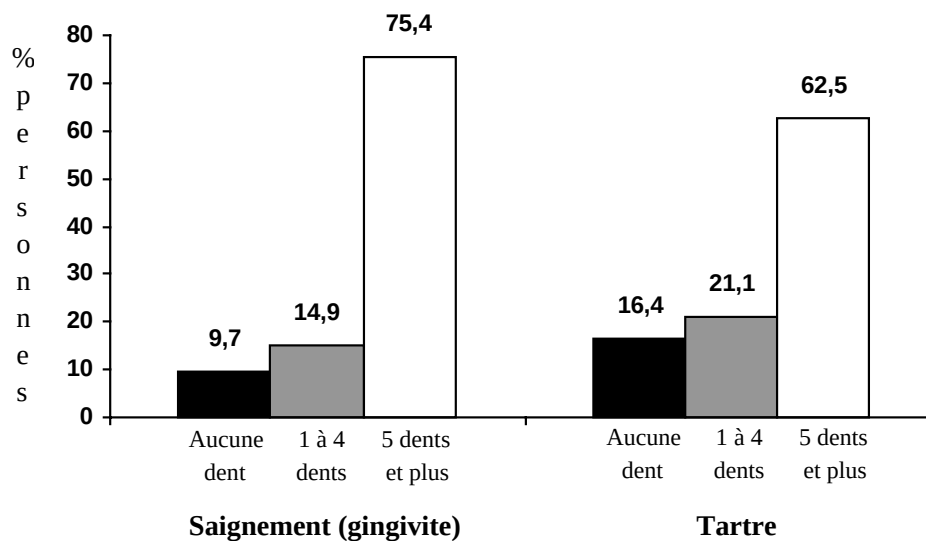
1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

TABLEAU A5
Nombre moyen de faces radiculaires cariées ou obturées¹

Nb moyen de faces cariées	Nb moyen de faces obturées	Indice CO racine
0,5	0,8	1,3

1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

FIGURE A2
Répartition des personnes en fonction du nombre de dents
avec du tartre ou avec un saignement gingival ¹



1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

TABLEAU A6
Répartition des personnes selon les catégories du CPITN ¹

	% de personnes
Cat. 0 : aucune dent avec un saignement	1,8
Cat. 1 : aucune dent avec du tartre	2,2
Cat. 2 : au moins une dent avec du tartre	11,3
Cat. 3 : au moins une dent avec une poche de 4 à 5 mm	54,6
Cat. 4 : au moins une dent avec une poche de 6 mm et plus	30,1

1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

TABLEAU A7

Pourcentage des individus avec au moins une dent présentant une poche parodontale ≥ 6 mm et pourcentage des individus avec au moins une dent présentant une perte d'attachement ≥ 4 mm en fonction des caractéristiques des personnes

	Poche parodontale ≥ 6 mm	Perte d'attachement ≥ 4 mm
Personnes dentées ¹	30,1	62,0
Sexe		
Homme	33,9	66,1
Femme	26,7	57,8
Âge		
35 à 39 ans	26,4	59,7
40 à 44 ans	33,4	63,6
Langue utilisée		
Français	28,5	61,3
Anglais ou autre	32,7	63,4
Revenu du ménage		
Moins de 30 000 \$	36,7	71,2
30 000 à 59 999 \$	25,3	58,0
60 000 \$ et plus	24,3	48,9
Niveau d'études		
Primaire/secondaire	35,5	62,1
Professionnel/collégial	25,3	59,4
Universitaire	26,2	63,5
Assurance dentaire privée		
Oui	23,2	59,7
Non	35,7	63,5
Dernière visite chez un dentiste		
Un an ou moins	28,9	62,2
Plus d'un an	32,8	63,4

1. Personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

TABLEAU A8
Utilisation des services dentaires dans la dernière année et adhésion à un régime privé
d'assurance dentaire en fonction des caractéristiques des personnes

	Utilisation dernière année	Assurance dentaire privée
Échantillon	65,5	47,2
Sexe		
Homme	65,8	45,4
Femme	65,6	49,3
Âge		
35 à 39 ans	64,7	45,4
40 à 44 ans	66,4	50,1
Langue utilisée		
Français	64,2	45,8
Anglais ou autre	67,6	49,9
Revenu du ménage		
Moins de 30 000 \$	51,9	22,5
30 000 à 59 999 \$	69,2	64,7
60 000 \$ et plus	78,8	71,4
Niveau d'études		
Primaire/secondaire	54,6	46,2
Professionnel/collégial	68,0	50,9
Universitaire	75,9	44,7
Assurance dentaire privée		
Oui	74,1	—
Non	59,1	—
Niveau d'édentation		
Dentés haut et bas	68,2	46,6
Édentés haut et/ou bas	36,5	53,1

TABLEAU A9
Hygiène buccodentaire en fonction des caractéristiques des personnes

	Brossage des dents 2 fois/jour ¹	Utilisation de la soie dentaire 1 fois/jour ¹	Brossage des prothèses 2 fois/jour ²
Échantillon	66,7	28,3	62,5
Sexe			
Homme	56,0	25,5	51,2
Femme	76,6	30,5	71,3
Âge			
35 à 39 ans	67,3	30,6	54,2
40 à 44 ans	66,7	26,4	69,8
Langue utilisée			
Français	61,9	26,7	63,4
Anglais ou autre	74,6	31,4	58,1
Revenu du ménage			
Moins de 30 000 \$	65,0	28,7	57,7
30 000 à 59 999 \$	63,8	24,7	65,8
60 000 \$ et plus	69,5	30,3	58,7
Niveau d'études			
Primaire/secondaire	62,5	24,9	65,7
Professionnel/collégial	64,8	26,6	49,6
Universitaire	72,9	33,2	78,1
Assurance dentaire privée			
Oui	68,4	24,9	63,1
Non	65,7	31,2	62,5
Dernière visite chez un dentiste			
Un an ou moins	68,8	29,7	65,7
Plus d'un an	61,7	22,2	55,2

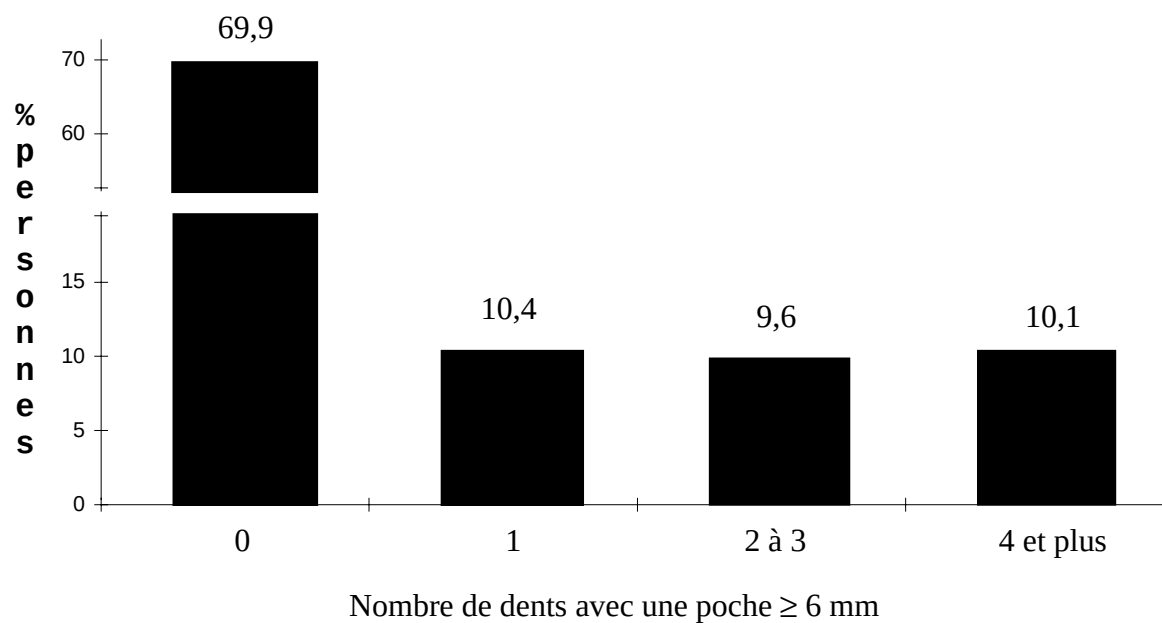
1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

2. Chez les personnes ayant au moins une prothèse amovible (complète ou partielle).

TABLEAU A10
**Pourcentage des personnes qui portent au moins une prothèse amovible et
pourcentage des porteurs de prothèses amovibles dont au moins une des prothèses
présente un problème de stabilité, de rétention ou de matériel, en fonction
des caractéristiques des personnes**

	Porteurs de prothèses amovibles	Prothèses amovibles inadéquates
Échantillon	21,9	35,1
Sexe		
Homme	20,3	30,0
Femme	22,8	40,6
Âge		
35 à 39 ans	18,1	35,0
40 à 44 ans	25,3	34,4
Langue utilisée		
Français	28,2	35,1
Anglais ou autre	11,4	35,0
Revenu du ménage		
Moins de 30 000 \$	28,4	41,6
30 000 à 59 999 \$	23,5	23,4
60 000 \$ et plus	10,7	34,2
Niveau d'études		
Primaire/secondaire	33,7	36,9
Professionnel/collégial	17,8	43,2
Universitaire	9,1	17,3
Assurance dentaire privée		
Oui	21,2	31,4
Non	22,2	36,6
Dernière visite chez un dentiste		
Un an ou moins	15,4	15,4
Plus d'un an	30,0	44,8

FIGURE A3
Pourcentage de personnes en fonction du nombre de dents
avec une poche parodontale ≥ 6 mm¹



1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

TABLEAU A11
Pourcentage de personnes avec au moins un sextant à reconstituer

	1 ^{er} critère	2 ^e critère
Pourcentage de personnes avec au moins un sextant à reconstituer	42,3	14,8
Nombre moyen de dents absentes ¹	4,7	6,8

1. Chez les personnes avec au moins un sextant à reconstituer (troisièmes molaires exclues).

ANNEXE 1

TABLEAUX ET FIGURES

B. RÉSULTATS POUR LES ZONES URBAINES

TABLEAU B1
**Caractéristiques sociodémographiques des personnes habitant
les zones urbaines, après pondération**

Variables	%
Âge	
35 à 39 ans	51,9
40 à 44 ans	48,1
Sexe	
Homme	48,3
Femme	51,7
Niveau d'études	
Primaire/secondaire	36,8
Professionnel/collégial	33,6
Universitaire	29,5
Revenu	
Moins de 30 000 \$	23,1
30 000 à 59 999 \$	39,0
60 000 \$ et plus	37,9

TABLEAU B2
**Pourcentage des individus avec moins de 20 dents
en fonction des caractéristiques des personnes**

	Moins de 20 dents
Personnes dentées ¹	22,6
Sexe	
Homme	22,0
Femme	23,3
Âge	
35 à 39 ans	19,0
40 à 44 ans	27,1
Revenu du ménage	
Moins de 30 000 \$	24,1
30 000 à 59 999 \$	21,4
60 000 \$ et plus	21,3
Niveau d'études	
Primaire/secondaire	31,6
Professionnel/collégial	21,9
Universitaire	13,1

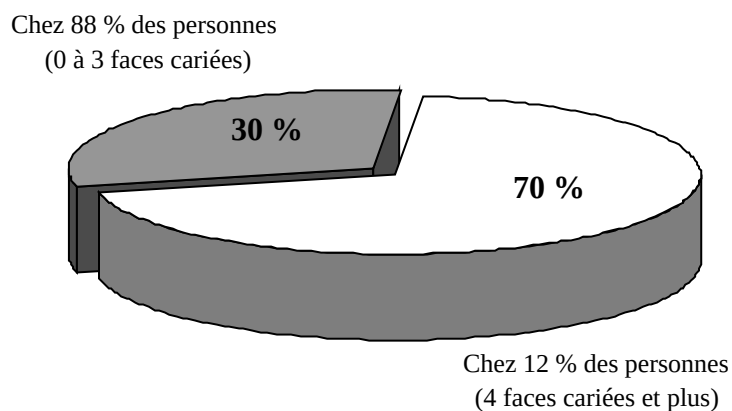
1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

TABLEAU B3
**Nombre moyen de faces coronaires cariées, absentes ou obturées
en fonction des caractéristiques des personnes**

	Nb moyen de faces (dents) absentes	Nb moyen de faces cariées	Nb moyen de faces obturées	Indice CAOF
Personnes dentées ¹	38,3 (7,9)	1,4	25,4	65,1
Sexe				
Homme	37,0 (7,7)	1,7	25,5	64,2
Femme	39,5 (8,3)	1,1	25,4	66,0
Âge				
35 à 39 ans	34,4 (7,2)	1,5	25,0	60,9
40 à 44 ans	42,9 (9,0)	1,3	25,9	70,1
Revenu du ménage				
Moins de 30 000 \$	41,2 (8,7)	1,7	22,3	65,2
30 000 à 59 999 \$	37,7 (7,9)	1,7	24,3	63,7
60 000 \$ et plus	37,2 (7,7)	0,9	29,8	67,9
Niveau d'études				
Primaire/secondaire	44,4 (9,3)	1,9	21,1	67,4
Professionnel/collégial	38,2 (8,0)	1,3	24,7	64,2
Universitaire	31,3 (6,6)	0,9	31,2	63,4
Assurance dentaire privée				
Oui	37,1 (7,7)	0,9	26,6	64,6
Non	39,9 (8,4)	2,0	24,1	66,0
Dernière visite chez un dentiste				
Un an ou moins	35,7 (7,5)	1,0	27,4	64,0
Plus d'un an	43,3 (9,1)	2,5	20,4	66,2

1. Personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

FIGURE B1
Répartition des faces cariées non traitées¹



1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

TABLEAU B4
Composantes du CAO dent en fonction du sexe¹

	Homme	Femme	Les deux
Composante C	1,1	0,7	0,9
Composante A	7,7	8,3	7,9
Composante O	11,0	11,6	11,3
CAOD	19,8	20,6	20,1

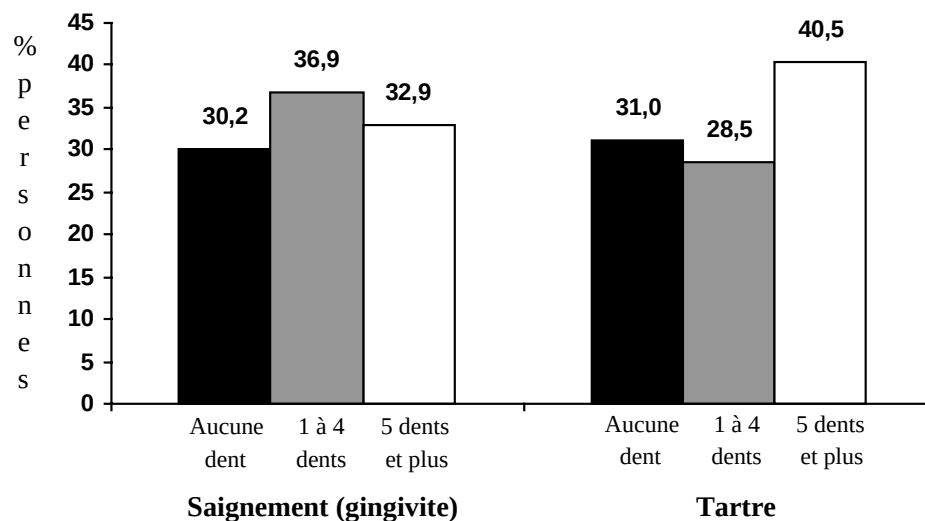
1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

TABLEAU B5
Nombre moyen de faces radiculaires cariées ou obturées¹

Nb moyen de faces cariées	Nb moyen de faces obturées	Indice CO racine
0,1	0,3	0,4

1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

FIGURE B2
Répartition des personnes en fonction du nombre de dents
avec du tartre ou avec un saignement gingival ¹



1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

TABLEAU B6
Répartition des personnes selon les catégories du CPITN ¹

	% de personnes
Cat. 0 : aucune dent avec un saignement	9,3
Cat. 1 : aucune dent avec du tartre	6,6
Cat. 2 : au moins une dent avec du tartre	20,8
Cat. 3 : au moins une dent avec une poche de 4 à 5 mm	45,6
Cat. 4 : au moins une dent avec une poche de 6 mm et plus	17,7

1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

TABLEAU B7

**Pourcentage des individus avec au moins une dent présentant une poche parodontale ≥ 6 mm
et pourcentage des individus avec au moins une dent présentant
une perte d'attachement ≥ 4 mm en fonction des caractéristiques des personnes**

	Poche parodontale ≥ 6 mm	Perte d'attachement ≥ 4 mm
Personnes dentées ¹	17,7	41,1
Sexe		
Homme	23,5	42,9
Femme	12,4	39,1
Âge		
35 à 39 ans	19,5	37,5
40 à 44 ans	15,8	45,0
Revenu du ménage		
Moins de 30 000 \$	23,9	44,3
30 000 à 59 999 \$	18,4	42,5
60 000 \$ et plus	14,6	37,4
Niveau d'études		
Primaire/secondaire	19,3	47,8
Professionnel/collégial	19,1	36,7
Universitaire	14,4	37,8
Assurance dentaire privée		
Oui	16,8	41,8
Non	19,3	40,3
Dernière visite chez un dentiste		
Un an ou moins	16,4	38,1
Plus d'un an	22,8	51,0

1. Personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

TABLEAU B8
**Utilisation des services dentaires dans la dernière année et adhésion à un régime privé
d'assurance dentaire en fonction des caractéristiques des personnes**

	Utilisation dernière année	Assurance dentaire privée
Échantillon	74,5	57,7
Sexe		
Homme	71,6	59,1
Femme	77,1	56,6
Âge		
35 à 39 ans	75,9	59,2
40 à 44 ans	72,8	55,9
Revenu du ménage		
Moins de 30 000 \$	62,3	34,9
30 000 à 59 999 \$	75,3	60,6
60 000 \$ et plus	81,5	67,5
Niveau d'études		
Primaire/secondaire	69,6	61,0
Professionnel/collégial	71,7	57,6
Universitaire	83,3	53,8
Assurance dentaire privée		
Oui	81,8	—
Non	64,0	—
Niveau d'édentation		
Dentés haut et bas	77,4	58,6
Édentés haut et/ou bas	57,7	53,7

Tableau B9
Hygiène buccodentaire en fonction des caractéristiques des personnes

	Brossage des dents 2 fois/jour ¹	Utilisation de la soie dentaire 1 fois/jour ¹	Brossage des prothèses 2 fois/jour ²
Échantillon	73,8	25,2	71,2
Sexe			
Homme	61,8	14,6	62,2
Femme	85,8	35,7	78,3
Âge			
35 à 39 ans	76,6	23,9	71,5
40 à 44 ans	70,7	27,0	70,9
Revenu du ménage			
Moins de 30 000 \$	69,4	23,5	69,2
30 000 à 59 999 \$	76,6	25,4	76,7
60 000 \$ et plus	73,3	26,8	63,1
Niveau d'études			
Primaire/secondaire	73,6	23,7	76,9
Professionnel/collégial	74,2	23,8	61,5
Universitaire	74,2	28,8	73,8
Assurance dentaire privée			
Oui	75,4	28,0	75,9
Non	72,1	20,9	65,3
Dernière visite chez un dentiste			
Un an ou moins	74,4	29,7	71,4
Plus d'un an	72,0	12,6	74,1

