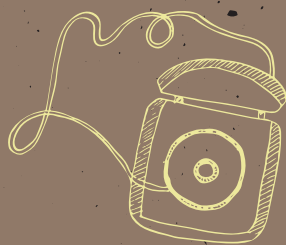


ÉTUDE
CLINIQUE
SUR LA



SANTÉ
BUCCODENTAIRE

DES ÉLÈVES
DE 6^e ANNÉE
DU PRIMAIRE

GASPÉSIE—ÎLES-DE-LA-MADELEINE
2012-2013



ÉTUDE
CLINIQUE
SUR LA



SANTÉ
BUCCODENTAIRE
DES ÉLÈVES
DE 6^e ANNÉE
DU PRIMAIRE



GASPÉSIE—ÎLES-DE-LA-MADELEINE
2012-2013

Québec 

Coordination régionale de l'étude

Sylvie Gagnon, dentiste-conseil, Direction de santé publique du CISSS de la Gaspésie

Traitement et analyse des données

Claude Parent, agent de recherche sociosanitaire

Analyse des données et rédaction du rapport

Nathalie Dubé, agente de recherche sociosanitaire

Avec la collaboration de

Sylvie Gagnon, dentiste-conseil, Direction de santé publique du CISSS de la Gaspésie

Contributions à la collecte de données dans les écoles

Dentiste examinatrice : Sylvie Gagnon, dentiste-conseil

Avec le soutien des hygiénistes dentaires des CSSS de la région pour la sélection finale des élèves et la transcription des données au moment de la collecte (par ordre alphabétique) :

Lucie Cotton, CSSS de La Haute-Gaspésie

Hélène Deschênes, CSSS de la Baie-des-Chaleurs, secteur Malauze

Francine Desmeules, CSSS de La Côte-de-Gaspé

Hélène Fecteau, CSSS de la Baie-des-Chaleurs, secteur Paspébiac

Denise Lapierre, CSSS des Îles-de-la-Madeleine

Josée Whittom, CSSS du Rocher-Percé

Révision linguistique et orthographique

Suzie Fortin, agente administrative

Production et diffusion du rapport

Direction de santé publique du CISSS de la Gaspésie

144, boulevard Gaspé

Gaspé (Québec) G4X 1A9

Conception graphique de la couverture

Ghislaine Roy, graphiste

Impression

Concept K

Référence suggérée

DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT, avec la collaboration de Sylvie Gagnon. *Étude clinique sur la santé buccodentaire des élèves de 6^e année en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine 2012-2013*, Rapport final, Direction de santé publique du CISSS de la Gaspésie, 2015, 107 pages.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN : 978-2-550-76072-6 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-76073-3 (version PDF)

Remerciements

Plusieurs personnes ont contribué à la réalisation de cette étude clinique menée en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine et nous tenons à les remercier. Il s'agit d'abord de mesdames Chantal Galarneau, Nancy Wassef et Sophie Arpin, dentistes-conseils et chercheures à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), qui ont mis à profit leur expertise scientifique et clinique en répondant toujours avec diligence à nos interrogations tout au long des étapes de réalisation de l'étude régionale. Madame Marianne Dubé, technicienne en recherche à l'INSPQ, a également été d'une aide précieuse pour tout le soutien informatique qu'elle a offert à notre dentiste-conseil lors de la collecte. Nos remerciements s'adressent aussi à monsieur Denis Hamel, statisticien à l'INSPQ, qui a tout mis en œuvre pour que notre échantillon et les analyses en découlant correspondent à nos exigences de fiabilité et de validité.

Enfin, nous ne saurions passer sous silence la collaboration des directeurs et directrices d'école dont le sort a fait en sorte que leur école a été sélectionnée pour faire partie de l'échantillon régional. Tous et toutes, sans exception, ont répondu favorablement en ouvrant grandes leurs portes à notre dentiste examinatrice et aux hygiénistes dentaires pour qu'elles examinent les élèves durant les heures de classe. Sur ce point, nous ne devons pas oublier de remercier les professeurs de 6^e année qui ont, eux aussi, facilité la collecte de données pour les élèves de leur classe. Grâce à cette superbe collaboration des écoles, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est parmi les quelques régions du Québec à avoir un taux de participation des écoles de 100 %, et affiche par surcroît le meilleur taux global de participation à *l'Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire* (ÉCSBQ 2012-2013). Ce dernier résultat, on le doit bien sûr aussi à tous les parents qui ont consenti à ce que leur enfant prenne part à cette étude. Nous leur en sommes très reconnaissants.

Table des matières

GLOSSAIRE	VII
INTRODUCTION.....	1
1. LES PRINCIPAUX CONSTATS	3
2. LA MÉTHODOLOGIE EN BREF	5
2.1 <i>La constitution de l'échantillon régional.....</i>	<i>5</i>
2.2 <i>La collecte de données et les données recueillies.....</i>	<i>7</i>
2.3 <i>Le traitement et l'analyse des données.....</i>	<i>8</i>
2.4 <i>La portée et les limites de l'enquête 2012-2013</i>	<i>11</i>
3. L'ÉTAT DE SANTÉ BUCCODENTAIRE DES ÉLÈVES DE 6^E ANNÉE EN 2012-2013.....	13
3.1 <i>La description de l'échantillon.....</i>	<i>13</i>
3.2 <i>Le nombre de dents présentes</i>	<i>15</i>
3.3 <i>La carie dentaire et ses conditions associées.....</i>	<i>16</i>
La carie dentaire en dentition temporaire.....	17
La carie dentaire en dentition permanente	19
L'indemnité à la carie en dentition permanente	23
La localisation de la carie selon le type de faces.....	25
La carie dentaire en dentition combinée	26
Les facteurs associés à la carie en dentition permanente	28
Les élèves avec une expérience élevée de carie en dentition permanente	31
Le niveau de traitement de la carie	34
Le besoin de traitement de la carie	34
Le besoin évident de traitement lié à la carie.....	36
Les matériaux utilisés pour les obturations	37
3.4 <i>Les agents de scellement des puits et fissures</i>	<i>38</i>
3.5 <i>La qualité de l'hygiène buccodentaire</i>	<i>42</i>
3.6 <i>Les maladies des gencives.....</i>	<i>43</i>
3.7 <i>Les traumatismes dentaires</i>	<i>45</i>
3.8 <i>La fluorose dentaire</i>	<i>45</i>
4. LES TENDANCES DANS L'ÉVOLUTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ BUCCODENTAIRE DES ÉLÈVES DE 6^E ANNÉE EN GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE	47
4.1 <i>La carie en dentition temporaire.....</i>	<i>48</i>
4.2 <i>La carie en dentition permanente</i>	<i>50</i>
4.3 <i>L'indemnité à la carie en dentition permanente</i>	<i>54</i>
4.4 <i>La carie sur les faces avec puits et fissures et sur les faces lisses.....</i>	<i>55</i>

vi

Glossaire

Les définitions des termes de ce glossaire sont tirées intégralement du rapport provincial de l'enquête (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015), à l'exception du terme *Face occlusale*.

Agent de scellement des puits et fissures (aussi appelé scellant dentaire) :

Pellicule, composée de matériaux à base de résine ou de verre ionomère, appliquée sur les faces des dents présentant des puits et des fissures. Son application débute généralement vers l'âge de 6 ans pour les premières molaires permanentes et vers l'âge de 12 ans pour les deuxièmes molaires permanentes. L'agent de scellement forme une barrière protectrice contre l'accumulation de débris alimentaires et de bactéries dans les puits et les fissures de la dent, évitant ainsi la formation de la carie.

CAOF et CAOD :

Indices du nombre d'unités cariées « C », absentes pour cause de carie « A » ou obturées pour cause de carie « O ». L'unité est précisée à la fin par la lettre F pour la face ou D pour la dent. Ces indices s'expriment en lettres minuscules pour la dentition temporaire, en lettres majuscules pour la dentition permanente et en jumelant les deux à l'aide du signe « + » pour les dentitions temporaire et permanente combinées. Cependant, l'indice ou ses composantes sont écrits en lettres majuscules lorsqu'ils sont utilisés de façon générale, sans cibler de dentitions plus particulièrement. Des précisions sur la mesure de la carie sont aussi placées en indice après la lettre F :

- Le nombre maximal de faces utilisées pour la construction de l'indice est précisé après la lettre F : 88 pour la dentition temporaire et 128, 140 ou 144 pour la dentition permanente et la dentition combinée.

CAOF 128 faces et 140 faces :

La dentition permanente (128 faces) est utilisée pour l'expérience de la carie sans distinction pour les caractéristiques morphologiques des faces. La dentition permanente (140 faces), pour sa part, est employée pour évaluer la concentration de la carie par type de faces.

CAOF 144 faces :

La dentition permanente (144 faces) se distingue de la dentition permanente (140 faces) par le fait que la face occlusale des molaires permanentes supérieures a été scindée en deux parties, la partie occluso-mésiale (OM) et la partie occluso-distale (OD). Cette particularité permet de documenter plus spécifiquement l'expérience de la carie sur la face occlusale des molaires supérieures qui, morphologiquement, se présente en deux parties séparées l'une de l'autre par une crête transverse.