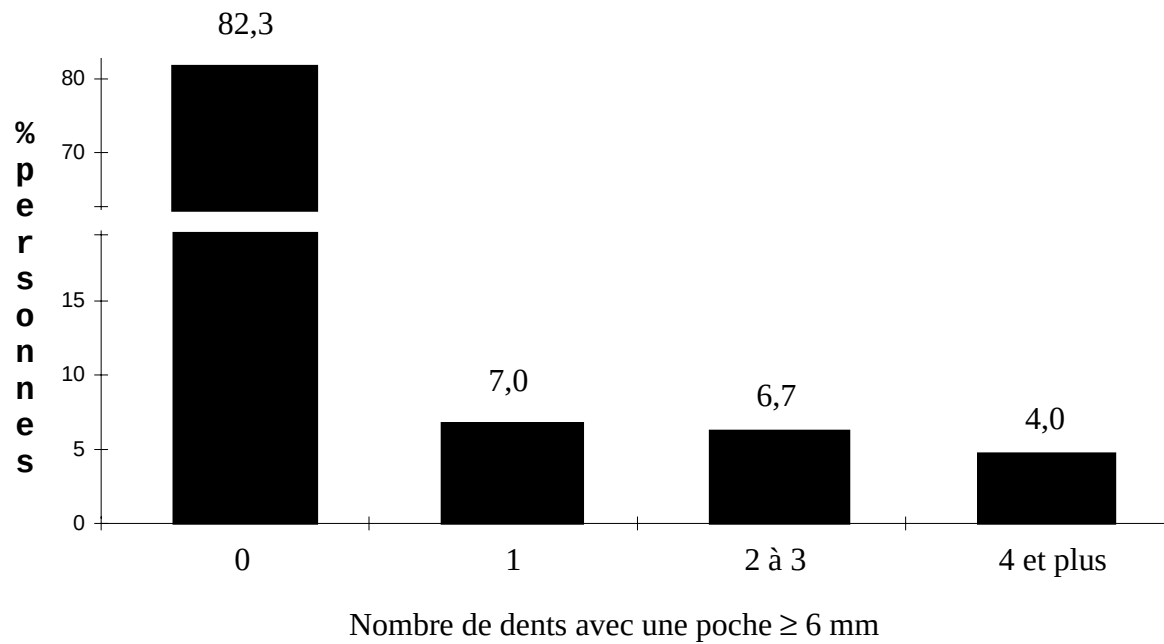
1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

2. Chez les personnes ayant au moins une prothèse amovible (complète ou partielle).

TABLEAU B10
**Pourcentage des personnes qui portent au moins une prothèse amovible et
pourcentage des porteurs de prothèses amovibles dont au moins une des prothèses
présente un problème de stabilité, de rétention ou de matériel,
en fonction des caractéristiques des personnes**

	Porteurs de prothèses amovibles	Prothèses amovibles inadéquates
Échantillon	27,9	34,8
Sexe		
Homme	25,8	35,7
Femme	29,9	34,3
Âge		
35 à 39 ans	23,5	29,0
40 à 44 ans	32,8	39,1
Revenu du ménage		
Moins de 30 000 \$	30,2	36,9
30 000 à 59 999 \$	24,5	37,0
60 000 \$ et plus	28,2	33,6
Niveau d'études		
Primaire/secondaire	35,2	42,6
Professionnel/collégial	27,7	36,9
Universitaire	19,2	14,2
Assurance dentaire privée		
Oui	26,1	30,1
Non	30,2	41,4
Dernière visite chez un dentiste		
Un an ou moins	20,5	27,0
Plus d'un an	35,7	41,6

FIGURE B3
Pourcentage de personnes en fonction du nombre de dents
avec une poche parodontale ≥ 6 mm¹



1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

TABLEAU B11
Pourcentage de personnes avec au moins un sextant à reconstituer

	1 ^{er} critère	2 ^e critère
Pourcentage de personnes avec au moins un sextant à reconstituer	48,1	14,0
Nombre moyen de dents absentes ¹	4,8	5,9

1. Chez les personnes avec au moins un sextant à reconstituer (troisièmes molaires exclues).

ANNEXE 1

TABLEAUX ET FIGURES

C. RÉSULTATS POUR LES ZONES RURALES

TABLEAU C1
**Caractéristiques sociodémographiques des personnes habitant
les zones rurales, après pondération**

Variables	%
Âge	
35 à 39 ans	52,1
40 à 44 ans	47,9
Sexe	
Homme	50,9
Femme	49,1
Niveau d'études	
Primaire/secondaire	59,4
Professionnel/collégial	30,3
Universitaire	10,3
Revenu	
Moins de 30 000 \$	40,5
30 000 à 59 999 \$	47,9
60 000 \$ et plus	11,6
Langue utilisée	
Français	88,0
Anglais ou autre	12,0

TABLEAU C2
**Pourcentage des individus avec moins de 20 dents
en fonction des caractéristiques des personnes**

	Moins de 20 dents
Personnes dentées ¹	33,6
Sexe	
Homme	31,2
Femme	36,3
Âge	
35 à 39 ans	28,6
40 à 44 ans	40,4
Langue utilisée	
Français	35,4
Anglais ou autre	20,1
Revenu du ménage	
Moins de 30 000 \$	38,7
30 000 à 59 999 \$	32,7
60 000 \$ et plus	25,3
Niveau d'études	
Primaire/secondaire	39,4
Professionnel/collégial	30,1
Universitaire	13,8

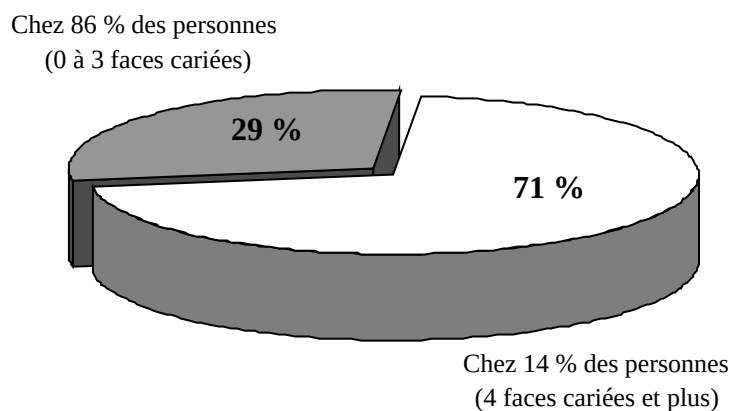
1. Personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

TABLEAU C3
**Nombre moyen de faces coronaires cariées, absentes ou obturées
en fonction des caractéristiques des personnes**

	Nb moyen de faces (dents) absentes	Nb moyen de faces cariées	Nb moyen de faces obturées	Indice CAOF
Personnes dentées ¹	48,2 (10,0)	1,9	19,7	69,8
Sexe				
Homme	46,8 (9,9)	2,5	18,0	67,3
Femme	49,8 (10,4)	1,2	21,5	72,5
Âge				
35 à 39 ans	45,0 (9,4)	2,1	20,1	67,1
40 à 44 ans	52,6 (11,0)	1,7	19,1	73,4
Langue utilisée				
Français	50,2 (10,5)	2,0	19,0	71,3
Anglais ou autre	33,4 (7,1)	0,4	25,2	59,1
Revenu du ménage				
Moins de 30 000 \$	53,4 (11,2)	2,8	18,3	74,5
30 000 à 59 999 \$	46,8 (9,8)	1,4	21,2	69,4
60 000 \$ et plus	37,3 (7,7)	1,1	20,2	58,6
Niveau d'études				
Primaire/secondaire	53,7 (11,3)	2,4	16,8	72,9
Professionnel/collégial	44,3 (9,3)	1,2	22,1	67,6
Universitaire	31,0 (6,4)	1,1	28,0	60,1
Assurance dentaire privée				
Oui	48,6 (10,1)	1,4	20,7	70,7
Non	46,8 (9,8)	2,2	19,7	68,6
Dernière visite chez un dentiste				
Un an ou moins	43,6 (9,1)	1,1	23,4	68,1
Plus d'un an	55,4 (11,7)	3,5	13,1	72,0

1. Personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

FIGURE C1
Répartition des faces cariées non traitées¹



1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

TABLEAU C4
Composantes du CAO dent en fonction du sexe¹

	Homme	Femme	Les deux
Composante C	1,6	0,9	1,3
Composante A	9,9	10,4	10,0
Composante O	8,4	10,1	9,3
CAOD	19,9	21,4	20,6

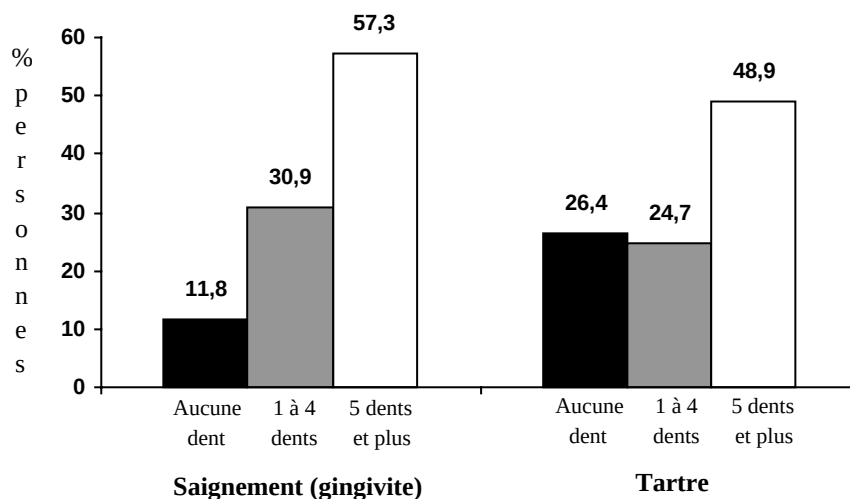
1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

TABLEAU C5
Nombre moyen de faces radiculaires cariées ou obturées¹

Nb moyen de faces cariées	Nb moyen de faces obturées	Indice CO racine
0,3	0,3	0,6

1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

FIGURE C2
Répartition des personnes en fonction du nombre de dents avec du tartre
ou avec un saignement gingival ¹



1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

TABLEAU C6
Répartition des personnes selon les catégories du CPITN ¹

	% de personnes
Cat. 0 : aucune dent avec un saignement	2,9
Cat. 1 : aucune dent avec du tartre	8,6
Cat. 2 : au moins une dent avec du tartre	13,0
Cat. 3 : au moins une dent avec une poche de 4 à 5 mm	60,2
Cat. 4 : au moins une dent avec une poche de 6 mm et plus	15,4

1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

TABLEAU C7

Pourcentage des individus avec au moins une dent présentant une poche parodontale ≥ 6 mm et pourcentage des individus avec au moins une dent présentant une perte d'attachement ≥ 4 mm en fonction des caractéristiques des personnes

	Poche parodontale ≥ 6 mm	Perte d'attachement ≥ 4 mm
Personnes dentées ¹	15,4	57,3
Sexe		
Homme	19,2	61,0
Femme	10,8	53,4
Âge		
35 à 39 ans	13,2	51,8
40 à 44 ans	18,0	63,0
Langue utilisée		
Français	15,9	58,9
Anglais ou autre	8,7	44,5
Revenu du ménage		
Moins de 30 000 \$	23,0	60,7
30 000 à 59 999 \$	12,1	58,2
60 000 \$ et plus	9,5	59,7
Niveau d'études		
Primaire/secondaire	18,7	60,1
Professionnel/collégial	12,6	58,8
Universitaire	4,9	39,3
Assurance dentaire privée		
Oui	12,7	62,9
Non	17,0	54,7
Dernière visite chez un dentiste		
Un an ou moins	11,7	51,1
Plus d'un an	22,5	68,9

1. Personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

TABLEAU C8

Utilisation des services dentaires dans la dernière année et adhésion à un régime privé d'assurance dentaire en fonction des caractéristiques des personnes

	Utilisation dernière année	Assurance dentaire privée
Échantillon	64,3	34,3
Sexe		
Homme	59,8	33,4
Femme	68,9	35,3
Âge		
35 à 39 ans	62,6	32,1
40 à 44 ans	65,1	36,6
Langue utilisée		
Français	61,4	33,3
Anglais ou autre	87,5	43,5
Revenu du ménage		
Moins de 30 000 \$	58,1	15,1
30 000 à 59 999 \$	67,9	45,0
60 000 \$ et plus	78,7	49,1
Niveau d'études		
Primaire/secondaire	56,5	32,8
Professionnel/collégial	71,2	42,2
Universitaire	88,0	20,2
Assurance dentaire privée		
Oui	76,5	—
Non	58,7	—
Niveau d'édentation		
Dentés haut et bas	71,5	34,6
Édentés haut et/ou bas	41,6	33,5

TABLEAU C9
Hygiène buccodentaire en fonction des caractéristiques des personnes

	Brossage des dents 2 fois/jour ¹	Utilisation de la soie dentaire 1 fois/jour ¹	Brossage des prothèses 2 fois/jour ²
Échantillon	55,8	17,1	60,7
Sexe			
Homme	40,5	6,8	49,3
Femme	72,5	28,4	71,3
Âge			
35 à 39 ans	54,1	16,5	70,9
40 à 44 ans	56,6	17,2	53,0
Langue utilisée			
Français	56,5	16,9	61,0
Anglais ou autre	51,2	19,4	65,1
Revenu du ménage			
Moins de 30 000 \$	53,7	19,4	53,1
30 000 à 59 999 \$	54,6	12,3	68,7
60 000 \$ et plus	64,6	23,7	60,7
Niveau d'études			
Primaire/secondaire	48,1	14,2	54,6
Professionnel/collégial	60,6	19,5	76,2
Universitaire	81,4	25,8	73,3
Assurance dentaire privée			
Oui	59,3	13,4	66,2
Non	53,5	18,9	57,3
Dernière visite chez un dentiste			
Un an ou moins	61,2	20,8	67,3
Plus d'un an	45,7	9,0	52,5

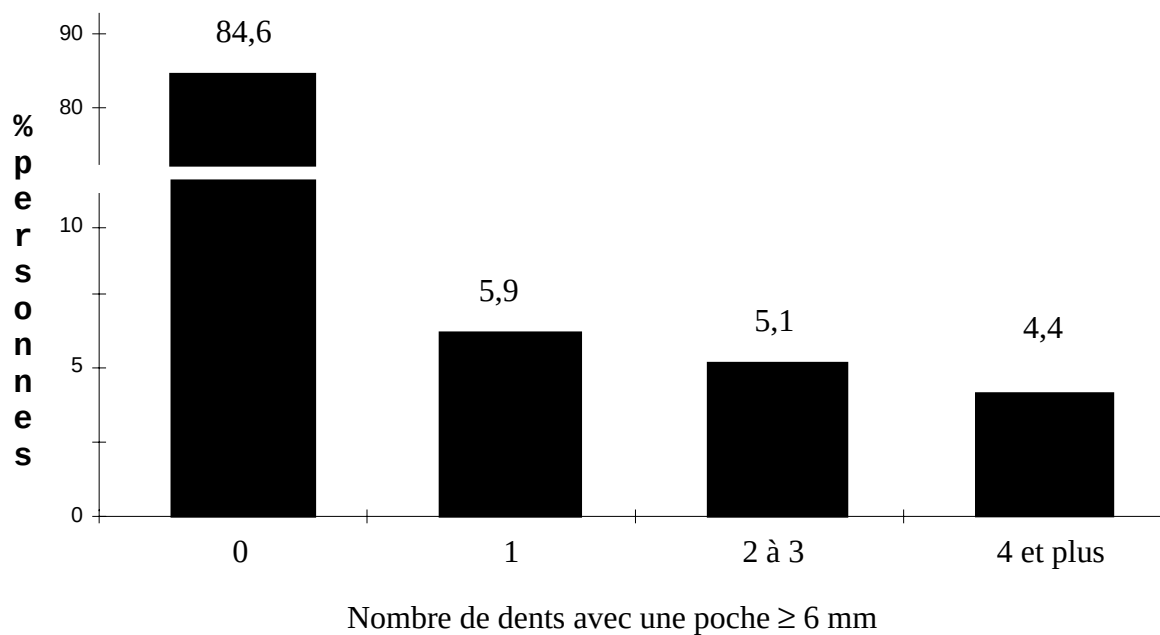
1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

2. Chez les personnes ayant au moins une prothèse amovible (complète ou partielle).

TABLEAU C10
**Pourcentage des personnes qui portent au moins une prothèse amovible et
pourcentage des porteurs de prothèses amovibles dont au moins une des prothèses
présente un problème de stabilité, de rétention ou de matériel, en fonction
des caractéristiques des personnes**

	Porteurs de prothèses amovibles	Prothèses amovibles inadéquates
Échantillon	36,8	34,5
Sexe		
Homme	34,3	43,1
Femme	39,6	26,6
Âge		
35 à 39 ans	31,8	36,0
40 à 44 ans	43,3	33,3
Langue utilisée		
Français	39,5	35,2
Anglais ou autre	16,6	27,4
Revenu du ménage		
Moins de 30 000 \$	44,9	45,2
30 000 à 59 999 \$	33,7	31,0
60 000 \$ et plus	18,0	7,4
Niveau d'études		
Primaire/secondaire	44,0	36,7
Professionnel/collégial	31,1	32,6
Universitaire	12,2	0,0
Assurance dentaire privée		
Oui	36,8	26,4
Non	35,9	41,1
Dernière visite chez un dentiste		
Un an ou moins	27,5	15,0
Plus d'un an	46,8	50,8

FIGURE C3
Pourcentage de personnes en fonction du nombre de dents
avec une poche parodontale ≥ 6 mm¹



1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

TABLEAU C11
Pourcentage de personnes avec au moins un sextant à reconstituer

	1 ^{er} critère	2 ^e critère
Pourcentage de personnes avec au moins un sextant à reconstituer	55,8	19,5
Nombre moyen de dents absentes ¹	5,5	6,8

1. Chez les personnes avec au moins un sextant à reconstituer (troisièmes molaires exclues).

ANNEXE 2

TABLEAUX SYNTHÈSES DÉCRIVANT LA SITUATION DANS CHACUNE DES RÉGIONS PARTICIPANTES

N.B. Les résultats spécifiques de chacune des régions participantes doivent être interprétés avec beaucoup de précaution. En effet, selon le plan d'échantillonnage utilisé, seuls quelques secteurs de recensement ont été retenus dans certaines régions. Ces secteurs peuvent ne pas être représentatifs de la région. Nous suggérons donc d'utiliser principalement les tableaux et figures de l'annexe 1 pour la description des régions.