Débris (indice de débris) :

L'indice de débris correspond à la mesure de la plaque dentaire et permet, avec l'indice de tartre, d'évaluer la qualité de l'hygiène buccodentaire.

Dentition :

Trois types de dentitions sont présentés dans ce rapport, soit la dentition temporaire, la dentition permanente et les dentitions temporaire et permanente combinées (la dentition combinée). Elles se définissent ainsi :

- La dentition temporaire : première série de 20 dents qui apparaît chez l'enfant et qui restera quelques années avant de s'exfolier et de laisser sa place à la dentition permanente. Les dents temporaires font éruption entre l'âge de 6 à 33 mois et sont habituellement toutes en bouche vers l'âge de 2 ou 3 ans.
- La dentition permanente : deuxième série de dents qui apparaît généralement en bouche entre l'âge de 6 et 21 ans. Au total, elle se chiffre à un maximum de 28 dents dans ce rapport.
- La dentition combinée : combinaison des deux types de dentitions, temporaire et permanente. Le nombre de dents présentes varie généralement de 20 à 28 dents, selon la séquence d'éruptions des dents permanentes.

Face occlusale :

La face occlusale correspondant à la surface de mastication.

Fluorose dentaire :

Anomalie qui survient lors de la maturation de l'émail. Elle est causée par une ingestion chronique de fluorure durant l'enfance. La fluorose dentaire se présente sous la forme de taches blanches, jaunes ou brunes sur les dents permanentes selon la quantité de fluorure ingérée.

Gingivite :

Inflammation des gencives causée principalement par les bactéries de la plaque dentaire. Selon le niveau de gravité, la gingivite se présente sous la forme de rougeur, de saignement ou d'enflure.

Traumatisme dentaire :

Domage à la dent causé principalement par une chute ou un accident. Selon sa sévérité, on peut observer un bris allant de la perte à peine perceptible d'un morceau d'émail jusqu'à la perte complète de la dent.

Introduction

Au cours de l'année scolaire 2012-2013, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a réalisé, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'*Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire* (ÉCSBQ 2012-2013). Cette étude, à portée strictement provinciale, a été menée auprès de 7 961 élèves de 2^e et de 6^e année du primaire provenant de dix régions du Québec au nombre desquelles la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ne faisait pas partie.

Désireuse d'avoir un portrait actuel de la santé dentaire des élèves de son territoire, la Direction de santé publique de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a voulu bénéficier, comme d'autres régions du Québec non sélectionnées pour l'étude provinciale, de la logistique déployée au niveau national et s'est engagée dans la réalisation d'une étude régionale dite « indépendante » de l'étude provinciale. C'est ainsi qu'au cours de l'année scolaire 2012-2013, 501 élèves de 6^e année du primaire fréquentant une école francophone ou anglophone en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont participé à cette étude. La dernière enquête de ce genre remontant à 1996-1997, la présente étude vient combler un vide de 15 ans eu égard à la surveillance de l'état de santé dentaire des enfants de la région et de ses territoires locaux. En effet, l'étude régionale a aussi une portée locale, puisque nous avons sélectionné l'échantillon de manière à avoir une bonne précision des estimations à l'échelle des territoires de réseaux locaux de services (RLS) et même des CLSC dans le cas du territoire de la Baie-des-Chaleurs. Pour ce dernier RLS, nous avons en effet tiré deux échantillons : un pour le secteur couvert par le CLSC d'Avignon et un pour celui du CLSC de Bonaventure. Soulignons également que, comme nous l'avons fait dans les études antérieures de 1989-1990 et 1996-1997, nous avons choisi de mener l'étude régionale uniquement auprès des élèves de 6^e année et non auprès de ceux de 2^e année.

Par ailleurs, l'INSPQ a privilégié pour l'étude provinciale, l'utilisation d'un nouveau système de mesure de la carie, soit l'*International Caries Detection and Assessment System II* (ICDAS II). L'ICDAS II permet, comme dans les enquêtes antérieures, d'estimer la carie évidente, mais aussi la carie non évidente, c'est-à-dire une lésion carieuse se limitant visuellement à l'émail de la dent sans présenter de cavité. La mesure de tous les stades de la carie offre un portrait plus complet de l'état de santé dentaire, mais requiert aussi un examen dentaire deux fois plus long que celui nécessaire pour évaluer seulement la carie évidente (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015). Pour sa part, la Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a fait le choix de mesurer uniquement la prévalence de la carie évidente, et ce, de manière à pouvoir examiner plus d'élèves par jour et d'avoir ainsi un échantillon suffisamment grand pour obtenir une précision relativement satisfaisante sur les mesures à l'échelle locale. Mentionnons que cette distinction avec le Québec n'entrave pas la comparaison des résultats de la carie dentaire de la région avec ceux du Québec.

Cela dit, les objectifs de l'ÉCSBQ 2012-2013 sont de dresser un portrait de la santé buccodentaire des jeunes d'aujourd'hui et de dégager les tendances dans l'évolution de cet aspect de l'état de santé des jeunes depuis les quelque 30 dernières années. Pour ce faire, divers aspects ou indicateurs de la santé buccodentaire ont été mesurés par le biais d'un examen clinique, à savoir :

- La carie dentaire, ses conditions associées ainsi que les matériaux employés pour le traitement de la carie;
- Les agents de scellement des puits et fissures;
- La qualité de l'hygiène buccodentaire;

- La gingivite;
- Les traumatismes dentaires;
- La fluorose dentaire.

Le présent rapport fait état des résultats obtenus à l'échelle régionale et locale eu égard à ces différents aspects de la santé buccodentaire des élèves de 6^e année en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Le lecteur désireux de connaître les principaux résultats propres au RLS de la Baie-des-Chaleurs et au CISSS de la Gaspésie peut consulter l'annexe 3. Cela dit, le rapport se divise en cinq chapitres. Tout d'abord, nous faisons état au chapitre 1 des principaux constats que nous dégageons de l'étude menée en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Au chapitre 2, nous présentons brièvement la méthodologie de l'ÉCSBQ 2012-2013. Le chapitre 3 constitue, pour sa part, le cœur du rapport puisqu'il fait état de tous les résultats obtenus à l'échelle régionale et locale quant aux divers indicateurs mesurés dans l'étude ainsi que des comparaisons avec le Québec. Nous poursuivons au chapitre 4 en présentant les tendances qui ressortent relativement à l'évolution de la santé buccodentaire des élèves de 6^e année. Le chapitre 5 illustre finalement comment se situe la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine par rapport aux autres régions du Québec relativement aux principaux indicateurs mesurés dans l'ÉCSBQ 2012-2013. Le rapport se termine par une conclusion où sont brièvement discutés les principaux résultats se dégageant de l'étude à l'échelle régionale.

Finalement, mentionnons que ce rapport est disponible sur le site Web du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Gaspésie (www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca/statistiques).

1. Les principaux constats

L'ÉCSBQ 2012-2013 réalisée en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine auprès de 501 élèves de 6^e année du primaire, fréquentant une école francophone ou anglophone, a permis de mettre en évidence les principaux constats suivants :

La santé dentaire des élèves de 6^e année en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine continue de s'améliorer

En 2012-2013, les élèves de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont en moyenne 1,70 dent permanente (CAOD) affectée par la carie, alors que quelque 15 années plus tôt, cette moyenne était de 2,20.

De plus, 43 % des élèves de 6^e année dans la région sont indemnes de carie en dentition permanente en 2012-2013. En 1996-1997, cette proportion était de 35 %.

Les élèves sont de plus en plus nombreux à avoir des scellants sur leurs dents permanentes

En 2012-2013, près de la moitié (49 %) des élèves de 6^e année en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a au moins une dent permanente scellée, une proportion qui a plus que doublé depuis 1996-1997 (23 %). Les résultats indiquent toutefois que ce sont les élèves les plus favorisés au plan socio-économique qui sont les plus nombreux à bénéficier de cette mesure préventive.

De moins en moins d'élèves avec une expérience élevée de carie

En 2012-2013, 25 % des élèves de 6^e année en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine comptent cinq caries ou plus sur leurs dents d'adulte. En 1996-1997, ce groupe représentait 35 % des élèves.

Néanmoins, encore en 2012-2013, un groupe restreint d'élèves cumulent une bonne partie de la carie (74 %) détenue par les élèves de ce niveau scolaire, un groupe qui par surcroît est plus désavantagé au plan socio-économique.

Malgré les gains, les élèves de 6^e année de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont encore, en 2012-2013, une moins bonne santé dentaire que les élèves du Québec

En 2012-2013, 57 % des élèves de 6^e année dans la région sont touchés par la carie en dentition permanente contre seulement 36 % des élèves du Québec. De plus, la moyenne du CAOD est de 1,70 chez les jeunes gaspésiens et madelinots, tandis qu'elle est aussi faible que 0,93 chez les jeunes québécois. Les élèves de la région surpassent aussi les élèves du Québec, et de loin, quant au nombre de faces cariées non traitées, et ce, tant en dentition permanente (0,67 contre 0,20) qu'en dentition temporaire (0,63 contre 0,37). D'ailleurs au moment de l'examen clinique, près du tiers des élèves de la région (31 %) avait au moins une carie à faire traiter, le double de la proportion provinciale (14 %). La moins bonne santé dentaire des jeunes gaspésiens et madelinots se traduit aussi dans le fait qu'ils sont plus nombreux que les jeunes québécois à cumuler une expérience élevée de carie (25 % ont cinq caries ou plus en dentition permanente contre 11 % au Québec). C'est sans compter que neuf élèves sur dix dans la région (90 %) présentent un niveau d'accumulation de débris et de plaque de moyen à élevé, une proportion supérieure à celle du Québec (77 %). Par ailleurs, si 49 % des élèves de 6^e année en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine sont porteurs de scellants, cette proportion s'élève à 58 % chez les élèves du Québec du même niveau scolaire.

Précisons enfin que ces écarts en défaveur de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine en 2012-2013 sont systématiques, c'est-à-dire qu'ils s'observent peu importe les caractéristiques des élèves et leur niveau socio-économique. Autrement dit, avec les données dont on dispose, on ne peut attribuer les résultats moins favorables de la région par rapport au Québec à un groupe particulier.

Quelques pistes pour améliorer la santé dentaire des élèves de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine dans les années à venir

L'ensemble des résultats issus de l'ÉCSBQ 2012-2013 menée dans la région suggère de :

- Poursuivre les efforts pour promouvoir chez les enfants, les parents et même dans les services de garde de saines habitudes d'hygiène buccale, et ce, de la petite enfance jusqu'au secondaire.
- Poursuivre les efforts pour promouvoir chez les enfants et les parents une saine alimentation, notamment en réduisant la consommation des aliments et des boissons riches en sucre.
- S'assurer d'un apport suffisant en fluorure sous différentes formes chez les enfants, le fluorure demeurant l'une des mesures les plus efficaces pour prévenir la carie dentaire notamment sur les faces lisses (la prévalence de la carie sur ces types de faces est trois fois plus élevée chez les jeunes gaspésiens et madelinots que chez les jeunes du Québec).
- Poursuivre et intensifier même le programme public d'application d'agents de scellement pour rejoindre prioritairement les enfants les plus défavorisés socio-économiquement, les scellants étant la mesure la plus efficace pour prévenir la carie sur les faces avec puits et fissures (la prévalence de la carie sur ces types de faces chez les jeunes gaspésiens et madelinots surpasse celle chez les jeunes du Québec).

2. La méthodologie en bref

Dans ce deuxième chapitre, nous abordons quelques éléments méthodologiques afin de mieux comprendre comment l'ÉCSBQ 2012-2013 s'est déroulée ainsi que sa portée et ses limites. Nous présentons ainsi la façon selon laquelle l'échantillon a été constitué, le déroulement de la collecte de données auprès des jeunes et de leurs parents, le traitement et l'analyse des données, et terminons en abordant la portée de l'ÉCSBQ et quelques-unes de ces limites. Le lecteur désireux d'en savoir plus sur la méthodologie privilégiée par l'INSPQ pour la réalisation de cette étude peut consulter le rapport méthodologique dont la référence apparaît à la fin de ce document.

2.1 La constitution de l'échantillon régional

La population visée par l'étude régionale

Tous les élèves de 6^e année inscrits à l'automne 2012 dans une des 52 écoles francophones et anglophones de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine offrant la 6^e année étaient admissibles à l'étude. Quelques critères d'exclusion ont toutefois été appliqués partout au Québec pour la sélection des élèves, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ne faisant pas exception. Étaient donc exclus les élèves fréquentant :

- les écoles situées dans les réserves indiennes;
- les écoles à vocation particulière;
- les écoles situées dans les régions nordiques : Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James.

En considérant ces critères d'exclusion, c'est 805 élèves qui étaient admissibles à participer à l'étude régionale et constituent ainsi la population visée par l'étude. Par ailleurs, bien qu'ils fassent partie de la population visée, les élèves suivants ont été ou pouvaient être retirés de la population enquêtée au Québec :

- les élèves appartenant à des classes spéciales (pour élèves en immersion ou en difficulté d'apprentissage);
- les élèves ayant une contre-indication médicale à subir un examen buccodentaire en milieu scolaire;
- ainsi que les élèves fréquentant de très petites écoles, c'est-à-dire essentiellement les écoles qui comptaient moins de 10 élèves en 6^e année au cours de l'année 2010-2011. Ces écoles ont été exclues de la population enquêtée au Québec en raison « du risque potentiel de ne pas obtenir le nombre d'élèves requis par école » (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015, page 9).

Pour la constitution de l'échantillon en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les deux premiers critères ont été appliqués, mais non le troisième. En effet, nous avons choisi de ne pas exclure d'emblée les élèves fréquentant les écoles de petite taille, d'abord parce que ces écoles comptent pour une part importante des écoles en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (environ le tiers) et aussi, pour assurer une continuité avec les enquêtes précédentes où ces écoles n'avaient pas été exclues.

La taille et la sélection de l'échantillon

Rappelons d'abord que l'étude menée en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a une portée régionale et locale, c'est-à-dire qu'elle permet d'avoir des estimations relativement précises à l'échelle de la région, mais aussi des territoires locaux (RLS et CLSC dans le cas de la Baie-des-Chaleurs). Ainsi, la sélection de l'échantillon s'est faite de manière indépendante dans tous les territoires locaux. La taille de l'échantillon au niveau local a été déterminée pour avoir une précision de 15 % sur la mesure du CAO de 3,88 (valeur obtenue en 1996-1997 dans la région) pour un risque alpha consenti de 5 % pour un plan d'échantillonnage aléatoire simple. La taille de chaque échantillon local a ensuite été majorée pour tenir compte des refus et des absences au moment de l'examen

clinique en classe. Une majoration de 18 % a été appliquée en se basant sur le taux régional de participation obtenu en 1996-1997, lequel s'élevait à 84 % (Dubé et Parent, 1998). Ajoutons que le calcul des tailles d'échantillon s'est fait à compter du nombre d'élèves inscrits en 2012 dans les écoles de la région selon les statistiques scolaires fournies par les écoles (tableau 1). Le tableau 1 présente aussi le nombre d'élèves requis dans chaque territoire local pour atteindre les précisions souhaitées, de même que leur majoration pour tenir compte des refus et des absences au moment de l'examen. Il en résulte donc pour la région un échantillon de 493 élèves, lequel procure une précision relativement bonne de 6,2 % sur la mesure du CAOOF pour l'ensemble de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Tableau 1

Nombre d'élèves inscrits en 6^e année dans les écoles francophones et anglophones en septembre 2012 et nombre requis dans l'échantillon selon le territoire local, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Territoire	Nombre d'élèves inscrits en septembre 2012	Nombre requis dans l'échantillon	Nombre requis majoré de 18 %
Avignon	131	89	105
Bonaventure	149	97	114
Rocher-Percé	114	81	95
La Côte-de-Gaspé	142	94	111
La Haute-Gaspésie	89	67	79
Îles-de-la-Madeleine	85	65	77
Gaspésie-Îles	710	493	581

Pour constituer les échantillons de chaque territoire local, nous avons sélectionné les écoles et avons ensuite retenu tous les élèves de chaque école. Il n'y a donc pas eu à strictement parler de sélection d'élèves. Cela dit, la sélection des écoles s'est faite comme suit : les écoles de plus grande taille, qui devaient de toute façon être choisies pour atteindre le nombre minimal d'élèves souhaités dans le territoire, ont été *de facto* retenues pour faire partie de l'échantillon; pour les autres écoles, elles ont été sélectionnées au hasard une à la fois avec probabilité de sélection proportionnelle au nombre d'élèves de chaque école, et ce, jusqu'à ce que le nombre minimal d'élèves requis majoré de 18 % dans chaque territoire soit atteint (réf. : tableau 1). Un total de 37 écoles ont été ainsi sélectionnées et invitées à participer à l'étude régionale (tableau 2). Pour ce faire, l'INSPQ a envoyé aux directeurs et directrices des écoles sélectionnées une lettre leur expliquant l'étude et sollicitant leur participation. Le consentement passif a été utilisé pour la sollicitation des écoles, c'est-à-dire que l'absence de refus a été considérée comme un consentement implicite.

Par la suite, tous les élèves de chaque école participante ont été invités à participer à l'étude en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, ce qui correspond à 629 élèves (tableau 2). Pour inviter ces élèves à participer à l'étude, une enveloppe contenant une feuille expliquant l'étude, un formulaire de consentement, un questionnaire et une fiche santé à remplir par un parent, leur a été remise en classe. Le formulaire de consentement signé ainsi que le questionnaire et la fiche santé dûment remplis devaient être retournés dès le lendemain à l'école. Ces documents étaient remis à la dentiste examinatrice au moment de sa visite dans l'école.