Caractéristiques sociodémographiques des personnes

Variables	Montréal	Québec	Mauricie— Bois-Francs	Lanaudière	Montréal	Chaudière- Appalaches	Laval
Âge							
35 à 39 ans	51,0	52,2	53,0	52,9	46,6	53,7	52,2
40 à 44 ans	49,0	47,8	47,0	47,1	53,4	46,3	47,8
Sexe							
Homme	47,0	48,5	51,0	51,1	40,7	52,9	50,0
Femme	53,0	51,5	49,0	48,9	59,3	47,1	50,0
Niveau d'études							
Primaire/secondaire	39,4	34,6	30,5	63,9	43,1	47,5	49,7
Professionnel/collégial	25,3	40,8	32,0	23,1	34,7	42,0	32,8
Universitaire	35,2	24,5	37,5	12,9	22,2	10,4	17,5
Revenu							
Moins de 30 000 \$	42,6	21,2	24,7	34,1	24,3	47,9	33,5
30 000 à 59 999 \$	35,2	45,7	33,0	49,5	38,7	44,1	36,6
60 000 \$ et plus	22,2	33,1	42,3	16,4	37,0	8,0	29,9

Nombre de dents, de caries dentaires et de caries radiculaires ¹

	Montréal	Québec	Mauricie— Bois-Francs	Lanaudière	Montréal	Chaudière- Appalaches	Laval
% de personnes avec moins de 20 dents	17,5	40,9	12,2	27,1	20,7	43,0	25,3
Nombre moyen de faces cariées	2,4	2,1	1,1	1,6	0,8	2,7	1,2
Nombre moyen de faces absentes	33,2	49,4	33,7	42,7	35,4	55,0	39,4
Nombre moyen de faces obturées	25,0	24,6	28,2	19,6	25,7	17,8	25,7
Indice CAO	60,5	76,2	62,9	63,9	61,9	75,4	66,2
% de personnes avec 4 faces cariées et plus	18,4	16,2	11,1	12,8	5,0	20,9	8,9
Nombre moyen de dents cariées	1,5	1,4	0,8	1,1	0,5	1,8	0,8
Nombre moyen de dents absentes	6,8	10,3	6,9	8,9	7,2	11,5	8,1
Nombre moyen de dents obturées	10,7	10,4	12,4	9,1	11,9	8,5	11,8
Indice CAOD	19,0	22,0	20,1	19,1	19,6	21,7	20,7
Nombre moyen de faces radiculaires cariées	0,5	0,2	0,0	0,3	0,1	0,6	0,3
Nombre moyen de faces radiculaires obturées	0,9	0,1	0,1	0,4	0,6	0,3	0,6
Indice COF racine	1,4	0,3	0,2	0,7	0,7	0,9	0,9

1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

Problèmes parodontaux ¹

	Montréal	Québec	Mauricie— Bois-Francs	Lanaudière	Montréal	Chaudière- Appalaches	Laval
	%	%	%	%	%	%	%
Indice CPITN							
Aucune dent avec un saignement	1,0	11,1	4,6	4,5	13,6	3,5	6,5
Aucune dent avec du tartre	1,8	1,7	1,4	16,8	10,7	0,0	4,6
Une dent et + avec du tartre	11,6	19,6	15,7	23,9	13,0	10,2	9,6
Une dent et + avec une poche de 4 à 5 mm	54,7	55,1	51,7	38,0	52,6	75,4	53,8
Une dent et + avec une poche ≥ 6 mm	30,9	12,6	26,6	16,7	10,1	10,9	25,5
% des personnes avec au moins une dent présentant une perte d'attachement ≥ 4 mm	62,5	20,6	40,8	58,7	50,2	66,6	58,8

1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires exclues).

Utilisation, assurance, prothèses amovibles et besoins de reconstitution

	Montréal	Québec	Mauricie— Bois-Francs	Lanaudière	Montréal	Chaudière- Appalaches	Laval
	%	%	%	%	%	%	%
Visite chez un dentiste dans la dernière année	65,6	76,3	75,2	64,8	76,8	60,5	65,1
Adhésion assurance dentaire privée	45,4	51,5	61,4	47,8	49,4	20,9	58,0
Brossage dents au moins 2 fois/jour ¹	68,4	71,6	77,3	60,5	60,2	64,8	56,8
Utilisation soie au moins 1 fois/jour ¹	28,6	22,8	25,2	18,7	25,5	20,4	26,3
Brossage prothèses au moins 2 fois/jour ²	61,0	67,1	81,8	62,4	46,9	67,7	68,4
Port d'au moins une prothèse amovible	20,6	42,7	23,1	31,5	20,5	44,9	29,2
Au moins une prothèse inadéquate ²	35,3	45,8	15,7	29,5	50,6	40,3	34,2
Au moins un sextant à reconstituer (critère 1) ¹	41,5	53,2	49,4	53,1	37,9	61,7	47,4
Au moins un sextant à reconstituer (critère 2) ¹	14,5	17,2	10,9	17,2	17,9	20,1	16,7

1. Chez les personnes ayant encore au moins une dent (troisièmes molaires incluses).

2. Chez les personnes ayant au moins une prothèse amovible.

ANNEXE 3

POPULATION DE 35 À 44 ANS AU QUÉBEC SELON LE RECENSEMENT DE 1991

MONTREAL			
	Sexe	Âge	N
Zone fluorée	Homme	35-39	3 575
		40-44	4 020
	Femme	35-39	4 100
		40-44	4 260
Canadien français + riche	Homme	35-39	18 265
		40-44	17 050
	Femme	35-39	20 325
		40-44	19 805
Canadien français - riche	Homme	35-39	30 685
		40-44	25 505
	Femme	35-39	29 305
		40-44	25 495
Canadien anglais + riche	Homme	35-39	4 715
		40-44	4 980
	Femme	35-39	5 370
		40-44	5 640
Canadien anglais - riche	Homme	35-39	14 200
		40-44	12 615
	Femme	35-39	14 780
		40-44	14 220
Total Montréal			278 910

LAVAL

	Sexe	Âge	N
	Homme	35-39	12 850
		40-44	11 890
	Femme	35-39	13 555
		40-44	12 415
Total Laval			50 710

METROPOLITAIN (Montréal + Laval)			
	Sexe	Âge	N
	Homme	35-39	84 290
		40-44	76 060
	Femme	35-39	87 435
		40-44	81 835
Total métropolitain			329 620

URBAIN

	Sexe	Âge	N
Petite ville	Homme	35-39	31 455
		40-44	28 890
	Femme	35-39	31 855
		40-44	28 500
Moyenne ville	Homme	35-39	39 180
		40-44	36 240
	Femme	35-39	40 965
		40-44	37 605
Grande ville	Homme	35-39	68 355
		40-44	63 550
	Femme	35-39	71 755
		40-44	67 565
Total urbain			545 915

RURAL

	Sexe	Âge	N
Rural nord	Homme	35-39	42 325
		40-44	38 280
	Femme	35-39	39 905
		40-44	34 390
Rural sud	Homme	35-39	42 225
		40-44	38 150
	Femme	35-39	39 830
		40-44	35 350
Total rural			310 455

ANNEXE 4

CRITÈRES D'EXAMEN

SECTION 1

ÉVALUATION DE LA CONDITION PROTHÉTIQUE

Dernière extraction

- 1° Donner une réponse pour chacun des maxillaires. Si le sujet n'a jamais eu d'extraction, inscrire 99 pour le maxillaire concerné.

Histoire prothétique et présence de prothèses

- 2° Indiquez 0 si le sujet n'a jamais porté de prothèse amovible. S'il en a déjà eu une mais ne l'a pas portée au cours du dernier mois, indiquez 1 pour le maxillaire concerné.

Pour les prothèses portées au moins une fois au cours du dernier mois, indiquez le code correspondant au type de prothèse (complète=2, partielle base métallique=3, partielle base acrylique=4).

Port des prothèses

- 3° Le port de prothèse n'est considéré que si le sujet porte sa prothèse au début de l'examen ou la portait durant les minutes précédant l'examen.

Si la réponse est non, indiquez « ne s'applique pas » (=9) pour les questions 4 à 7.

Stabilité

- 4° La prothèse est considérée instable lorsque délogée à la suite d'une légère pression du doigt (moins de 25 grammes) appliquée horizontalement puis verticalement au niveau des prémolaires.

On exerce la pression à partir de la face buccale des deux côtés (gauche et droite), l'un à la suite de l'autre. Dans le cas de prothèses partielles, on exerce la pression également au niveau des prémolaires. En l'absence de prémolaires, on exerce la pression au niveau des dents situées le plus près de ces dernières.

Rétention

- 5° Pour évaluer la rétention, on demande au sujet d'humecter ses lèvres en faisant le tour avec sa langue, les lèvres étant distantes d'environ 15 mm. Si la prothèse est délogée, elle est jugée non rétentive.

Matériel

- 6° On considère qu'il y a nécessité de réfection de la prothèse lorsqu'il y a des parties manquantes, une fracture, une porosité visible, un rebasage mou ou d'autres défauts de matériel. L'examineur se sert de son jugement clinique pour se prononcer sur la nécessité de réfection partielle ou complète.

Tartre

- 7° On considère qu'il y a présence de tartre si on peut détecter des dépôts calcifiés soit à l'intérieur, soit à l'extérieur des appareils amovibles. En cas de doute, indiquez absence de tartre (non=2).

SECTION 2

DOULEURS MUSCULO-SQUELETTIQUES AU NIVEAU FACIAL

Directives générales pour l'examen

- 1° Les mesures seront prises alors que les muscles masticateurs sont au repos, à moins qu'il en soit spécifié autrement. Les muscles et les articulations ne devraient recevoir aucune autre pression supplémentaire en aucun temps.
- 2° Les mesures enregistrées seront notées avec deux chiffres (ex. : 28 mm, 09 mm. Si une des mesures se situait, par exemple, entre 26 mm et 27 mm (26,8 mm), arrondir à l'entier le plus près, soit 27. Lorsque la mesure se situe à mi-chemin entre deux entiers (ex. : 47,5 mm), arrondir à l'entier le plus haut (dans ce cas-ci, 48 mm).
- 3° Le sujet sera en position assise (angle de 90 degrés) avec la tête bien appuyée.
- 4° L'examen des muscles et des articulations est fait avec les prothèses dentaires en bouche. Si le patient est porteur d'une plaque occlusale, celle-ci devrait être enlevée.

2.1 Le patient se plaint de douleur buccofaciale au moment de l'examen

Dents, gencives, mâchoire ou muscles incluant articulation de la mâchoire en avant des oreilles.

Il s'agit ici de savoir si, juste avant de procéder à la palpation des muscles masticateurs et des ATM, le patient ressent de la douleur en provenance des dents, des gencives, de la mâchoire ou des ATM (sont exclus la tête, le nez, les yeux, les oreilles, le cou). La douleur aux

gencives se rapporte aux tissus de support entourant les dents ; les crêtes édentées sont donc exclues. Chez les sujets complètement édentés, indiquez non applicable (na) pour les éléments dents et gencives.

Instructions générales pour évaluer la sensibilité à la palpation des muscles masticateurs et des articulations temporomandibulaires

Palpation digitale à l'examen

L'examen des muscles et des capsules articulaires afin d'évaluer la présence de douleur exige d'appliquer une pression à un site spécifique en utilisant le bout de l'index (paume) et une pression standardisée équivalente à 2 lb (1 kg) pour la palpation des muscles extraoraux et 1 lb (0,5 kg) pour la palpation des articulations. En palpant les muscles d'une main, utilisez la main opposée pour soutenir la tête et ainsi procurer une certaine stabilité lors de l'examen. La mandibule du patient devrait être au repos sans que les dents ne se touchent (dites au patient de laisser les dents légèrement espacées comme s'il prononçait la lettre « m »). Si nécessaire, demandez au patient de serrer légèrement les mâchoires et ensuite de relaxer pour bien identifier les sites musculaires que vous devez palper (« je vais appliquer de la pression sur certains de vos muscles : serrez légèrement vos dents ensemble et, ensuite, relâchez vos mâchoires pour que vos dents soient légèrement séparées »). Pour éviter les oublis, procédez à la palpation des sites musculaires selon l'ordre apparaissant au dossier du sujet.

Premièrement, localisez le site à palper en utilisant les repères anatomiques décrits et pressez avec l'index. Avant de commencer à palper, dites : « dans la prochaine partie de l'examen, j'aimerais savoir si vous ressentez soit de la douleur, soit de la pression quand je palpe ou applique de la pression sur certaines parties de votre tête ou de votre visage ». Demandez au sujet, après avoir palpé chacun des sites, s'il ressent de la douleur ou seulement de la pression. Enregistrez toute réponse équivoque ou la

présence de pression comme étant « non », c'est-à-dire aucune douleur. Si la réponse du sujet est ambiguë, demandez-lui de nouveau en insistant pour qu'il fasse un choix clair. Dans le doute, inscrivez « non » pour aucune douleur.

2.2 Douleur aux muscles

Descriptions des sites musculaires extraoraux

Corps du masséter — Demandez au sujet de serrer les dents et, avec votre index, localiser le site du gonflement maximum du muscle (prégonial, antérieur et supérieur à l'angle). Appliquez votre pression à cet endroit.

Origine du masséter (préauriculaire) — Demandez au sujet de serrer et ensuite de relaxer pour bien observer la localisation du masséter. Palpez à l'origine du muscle qui commence dans la région prétragale située environ à 1 cm immédiatement en avant de l'ATM et immédiatement en dessous de l'arche zygomatique (placez le majeur sur le pôle latéral de l'ATM avec l'index juste en avant du majeur) et palpez avec la paume de l'index antérieurement au bord du muscle (sur un axe horizontal à l'arche).

Temporal (antérieur) — Palpez les fibres au-dessus de la fosse infratemporale environ 2 à 3 cm immédiatement au-dessus du procès zygomatique (en haut du côté de l'œil). En plaçant l'index et le majeur sur la tempe, demandez au sujet de serrer et ensuite de relâcher pour identifier le site du gonflement maximum de la partie antérieure du muscle. Appliquez votre pression à cet endroit.

Temporal (médian et postérieur) — Palpez les fibres dans la région située à environ 1 cm immédiatement au-dessus du pavillon de l'oreille (placez horizontalement le majeur et l'index juste au-dessus du pavillon de l'oreille et pressez là où se trouve l'index). Demandez au sujet de serrer et ensuite de relâcher afin d'identifier le muscle.

2.3 Douleur lors de la palpation des articulations

(0,5 kg ou 1 lb de pression digitale ; ongles coupés, palpez une articulation à la fois.) Il faut évaluer la douleur séparément pour chacune des articulations.

Pôle latéral — Placez votre index juste antérieurement au tragus de l'oreille sur l'ATM du sujet. Pour bien localiser le pôle, demandez-lui d'ouvrir légèrement jusqu'à ce que vous sentiez le pôle latéral du condyle se déplacer vers l'avant. Utilisez 0,5 kg ou 1 lb de pression du côté qui est palpé, tout en supportant la tête avec la main du côté opposé. Palpez en appliquant la pression sur les rebords postérieurs, supérieurs et latéraux de l'ATM.

2.4 Bruits à/aux ATM lors de la palpation

Maintenant, en plaçant la paume de l'index ou celle de l'index et du majeur sur l'ATM d'un côté, vous procédez à l'auscultation par palpation digitale du pôle latéral de l'ATM un côté à la fois.

Instructions générales — C'est l'examineur qui détermine, lors d'un cycle d'ouverture et de fermeture de la bouche, la présence ou l'absence de bruits ; s'il y a présence de bruits, les examinateurs enregistreront le type de bruits observés. Placez l'index droit sur l'ATM gauche du sujet (région préauriculaire) qui peut être localisée en demandant au sujet d'ouvrir et de fermer la bouche lentement. La paume du doigt est alors placée un peu en avant du tragus de l'oreille. Demandez au sujet d'ouvrir lentement le plus grand possible, même si cela s'accompagne de douleur, puis de refermer les dents en les ramenant en intercuspidation maximale. Demandez au sujet : « pendant que je place mes doigts sur vos articulations, ouvrez lentement le plus grand possible et refermez doucement jusqu'à ce que vos dents se touchent complètement ».

Demandez au patient d'ouvrir grand et de fermer trois fois consécutivement. Si vous décelez un bruit lors de deux cycles d'ouverture et de fermeture sur trois, spécifiez le type de bruits auscultés sur le ou les côtés concernés en vous servant de l'une des catégories suivantes :

craquement = 1
aucun bruit = 2
crépitement = 3
l'un des deux, mais incapable
de discriminer = 4

Définition des bruits

Craquement (i.e. un click). Un bruit distinct, bref et sec, de très courte durée avec un début et une fin très nets, qui fait penser à un « click ». Considérez qu'il y a un craquement reproductible uniquement si le bruit se produit deux fois sur trois lors de l'ouverture et de la fermeture. Inscrivez le code 1.

Crépitement fort (i.e. *coarse crepitus*). Un bruit continu, de plus longue durée lors des mouvements d'ouverture et de fermeture. Ce n'est pas sec, bref et soudain comme un « click » ou un « pop ». Le crépitement fort peut ressembler à une série de sons qui se succèdent les uns aux autres. C'est un bruit de frottement ou de grattement des surfaces articulaires donnant l'impression du frottement d'une pierre contre une autre (doit être présent deux fois sur trois lors de l'ouverture et de la fermeture pour être considéré positif). Inscrivez le code 3.

Si vous entendez un bruit et que vous êtes incapable de discriminer, à savoir s'il s'agit d'un craquement ou d'un crépitement, inscrivez le code 4.

2.5 Distance maximale lors de l'ouverture

A) Ouverture maximale entre les incisives (21/31 ou 11/41) mesurée à la partie médiane du bout des incisives (si prothèse, prendre la mesure avec la pièce). Demandez au sujet de placer sa

mandibule dans une position confortable (« placez votre mâchoire dans une position confortable »). Demandez au sujet d'ouvrir le plus grand possible (sans assistance). Placez le bout de la règle millimétrique au milieu de l'incisif de la centrale inférieure la plus longue et enregistrez la distance jusqu'au milieu du bout incisif de la centrale supérieure correspondante (31 avec 21 ou 41 avec 11). Si le sujet n'a pas ouvert plus de 30 mm, demandez-lui de répéter le mouvement d'ouverture pour vous assurer qu'il a bien compris. Si la deuxième et la troisième mesures sont toujours inférieures à 30 mm, enregistrez la mesure la plus grande. Dans tous les cas, notez la mesure maximale reproduite deux fois consécutivement sur trois essais ou la mesure la plus grande.

Si le sujet porte une prothèse amovible qui est peu rétentive, pressez-la bien contre le palais pour prendre les mesures.

Si le sujet est complètement édenté à l'un ou l'autre des deux maxillaires et ne porte pas de prothèse amovible, indiquez 99 pour les mesures « A » et « B ».

B) Après avoir obtenu la mesure en « A », demandez au sujet s'il a ressenti de la douleur à l'ouverture (« est-ce que vous avez ressenti de la douleur durant l'ouverture de votre bouche ? »). Si oui, mesurez l'ouverture au point de douleur, c'est-à-dire la distance interincisive au moment où le sujet commence à ressentir la douleur lorsqu'il ouvre la bouche (« maintenant, je vais mesurer votre ouverture jusqu'au point de douleur ; ouvrez lentement et arrêtez au point de douleur, au moment où la douleur apparaît »). Prenez la mesure comme il est indiqué en « A ». Si le sujet n'a pas ressenti de douleur à l'ouverture, indiquez 99 pour la mesure « B ».

2.6 Déviation lors de l'ouverture

Instructions générales — Demandez au sujet de placer sa mandibule dans une position confortable (« placez votre bouche dans une position confortable avec vos dents qui se

touchent légèrement »). Placez votre pouce sous la lèvre inférieure du patient pour que celle-ci laisse voir les dents inférieures (vérifier la déviation de la ligne médiane). Demandez au patient d'ouvrir le plus grand possible même s'il ressent de la douleur (« ouvrez la bouche aussi grand que vous le pouvez, même si c'est légèrement douloureux »). Si le degré de déviation est difficile à observer, utilisez comme guide une règle millimétrique que vous placerez devant la ligne médiane des incisives supérieures et inférieures si elles sont correspondantes (sinon, prenez un repère sur l'incisive inférieure antagoniste). Demandez au patient d'ouvrir trois fois. Si le patient présente plus d'un patron d'ouverture et que vous n'êtes pas certain s'il y a une déviation de 5 mm et plus, demandez-lui d'ouvrir de nouveau trois fois afin d'observer une constante. S'il y a déviation de 5 mm et plus, indiquez oui et spécifiez si la déviation est de 5 à 10 mm ou de plus de 10 mm. Dans le doute que la déviation soit d'au moins 5 mm, inscrivez « non ».

2.7 Douleur aux muscles (temporaux ou masséters) lors de mouvements mandibulaires, douleur lors des mouvements volontaires (c'est-à-dire de l'ouverture maximale et lors des mouvements en latéralité droite et gauche et en propulsion)

Après lui avoir fait exécuter chacun de ces mouvements, demandez au patient s'il a ressenti de la douleur. Si oui, demandez-lui de pointer le ou les sites de douleur et cochez « oui » s'il s'agit d'un site correspondant à un muscle masticateur (en l'occurrence le masséter).

2.8 Douleur à/aux ATM lors des mouvements décrits à 2.7

Lorsque vous demandez au patient s'il a ressenti de la douleur lors de ces mouvements, cochez « oui » s'il pointe un site correspondant à l'une ou l'autre des articulations.

2.9 Bruits aux ATM (une ou les deux) lors de mouvements décrits à 2.7 (rapportés par le sujet)

2.10 Perception par le sujet de ses problèmes

- A) Douleurs à la mâchoire
- B) Bruits articulaires

Il faut demander au sujet si, au cours du dernier mois, il a eu ou ressenti au moins une fois par semaine de la douleur au niveau du visage, de la mâchoire, des tempes, à l'avant de l'oreille ou à l'intérieur de l'oreille. Il en est de même pour ce qui est des bruits articulaires : le sujet a-t-il eu ou ressenti au moins une fois par semaine des bruits à l'articulation de sa mâchoire en ouvrant grand, en bâillant ou lors de la mastication ?

2.11 Consultation pour ces problèmes

Indiquez « oui » si le sujet a consulté au cours de la dernière année, peu importe le professionnel traitant (dentiste, médecin, acupuncteur, naturopathe, etc.).

2.12 Traitement des douleurs musculaires ou des bruits articulaires

Indiquez « oui » si le sujet a reçu des traitements au cours de la dernière année, peu importe le professionnel traitant et le mode de traitement (plaque occlusale, médicaments, etc.).

Résumé des instructions au sujet pour la section 2

Section 2.1

« Est-ce que vous avez actuellement de la douleur :

aux dents,
aux gencives,
à la mâchoire, c'est-à-dire aux muscles
ou aux articulations de votre
mâchoire ? »

Sections 2.2 et 2.3

Je vais maintenant procéder à la palpation des muscles et des articulations de votre mâchoire avec le bout de mes doigts. Après avoir appliqué la pression à chacun des sites, je vais vous demander si vous avez ressenti soit de la douleur, soit seulement de la pression. Laissez les dents légèrement espacées pendant que je fais cet examen.

Section 2.4

Je vais maintenant vérifier la présence de bruits au niveau de vos articulations lors de l'ouverture et de la fermeture de votre bouche. Vous devrez répéter ces mouvements trois fois de suite pour chacune des articulations.

« Fermez vos dents ensemble. » « Ouvrez lentement le plus grand possible et refermez en ramenant vos dents ensemble. » « Refaites-le de nouveau toujours en ramenant vos dents ensemble. » « Une autre fois. »

Section 2.5

Je vais maintenant mesurer votre ouverture de bouche à l'aide d'une règle que je vais placer entre vos dents du haut et du bas.

« Ouvrez le plus grand que vous pouvez. »
(Prendre la mesure.)

« Avez-vous ressenti de la douleur en ouvrant grand ? » (Pour mesurer l'ouverture sans douleur, il faut que le sujet ait indiqué clairement et sans équivoque qu'il a ressenti de la douleur lors de l'ouverture maximale.)

Section 2.6

Je vais évaluer la façon dont vous ouvrez la bouche grande.

« Ouvrez le plus grand possible et refermez lentement la bouche en ramenant vos dents ensemble. »

Sections 2.7 et 2.8

« Ouvrez le plus grand possible, refermez, envoyez la mâchoire complètement sur le côté, déplacez-la de l'autre côté, puis envoyez votre menton vers l'avant. »

« Avez-vous ressenti de la douleur durant ces mouvements ? »

(Si oui) « Montrez-moi (avec le doigt) à quel endroit vous avez eu cette douleur. »

Section 2.9

« Avez-vous ressenti des bruits à l'articulation de votre mâchoire durant ces mouvements ? »

Section 2.10

« Au cours du dernier mois, avez-vous eu au moins une fois par semaine des douleurs au niveau de la mâchoire, des tempes, à l'avant de l'oreille ou à l'intérieur de l'oreille ? »

Section 2.11

Si réponse affirmative :

« Au cours de la dernière année, avez-vous consulté pour ce problème ? »

Section 2.12

« Au cours de la dernière année, avez-vous reçu des traitements pour vos problèmes de douleurs à la mâchoire ou de bruits articulaires ? »

SECTION 3

ÉVALUATION DES MUQUEUSES

Afin de faciliter l'identification des lésions de la muqueuse, celles-ci ont été regroupées en sept catégories. Les catégories 1, lésions d'origine prothétique, 2, gingivites et 7, problèmes de développement ont été constituées en fonction du site ou de l'étiologie commune, alors que les catégories 3 à 6 l'ont été en fonction de leur description clinique, soit 3, blanches, 4, nodulaires et exophytiques, 5, ulcératives et fistules ou 6, rouges et pigmentées. La codification a été conçue de la façon suivante : codification numérique à deux chiffres dont le premier indique la catégorie et le second, la lésion elle-même.

À l'intérieur de chaque catégorie, les lésions ont été classifiées, de la plus fréquente à la plus rare, à l'aide de l'échelle 1 à 8. Le chiffre 0 indique qu'aucune des lésions de cette catégorie n'est présente en bouche et le chiffre 9, qu'une lésion appartenant à cette catégorie est présente en bouche mais l'examineur ne peut pas en confirmer le diagnostic spécifique. Outre les codes 10 à 79 ainsi constitués, le code 99 a été prévu pour l'enregistrement des lésions présentes en bouche qui ne peuvent être identifiées à aucune des sept catégories décrites.

Enfin, en bas de la grille d'enregistrement, une section est prévue pour noter les signes et symptômes qui justifient une orientation vers un spécialiste en médecine buccale dans les cas où un problème grave serait soupçonné.

Enregistrement des données

L'enregistrement des lésions de la muqueuse se fait en encerclant les codes correspondants, directement dans la grille prévue à cette fin.

À la fin de l'examen des muqueuses, au moins un code aura été encerclé dans chacune des sept catégories. En effet, même en l'absence de

lésions, il existe, dans chaque catégorie, un code dénotant qu'aucune de ces lésions n'est présente en bouche. Il s'agit du premier code de la catégorie, soit celui dont le deuxième chiffre est 0. Ainsi, dans un tel cas, ce code est encerclé et aucun autre code de cette catégorie ne peut être encerclé pour ce sujet. Par contre, lorsque plusieurs types de lésions d'une même catégorie se retrouvent chez un individu, tous les codes correspondants doivent être encerclés. Il est également possible que deux lésions se superposent, par exemple un ulcère traumatique entouré d'une leucokératose traumatique ; dans ce cas, les deux lésions doivent être enregistrées en encerclant les codes correspondants. Enfin, pour une lésion déterminée, le code n'est encerclé qu'une seule fois même en présence de plusieurs foyers en bouche.

Instrumentation

- Miroir buccal ;
- sonde parodontale ;
- gazes 2 po x 2 po.

Procédures à suivre pour l'examen des muqueuses

1^{re} catégorie — Lésions d'origine prothétique

Le sujet porte-t-il habituellement une ou des prothèses dentaires amovibles (qu'il peut normalement enlever par lui-même), complètes ou partielles ?

Si non, encercler le code 10.

Si oui, enlever la ou les prothèses et procéder à l'examen des muqueuses qui entrent en contact avec celles-ci.

S'il y a lésions, encercler le ou les codes correspondants.

S'il n'y a aucune lésion, encercler le code 10.

N.B. La muqueuse recouverte par la partie d'acrylique d'un appareil d'orthodontie amovible

pourrait, à la rigueur, être atteintes d'une lésion d'origine prothétique.

2^e catégorie — Gingivites

Chez les sujets non complètement édentés, procéder à l'examen des gencives libre et attachée des régions dentées des deux maxillaires.

S'il y a gingivite autre que simple, encercler le ou les codes correspondants.

S'il n'y a aucune gingivite, encercler le code 20.

Attention — Là ne se termine pas l'examen des gencives puisqu'elles peuvent être atteintes par d'autres types de lésions qui ont été regroupées dans les catégories subséquentes.

3^e catégorie — Lésions blanches

4^e catégorie — Lésions nodulaires et exophytiques

5^e catégorie — Lésions ulcératives et fistules buccales

6^e catégorie — Lésions rouges et pigmentées

7^e catégorie — Problèmes de développement

Pour les catégories 3 à 7 ci-dessus, procéder à l'examen des structures buccales selon la séquence suivante :

- lèvres et commissures labiales (examen visuel et palpation bidigitale) ;
- muqueuses labiales et jugales (examen visuel et palpation bidigitale) ;
- vestibules inférieur et supérieur (examen visuel) ;
- gencives libre et attachée (examen visuel) ;
- palais dur (examen visuel et palpation) ;

- palais mou et piliers antérieurs et postérieurs (examen visuel et palpation si possible) ;
- oro-pharynx et luette (examen visuel) ;
- langue (examen visuel en rétractant latéralement à l'aide d'une gaze et palpation) ;
- plancher buccal (examen visuel et palpation bimanuelle).

Le cancer buccal possédant une morbidité qui peut être élevée, une attention particulière doit être portée aux trois sites à risque que sont le plancher buccal, la partie latéro-ventrale de la langue et le complexe piliers antérieurs et postérieurs/palais mou. Lorsqu'une lésion est observée, déterminer, dans un premier temps, à quelle grande catégorie elle appartient puis, dans un deuxième temps, établir le diagnostic spécifique et encercler le code correspondant. Lorsque toutes les lésions observées ont été notées de cette façon, l'enregistrement est complété en vérifiant qu'au moins un code a été encerclé dans chaque catégorie. Si pour l'une ou l'autre des catégories aucune lésion n'a été identifiée, encercler le code correspondant à « aucune », soit celui dont le deuxième chiffre est 0.

Enfin, chez les sujets où il est soupçonné un problème grave justifiant une orientation vers un spécialiste en médecine buccale, les signes et symptômes motivant l'orientation sont inscrits dans l'espace prévu à cette fin au bas de la grille d'enregistrement des lésions de la muqueuse. Si aucun problème grave n'est soupçonné, ne rien inscrire dans cet espace.

Critères diagnostiques des lésions de la muqueuse

N.B. Certains termes utilisés pour décrire les lésions sont définis dans le lexique présenté à la fin de cette section.

1^{re} catégorie — Lésions d'origine prothétique

Comme leur nom l'indique, ces lésions sont causées par le port de prothèses dentaires amovibles. Elles se retrouvent donc sur les muqueuses et replis supportant l'appareil. La catégorie ayant été constituée sur la base d'une cause commune et non selon le type clinique, ces lésions peuvent être ulcératives, hyperplasiques, blanches, rouges, etc.

10- Aucune

Le sujet ne porte pas d'appareil amovible ou le sujet porte un ou des appareils amovibles mais ne présente aucune lésion d'origine prothétique.

11- Ulcère traumatique

Lésion ulcératrice causée par une pièce de prothèse mal adaptée. Ces lésions ont souvent des bords plus ou moins bien définis et se situent sur la muqueuse supportant la pièce. L'ulcère chronique peut également présenter un aspect blanchâtre (photo 1). À ce jour, aucun lien de causalité n'a encore été clairement établi entre une irritation chronique liée au port d'une prothèse et le développement d'un cancer buccal. Cependant, il convient de recommander au sujet d'enlever sa prothèse jusqu'à la disparition de la lésion (environ deux semaines) ou, s'il ne peut se permettre ce traitement préventif ou si la lésion ne disparaît pas, de consulter son dentiste dans les meilleurs délais afin de procéder à l'ajustement de la prothèse mal adaptée.

Sites fréquents : partie supérieure de la crête édentée ; versant buccal ou lingual à la mandibule ; versant vestibulaire au maxillaire.

12- Stomatite prothétique I

Rougeurs localisées au niveau de la muqueuse supportant la pièce de prothèse. Ces stomatites atteignent beaucoup plus souvent le maxillaire que la mandibule. Les rougeurs peuvent être diffuses (plaque) ou se présenter sous forme de pétéchies (photo 2).

Sites fréquents : palais dur.

13- Stomatite prothétique II

Rougeurs généralisées, i.e. couvrant au moins les trois quarts de la surface de la muqueuse supportant la pièce de prothèse, et absence de processus hyperplasique (photo 3).

Sites fréquents : maxillaire supérieur ; particulièrement facile à visualiser chez les porteurs de prothèses partielles amovibles.

14- Stomatite prothétique III

Rougeurs localisées ou généralisées accompagnées de réactions hyperplasiques au niveau de la muqueuse de support. Elle doit être distinguée de la papillomatose qui représente un phénomène hyperplasique sans inflammation (photo 4).

Sites fréquents : presque exclusivement au maxillaire.

15- Leucokératose traumatique

Lésion blanchâtre ne disparaissant pas au frottement et liée au port d'une prothèse. La dimension peut varier d'une papule de quelques millimètres à une plaque couvrant presque toute la crête édentée antéropostérieurement (photo 5).

Sites fréquents : à la mandibule sur la partie la plus élevée de la crête édentée si l'atrophie alvéolaire n'est pas majeure ; en présence d'atrophie alvéolaire majeure, toute la surface de support de tissus non mobiles pourrait être visée.

16- Fibrose alvéolaire

Tissu mou, prenant l'aspect d'un cordon fibreux, localisé au sommet de la crête édentée et habituellement associé à une résorption osseuse. Le diagnostic est posé si l'on peut déplacer la partie supérieure de la crête d'au moins 2 mm à l'aide d'une sonde (photo 6).

Sites fréquents : à la mandibule, cas de crête résorbée en « lame de couteau » ; au maxillaire, sur les tubérosités ; région de canine à canine si

le sujet est porteur d'une prothèse complète supérieure s'articulant sur une dentition naturelle de canine à canine inférieures.

17- Hyperplasie d'irritation prothétique (*epulis fissuratum*)

Tissu hyperplasique causé par l'irritation chronique d'une pièce de prothèse mal adaptée. De façon caractéristique, ce tissu se localise au versant buccal d'une prothèse supérieure ou inférieure, dans le repli muqueux, et forme un bourrelet fibreux (photos 7 et 8).

Sites fréquents : régions antérieures du maxillaire et de la mandibule.

19- Autres

Une lésion d'origine prothétique est confirmée mais son diagnostic spécifique est impossible à déterminer.

2^e catégorie — Gingivites

Ces lésions sont classées par rapport à leur site et non selon leur étiologie. On y retrouvera donc exclusivement des lésions atteignant les structures gingivales. Les gingivites simples ne sont pas incluses puisqu'elles sont couvertes par l'examen parodontal.

20- Aucune

Le sujet ne présente aucune des lésions gingivales suivantes.

21- Gingivite hyperplasique fibreuse

Hyperplasie gingivale localisée causée par une hygiène déficiente. La couleur est généralement un peu plus pâle que la gencive environnante et ce, à cause de son caractère fibreux. Ces lésions saignent peu au sondage (photo 9).

Sites fréquents : là où l'on note une difficulté particulière à contrôler l'hygiène dentaire, par exemple près d'une couronne mal adaptée, d'une facette inadéquate, d'un surplus d'amalgame, etc.

22- Hyperplasie gingivale médicamenteuse

Hyperplasie gingivale généralisée et secondaire à la prise du ou des médicaments suivants :

- Phénytoïne (Dilantin)/anticonvulsivant pour le traitement de l'épilepsie ;
- Bloqueurs calciques (nifédipine/Adalat)/traitement de l'hypertension artérielle, de l'angine de poitrine ;
- Phénobarbital/anticonvulsivant ;
- Cyclosporine (Sandimmune)/immunosuppresseur pour greffe allogénique.

La texture est ferme et la couleur est généralement identique à celle d'une gencive saine ou plus pâle qu'elle. Une hygiène déficiente pourrait, par surcroît, causer de l'inflammation et, donc, un saignement au sondage (photo 10).

Sites fréquents : généralement toute la gencive est atteinte à la mandibule et au maxillaire.

23- Gingivite ulcéronécrosante aiguë (GUNA)

Nécrose des papilles interdentaires généralement douloureuse. Cette nécrose s'observe par la présence d'un coagulum blanchâtre au sommet de la papille. Odeur fétide caractéristique. Le patient est généralement débilité et peut être fébrile (photo 11).

Sites fréquents : la papille interdentaire est atteinte, tout au moins initialement, et ce, autant au niveau de la mandibule que du maxillaire.

24- Gingivite desquamative chronique

Gingivite localisée ou généralisée non liée au manque d'hygiène. L'épithélium gingival se détache à la pression du doigt, d'un coton ou d'un simple jet d'air (signe de Nikolsky). Absence de l'odeur fétide caractéristique de la GUNA. Cette gingivite a comme cause un lichen plan, un pemphigoïde ou un pemphigus, ces diagnostics définitifs étant confirmés par biopsie (photo 12).

Sites fréquents : il n'existe pas de site gingival de prédilection.

29- Autres

Une gingivite autre que celles définies ci-dessus et celles enregistrées lors de l'examen parodontal est confirmée, mais son diagnostic spécifique est impossible à déterminer.