Tableau 2

Nombre d'écoles offrant la 6^e année en septembre 2012, nombre d'écoles sélectionnées et nombre d'élèves sélectionnés dans les écoles, selon le territoire local, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Territoire	Nombre d'écoles offrant la 6 ^e année en septembre 2012	Nombre d'écoles sélectionnées	Nombre d'élèves sélectionnés et invités à participer
Avignon	9	6	115
Bonaventure	10	6	118
Rocher-Percé	10	7	102
La Côte-de-Gaspé	11	8	127
La Haute-Gaspésie	6	6	89
Îles-de-la-Madeleine	6	4	78
Gaspésie-Îles	52	37	629

2.2 La collecte de données et les données recueillies

En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, la collecte de données s'est déroulée de la fin novembre 2012 au début mai 2013. Les données ont été recueillies par le biais d'une fiche santé, d'un questionnaire aux parents et d'un examen dentaire.

La fiche santé

Les parents ou tuteurs de l'élève devaient remplir une fiche santé afin de recueillir quelques informations sur l'état de santé général de l'élève et de déterminer si celui-ci avait des contre-indications à subir un examen dentaire en milieu scolaire. Plus précisément, les informations recueillies dans la fiche santé visaient à savoir si l'enfant :

- Avait vu un médecin au cours de la dernière année;
- Prenait des médicaments au moment de l'étude et si oui, lesquels;
- Avait des allergies et si oui, lesquelles;
- Souffrait ou avait déjà souffert d'un problème de santé (ex. : épilepsie, diabète, trouble de saignement, etc.).

Les informations recueillies dans la fiche santé ont uniquement servi à s'assurer que les élèves n'avaient pas de contre-indications à participer à l'étude et ne sont donc pas présentées dans les résultats.

Le questionnaire aux parents

Le questionnaire aux parents (annexe 1) devait être rempli à la maison par un adulte ayant un lien avec l'élève et permettait de recueillir les informations suivantes :

- Le code postal du lieu de résidence de l'élève;
- Le lien du répondant avec l'élève;
- La langue le plus souvent parlée à la maison;
- Le nombre d'enfants de 18 ans et moins vivant à la maison;

- Le statut d'immigration du ou des parents ou tuteurs de l'élève;
- Le plus haut niveau de scolarité complété par le ou les parents ou tuteurs de l'élève.

L'examen clinique

L'examen clinique réalisé à l'école a permis de recueillir, en plus du sexe de l'élève et de l'école qu'il fréquente, l'ensemble des données cliniques relatives à l'état de santé buccodentaire des élèves, soit :

- La carie dentaire au stade évident (stades 4, 5 et 6 de l'ICDAS II);
- Les agents de scellement des puits et fissures;
- La qualité de l'hygiène buccodentaire (mesurée à l'aide du *Simplified Oral Hygiene Index*);
- La gingivite (mesurée à l'aide de l'indice gingival de Loe et Silness);
- Les traumatismes dentaires (mesurés à l'aide du *Dental Trauma Index*);
- La fluorose dentaire (mesurée à l'aide de l'*Indice de Dean modifié*).

L'examen, d'une durée de 10 minutes environ et ne nécessitant pas de prise de radiographie, s'est fait durant les heures de classe par une dentiste examinatrice dûment formée pour l'enquête. L'examen a été réalisé selon une procédure précise et une hygiéniste dentaire assistait la dentiste durant l'examen, notamment en saisissant les observations cliniques sur un ordinateur portable doté d'un formulaire de saisie informatisé (annexe 2). Précisons que pour assurer une uniformité des mesures prises lors de l'examen clinique, les instruments utilisés de même que les techniques d'examen sont standardisés pour toute la région et pour l'ensemble du Québec. Les dentistes ont aussi reçu, avant la réalisation de l'étude, une formation théorique et une séance d'uniformisation du jugement clinique. Également, au cours de la collecte de données, des mesures ont été prises par l'INSPQ pour s'assurer du maintien de la concordance du jugement clinique (interexamineur et intraexamineur) (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015).

Finalement, préalablement à la collecte de renseignements cliniques sur la carie dentaire, les dents des élèves étaient brossées, une nouveauté par rapport aux enquêtes antérieures qui a des impacts sur la validité des comparaisons entre les résultats de 2012-2013 et ceux des enquêtes précédentes. Nous y revenons au point 2.4.

2.3 Le traitement et l'analyse des données

Les objets d'analyse

Les analyses que nous présentons dans ce rapport ont été réalisées par la Direction de santé publique de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. La source principale de données pour ces analyses est un fichier informatisé rendu accessible par l'INSPQ selon des normes très strictes de confidentialité. Outre cette banque de données, associée à l'ÉCSBQ 2012-2013, quelques données tirées d'enquêtes antérieures et de l'Infocentre de santé publique de l'INSPQ ont été utilisées, notamment pour dégager des tendances évolutives et situer la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine par rapport aux autres régions du Québec.

Nos analyses ont d'abord porté sur le nombre de dents en bouche et sur les indicateurs de prévalence de la carie évidente, aussi bien en dentition temporaire, permanente et combinée. Nous avons également dégagé les facteurs présentant une association avec la carie en dentition permanente et fait état des matériaux employés pour le traitement de la carie en dentition permanente. Le besoin de traitement lié à la carie, les agents de scellement des puits et fissures, les maladies des gencives, l'hygiène buccodentaire, les traumatismes dentaires et la fluorose dentaire ont fait également l'objet d'analyses spécifiques. Nous avons aussi examiné, dans la mesure du possible, l'évolution des indicateurs à travers les années à partir de données de la présente étude et de données

de grandes enquêtes de santé dentaire réalisées antérieurement au Québec. Finalement, à partir de données disponibles à l'Infocentre de santé publique, nous avons examiné comment se situe la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine par rapport aux autres régions du Québec.

La majorité des résultats est présentée selon la région, les territoires de RLS (Rocher-Percé, Côte-de-Gaspé, Haute-Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine) et les territoires de CLSC d'Avignon et de Bonaventure. Nous présentons également en annexe les résultats des principaux indicateurs pour les territoires du RLS de la Baie-des-Chaleurs et du CISSS de la Gaspésie. Enfin, la grande majorité des résultats est comparée aux valeurs correspondantes pour le Québec.

Les tests statistiques

Comparaison de proportions

Lorsque les proportions à comparer se déclinent selon seulement deux modalités (exemple : proportion d'élèves indemnes à la carie chez les garçons versus proportion chez les filles ou encore proportion régionale versus proportion issue de l'étude provinciale), le test retenu est basé sur l'intervalle de confiance de la différence de deux proportions au seuil de 5 %. Si toutefois les proportions à comparer se déclinent selon plus de deux modalités (exemple : proportion d'élèves indemnes à la carie selon le nombre d'enfants à la maison), alors le test du khi-deux au seuil de 5 % est utilisé comme test global d'indépendance. Dans le cas d'un test global significatif, les comparaisons deux à deux peuvent alors être effectuées en se basant sur l'intervalle de confiance de la différence de deux proportions au seuil de 5 % afin de cibler la source de la différence significative globale.

Comparaison de ratios, de nombres moyens et de scores moyens

Pour la comparaison de deux ratios, de deux nombres moyens ou de deux scores moyens, le test basé sur l'intervalle de confiance de la différence au seuil de 5 % est utilisé.

Pour les comparaisons multiples (lorsque l'indicateur se décline selon plus de deux modalités), un test global d'indépendance est d'abord effectué. Ce test global consiste à évaluer chaque comparaison deux à deux selon le test t de Student avec un seuil ajusté ($5\%/n^{\text{bre}}$ de comparaisons deux à deux) pour tenir compte des multiples comparaisons. Le test global est jugé significatif au seuil de 5 % lorsqu'un de ces tests t de Student est significatif. Advenant le test global significatif, chaque comparaison deux à deux peut finalement être effectuée en se basant sur l'intervalle de confiance de la différence au seuil de 5 % afin de cibler la source de la différence significative globale.

La précision des résultats

Les résultats tirés de l'ÉCSBQ 2012-2013 que nous présentons dans ce rapport ont fait l'objet d'une mesure de précision, en l'occurrence le coefficient de variation (CV). Ainsi, lorsqu'un CV associé à un résultat est plus grand que 15 % sans dépasser 25 %, la mention « à interpréter avec prudence » est affichée. Si le CV dépasse 25 %, la mention « donnée fournie à titre indicatif seulement » est affichée.

La confidentialité des résultats

Comme mentionné précédemment, le fichier de données de l'ÉCSBQ 2012-2013 que nous a transmis l'INSPQ répond à des mesures strictes de confidentialité. Entre autres mesures, ce fichier ne contient aucune information nominale. Toutefois, le croisement de quelques caractéristiques pourrait suffire dans certains cas à identifier un élève. Afin d'un minimiser ce risque d'identification, aucun résultat n'est présenté si ce dernier (ou son complément dans le cas d'une proportion) repose sur moins de cinq élèves examinés.

La pondération

Afin d'inférer les résultats de l'ÉCSBQ 2012-2013 à la population visée par celle-ci, chaque élève examiné se voit associer un poids populationnel correspondant au nombre d'élèves qu'il représente au sein de la population visée. En premier lieu, ce poids doit tenir compte tant de la probabilité de sélection de l'élève, prédéterminée par le plan d'échantillonnage, que de la non-réponse à l'échelle des écoles (inexistante pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine) et à l'échelle des élèves. En deuxième lieu, il faut s'assurer que la somme des poids correspond aux effectifs scolaires pour certaines variables d'intérêt au niveau d'observation considéré (CLSC, RLS, région, groupe de régions, province). Ces variables d'intérêt et leurs catégories diffèrent selon le niveau d'observation étudié. Ainsi, pour les analyses au niveau de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les variables retenues par l'INSPQ sont l'indice de milieu socio-économique de l'école et le sexe de l'élève.

L'imputation

L'imputation des données manquantes est une solution souvent utilisée pour minimiser l'impact de la non-réponse partielle dans les enquêtes. Celle-ci consiste à attribuer une valeur à un répondant (élève dans le cas de la présente étude) en remplacement d'une donnée manquante à une variable donnée, en se basant sur les valeurs d'autres variables. Une imputation valable requiert toutefois la présence de variables corrélées aux variables à imputer et qui ne présentent pas elles-mêmes une non-réponse importante.

Deux variables de la présente étude ont fait l'objet d'imputation par l'INSPQ, soit le « Plus haut niveau de scolarité entre les parents » et le « Statut d'immigration des parents ». Lorsqu'un élève a deux parents et que la scolarité est manquante pour l'un d'eux, la scolarité du parent ayant fourni une réponse a servi de valeur d'imputation pour le « Plus haut niveau de scolarité entre les parents ». Une procédure semblable a été utilisée pour le « Statut d'immigration des parents ».

La comparabilité des résultats régionaux avec ceux du Québec en 2012-2013

En 2012-2013, notre échantillon régional se distingue de celui du Québec en ce sens que nous n'avons pas exclu les écoles de petite taille, leur probabilité d'être sélectionnées étant proportionnelle à leur taille, alors que le Québec les a exclues d'emblée. Ainsi, s'il s'avérait que les élèves de nos petites écoles se distinguent de ceux des autres écoles eu égard à leur santé buccodentaire, il faudrait en tenir compte dans les comparaisons avec le Québec. Or, quelques analyses nous ont permis de constater que la prévalence de la carie en dentition permanente chez les élèves de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine fréquentant des écoles de petite taille ne se différencie pas de manière significative de celle des autres élèves. En conséquence, l'inclusion des petites écoles dans notre échantillon régional n'introduit vraisemblablement pas de biais majeur dans nos comparaisons avec le Québec. Nous revenons sur ce point à la section 3.3.

Également, alors que dans les études antérieures, seules les écoles publiques faisaient partie de la population enquêtée au Québec, l'étude menée en 2012-2013 a aussi inclus les écoles privées. Conscient que l'inclusion des écoles privées puisse induire un biais dans les comparaisons avec les données des enquêtes antérieures, l'INSPQ a procédé à des analyses afin de comparer les résultats obtenus en 2012-2013 par les écoles publiques et ceux des écoles privées pour l'ensemble du Québec et pour la région de Montréal :

« Ces analyses ne montrent aucune différence statistiquement significative entre les deux types d'écoles pour le nombre de faces cariées au stade de carie 4 à 6, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition temporaire (88 faces) des élèves de 2^e année et en dentition permanente (128 faces)

des élèves de 6^e année. Il en va de même pour la proportion des élèves de ces deux niveaux scolaires ayant au moins une dent permanente scellée. » (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015, page 121)

2.4 La portée et les limites de l'enquête 2012-2013

Le lecteur désireux de connaître la portée et les limites de l'ÉCSBQ 2012-2013 peut consulter la section 2.5 du rapport provincial disponible sur le site de l'INSPQ et dont la référence apparaît à la fin du présent document. Cela dit, parmi les limites énoncées par les auteurs de l'étude (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015), nous trouvons important d'insister sur le fait qu'il s'agit d'une étude transversale, si bien qu'elle ne permet pas de dégager de relation causale ou d'antériorité entre les variables. Tout au plus, elle permet de faire ressortir des associations ou des liens entre les variables, par exemple entre la carie dentaire et la présence de scellants.

Par ailleurs, bien que l'INSPQ ait déployé de nombreux efforts pour minimiser les biais de sélection dans cette étude, nous n'avons aucun moyen de savoir si l'échantillon régional (ni même celui de la province) est représentatif de la population visée eu égard au niveau socio-économique des parents, notamment la scolarité. En effet, nous n'avons aucune information de cette nature pour les élèves dont les parents ont refusé la participation ni pour ceux absents au moment de l'examen. Or, dans les études québécoises antérieures, il s'est avéré que les parents qui acceptent que leur enfant prenne part à ce type d'enquête clinique sont généralement plus scolarisés que les parents qui refusent, avec la conséquence de sous-estimer la prévalence des problèmes de santé dentaire (Brodeur, et autres, 1999, 2001, tiré de Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015). Il est donc probable qu'un tel biais affecte encore les données de 2012-2013, l'influence de ce biais étant potentiellement plus importante là où les taux de participation sont plus faibles. À ce sujet, les auteurs de l'étude provinciale affirment que la pondération peut minimiser ce biais. Mais il ne s'agit que d'une hypothèse, car la scolarité des parents ne fait pas partie des variables de pondération. Pour que cette hypothèse soit plausible et se confirme, il faut que les variables de pondération utilisées dans l'enquête provinciale (la région sociosanitaire, la langue d'enseignement, l'indice du niveau socio-économique de l'école, le réseau d'enseignement, la zone géographique de l'école et le sexe de l'élève) soient des *proxys* fiables et valides de la scolarité des parents. Or, de telles analyses n'ont pas été faites.

Finalement, un doute subsiste pour nous quant à la représentativité de l'échantillon provincial eu égard aux régions rurales ou moins peuplées. En effet, il faut savoir que le Bas-Saint-Laurent et l'Abitibi-Témiscamingue sont les deux régions sélectionnées pour représenter les quatre régions les moins peuplées du Québec, les deux autres étant la Côte-Nord et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Ainsi, dans les analyses provinciales, les deux régions sélectionnées se sont vu attribuer un poids de manière à représenter dans l'échantillon provincial l'ensemble des régions peu peuplées du Québec. Mais selon nous, la pondération n'a de sens que si les deux régions sélectionnées sont effectivement représentatives des régions qu'elles doivent représenter. Or, pour tous les indicateurs mesurés dans l'ÉCSBQ 2012-2013, les résultats du Bas-Saint-Laurent et de l'Abitibi-Témiscamingue sont tous plus favorables que ceux obtenus par la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (voir le chapitre 5 du présent rapport)¹. Ainsi, en dépit de la pondération, nous ne pouvons affirmer, avec les données dont on dispose, que les résultats obtenus par les régions rurales ou peu peuplées participantes représentent effectivement ceux de toutes les régions rurales du Québec. Conséquemment, même si le poids des régions rurales est somme toute faible parmi l'ensemble des régions du Québec, il est possible qu'un tel biais de sélection se soit introduit dans l'enquête avec la conséquence de sous-estimer les problèmes de santé dentaire des élèves du Québec.

¹ Nous ne saurions nous prononcer pour la Côte-Nord, cette région n'ayant pas pris part à l'enquête 2012-2013.

En somme, comme dans toute enquête, il y a un potentiel de biais présents dans l'ÉCSBQ 2012-2013. Et même si pris un à un, chacun des biais dont nous venons de parler (exclusion des écoles de petite taille dans l'échantillon provincial et inclusion par ailleurs des écoles privées, biais attribuable au refus de participation et biais associé à la sélection des régions peu peuplées dans l'échantillon provincial) a une influence potentielle minime sur les résultats, ils convergent tous dans le même sens, c'est-à-dire de surestimer l'état de santé dentaire des élèves du Québec et conséquemment d'accentuer potentiellement les différences avec la région.

3. L'état de santé buccodentaire des élèves de 6^e année en 2012-2013

Nous commençons le chapitre en décrivant sommairement l'échantillon d'élèves ayant participé à l'étude dans la région et poursuivons ensuite avec les résultats relatifs au nombre de dents présentes en dentition temporaire et en dentition permanente chez les élèves de 6^e année. Puis, nous enchaînons avec les résultats permettant d'apprécier l'état de santé buccodentaire des élèves de la région et des territoires locaux, soit la carie dentaire et ses conditions associées, les agents de scellement des puits et fissures, l'hygiène buccodentaire, les maladies des gencives, les traumatismes dentaires et la fluorose dentaire. Pour chaque indicateur, nous comparons la situation régionale et locale à celle du Québec.