3^e catégorie — Lésions blanches

Cette catégorie regroupe les lésions d'aspect blanchâtre. Bien que d'autres sites puissent être atteints, ces lésions sont plus fréquemment rencontrées sur les muqueuses labiales et jugales. Une caractéristique importante à vérifier est la résistance de la lésion au frottement.

30- Aucune

Le sujet ne présente aucune lésion blanche.

31- Ligne jugale (linea alba)

Zone d'hyperkératose ou de diapneusie située au niveau du plan occlusal sur les muqueuses jugales. On entend par diapneusie une protubérance de la muqueuse sans pour autant démontrer une hyperkératose importante. Elle ne disparaît pas au frottement (photo 13).

Sites fréquents : ces lésions suivent le plan occlusal sur la muqueuse jugale.

32- Leucoedème

Voile blanchâtre disparaissant à l'étirement, créant de fins plissements translucides de la muqueuse. Il ne disparaît pas au frottement (photo 14).

Sites fréquents : surtout les muqueuses jugales ; parfois les muqueuses labiales et le plancher buccal.

33- Leucokératose traumatique de cause non prothétique

Lésion blanchâtre ne disparaissant pas au frottement et liée à une cause traumatique non prothétique. Des habitudes de mordillement ou une occlusion bout à bout peuvent en être la cause. Elle ne disparaît pas au frottement (photos 15 et 16).

Sites fréquents : muqueuses jugales et labiales. Les leucokératoses traumatiques liées à l'occlusion bout à bout se rencontrent souvent au niveau des troisièmes molaires.

34- Lichen plan réticulé

Lésions blanchâtres réticulées en forme de fins lacets (stries de Wickham). Ces lésions ne disparaissent pas au frottement. Elles sont souvent asymptomatiques dans leur forme réticulée, mais le patient pourrait se plaindre éventuellement d'une sensation de rugosité de la muqueuse concernée (photo 17).

Sites fréquents : surtout les muqueuses labiales et jugales ; parfois la gencive, le plancher buccal, le palais mou.

35- Candidose pseudomembraneuse

Lésions blanchâtres qui, de façon caractéristique, disparaissent au frottement et laissent une surface sous-jacente d'apparence rougeâtre et/ou sanguinolente (photo 18). Ne pas confondre avec la *materia alba* (plaque dentaire) présente au niveau de la gencive attachée (photo 19). Ces lésions peuvent être associées à la prise d'antibiotiques ou de corticostéroïdes systémiques ou en aérosol, par exemple le Béclovent chez les asthmatiques. De plus, des conditions telles que le diabète ou le SIDA peuvent causer une candidose.

Sites fréquents : dans les cas de candidoses associées aux corticostéroïdes en aérosol, le palais mou est atteint de façon caractéristique. Dans les cas de candidoses liées aux antibiotiques ou aux corticostéroïdes systémiques, l'atteinte est moins spécifique.

36- Leucoplasie homogène idiopathique

Plaque blanchâtre de densité uniforme ne disparaissant pas au frottement et d'origine indéterminée (photo 20). Il ne semble pas y avoir de relation de cause à effet avec un quelconque traumatisme ou le port d'une prothèse, mais le tabagisme pourrait être un facteur prédisposant. On considère que jusqu'à 20 % de ces lésions peuvent présenter un caractère malin ; elles devraient donc faire l'objet d'une biopsie. Diriger le sujet en cas de problème grave soupçonné.

Sites fréquents : plancher buccal ; palais mou ; piliers antérieurs et postérieurs ; surface latéro-ventrale de la langue.

39- Autres

Une lésion blanche est confirmée, mais son diagnostic spécifique est impossible à déterminer. Diriger le sujet en cas de problème grave soupçonné.

4^e catégorie — Lésions nodulaires et exophytiques

Ce groupe réunit toutes les lésions des tissus mous présentant une excroissance clinique.

40- Aucune

Le sujet ne présente aucune lésion nodulaire ou exophytique.

41- Fibrome d'irritation (autre que prothétique)

Nodule fibreux ayant comme cause un traumatisme chronique, le plus souvent une habitude de mordillement. La base est sessile ou légèrement pédiculée et la consistance est ferme. La couleur peut être identique à la muqueuse environnante ou légèrement plus pâle. De plus, même lorsque la lésion est à peine exophytique, la possibilité de traumatiser le site augmente (photo 21).

Sites fréquents : muqueuses jugales et labiales ; près d'un irritant local comme une dent fracturée, un appareil d'orthodontie, etc.

42- Langue chevelue

Élongation des papilles filiformes présentant une coloration brunâtre ou noirâtre associée au tabagisme ou à la consommation de thé ou café (photo 22). Le diagnostic se pose lorsque l'on est en mesure de déplacer latéralement les papilles filiformes à l'aide d'une sonde parodontale.

Sites fréquents : exclusivement la face dorsale de la langue.

43- Mucocèle

Lésion vésiculaire ou bulleuse provenant d'une glande salivaire mineure et dont le contenu est translucide (photo 23). Le mucocèle peut prendre une teinte bleutée s'il est situé plus en profondeur. Dans ce cas, il convient d'établir le diagnostic différentiel avec l'hémangiome caveux qui blanchit à la pression. La palpation révèle une lésion non fixée aux tissus environnants lorsqu'elle est superficielle.

Sites fréquents : surtout les muqueuses labiales et jugales ; parfois le plancher buccal.

44- Papillomatose

Lésions multinodulaires non inflammées, donc non rougeâtres, observées au palais dur. Ces lésions ne peuvent pas être attribuées au port de prothèse, mais elles peuvent aussi bien être rencontrées chez les porteurs de prothèses que chez les sujets dentés. Une attention particulière doit donc être portée pour distinguer la papillomatose, qui a pour caractéristique d'être non inflammée, de la stomatite prothétique III qui présente des signes d'inflammation (photo 24).

Sites fréquents : exclusivement au palais dur, particulièrement dans le cas de voûte profonde et étroite (ogivale).

45- Papillome

Lésion possédant une base généralement pédiculée et offrant de multiples projections épithéliales lui donnant l'apparence caractéristique d'un chou-fleur (photo 25). Le diagnostic se fait à l'aide d'une sonde parodontale pour déterminer l'aspect de la base de la lésion et confirmer la présence de fines projections. Lorsque située sur la gencive attachée, la base peut être sessile (photo 26).

Sites fréquents : surtout au palais mou, mais peut toucher toute région de la cavité buccale.

46- Glossite médiane rhomboïdale

Lésions aplaties ou multinodulaires, non recouvertes de papilles filiformes, qui atteignent la surface dorsale postérieure de la langue antérieurement aux papilles circumvalariées (i.e. le « V » lingual). La consistance est légèrement fibreuse et ces lésions sont d'apparence lustrée (photo 27).

Sites fréquents : exclusivement la surface dorsale de la langue, antérieurement au « V » lingual.

47- Verrue vulgaire

Lésion nodulaire indurée possédant une base sessile ou légèrement pédiculée ainsi que de faibles projections épithéliales (photo 28). Elle est souvent causée par un phénomène d'auto-inoculation (verruës au niveau des mains). On la distingue du papillome par ses projections épithéliales qui sont beaucoup plus petites et sa consistance qui est plus indurée.

Sites fréquents : surtout la partie kératinisée des lèvres ; parfois la gencive attachée où le diagnostic clinique est plus difficile à établir.

49- Autres

Une lésion nodulaire ou exophytique est confirmée, mais son diagnostic spécifique est impossible à déterminer.

5^e catégorie — Lésions ulcératives et fistules buccales

Les ulcères sont des lésions caractérisées par une perte de l'épithélium. Elles peuvent avoir une origine mécanique, physique, chimique, virale, microbienne ou être de cause inconnue. Les fistules, quant à elles, représentent une porte de sortie épithéliale à un processus infectieux.

50- Aucune

Le sujet ne présente aucune lésion ulcératrice ou fistule buccale.

51- *Ulcère traumatique (autre que prothétique)*

Lésion ulcératrice dont la cause est d'origine traumatique (morsure, aliment croustillant, etc.). Ces ulcères possèdent un pourtour irrégulier et mesurent habituellement quelques millimètres (photo 29). Le sujet est en mesure de confirmer une histoire de traumatisme.

Sites fréquents : muqueuses labiales et jugales, dans le cas de morsures ; muqueuse jugale au niveau de la troisième molaire, dans le cas d'une occlusion bout à bout ; palais dur, dans le cas de traumatisme par un aliment croustillant.

52- *Aphte mineur*

Ulcère peu profond recouvert d'une pseudomembrane blanchâtre ou jaunâtre avec pourtour érythémateux. Ces ulcères sont généralement arrondis contrairement à l'ulcère traumatique qui, lui, est irrégulier. L'aphte mineur atteint de façon quasi exclusive les muqueuses mobiles (photo 30).

Sites fréquents : muqueuses mobiles telles que les muqueuses labiales, le plancher de la bouche, les muqueuses jugales.

53- *Herpès labial*

Pruritiques avant l'apparition des lésions labiales vésiculaires, ces lésions finissent éventuellement

par se rompre, créant une croûte caractéristique (photos 31 et 32).

Sites fréquents : portion kératinisée de la lèvre ; pourrait atteindre, par extension seulement, la partie muqueuse. Se retrouve souvent près de la commissure labiale sans pour autant en être le site initial.

54- *Herpès buccal récidivant*

Lésions ulcératrices en « poinçon », généralement regroupées en grappe, qui atteignent les muqueuses fermement attachées au périoste (photo 33). Ces lésions ponctuelles peuvent, en se rompant, se regrouper et former un ulcère de forme variable et de plus grande dimension.

Sites fréquents : contrairement aux aphtes mineurs qui touchent les muqueuses mobiles, l'herpès récidivant se retrouve principalement au niveau du palais dur et plus rarement au niveau de la gencive attachée.

55- *Chéilite angulaire*

Lésions exsudatives touchant les commissures labiales. Elles présentent, dans leur phase active, une pseudomembrane jaunâtre alors qu'une croûte se forme dans la phase de guérison (photo 34). Causes fréquentes : perte de dimension verticale d'occlusion, plis commissuraux exagérés, prise de corticostéroïdes ou d'antibiotiques. Autres noms : perlèche, chéilose angulaire.

Sites fréquents : exclusivement les commissures labiales. Attention de ne pas confondre avec l'herpès labial qui se retrouve souvent très près de la commissure sans que celle-ci n'en soit le site initial.

56- *Abcès avec fistule (d'origine pulpaire ou parodontale)*

Parulis avec fistule buccale d'origine pulpaire ou parodontale. La consistance est molle et la fistule se situe généralement dans le vestibule. Si l'origine est pulpaire, on peut noter la présence d'une carie, d'une obturation importante ou

d'une décoloration intrinsèque de la dent associée à un traumatisme antérieur. Si l'origine est parodontale, on peut noter une hypermobilité importante de la ou des dents concernées (photo 35).

Sites fréquents : le vestibule.

59- Autres

Une lésion ulcérate est confirmée, mais son diagnostic spécifique est impossible à déterminer. Diriger le sujet en cas de problème grave soupçonné.

6^e catégorie — Lésions rouges et pigmentées

Ces lésions sont caractérisées par leur couleur qui diffère de la muqueuse environnante. Elles peuvent être rouges, violettes, brunes ou noirâtres. Leur dimension est variable.

60- Aucune

Le sujet ne présente aucune lésion rouge ou pigmentée.

61- Purpura traumatique

Lésions hémorragiques ponctuelles (pétéchies) d'origine traumatique (photo 36). Ces lésions peuvent toucher les muqueuses mobiles et attachées. La cause la plus fréquente est une morsure accidentelle. Ces lésions sont initialement rouges pour devenir brunâtres avec le temps. Elles disparaissent normalement après une dizaine de jours.

Sites fréquents : muqueuses jugales et labiales.

62- Varices

Dilatation de structures veineuses superficielles. La couleur va du rouge au pourpre et les lésions, surélevées, suivent le trajet veineux. Ces lésions, associées au relâchement musculaire de la structure veineuse, se retrouvent chez 50 % des

sujets âgés de plus de 50 ans. Elles peuvent être associées à de l'hypertension artérielle (photo 37).

Sites fréquents : surtout la face ventrale de la langue ; parfois les muqueuses jugales et labiales.

63- Tatouage d'amalgame

Lésion maculaire grisâtre ou noirâtre causée par l'intégration de particules d'amalgame aux tissus mous (photo 38). Très souvent à proximité d'une dent obturée en amalgame mais, dans certains cas, un amalgame placé sur une dent primaire pourrait expliquer la présence du tatouage près d'une dent permanente non obturée (photo 39).

Sites fréquents : surtout la gencive attachée et la crête édentée ; parfois la muqueuse jugale.

64- Langue géographique

Lésion qui démontre une perte localisée des papilles filiformes créant une zone dénudée sur la surface dorsale de la langue révélant les papilles fongiformes. Cette zone est érythémateuse en périphérie et se complète par une réaction blanchâtre en bourrelet (photo 40). Elle se distingue de la glossite médiane rhomboïdale par son érythème périphérique et par le fait que le sujet en rapporte le caractère migratoire. De plus, la glossite médiane rhomboïdale atteint de façon caractéristique la partie postérieure de la langue, tandis que la langue géographique n'a pas de site spécifique. Autre nom : glossite bénigne migratoire.

Sites fréquents : exclusivement la surface dorsale de la langue, en partie ou en totalité.

65- Hémangiome caverneux

Lésion vasculaire qui peut être exophytique et qui présente une coloration bleutée/violacée caractéristique (photo 41). De plus, ces lésions blanchissent à la pression, ce qui les distingue du mucocèle. Quant aux varices, elles se différencient de l'hémangiome caverneux par leur forme sinueuse suivant le trajet de la veine atteinte.

Sites fréquents : les lèvres et la langue.

66- Mucosite généralisée non spécifique

Apparence érythémateuse généralisée au niveau de la cavité buccale. Questionner le sujet pour vérifier s'il utilise un rince-bouche, des produits comme la cannelle ou le clou de girofle, s'il souffre de sécheresse buccale, etc. Cette lésion peut également être causée par l'anémie ferriprive, l'anémie pernicieuse, le diabète et certaines hypovitaminoses. Le sujet peut se plaindre de pyrose buccale. Il n'y a généralement pas d'œdème de la muqueuse (photo 42).

Sites fréquents : toute la bouche.

67- Érythroplasie

Plaques rougeâtres localisées, sans cause apparente. Un traumatisme ou un irritant tel que l'application topique de l'aspirine ne peut expliquer la présence de cette lésion. La texture peut être normale ou indurée (photo 43). Il est important de réaliser que ces lésions peuvent présenter un caractère malin dans 80 % des cas ; elles doivent donc faire l'objet d'une biopsie. Diriger le sujet en cas de problème grave soupçonné.

Sites fréquents : plancher buccal ; palais mou ; piliers antérieurs et postérieurs ; surface latéro-ventrale de la langue.

69- Autres

Une lésion rouge ou pigmentée est confirmée, mais son diagnostic spécifique est impossible à déterminer. Diriger le sujet en cas de problème grave soupçonné.

7^e catégorie — Problèmes de développement

Ces lésions sont associées à un processus de développement altéré, qui peut s'observer à la naissance ou plus tard lors de la croissance.

70- Aucun

Le sujet ne présente aucun problème de développement.

71- Granules de Fordyce

Petites macules jaunâtres retrouvées fréquemment en grand nombre et regroupées en grappe. Les granules sont constitués de glandes sébacées ectopiques et se révèlent facilement lorsque l'on étire la muqueuse (photos 44 et 45).

Sites fréquents : surfaces labiales, près du vermillon ; muqueuses jugales.

72- Torus palatin

Exostose touchant le palais dur, généralement située sur la ligne médiane. Le torus palatin atteint les tiers moyen et postérieur du palais dur. Le caractère osseux de la lésion est confirmé par la palpation (photo 46).

Sites fréquents : exclusivement le palais dur.

73- Tori mandibulaires

Exostoses bilatérales touchant le versant lingual de la mandibule, généralement de façon symétrique. Le caractère osseux de la lésion est confirmé par la palpation (photo 47).

Sites fréquents : exclusivement le versant lingual de la mandibule.

74- Exostoses multiples

Exostoses touchant le versant buccal, et plus rarement le versant lingual, du maxillaire ou de la mandibule. Le caractère osseux des lésions est confirmé par la palpation (photo 48).

Sites fréquents : le versant buccal du maxillaire ou de la mandibule.

75- Papilles rétrocuspidiennes

Masses papulaires généralement bilatérales, situées sur la gencive attachée au lingual des

canines inférieures. Elles sont généralement de petite dimension et de couleur identique à la muqueuse environnante (photo 49). On les distingue des tori mandibulaires par leur site caractéristique, leur plus petite taille et le fait qu'elles sont constituées de tissus mous.

Sites fréquents : exclusivement au lingual des canines inférieures.

76- Puits commissuraux et labiaux

Présence de dépressions ou d'invaginations de la muqueuse au niveau des commissures labiales (puits commissuraux : photo 50) ou au niveau des surfaces labiales kératinisées (puits labiaux : photo 51). Les puits labiaux sont généralement plus profonds que les puits commissuraux et on peut même parfois y observer un écoulement salivaire. Ces puits peuvent être associés à une fissure labiale ou palatine.

Sites fréquents : exclusivement les commissures et surfaces labiales externes.

77- Lnette bifide

Division de la lnette en deux lobes, causée par un manque de fusion lors du développement du massif facial. On doit quelquefois utiliser une sonde parodontale pour visualiser les lobes et confirmer le diagnostic (photo 52). Peut être associée à une fente palatine sous-muqueuse qui sera révélée par la palpation du palais dur.

Sites fréquents : exclusivement la lnette.

78- Fentes labiale et palatine

Causées par un manque de fusion lors du développement du massif facial, elles présentent un aspect caractéristique même lorsque corrigées chirurgicalement. Dans ces cas, on observe une quantité plus ou moins importante de tissus de cicatrisation. Dans les cas de fissures palatines, le manque de fusion du prémaxillaire (i.e. la région délimitée d'une latérale supérieure à l'autre) peut amener une ectopie dentaire ou une anomalie dans la forme et/ou le nombre des dents du pré-

maxillaire (photo 53). Seules les lésions visibles seront enregistrées.

Sites fréquents : fente labiale, sur la lèvre supérieure, d'un côté et/ou de l'autre du sillon sous-nasal (le côté gauche étant plus souvent atteint) ; fente palatine, prémaxillaire, palais dur et mou.

79- Autres

Une lésion associée à un problème de développement est confirmée, mais son diagnostic spécifique est impossible à déterminer.

Code 99 — Hors catégorie

Une lésion est présente mais la catégorie ne peut être confirmée.