3.1 La description de l'échantillon

Comme nous l'avons vu à la section 2.1, 37 écoles ont été sélectionnées et sollicitées pour participer à l'étude en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et toutes ont accepté d'y prendre part. Ces écoles comptaient un total de 629 élèves et tous ont été invités à participer à l'étude. De ce nombre, 501 ont été examinés par la dentiste (tableau 3). Ceci correspond à un taux de participation global de 80 % (501/629). Précisons ici que parmi toutes les régions du Québec ayant participé à l'étude en 2012-2013, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est celle qui enregistre le plus haut taux de participation. À titre indicatif, au Québec, le taux de participation est de 58 % chez les élèves de 6^e année (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015).

Tableau 3

Nombre d'élèves invités à participer, nombre d'élèves examinés et taux de participation, territoire local et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Territoire	Nombre d'élèves invités à participer	Nombre d'élèves examinés	Taux de participation (en %)
Avignon	115	86	74,8
Bonaventure	118	87	73,7
Rocher-Percé	102	79	77,5
La Côte-de-Gaspé	127	109	85,8
La Haute-Gaspésie	89	72	80,9
Îles-de-la-Madeleine	78	68	87,2
Gaspésie-Îles	629	501	79,7

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Comme on peut le lire par ailleurs au tableau 4, l'échantillon régional compte un peu plus de filles (54 %) que de garçons (46 %). Pour ce qui est de la langue, le français est de loin la langue la plus souvent parlée à la maison. Aussi, plus de la moitié des élèves (53 %) vit dans une maison qui compte deux enfants de 18 ans ou moins et près du quart (24 %) où il n'y en a qu'un seul. De manière générale, bon nombre d'élèves (76 %) vivent avec au moins un parent relativement scolarisé, c'est-à-dire ayant complété un diplôme d'études postsecondaires. Ajoutons finalement qu'environ 6 élèves sur 10 fréquentent une école située en milieu socio-économiquement défavorisé

(tableau 4) et que la presque totalité vit dans une zone de résidence rurale (catégorie 4 selon la nomenclature de Statistique Canada).

Tableau 4

Caractéristiques sociodémographiques des élèves ayant participé à l'étude clinique 2012-2013 en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Caractéristiques	Nombre d'élèves ¹	Répartition des élèves (en %)
Sexe		
Garçons	229	45,7
Filles	272	54,3
Langue le plus souvent parlée à la maison		
Français	474	95,6
Anglais	22	4,4
Nombre d'enfants de 18 ans ou moins à la maison		
Un enfant	118	24,0
Deux enfants	261	53,2
Trois enfants	77	15,7
Quatre enfants et plus	35	7,1
Plus haut niveau de scolarité complété par la mère		
Sans D.E.S.	65	13,6
D.E.S.	65	13,6
Diplôme d'études postsecondaires ²	349	72,9
Plus haut niveau de scolarité complété par les parents ³		
Sans D.E.S.	55	11,2
D.E.S.	65	13,2
Diplôme d'études postsecondaires ²	372	75,6
Indice de défavorisation de l'école (MELS)		
Favorisé	0	0,0
Moyennement favorisé	201	40,9
Défavorisé	291	59,1
TOTAL	501	100,0

¹ Le nombre d'élèves ne donne pas toujours 501, car des données sont manquantes pour certaines caractéristiques.

² Correspond à un D.E.P., à un diplôme d'une école de métier ou d'un institut technique, à un D.E.C. ou à un diplôme universitaire unique.

³ Plus haut niveau de scolarité atteint par le parent (ou l'adulte responsable de l'élève) le plus scolarisé ou par le parent.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

3.2 Le nombre de dents présentes

La première série de dents apparaît entre l'âge de 6 mois et 33 mois chez les enfants. Ces dents, dites temporaires, sont au nombre de 20 et s'exfolient généralement vers 6 ans jusqu'à l'âge de 12 ans pour laisser place à la dentition permanente. Les dents permanentes, quant à elles, apparaissent entre l'âge de 6 et 21 ans et sont au nombre de 28 ou de 32 si l'on tient compte des troisièmes molaires, communément appelées les dents de sagesse (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015). Ainsi, chez les élèves de 6^e année, habituellement âgés de 11 ou 12 ans, les dents permanentes dominent par rapport aux dents temporaires. En effet, comme nous le voyons au tableau 5, les élèves de 6^e année de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont en moyenne un total de 25,95 dents (dentition combinée). De ce nombre, on compte en moyenne 2,43 dents temporaires seulement et 23,52 dents permanentes. Autrement dit, chez les élèves de ce niveau scolaire, plus de 90 % des dents sont permanentes. Le tableau 5 présente le détail pour chaque territoire local de la région et le Québec.

Tableau 5

Nombre moyen de dents en dentition temporaire et permanente et en dentition combinée, élèves de 6^e année, territoire local, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013

Territoire	Nombre moyen de dents		
	Dentition temporaire	Dentition permanente	Dentition combinée
Avignon	2,75	23,01	25,76
Bonaventure	2,67*	23,37	26,04
Rocher-Percé	1,46*	25,08	26,55
La Côte-de-Gaspé	2,58	23,42	26,00
La Haute-Gaspésie	1,65*	24,37	26,02
Îles-de-la-Madeleine	3,33*	21,81	25,14
Gaspésie-Îles	2,43	23,52	25,95
Québec	2,56	23,19	25,75

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Pour ce qui est plus précisément des molaires et des prémolaires, leur nombre se situe entre 4 et 16 selon les élèves de la région, pour une moyenne de 12,26 par élève au moment de l'examen clinique (tableau 6). Ce tableau présente le détail pour les premières et les deuxièmes molaires ainsi que pour les premières et les deuxièmes prémolaires.

Tableau 6

Nombre moyen de molaires et de prémolaires en dentition permanente et répartition (en %) des élèves selon le nombre de dents présentes au moment de l'examen clinique, élèves de 6^e année, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, 2012-2013

Type de dents	Nombre moyen de dents par élève	Répartition des élèves selon le nombre de dents présentes				
		Aucune	Une	Deux	Trois	Quatre
Premières molaires	3,99	0,0	0,0	0,0	0,6	99,4
Deuxièmes molaires	2,17	26,9	12,0	16,0	7,5	37,7
Premières prémolaires	3,45	7,0	3,5	5,3	5,5	78,6
Deuxièmes prémolaires	2,64	20,5	7,6	11,9	7,6	52,4
Type de dents	Nombre moyen de dents par élève	Répartition des élèves selon le nombre de dents présentes				
		Aucune	Une à trois	Quatre à sept	Huit	
Total des molaires	6,16	0,0	0,0	62,8	37,2	
Total des prémolaires	6,09	6,4	11,4	30,3	51,9	
Type de dents	Nombre moyen de dents par élève	Répartition des élèves selon le nombre de dents présentes				
		Aucune	Une à sept	Huit à onze	Douze à quinze	Seize
Molaires et prémolaires	12,26	0,0	15,8	20,2	32,8	31,1

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

3.3 La carie dentaire et ses conditions associées

Cette section présente l'ensemble des résultats relatifs à la carie dentaire et à ses conditions associées, à savoir :

- La carie dentaire en dentition temporaire;
- La carie dentaire en dentition permanente;
- L'indemnité à la carie en dentition permanente;
- La localisation de la carie selon le type de faces;
- La carie dentaire en dentition combinée;
- Les facteurs associés à la carie en dentition permanente;
- Les élèves avec une expérience élevée de carie en dentition permanente;
- Le niveau de traitement de la carie;
- Le besoin de traitement de la carie;
- Le besoin évident de traitement lié à la carie (BET);
- Les matériaux utilisés pour les obturations.

Avant d'aller plus loin, il faut rappeler que notre échantillon régional se distingue de celui du Québec, notamment en raison du fait que l'INSPQ a exclu d'emblée les petites écoles lors de la constitution de l'échantillon provincial, ce que nous n'avons pas fait pour notre région. Ainsi, 21 % des élèves de notre échantillon régional fréquentent une petite école, c'est-à-dire une école qui comptait moins de 10 élèves en 6^e année à l'automne 2012. Comme

nous le disions plus tôt à la section 2.3, s'il s'avérait que les élèves de nos petites écoles se distinguent de ceux des autres écoles eu égard à leur santé buccodentaire, il faudrait en tenir compte dans les comparaisons avec le Québec. Nous avons donc comparé la prévalence de la carie en dentition permanente des élèves fréquentant une petite école en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine avec celle des autres élèves de la région. Les résultats à cet égard ne montrent pas de différences notables entre ces deux groupes tant pour ce qui est du CAOD (1,80 chez les élèves des petites écoles contre 1,67 chez les autres) que du CAOF (2,90 contre 2,82). Également, la proportion des élèves avec des agents de scellement ne favorise pas de manière sensible un groupe par rapport à l'autre (53 % chez les élèves des petites écoles ont au moins un scellant contre 48 % chez les autres). Ces quelques résultats suggèrent que l'inclusion des élèves des petites écoles dans notre échantillon n'entraîne pas de biais majeurs sur les comparaisons que nous faisons avec le Québec.