Problème grave soupçonné qui justifie une orientation

Tout au long de l'examen buccodentaire se présenteront des conditions pour lesquelles des traitements sont justifiés, par exemple une carie très profonde risquant d'entraîner une atteinte pulpaire, une condition parodontale nécessitant une intervention rapide afin d'éviter d'éventuels traitements chirurgicaux fort coûteux, etc. Le rôle du dentiste examinateur est d'informer le sujet de la présence de ces diverses affections et de lui recommander fortement de prendre rendez-vous avec son dentiste traitant.

Ces conditions, si déplorables soient-elles, ne constituent pas un problème grave qui justifie le fait d'orienter le sujet vers un spécialiste en médecine buccale. De fait, les lésions pour lesquelles on prescrit une consultation chez un spécialiste sont celles pour lesquelles il y a risque de cancer buccal, soit la leucoplasie homogène idiopathique (code 36) ainsi que toute lésion blanche dont le diagnostic spécifique est impossible à déterminer (code 39), l'érythroplasie (code 67) de même que toute lésion rouge ou pigmentée dont le diagnostic spécifique est impossible (code 69) et, enfin, toute lésion

ulcérateur dont le diagnostic spécifique s'avère également impossible (code 59). Ces lésions doivent faire l'objet d'une évaluation dans les meilleurs délais, soit en deçà de deux semaines. L'orientation doit idéalement être faite vers un spécialiste en médecine buccale, mais le sujet peut également être dirigé vers un chirurgien maxillofacial en milieu hospitalier ou un oto-rhino-laryngologiste où les coûts seront assumés par la RAMQ.

Lorsqu'un sujet est ainsi orienté, les signes et symptômes de la lésion qui motivent la décision sont notés dans l'espace prévu à cette fin au bas de la grille d'enregistrement des lésions de la muqueuse. Tout en faisant bien comprendre au sujet la nécessité de consulter le spécialiste dans les meilleurs délais, il faut éviter de l'alarmer inutilement. Ainsi, il est préférable de bien mesurer la portée des détails que l'on se propose de lui transmettre.

Lexique

(Description selon la base)

Pédiculée

La base d'implantation de la lésion est plus étroite que la lésion elle-même (apparence de champignon).

Sessile

La base d'implantation de la lésion est plus large que la lésion elle-même.

(Description selon l'évaluation, la pénétration et le diamètre)

Nodule ou lésion nodulaire si diamètre ≤ 5 mm ; tuméfaction si diamètre > 5 mm

Lésion solide surélevée avec une base large et profonde qui atteint le tissu conjonctif.

Papule ou lésion papulaire si diamètre ≤ 5 mm ; plaque si diamètre > 5 mm

Lésion solide surélevée sans pénétration profonde dans le tissu conjonctif.

Vésicule ou lésion vésiculaire si diamètre ≤ 5 mm ; bulle ou lésion bulleuse si diamètre > 5 mm

Lésion légèrement surélevée, remplie de liquide séreux ou hémorragique.

(Autres)

Macule

Changement localisé de la coloration de la muqueuse, non palpable et non surélevé.

Parulie

Abcès intramuqueux, d'origine dentaire ou parodontale.

Ulcère ou lésion ulcérateur

Perte du recouvrement épithélial.

SECTION 4

DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES CARIES CORONAIRES ET RADICULAIRES

Les critères du diagnostic de la carie qui seront utilisés dans l'étude sont dérivés des critères de Radike et permettent le calcul de l'indice CAO de l'OMS. Bien que les lésions débutantes, au stade précavitation, ne soient pas enregistrées et que la distinction entre lésions actives et arrêtées ne soit pas faite, les présents critères autorisent entre autres d'établir un diagnostic propre à chacune des parties, lisse et de fosses et sillons, d'une face mixte et de distinguer l'obturation satisfaisante de celle présentant des défauts ou une récurrence de carie. Ces critères et leur système de codification permettent également de colliger l'information concernant des phénomènes importants chez l'adulte, tels que les types de restaurations et de matériaux obturateurs utilisés, les types d'appareils de remplacement des dents absentes, la distinction entre une lésion carieuse et une lésion d'usure sur la surface radiculaire et, enfin, le nombre d'éléments utiles pour déterminer le besoin de traitements de restauration.

4.1 Procédures et instrumentation pour l'examen des faces coronaires et radiculaires

Toutes les faces et tous les types de faces (lisses contre fosses et sillons) des couronnes et des racines de dents permanentes seront examinés. L'instrumentation requise inclut :

- le miroir plan ;
- l'explorateur n° 5 ;
- la sonde graduée de l'OMS (CPITN) ;
- les gazes 2 x 2 et des rouleaux de coton.

N.B. L'utilisation de l'explorateur sera limitée au minimum et ceci, avec une pression n'excédant jamais celle nécessaire pour faire blanchir le dessous de l'ongle.

La séquence à suivre pour l'examen des faces coronaires et radiculaires est celle dictée par la grille d'évaluation : dents 18 à 28, puis 38 à 48, chacune étant examinée d'abord au niveau coronaire, en suivant la séquence M-BuS-BuL-D-LiS-LiL-O, puis au niveau radiculaire, en suivant la séquence M-Bu-D-Li. Ainsi, toutes les faces coronaires et radiculaires exposées d'une dent sont-elles examinées et codifiées avant de passer à la dent suivante. Les surfaces couvertes 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 toute surface sous-jacente sera considérée saine.

Lorsque l'examen des faces est terminé, les dents autres que les racines résiduelles qui montrent une atteinte pulpaire évidente ainsi que la présence de un ou de plusieurs implants et le type d'appareils qu'ils supportent sont respectivement inscrits dans les espaces prévus sous la grille d'évaluation des caries.

4.2 Codes à utiliser

Codes fixes

À utiliser pour toutes les faces coronaires et radiculaires de dents permanentes dans les situations suivantes :

- 99 = racine résiduelle
- 98 = dent absente non remplacée
- 97 = dent absente remplacée par un appareil amovible
- 96 = dent absente remplacée par un appareil fixe
- 95 = dent extraite pour traitement orthodontique ou pour cause de manque d'espace.

Pour chacune de ces situations, le code est inscrit dans la première case (mésial des faces coronaires) et un trait est tiré jusqu'à la dernière case (lingual des faces radiculaires).

Codes à composer

Codification numérique à deux chiffres. À utiliser dans toutes les autres situations que celles décrites pour les codes fixes.

4.3 Critères et codification du diagnostic de la carie et des conditions associées

Codes fixes

99 = racine résiduelle

Les deux conditions suivantes doivent être respectées :

1° Il y a atteinte pulpaire évidente :

— la chambre pulpaire est exposée
ou

— il y a fistule
ou

— il y a un traitement endodontique en cours.

2° La couronne est détruite, et n'est pas reconstruite, à tel point que :

— aucune des faces coronaires n'excède la gencive marginale de plus de 1 mm, de façon continue d'une ligne d'angle à l'autre
ou

— au moins deux des faces coronaires ont complètement perdu leur substance (émail et dentine), de sorte que la jonction énamo-cémentaire (JEC) est absente de façon continue d'une ligne d'angle à l'autre. Il n'est pas nécessaire que ces deux faces coronaires soient contiguës.

N.B. En l'absence de reconstruction coronaire, une dent ayant reçu un traitement endodontique complet mais dont la couronne est détruite à tel point qu'elle répond à la 2^e condition mentionnée ci-dessus sera codifiée racine résiduelle.

98 = dent absente non remplacée

La dent est incluse ou a été extraite pour une autre cause qu'un manque d'espace ou un traitement orthodontique, et aucun appareil, fixe ou amovible, ne la remplace. Elle n'occupe donc plus sa position légitime sur l'arcade même si l'espace a pu être comblé par la migration des dents adjacentes.

97 = dent absente remplacée par un appareil amovible (que le sujet peut normalement enlever lui-même)

L'espace qu'occuperait la dent est comblé par l'une ou l'autre des parties d'un appareil amovible, partiel ou complet, habituellement porté par le sujet. Si le sujet ne porte habituellement pas son appareil, les dents absentes sont considérées comme non remplacées.

À l'extrémité d'une arcade, lorsqu'un appareil amovible recouvre entièrement la selle libre, toutes les dents absentes, postérieures à la dernière dent naturelle de l'arcade, sont considérées comme remplacées par l'appareil même si toutes ne peuvent être comptées sur l'appareil même. Dans le cas d'une prothèse complète, toutes les dents absentes sont considérées comme remplacées même si toutes ne peuvent être comptées sur l'appareil même. Enfin, lorsque l'espace laissé par la perte de une ou plusieurs dents entre deux dents naturelles est comblé par l'une ou l'autre des parties d'un appareil amovible, les dents absentes sont considérées comme remplacées par l'appareil même si toutes ne peuvent être comptées sur l'appareil.

96 = dent absente remplacée par un appareil fixe (que le sujet ne peut normalement pas enlever lui-même)

L'espace qu'occuperait la dent est comblé par une partie d'un appareil fixe, soit un *pontic cantilever* ou entre deux piliers, soit une prothèse fixe sur implant(s), soit un pont papillon.

Lorsque l'espace laissé par la perte de une ou plusieurs dents est comblé par un appareil fixe, les dents absentes sont considérées comme remplacées par l'appareil même si toutes ne peuvent être comptées sur l'appareil.

95 = dent extraite pour traitement orthodontique ou pour cause de manque d'espace

Ce code est exclusif aux prémolaires, supérieures ou inférieures, absentes de façon symétrique sur l'arcade (absence bilatérale) et non remplacées par un appareil fixe ou amovible. La situation étant obligatoirement bilatérale lorsque, par exemple, la dent 14 est codifiée 95, la dent 24 sera également codifiée 95. La cause d'une absence bilatérale au niveau prémolaire est déterminée en questionnant le sujet. Si celui-ci affirme que ses dents ont été extraites parce qu'il y avait un manque d'espace sur l'arcade, elles sont codifiées 95 même si le sujet n'a jamais porté d'appareil orthodontique. En cas de doute, les dents sont considérées absentes et codifiées selon leur état de remplacement.

Codes à composer

Toutes les faces des dents permanentes présentes en bouche seront examinées, sans exclusion possible, et codifiées à l'aide d'un code numérique à deux chiffres. Le premier chiffre indique, s'il y a lieu, la nature du traitement qui a déjà été fait sur la face et le deuxième, l'état précis de cette face. À titre d'exemple, le code 10 signifie que la face est obturée avec un matériau permanent (soit 1) et qu'il n'y a pas de carie ni de défaut de l'obturation (soit 0).

Tous les codes dont la description suit sont regroupés dans un tableau présenté plus loin.

A) Nature du traitement antérieur (1^{er} chiffre du code)

- 0 = face n'ayant jamais subi de traitement, incluant les faces non obturées mais taillées pour servir d'appui à une PPA
- 1 = face obturée avec matériau permanent
- 2 = face obturée avec matériau temporaire
- 3 = face couronnée avec matériau permanent (incluant CC, C¾ et appui de pont papillon)
- 4 = face couronnée avec matériau temporaire (incluant CC, C¾ et appui de pont papillon)

N.B. Les matériaux considérés comme permanents sont :

- l'amalgame,
- l'or et les métaux coulés,
- les composites,
- les silicates,
- la porcelaine.

La face buccale d'une dent couverte d'une facette est considérée obturée et non pas couronnée.

B) État de la face (2^e chiffre du code)

Avant d'entrer dans le détail de la codification, il faut d'abord définir les divers états qui seront à diagnostiquer.

Carie

Les lésions carieuses débutantes sont délibérément omises dans le présent protocole. Il y aura donc diagnostic de carie dans les seuls cas où la lésion est au stade de cavitation, i.e. en présence de perte de substance dentaire. La distinction entre les lésions actives et arrêtées est également exclue du présent protocole. Enfin, les faces présentant des puits ou cavités associés à des phénomènes d'hypoplasie, d'hypominéralisation,

d'amélogénèse imparfaite ou de fluorose grave sont sujettes aux mêmes critères diagnostiques de la carie que toute autre face (malgré les défauts observés, elles sont considérées comme saines en l'absence d'évidence de carie). Dans tous les cas où le diagnostic de carie est incertain, on considérera qu'il n'y a pas de carie.

Faces coronaires

- Fosses et sillons

Les deux conditions suivantes doivent être respectées :

- perte visible de l'intégrité de la surface à la suite d'un processus carieux (cavité) ou opacité indicatrice d'émail miné par la carie (émail surplombant une perte de substance)
- et
- ramollissement du fond ou d'une paroi de la cavité (légère pression de l'explorateur) ou évidence d'un processus carieux confirmé par une coloration à la base de la cavité.

- Lisses

Les deux conditions suivantes doivent être respectées :

- perte visible de l'intégrité de la surface à la suite d'un processus carieux (cavité)
- et
- ramollissement du fond de la cavité (légère pression de l'explorateur) ou évidence d'un processus carieux confirmé par une coloration à la base de la cavité.

Faces radiculaires

Une distinction importante s'impose ici entre les lésions carieuses et les lésions d'usure telles que l'érosion et l'abrasion.

Caractéristique	Lésions carieuses	Lésions abrasives et érosives
Changement de couleur	Toujours	Possible, plus rare
Perte d'intégrité de la surface	Toujours	Toujours
Texture	« Tacky », ramollie	Lisse et dure
Limites	Plus souvent diffuses	Toujours très bien définies
État de propreté*	Souvent couvertes de plaque	Toujours très propres

* Les surfaces radiculaires couvertes de tartre sont toujours considérées comme saines.

De plus, les lésions d'usure sont plus souvent par groupe du côté opposé à la main d'usage. Par exemple, elles pourraient se concentrer sur les canines et prémolaires gauches chez le droitier. Les lésions d'usure sont généralement situées sur les faces radiculaires en positions buccale et mésiale, exposées par une récession gingivale, et elles surviennent toujours très près du collet de la dent. Finalement, et de toute évidence, les lésions d'usure sont toujours complètement supragingivales alors que les lésions carieuses peuvent s'étendre sous la gencive lorsqu'il y a une perte d'attachement épithélial. Seules les faces radiculaires exposées par une récession gingivale, donc visibles au-dessus de la gencive libre, seront examinées.

B.1) Deuxièmes chiffres du code s'appliquant à toutes les faces coronaires et radiculaires non traitées et restaurées : 0, 1, 2

0 = sans carie et sans défaut de restauration. S'applique aux :

- faces non traitées sans signe clinique de carie et faces radiculaires non exposées par une récession gingivale (00) ;
- faces obturées sans défaut et sans signe clinique de carie (10 si matériau obturateur permanent ; 20 si matériau obturateur temporaire) ;

- faces couronnées sans défaut et sans signe clinique de carie (30 si matériau permanent, 40 si matériau temporaire).

1 = petite cavité carieuse primaire : où petite signifie de diamètre < 0,5 mm de sorte que la boule de la sonde CPITN ne pénètre pas dans la cavité, et primaire signifie non contiguë à une obturation. S'applique aux :

- faces non traitées 01 ;
- faces obturées avec matériau permanent 11 ou matériau temporaire 21 mais présentant également une cavité carieuse dont le diamètre est < 0,5 mm non contiguë à l'obturation.

N.B. Le chiffre 1 en tant que deuxième élément du code ne s'applique pas aux faces couronnées. Si une face couronnée présente également une lésion carieuse, celle-ci est toujours récurrente. Donc, les codes 31 et 41 n'existent pas.

2 = grosse cavité carieuse primaire, où grosse signifie de diamètre ≥ 0,5 mm de sorte que la boule de la sonde CPITN pénètre dans la cavité, et primaire signifie non contiguë à une obturation. S'applique aux :

- faces non traitées 02 ;
- faces obturées avec matériau permanent 12 ou matériau temporaire 22.

N.B. Les codes 32 et 42 n'existent pas à l'instar des codes 31 et 41.

B.2) Deuxièmes chiffres du code s'appliquant aux faces coronaires et radiculaires restaurées seulement : 3, 4, 5, 6, 7

3 = défectueux ou partiellement manquant, sans signe clinique de carie. S'applique aux :

- faces obturées avec matériau permanent : 13 ;
- faces obturées avec matériau temporaire : 23 ;
- faces couronnées avec matériau permanent : 33 ;
- faces couronnées avec matériau temporaire : 43.

Dans tous ces cas, l'obturation ou la couronne est défectueuse mais la face ne présente aucun signe clinique de carie, ni primaire, ni récurrente. Est considérée comme défectueuse ou partiellement manquante :

- une obturation mobile ;
- une obturation fracturée de telle sorte que la paroi dentaire est exposée de 2 mm et plus ou que la dentine est exposée de façon évidente ;
- une obturation ou une couronne qui présente un joint ou une fissure dans lequel l'explorateur pénètre sur 2 mm et plus ;
- une couronne ayant perdu sa facette de porcelaine ;
- une couronne perforée ;
- une obturation ou une couronne où le rebord fait saillie de sorte qu'il excède le contour normal de la dent d'au moins 1 mm (ex. : surplus d'amalgame).

Enfin, dans tous ces cas, même s'il n'y a pas de signe clinique de carie, le défaut est tel que l'obturation ou la couronne ne peut généralement pas être corrigée par un simple polissage, mais doit être reprise.

N.B. Il n'existe pas de code pour les faces obturées ou couronnées avec défaut ou partiellement manquantes en présence de carie. En présence de carie récurrente seulement (i.e. contiguë à la restauration), ces faces seront codifiées comme obturées ou couronnées, selon le cas, avec grosse carie récurrente (16, 26, 36 ou 46). En présence de carie primaire (i.e. d'un foyer de carie non contiguë à la restauration), ces faces seront codifiées comme obturées avec caries récurrente et primaire (17 ou 27).

4 = complètement manquante, sans signe clinique de carie. S'applique aux :

- faces obturées : 14 ;
- faces couronnées : 34.

Dans ces deux cas, comme l'obturation ou la couronne est complètement manquante, même si la base y est, il est impossible de déterminer la nature du matériau. C'est pourquoi la distinction entre matériau permanent et temporaire n'est pas faite à l'intérieur de ce code.

N.B. Il arrive que la dent préparée à recevoir une couronne ait été partiellement reconstruite en amalgame ou autre matériau ; ce matériau serait considéré comme une base dans le cas où la couronne serait complètement manquante sans carie et toutes les faces seraient codifiées 34. Par ailleurs, il n'existe pas de code prévu pour l'obturation ou la couronne complètement manquante avec carie. Ces faces seront codifiées 02 comme non traitées avec grosse carie primaire.

5 = petite cavité carieuse récurrente, où petite signifie de diamètre < 0,5 mm (CPITN ne pénètre pas) et récurrente signifie contiguë à une obturation ou à une couronne. S'applique aux :

- faces obturées avec matériau permanent : 15 ;
- faces obturées avec matériau temporaire : 25 ;
- faces couronnées avec matériau permanent : 35 ;
- faces couronnées avec matériau temporaire : 45 .

6 = Grosse cavité carieuse récurrente, où grosse signifie de diamètre ≥ 0,5 mm (CPITN pénètre) et récurrente signifie contiguë à une obturation ou à une couronne ; ou obturation défectueuse et carie récurrente. S'applique aux :

- faces obturées avec matériau permanent : 16 ;
- faces obturées avec matériau temporaire : 26 ;
- faces couronnées avec matériau permanent : 36 ;
- faces couronnées avec matériau temporaire : 46.

Cette catégorie inclut les faces obturées ou couronnées défectueuses ou partiellement manquantes en présence de carie récurrente (sans autre foyer isolé de carie primaire).

N.B. Pour les codes 5 et 6, la carie récurrente au gingival d'une obturation coronaire est toujours codifiée sur la face coronaire même si elle excède la JEC. De la même façon, la carie récurrente occlusalement à une obturation radiculaire est toujours codifiée sur la face radiculaire même si elle excède la JEC.

7 = carie primaire et carie récurrente (toutes tailles) sur la même face, ou carie primaire et obturation défectueuse sur la même face. S'applique aux :

- faces obturées avec matériau permanent : 17 ;
- faces obturées avec matériau temporaire : 27.

Cette catégorie vise tous ces cas, quelle que soit la taille des caries récurrente et primaire. Elle inclut aussi les obturations défectueuses ou partiellement manquantes en présence de carie primaire (qu'il y ait ou non carie récurrente).

Le code correspondant n'existe pas pour les faces couronnées puisqu'elles ne peuvent être atteintes de carie primaire (la carie y est toujours récurrente).

B.3) Deuxième chiffre du code s'appliquant aux faces radiculaires seulement : 8

8 = face radiculaire présentant une lésion abrasive ou érosive sans carie. S'applique aux :

- faces non traitées : 08 ;
- faces obturées avec matériau permanent : 18 ;
- faces obturées avec matériau temporaire : 28.

N.B. Généralement sur les faces en positions buccale et mésiale exposées par une récession gingivale. Une lésion abrasive ou érosive ne doit être enregistrée que s'il n'y a aucun signe de carie non traitée, et que les conditions suivantes sont remplies : seulement si la profondeur au centre M-D de la lésion est $\geq 0,5$ mm ou si la hauteur cervico-apicale de la lésion est ≥ 3 mm.

Dans les cas où une face radiculaire présente à la fois une lésion abrasive ou érosive et une lésion carieuse, la codification se fera en fonction de la carie. Par contre, si la face radiculaire est obturée et qu'elle présente également une lésion d'usure sans toutefois qu'il y ait carie, elle sera codifiée 18 ou 28 selon la nature du matériau obturateur.

4.4 Considérations spéciales pour le diagnostic de la carie et des conditions associées

Toutes les dents et faces de dents permanentes seront examinées et codifiées

- Les dents absentes seront codifiées selon leur état de remplacement à l'aide des codes fixes. Il est à noter que les dents incluses seront codifiées comme absentes puisque l'examen se fait sans radiographie.

- Les dents dévitalisées et les dents mobiles seront codifiées de la même façon que les autres.

- Les troisièmes molaires sont considérées dans l'étude.

- Si une dent surnuméraire est présente, l'examineur devra décider laquelle est le légitime occupant de l'espace ; seule cette dent sera examinée et codifiée.

- Lorsqu'une dent primaire occupe l'espace légitime d'une dent permanente par ailleurs absente de l'arcade, la dent primaire est ignorée et la dent permanente est considérée comme absente non remplacée (code 98).

- Une dent est considérée comme présente si la moindre de ses parties est visible.

- Toutes les faces doivent être examinées et codifiées même en présence de boîtiers ou de bagues orthodontiques.

N.B. Il n'existe aucun code pour exclure une face.

- Le bord incisif des dents antérieures ne sera pas codifié. Si une lésion ou une obturation s'y trouvait, elle serait codifiée sur la face voisine la plus proche.

- Les facettes d'usure, en l'absence de signe clinique de carie, ne sont pas enregistrées.

Utilisation de l'explorateur

L'explorateur ne sera utilisé que pour confirmer la présence d'une cavité soupçonnée et vérifier la texture d'une lésion. Il sera toujours employé avec une pression minimale n'excédant pas celle nécessaire pour blanchir le dessous de l'ongle.

Jamais l'explorateur ne sera forcé dans la marge ou un défaut d'une restauration, non plus que dans les fosses et sillons et les lésions débutantes crayeuses au stade précavitation.

Bien entendu, l'explorateur peut être utilisé parallèlement à une face pour en déloger la plaque ou les débris.

Cas douteux

- Quand le diagnostic de carie est incertain, on considérera qu'il n'y a pas de carie.
- Les taches, pigmentations et défauts de l'émail, en l'absence d'autres critères, ne seront pas considérés comme des caries.
- Les lésions blanchâtres et crayeuses caractéristiques des lésions débutantes au stade précavitation ne seront pas considérées comme des caries.
- Si l'on doute de la présence d'une dent, elle sera considérée comme absente.
- Lorsque entre deux dents d'un même groupe, par exemple le groupe des molaires, il existe un doute à savoir laquelle est absente, la dent la plus postérieure sera considérée comme absente et codifiée selon son état de remplacement.
- Si l'on doute qu'une obturation est déficiente, elle sera considérée comme satisfaisante.
- Si l'on doute que l'extraction de prémolaires, absentes symétriquement, ait une cause orthodontique, celles-ci seront considérées comme absentes et codifiées selon leur état de remplacement.

Préséances et particularités

- Si une face présente à la fois une obturation en matériau permanent et une autre en matériau temporaire, la codification donnera priorité au matériau temporaire.

- Si une face offre à la fois une petite et une grosse cavité carieuse primaire, la codification donnera priorité à la grosse cavité carieuse primaire.
- Il n'existe pas de codes propres aux obturations et couronnes déficientes, partiellement ou complètement manquantes avec carie. Ces faces seront codifiées de la façon suivante :

si déficiente ou partiellement manquante avec carie récurrente seulement	codifier comme restaurée avec grosse carie récurrente, selon le type de matériau	obturation : 16 ou 26 couronne : 36 ou 46
si déficiente ou partiellement manquante avec carie primaire seulement	codifier comme restaurée avec carie primaire et récurrente, selon le type de matériau	obturation : 17 ou 27 couronne : NA
si déficiente ou partiellement manquante avec carie primaire et récurrente	codifier comme restaurée avec carie primaire et récurrente, selon le type de matériau	obturation : 17 ou 27 couronne : NA
si complètement manquante avec carie	codifier comme non traitée avec grosse carie primaire	obturation : 02 couronne : 02

- Si une face radiculaire présente à la fois une lésion carieuse et une lésion érosive/abrasive, la codification se fera en fonction de la lésion carieuse, soit le code 01 ou 02 selon la taille de la cavité. Si une face radiculaire montre une obturation et une lésion abrasive/érosive sans carie, la codification sera 18 ou 28 selon le type de matériau. Si, par surcroît, il y avait une lésion carieuse, la lésion abrasive/érosive serait ignorée et la codification prendrait en compte l'obturation et la carie.
- Les faces couronnées incluent les couronnes complètes, les couronnes trois quarts et les appuis de pont papillon (dans ce dernier cas même si la face n'a pas été taillée). C'est donc dire qu'une face buccale restaurée par une facette est considérée comme obturée plutôt que couronnée.

- Les faces radiculaires non exposées à la cavité buccale par une récession gingivale sont codifiées de la même façon que les faces radiculaires exposées, mais ne présentant ni lésions carieuses, ni lésions d'usure, ni restauration, i.e. 00.
- Cas des faces de dents fracturées et non restaurées à la suite d'un traumatisme :
 - 1° Sur une dent antérieure, une fracture sera considérée si la perte de substance, qu'elle soit en coin (CL.IV) ou qu'elle englobe tout le bord incisif, atteint plus de 2 mm de la hauteur incisivo-cervicale d'au moins une des faces proximales de la dent et qu'elle se rend jusqu'à la dentine. En ce cas, cette face proximale sera codifiée ainsi :
 - si sans carie, codifier 14 comme si l'obturation était complètement manquante sans carie, à moins que la dent ne réponde aux critères de définition de la racine résiduelle ;
 - si avec carie, codifier 02, c'est-à-dire non traitée avec grosse carie primaire, à moins que la dent ne satisfasse aux critères de définition de la racine résiduelle.

Les faces buccales et linguales adjacentes seront codifiées de la même façon si la fracture s'étend au-delà de leur tiers respectif.
 - 2° Sur une dent postérieure, une fracture est considérée s'il y a exposition de la dentine ou perte de plus de 2 mm à partir de la pointe de la cuspidé.

Les faces adjacentes sont considérées comme atteintes si la fracture s'étend au-delà de leur ligne d'angle respective.

N.B. Les dents qui présentent une perte de substance importante due à l'usure plutôt qu'à un traumatisme ne sont pas enregistrées.

Limites des faces coronaires entre elles et des faces radiculaires entre elles

Faces coronaires entre elles

- Règle pour les lésions

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 comme atteinte. La seule exception vise la lésion de CL.III proximale sur une dent antérieure qui doit s'étendre au-delà du tiers de la face Bu ou Li adjacente pour que cette dernière soit considérée comme atteinte.

- Règle pour les restaurations

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

- Règle pour les cas de faces mixtes

Partie « fosses et sillons » contre partie « lisse » : lorsqu'une obturation ou une lésion de la fosse ou du sillon s'étend à plus de 2 mm de son centre vers la partie lisse, la partie lisse de la même face est alors considérée comme atteinte. Lorsqu'une obturation ou une lésion de la partie lisse atteint le centre de la fosse ou du sillon, la partie « fosses et sillons » sera alors considérée comme atteinte.

Faces radiculaires entre elles

Pour toutes les dents, antérieures et postérieures, la limite des faces M et D contre Bu et Li est la ligne d'angle. Ainsi, lorsqu'une obturation ou une lésion sur une face s'étend au-delà de la ligne d'angle formée avec la face adjacente, la face adjacente est alors également considérée comme atteinte.

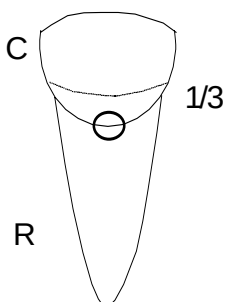
Limites des faces coronaires contre les faces radiculaires : cas des lésions à cheval sur la JEC

Dans ces cas, il peut être difficile de déterminer d'où provient la lésion : de la couronne ou de la racine ?

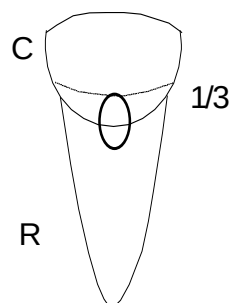
- Si au moins la demie de la lésion est sur la racine, la face radicaire sera alors considérée comme cariée. Dans ce cas, la face coronaire sera considérée comme cariée seulement si la lésion atteint le tiers gingival.
- Si au moins la demie de la lésion ne se trouve pas sur la face radicaire, celle-ci ne sera pas considérée comme cariée et la face coronaire sera considérée comme cariée même si la lésion n'atteint pas le tiers gingival.

Les mêmes règles s'appliquent aux obturations à cheval sur la JEC. Dans ces cas, on déterminera d'abord quelles faces, coronaire et/ou radicaire, sont obturées, puis on vérifiera la présence de conditions associées à cette obturation (défauts, carie récurrente, etc.).

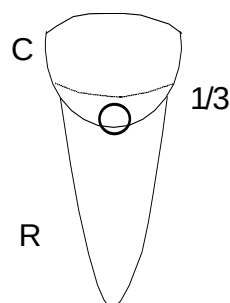
Exemples de lésions à cheval sur la JEC :



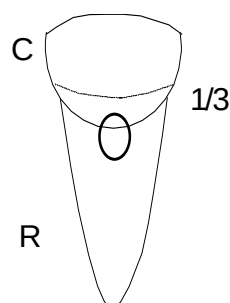
Lésion à demi sur R et à demi sur C, mais qui n'atteint pas le tiers gingival de C. Dans ce cas :
R = carie
C = sain



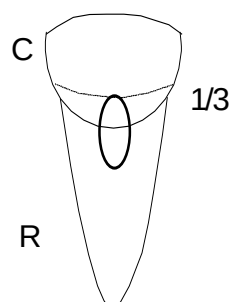
Lésion à demi sur R et à demi sur C et qui atteint le tiers gingival de C. Dans ce cas :
R = carie
C = carie



Lésion supérieure à la demie sur C et inférieure à la demie sur R :
R = sain
C = carie
même si le tiers gingival n'est pas atteint



Lésion supérieure à la demie sur R et inférieure à la demie sur C :
R = carie
C = sain car le tiers gingival n'est pas atteint



Lésion supérieure à la demie sur R et inférieure à la demie sur C mais le tiers gingival est atteint :
R = carie
C = carie

Dans tous ces exemples, la demie de la lésion signifie la demie de sa hauteur occluso-apicale.

Exception — La carie récurrente au gingival d'une obturation coronaire, qui n'était pas initialement à cheval sur la JEC, sera codifiée sur la face coronaire seulement même si elle traverse la JEC et que la plus grande partie se situe sur la

face radiculaire. De la même façon, la carie récurrente occlusalement à une obturation radiculaire, qui n'était pas initialement à cheval sur la JEC, sera codifiée sur la face radiculaire seulement même si elle traverse la JEC et que la plus grande partie se situe sur la face coronaire.

Dents avec atteinte pulpaire évidente

Sous la grille d'évaluation des caries coronaires et radiculaires est prévu un espace pour l'enregistrement des dents, autres que les racines résiduelles, qui présentent une atteinte pulpaire évidente.

L'identification de l'atteinte pulpaire évidente requiert que l'une ou l'autre des conditions suivantes soit respectée :

— la chambre pulpaire est exposée,

ou

— il y a une fistule,

ou

— il y a un traitement endodontique en cours.

L'enregistrement des dents ainsi atteintes se fait en inscrivant leur numéro dans l'espace prévu à cette fin.

N.B. Les racines résiduelles ne sont pas enregistrées dans cet espace puisqu'elles ont déjà été codifiées dans la grille d'évaluation des caries.

Présence de un ou de plusieurs implants et type d'appareils qu'ils supportent

Sous la grille d'évaluation des caries, un espace est prévu pour enregistrer la présence de un ou de plusieurs implants chez le sujet. L'information sera enregistrée en inscrivant un seul des codes suivants sur la ligne prévue à cette fin :

0 = aucun implant en bouche

1 = présence de un ou de plusieurs implants supportant un ou des appareils amovibles

2 = présence de un ou de plusieurs implants supportant un ou des appareils fixes

3 = présence de plusieurs implants, certains supportant un ou des appareils amovibles et d'autres, un ou des appareils fixes.

Il est à noter que cette information ne modifie pas la façon de codifier les dents absentes selon leur état de remplacement. Par exemple, une dent absente remplacée par un appareil amovible sera codifiée 97 même si un implant supportant l'appareil amovible devait occuper l'espace légitime de la dent absente. De la même façon, si cet implant devait supporter une couronne ou un pont, la dent absente serait codifiée 96 (remplacée par un appareil fixe).

TABLEAU SYNTHÉTIQUE DES CODES À COMPOSER

Deuxième chiffre	Premier chiffre →	Faces sans aucun traitement (0)	Faces obturées mat. permanent (1)	Faces obturées mat. temporaire (2)	Faces avec couronne ¹ mat. permanent (3)	Faces avec couronne ¹ mat. temporaire (4)
FACES CORONAIRES ET RADICULAIRES						
Non traitées et restaurées						
0 =	sans carie et sans défaut de restauration	00	10	20	30	40
1 =	petite carie primaire (< 0,5 mm)	01	11	21	—	—
2 =	grosse carie primaire (≥ 0,5 mm)	02 ²	12	22	—	—
Restaurées seulement						
3 =	défectueux ou partiellement manquant, <u>sans</u> carie	—	13	23	33	43
4 =	complètement manquant <u>sans</u> carie	—	14	—	34	—
5 =	carie récurrente, petite (< 0,5 mm)	—	15	25	35	45
6 =	carie récurrente, grosse (≥ 0,5 mm) ou obturation défectueuse et carie récurrente	—	16	26	36	46
7 =	carie primaire et récurrente (toutes tailles) ou obturation défectueuse et carie primaire ou obturation défectueuse et carie primaire et récurrente	—	17	27	—	—
FACES RADICULAIRES SEULEMENT						
8 =	lésion abrasive ou érosive <u>sans</u> carie	08	18	28	—	—

1. Incluant la couronne complète, la couronne trois quarts et l'appui de pont papillon.
2. Le code 02 est également à utiliser pour les faces dont l'obturation est complètement manquante avec carie.

SECTION 5

ÉVALUATION DE LA FLUOROSE

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'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.

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

Pour l'examen de la fluorose, seules les faces complètement éruptées sont considérées et les dents ne doivent pas être asséchées. Dans le cadre de cette étude, on notera deux scores, soit le plus haut score observé au niveau des faces buccales des antérieures supérieures et le plus haut noté au niveau des faces buccales, linguales et occlusales de l'ensemble des dents.

L'indice utilisé est le « Tooth Surface Index of Fluorosis (TSIF) » développé par le docteur Herschel Horowitz, mais modifié et simplifié comme il apparaît ci-dessous.

Codes utilisés

- 0 = aucune évidence de fluorose
- 1 = fluorose évidente mais se limitant à des taches blanchâtres qui couvrent moins que le tiers d'une des faces. Cette catégorie s'applique aussi pour la fluorose atteignant le bout incisif des dents antérieures ou le bout des cuspides des dents postérieures (*snow capping*)
- 2 = fluorose couvrant au moins le tiers d'une des faces mais moins que les deux tiers
- 3 = fluorose où les taches blanchâtres couvrent les deux tiers et plus d'une des faces considérées
- 4 = fluorose où une face labiale 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
- 8 = aucune dent n'est présente sur le segment antérieur ou bien toutes les dents sont absentes (selon la case considérée) ou bien toutes les faces possèdent des restaurations ou des bagues orthodontiques.

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE FLUOROSE LÉGÈRE
ET AUTRES OPACITÉS DE L'ÉMAIL DES DENTS**

Caractéristiques	Forme bénigne de fluorose	Autres opacités de l'émail
Zone touchée	Habituellement tout près des bords incisifs ou sur les cuspides (<i>snow capping</i>).	Habituellement au centre des faces lisses.
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 ; « <i>paper-white</i> » ; les cuspides et bords incisifs peuvent sembler « givrés ».	Souvent jaune crème.
Dents atteintes	Plus fréquent sur les dents à calcification lente (canines, prémolaires, deuxième et troisième molaires). Habituellement sur 6 ou 8 dents homologues.	N'importe quelle dent. Fréquemment au labial des incisives supérieures et inférieures. Peuvent se présenter sur une seule dent. Parfois 1 à 3 dents atteintes.
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.

SECTION 6

PROBLÈMES DE MALOCCLUSION

6.1 Diastème au maxillaire supérieur (entre 11 et 21)

Définition — Si la surface proximale mésiale de la dent 11 n'est pas en contact avec la surface mésiale de la dent 21.

Utilisez la règle millimétrique. Prendre la distance minimale au tiers supérieur des incisives entre le point mésial de la 11 et de la 21. Si prothèse ou dent absente, notez 9 (ne s'applique pas). Si absence de diastème, notez 2. Si présence de diastème, notez 1 puis le nombre de mm.