La carie dentaire en dentition temporaire

Rappelons d'abord que le nombre de dents temporaires présentes chez les élèves de 6^e année est en général relativement faible, soit de 2,43 dents en moyenne chez les élèves de la région (réf. : tableau 5). En fait, environ la moitié des élèves de ce groupe n'a plus de dents temporaires, alors que les autres en comptent entre 1 et 12 selon les élèves, pour une moyenne de 4,77 par élève. Cette variation entre les élèves s'explique par la fluctuation de l'âge d'exfoliation des dents temporaires, c'est-à-dire que certains enfants perdent leurs dents plus tôt et d'autres plus tard (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015). Comme le soulignent ces auteurs :

« Cette fluctuation a pour effet d'entraîner une perte de renseignements cliniques sur l'expérience de la carie en ce qui concerne cette dentition [une perte qui sera plus ou moins importante selon les enfants]. À titre d'exemple, deux élèves du même âge qui auraient eu la même expérience de la carie sur leurs dents temporaires respectives, au moment où toutes les dents étaient présentes, pourraient montrer des portraits d'atteinte différents après le début de la perte des dents. » (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015, page 42)

Compte tenu de cette limite inhérente à la mesure de la carie dentaire sur les dents temporaires des élèves de 6^e année, il faut se garder de parler d'expérience de la carie et plutôt voir les résultats à cet égard comme une photo de la carie au moment de l'examen clinique.

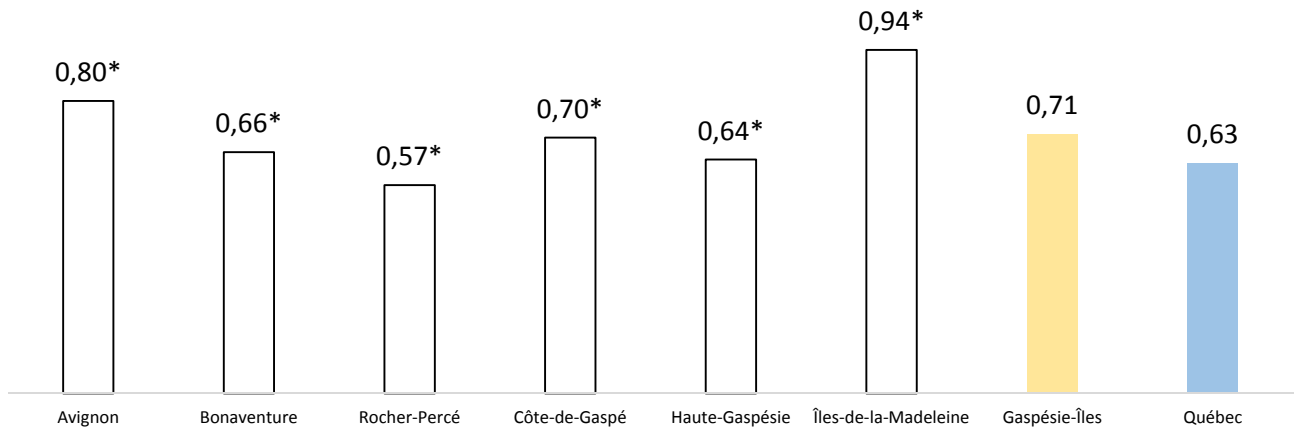
L'indice caod

L'ÉCSBQ révèle que chez l'ensemble des élèves de 6^e année, qu'ils aient ou non des dents temporaires, l'indice caod est de 0,71 dans la région, une moyenne ne se différenciant pas de celle du Québec (0,63) (figure 1). D'ailleurs, les analyses ne mettent en évidence aucune différence significative entre les territoires locaux et le Québec relativement à la prévalence de la carie sur les dents temporaires, à tout le moins au moment de l'examen clinique.

L'examen de la prévalence de la carie en dentition temporaire selon les composantes de l'indice caod indique toutefois que de manière générale, les élèves de 6^e année de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont, en moyenne, un peu plus de dents temporaires cariées non traitées que ceux du Québec (0,17 contre 0,10) (figure 2). Les analyses ne font ressortir aucune différence entre ces deux groupes pour ce qui est des composantes *absente* et *obturée*. Les résultats de l'indice caod selon les composantes pour chaque territoire local sont présentés au tableau A à l'annexe 4. Le tableau A présente aussi les résultats de l'indice caod et de ses composantes lorsque celui-ci est calculé uniquement auprès des élèves qui avaient encore au moins une dent temporaire au moment de l'examen, des résultats allant dans le même sens que ceux que nous venons de voir.

Figure 1

Nombre moyen de dents temporaires cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (caod), élèves de 6^e année, territoire local, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013

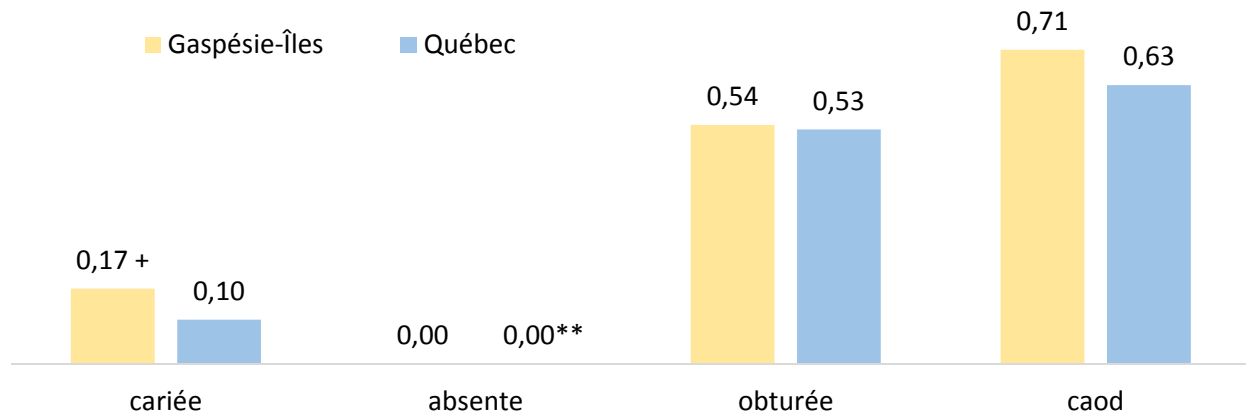


*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Figure 2

Nombre moyen de dents temporaires cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (caod) selon la composante, élèves de 6^e année, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, *Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013*.

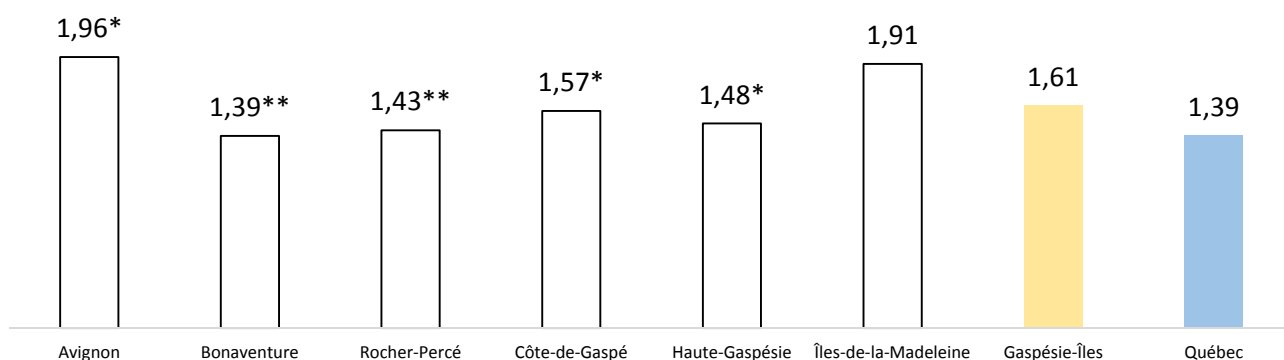
L'indice caof

L'examen de la carie sur les 88 faces des dents temporaires à la figure 3 montre que les élèves de 6^e année de la région comptent une moyenne de 1,61 face temporaire cariée ou obturée en raison de la carie (la valeur de la composante *absente* étant de zéro). Cette moyenne régionale du caof ne se différencie pas de celle du Québec (1,39), comme c'est le cas de tous les territoires locaux de la région (figure 3). Néanmoins, comme nous l'avons mis en évidence pour l'indice caod, les jeunes gaspésien et madelinots ont en général plus de faces cariées non traitées que leurs homologues provinciaux (0,32 contre 0,19) (figure 4). Le tableau B à l'annexe 4 fait état des

résultats de chaque territoire local ainsi que ceux spécifiques aux élèves qui avaient encore au moins une dent temporaire lors de l'étude.