6.2 Surplomb horizontal (*overjet*)

Définition — Distance dans l'axe horizontal séparant la surface buccale des incisives centrales supérieures de celle des incisives centrales inférieures lorsque les dents sont en intercuspidation maximale (les centrales supérieures sont alors buccales par rapport aux centrales inférieures). Si les deux centrales supérieures sont absentes, indiquez 9 (ne s'applique pas).

si oui : _____ mm

- « Overjet » présent : 1 si l'une des incisives supérieures est en avant d'une des incisives inférieures. Si occlusion croisée antérieure, indiquez 1 dans la case prévue et 98 mm. Pour prendre la mesure, on choisit toujours la centrale supérieure droite lorsque les deux centrales sont à égalité. Dans le cas contraire, on choisit la centrale supérieure qui est la mieux placée sur l'arcade dentaire du sextant antérieur (canine à canine). La règle sera insérée sous le milieu du rebord incisif de la

centrale supérieure (dans le plan horizontal) jusqu'à la surface buccale de l'incisive inférieure correspondante lorsque les dents sont en occlusion centrique. Notez la mesure qui correspond à la surface buccale du bout incisif de la centrale supérieure. Si la mesure de l'*overjet* est entre 1 et 3,5 mm, inscrire 0 mm ; si plus de 3,5 mm, inscrire la valeur réelle.

- « Overjet » absent : 2 si dents bout à bout.
- « Occlusion croisée antérieure » : 1 pour présence d'un *underjet* à 98 mm.

6.3 Surplomb vertical (*overbite*)

Définition — Distance dans l'axe vertical séparant le rebord incisif des incisives centrales supérieures du rebord incisif des incisives centrales inférieures lorsque les dents sont en intercuspidation maximale.

- « Overbite » présent : 1 si l'une des incisives supérieures chevauche (recouvre) verticalement une incisive inférieure. Les dents sont en « OC ».
- Surplomb vertical absent : 2 si bout à bout.
- « Occlusion croisée antérieure » : 9 (ne s'applique pas).

Pour déterminer le surplomb vertical, deux mesures sont prises :

- mesure A en mm, avec la bouche ouverte. Mesurez la hauteur coronaire de l'incisive inférieure la plus longue, du rebord gingival au rebord incisif (point médian) ;
- mesure B en mm, avec les dents fermées ensemble. Mesurez la distance séparant le rebord de l'incisive supérieure antagoniste à l'incisive inférieure précédemment choisie en A au rebord gingival mesuré en A.

Mesure A : mm

Mesure B : mm

Si, toutefois, l'incisive supérieure recouvre en totalité l'incisive inférieure (et plus), placez le miroir dentaire sous le rebord incisif de la centrale supérieure et mesurez en mm la distance entre le miroir et le rebord gingival en A. Dans ce cas-ci, vous devez inscrire en B une mesure négative.

6.4 Béance antérieure (*openbite*)

Définition — Distance correspondant à l'espace dans l'axe vertical séparant le rebord incisif des incisives centrales supérieures du rebord incisif des incisives centrales inférieures lorsque les dents sont en intercuspidation maximale.

- « *Openbite* » présent : 1 s'il y a un espace entre les incisives centrales supérieures et inférieures. Les dents sont en « OC ».
- « *Openbite* » absent : 2 si bout à bout, présence d'*overbite* ou d'occlusion croisée.

Avec les dents postérieures en contact, mesurez en mm la distance verticale maximale entre la ligne médiane du rebord incisif moyen (milieu entre distal-mésial) des centrales supérieure et inférieure correspondantes, là où la distance est la plus grande.

6.5 Occlusion croisée postérieure

Définition — Déplacement buccal ou lingual équivalent à la distance d'une cuspide et plus d'une dent postérieure par rapport à son ou ses antagonistes lorsque les dents sont en intercuspidation maximale.

Notez le nombre de dents séparément pour chacun des quadrants en incluant les dents en bout à bout (une dent et plus sur un des sextants

postérieurs ; dent déplacée lingualemment ou buccalemment hors de l'axe horizontal [ligne] des cuspides). Dans le cas des molaires, ce sont les deux cuspides buccales ou linguales qui doivent être déplacées pour être considérées en occlusion croisée.

6.6 Nombre de dents antérieures en rotation de plus de 45° et/ou déplacées de plus de 2 mm buccalemment et lingualemment par rapport à la forme générale de l'arcade dentaire entre canine et canine en haut et en bas

Utilisez la règle millimétrique si nécessaire pour évaluer si les déplacements sont supérieurs à 2 mm. Notez le nombre de dents déplacées pour chacun des maxillaires.

6.7 Présence en bouche lors de l'examen d'un appareil fixe d'orthodontie ou d'un appareil orthodontique amovible (incluant les fils de rétention mordancés au lingual des incisives supérieures ou inférieures à la suite d'un traitement d'orthodontie)

- 6.8 Une plaque occlusale pour le traitement des troubles temporo-mandibulaires est présente en bouche ou utilisée couramment (minimum une fois semaine). Un protecteur buccal est utilisé couramment (minimum une fois semaine) pour le traitement de troubles temporo-mandibulaires.**
- 6.9 Un appareil pour les apnées ou ronflement est utilisé couramment (minimum une fois semaine).**

SECTION 7

CONDITION PARODONTALE

Choix des indices

Les objectifs de l'enquête étant d'estimer la prévalence des problèmes parodontaux de même que le besoin de traitement parodontal chez l'adulte de 35 à 44 ans, nous avons choisi de mesurer à la fois la perte d'attache gingivale, l'exposition des racines et chacune des composantes du *Community Periodontal Index of Treatment Needs* (CPITN).

Cet examen vise chacune des dents 17 à 47. Seront mesurées, dans l'ordre, la poche parodontale la plus profonde, la présence de tartre, la profondeur de la crevasse ou poche parodontale ainsi que la distance entre le bord de la gencive libre et le joint énamo-cémentaire pour deux sites spécifiques, ainsi que la présence de saignement et/ou d'exsudat. Les mesures sont prises pour l'ensemble du quadrant avant de passer au quadrant suivant.

Poche parodontale la plus profonde

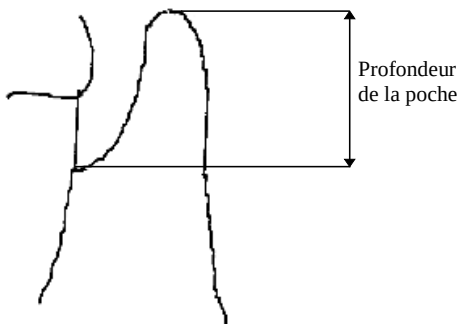
Pour la mesure de la poche parodontale la plus profonde, la sonde doit être tenue verticalement en direction de l'axe long de la dent, en s'appuyant légèrement sur la couronne clinique au point du maximum de convexité de la surface de la dent.

Les mesures interproximales des poches sont prises à partir du buccal. La sonde doit pénétrer dans la crevasse gingivale, sous un angle permettant de se rendre en plein centre de la surface proximale examinée et au fond de la crevasse ou de la poche.

La sonde utilisée est la sonde CPITN développée par l'OMS. La pression exercée par la sonde ne doit pas excéder 25 grammes. On valide chaque jour la pression exercée en utilisant la sonde Sensor Probe.

Chaque mesure doit être arrondie au millimètre le plus près (ex. : 3,4 mm devient 3 mm alors que 3,5 mm est arrondie à 4 mm).

La mesure est prise entre le bord libre de la gencive et le fond de la poche ou de la crevasse. Pour la mesure de la poche la plus profonde par dent, seules les poches de 3,5 mm et plus (donc 4 mm) seront codifiées. On commence à l'angle mésio-buccal de la dent la plus postérieure et on fait tout le tour de la dent. Pour l'enregistrement de la poche la plus profonde, on se limite à indiquer la grande catégorie sur la sonde à partir des chiffres suivants : 0, 5, 7, 10 et 12. Pour la mesure des poches aux sites mésio-buccal et milieu du buccal, on indique la mesure de la poche même si elle est inférieure à 4 mm et on mentionne toujours la mesure exacte (au mm près) et non pas celle de la catégorie.



Perte d'attache gingivale et exposition de la racine

La perte d'attache gingivale et l'exposition des racines seront mesurées sur deux sites de chacune des dents. Les mesures seront calculées par ordinateur à partir de l'enregistrement de deux données par site, soit la poche parodontale et la distance entre le bord de la gencive libre et le joint énamo-cémentaire.

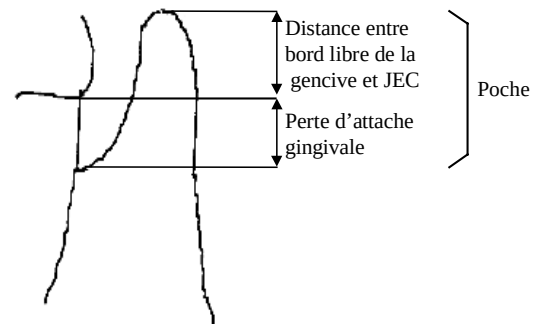
Les deux sites considérés sont le milieu du buccal et l'angle mésio-buccal. On commence toujours par le milieu du buccal de la dent du haut la plus postérieure et on finit par le milieu du buccal de la dent inférieure la plus postérieure.

Pour le mésial, l'examineur doit positionner la sonde parallèlement à l'axe long de la dent aussi près que possible du point de contact et ce, même si la dent adjacente est absente. Pour les molaires supérieures et inférieures, la mesure buccale est toujours prise au milieu de la racine mésiale.

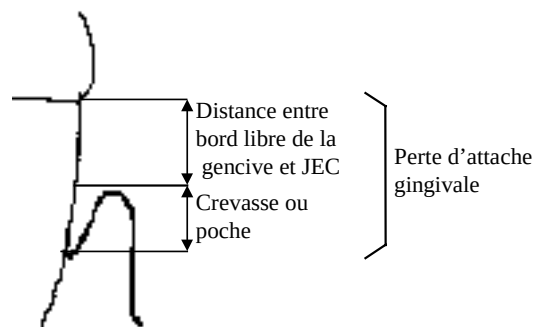
On mesure d'abord la poche puis on évalue la distance entre la jonction énamo-cémentaire et le bord de la gencive libre. Lorsque le bord libre de la gencive recouvre la jonction énamo-cémentaire, on doit bien localiser la jonction. En cas de difficulté, se servir de la dent homologue sur le quadrant adjacent pour faire votre estimation.

Deux situations peuvent se produire :

A)



B)



Dans B, la distance entre le bord libre de la gencive et le joint énamo-cémentaire doit être précédée du signe négatif.

Dans tous les cas, en présence de tartre recouvrant la jonction énamo-cémentaire, d'une obturation, d'érosion ou d'abrasion, l'exami-

nateur devra localiser la jonction énamo-cémentaire en se fiant à son évaluation de la morphologie initiale de la dent. Encore ici, on peut se servir de la dent homologue sur le quadrant adjacent pour faire son estimation.

Tartre

On estime la présence de tartre en détectant tout dépôt calcifié supra ou sous-gingival à l'aide de la sonde passée sur chacune des faces. Il est très rare de trouver du tartre supragingival sans détecter du tartre sous-gingival au même endroit. Par contre, du tartre sous-gingival peut être trouvé sans que l'on détecte de tartre supragingival. Un morceau de tartre supragingival est considéré aussi comme sous-gingival s'il se rend à au moins 1 mm sous la gencive libre. De la même façon, un morceau de tartre sous-gingival sera considéré comme supragingival s'il dépasse d'au moins 1 mm le bord de la gencive libre.

Pour prendre cette mesure, la sonde longe délicatement la dent et ce, supra et sous-gingivalement. On commence à l'angle mésio-buccal de la dent la plus postérieure et on fait tout le tour de la dent. Toute présence de tartre sur une ou plusieurs des faces examinées est prise en considération lors de la codification de cette mesure. Lorsqu'il n'y a pas de tartre mais qu'une obturation ou une couronne présente un joint ou surplus défectueux, on note le code 4. Une seule valeur est donnée pour la dent selon le barème suivant :

- 0 = absence de tartre
- 1 = tartre sous-gingival seulement
- 2 = tartre supragingival seulement
- 3 = tartre supragingival et sous-gingival
- 4 = joint ou surplus d'une obturation ou d'une couronne* (en l'absence de tartre)
- 8 = ne peut être évalué.

En cas de doute, toujours considérer la catégorie la plus basse.

* Mêmes critères que lors de l'examen « carie ».

Saignement ou exsudat

Après que les mesures des poches, de la jonction énamo-cémentaire, et la présence de tartre auront été notées pour un quadrant, l'examineur vérifie pour chaque dent la présence d'exsudation ou de saignement provoqué par le sondage précédent.

Toute présence d'exsudat (pus ou liquide séreux) provenant d'une poche parodontale sur une ou plusieurs des faces de la dent examinée sera prise en considération pour la codification de cette mesure. Une seule valeur est donnée pour la dent.

La valeur pour chacune des dents est attribuée selon le barème suivant :

- 0 = pas de saignement
- 1 = saignement
- 2 = exsudat sans saignement
- 3 = exsudat avec saignement
- 8 = ne peut être évalué.

En cas de doute, toujours considérer la catégorie la plus basse.

Considérations spéciales :

- 1° Seules les dents ayant fait une éruption complète seront considérées. On doit pouvoir sentir le joint énamo-cémentaire à au moins un site. En cas d'éruption partielle, on utilise le code 99 et on fait un trait diagonal.
- 2° Seules les racines où l'on sent le joint énamo-cémentaire à au moins un site sont codifiées. Sinon, on les considère comme des racines résiduelles, on utilise le code 99 et on fait un trait diagonal.
- 3° Les dents avec appareils orthodontiques fixes sont considérées.
- 4° Quand la localisation du joint énamo-cémentaire ne peut être estimée, on utilise le code 98 pour la mesure de la distance

entre le bord de la gencive libre et le joint énamo-cémentaire.

- 5° En l'absence d'une des molaires, la molaire adjacente la remplace si elle occupe la fonction de la dent manquante. Ainsi, les troisièmes molaires sont considérées lorsqu'elles occupent la fonction des deuxième molaires.
- 6° Les dents mobiles doivent être examinées avec soin.

7.1 Inscription des données dans la grille d'évaluation de la condition parodontale

L'examineur énumère, dans un premier temps, la liste des dents absentes. Vous noterez ces dents du code 99 dans la case « poche la plus profonde » correspondante avec un trait diagonal vers le bas et ce, jusqu'à la case saignement.

Par la suite, la séquence à suivre pour l'examen est celle dictée par la grille d'évaluation, soit des dents 17 à 11, 21 à 27, puis 37 à 31 et 41 à 47. Pour chacune des dents présentes, le dentiste examineur indique la poche la plus profonde, la présence de tartre, la crevasse ou poche parodontale et la distance gencive-joint sur les deux sites prévus. Une fois chaque quadrant terminé, il indiquera les dents avec présence de saignement et/ou d'exsudat.

La façon de procéder est la suivante :

- L'inscripteur dit : « numéro des dents absentes ».
- L'examineur énumère la liste des dents absentes en suivant la séquence 17 à 47.
- L'inscripteur indique par 99 dans la case « poche la plus profonde » les dents manquantes et fait un trait diagonal.
- Ensuite, l'inscripteur dit : « 17, poche la plus profonde » (si la 17 est présente). Sinon, il passe à la dent suivante et dit « 16, poche la plus profonde ».
- L'examineur indique ensuite, pour la dent, la présence de tartre, la profondeur des crevasses ou poches parodontales et la distance gencive-joint à chacun des deux sites (B = buccal, M = mésial).
- L'inscripteur énumère par la suite chacune des dents présentes jusqu'à la dent 11.
- Après la dent 11, l'inscripteur demande pour les dents 17 à 11 s'il y a présence de saignement et/ou d'exsudat.

Puis l'inscripteur dit : « 21, poche la plus profonde », et ainsi de suite jusqu'à la dent 27 et ainsi de suite pour le quadrant suivant.

Notes importantes

- Utiliser un crayon à mine bien aiguisé pour remplir la grille et une gomme pour effacer : ne jamais raturer ;
- apporter une attention particulière pour bien distinguer les chiffres UN et SEPT :

UN = | (un seul trait vertical),
SEPT = 7 (toujours couper le trait vertical d'une barre horizontale).

7.2 Codes pour la condition parodontale

Dent manquante	=	99 et trait diagonal
Poche la plus profonde	=	0, 5, 7, 10 et 12 98 = ne peut être évalué
Profondeur des poches au buccal et au mésial	=	nombre de mm observés 00 à 12 où 12 = 12 mm et plus 98 = ne peut être évalué
Distance entre le bord de la gencive libre et le joint énamo-cémentaire au buccal et au mésial	=	nombre de mm observés 00 à 12 où 12 = 12 mm et plus 98 = ne peut être évalué
Tartre		0 = absence de tartre 1 = sous-gingival 2 = supragingival 3 = supra et sous-gingival 4 = joint ou surplus d'une obturation ou d'une couronne (en l'absence de tartre) 8 = ne peut être évalué
Saignement ou exsudat		0 = pas de saignement 1 = saignement 2 = exsudat sans saignement 3 = exsudat avec saignement 8 = ne peut être évalué

COLLECTION ANALYSES ET SURVEILLANCE

TITRES DÉJÀ PARUS

- DGSP* n° 1 : **Surveillance du cancer au Québec : Nouveaux cas déclarés au fichier des tumeurs et mortalité, année 1993**
M. Beaupré, Direction de l'analyse et de la surveillance de la santé et du bien-être, 1996
- DGSP n° 2 : **Surveillance de la mortalité au Québec : année 1994**
G. Bibeau et O. Laplante, Direction de l'analyse et de la surveillance de la santé et du bien-être, 1997
- DGSP n° 3 : **L'accessibilité au condom en milieu scolaire québécois : Enquête auprès des CLSC et des Directions d'écoles secondaires**
R. Cloutier, Centre de coordination sur le sida, 1997
- DGSP n° 4 : **Indicateurs sociosanitaires : Le Québec et ses régions**
M. Pageau et M. Ferland, RRSSS de Québec, R. Choinière, RRSSS de Montréal-Centre, Y. Sauvageau, RRSSS de la Montérégie, 1997
- DGSP n° 5 : **Surveillance de la mortalité au Québec : année 1995**
G. Bibeau et O. Laplante, Direction de l'analyse et de la surveillance de la santé et du bien-être, 1997
- DGSP n° 6 : **La mortalité au Québec : Disparités et évolution de 1975-1977 à 1993-1995**
R. Choinière, RRSSS de Montréal-Centre, P. Lafontaine, Direction générale de la planification et de l'évaluation, M. Pageau et M. Ferland, RRSSS de Québec, 1998
- DGSP n° 7 : **Évaluation de l'application du programme public de services dentaires préventifs**
J. Durocher, RRSSS de Montréal-Centre, J.-M. Brodeur, GRIS, 1998

* Direction générale de la santé publique.