Figure 3

Nombre moyen de faces cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition temporaire (caof 88 faces), élèves de 6^e année, territoire local, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



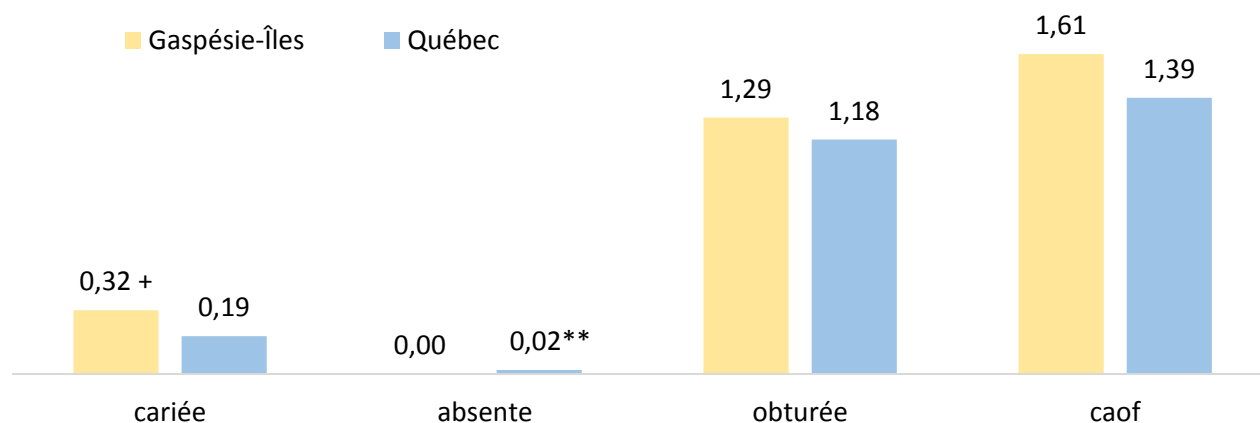
*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Figure 4

Nombre moyen de faces temporaires cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (caof) selon la composante, élèves de 6^e année, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

La carie dentaire en dentition permanente

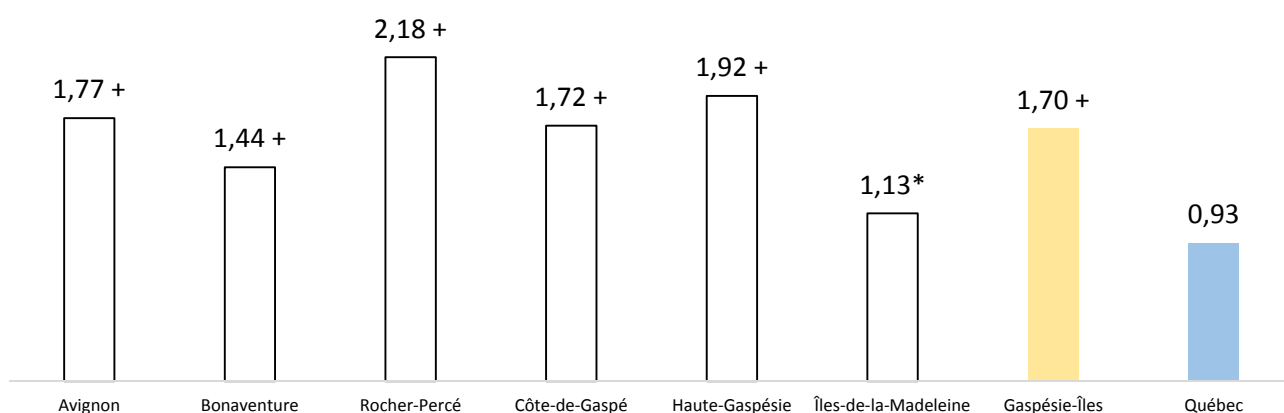
L'indice CAOD

Rappelons d'abord que les élèves de 6^e année en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont en moyenne 23,52 dents permanentes sur un potentiel de 28 (réf. : tableau 5). De ce nombre, une moyenne de 1,70 est cariée, absente ou obturée en raison de la carie et à ce titre, un écart significatif est observé avec le Québec, lequel obtient plutôt

une moyenne de 0,93 (figure 5). Comme le montre cette figure, ce constat en défaveur de la région est noté dans tous les territoires locaux, à l'exception de celui des Îles-de-la-Madeleine, ce dernier territoire ne se différenciant pas statistiquement du Québec. On remarque aussi à la figure 6 que la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine obtient une note défavorable par rapport au Québec tant sur la composante *Cariée* que sur la composante *Obturée*. En effet, les élèves de la région comptent une moyenne de dents permanentes cariées non traitées environ trois fois plus élevée que celle du Québec, et une moyenne de dents restaurées pour cause de carie supérieure de 60 % environ. Les résultats de l'indice CAOD selon les composantes dans les territoires locaux sont présentés au tableau C à l'annexe 4.

Figure 5

Nombre moyen de dents permanentes cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (CAOD), élèves de 6^e année, territoire local, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



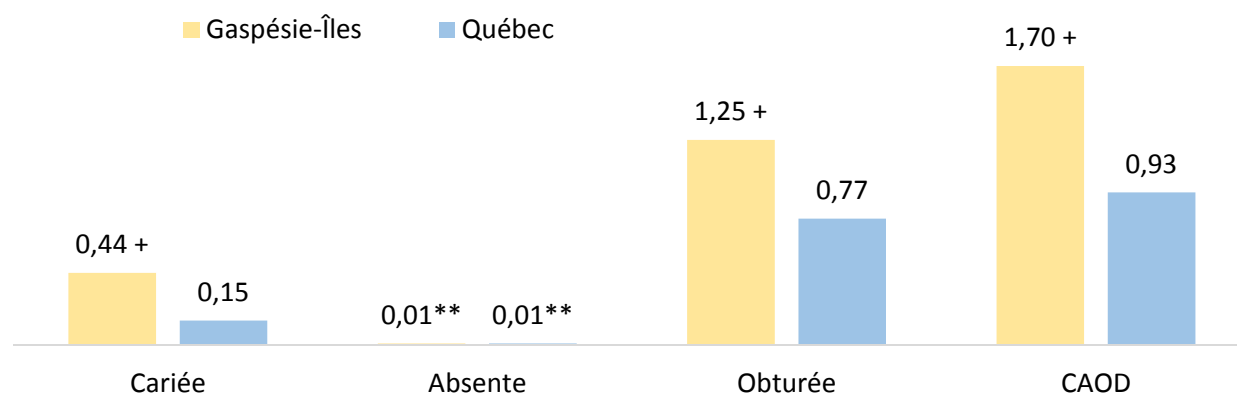
*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Figure 6

Nombre moyen de dents permanentes cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (CAOD) selon la composante, élèves de 6^e année, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

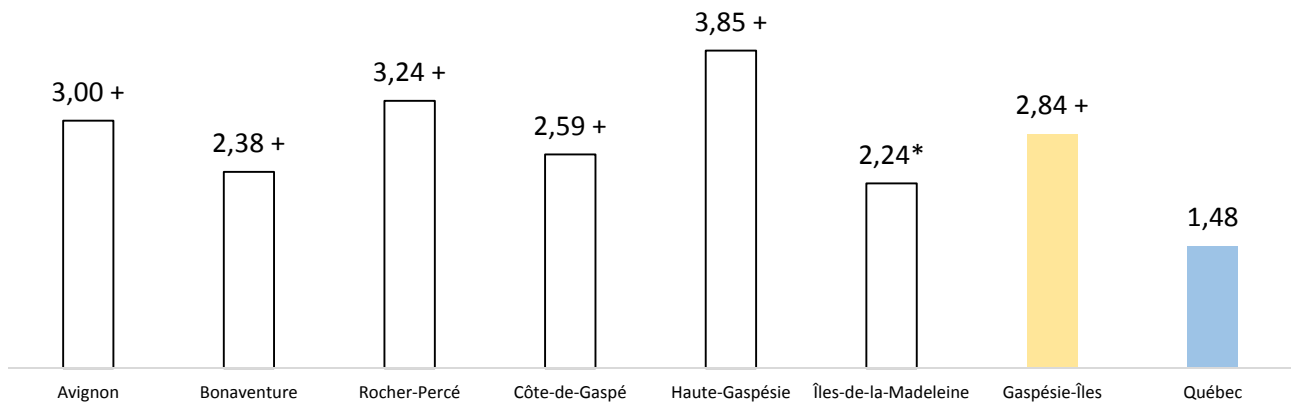
Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

L'indice CAO

Les résultats sur le CAO 128 faces font ressortir sensiblement les mêmes différences entre la région et le Québec que celles que nous venons de voir pour le CAOD. En effet, cet indice s'élève à 2,84 en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, soit presque le double de celui enregistré par les élèves québécois (1,48) (figure 7). Encore ici, tous les territoires locaux obtiennent une moyenne supérieure à celle du Québec, sauf celui des Îles-de-la-Madeleine pour lequel les analyses ne font ressortir aucune différence significative avec le Québec. La figure 8 illustre pour sa part que les jeunes gaspésien et madelinots de 6^e année du primaire ont à la fois plus de faces cariées non traitées et plus de faces obturées que les jeunes québécois du même niveau scolaire. Le tableau D à l'annexe 4 présente les résultats des territoires locaux pour chacune des composantes de cet indice.

Figure 7

Nombre moyen de faces cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition permanente (CAOF 128 faces), élèves de 6^e année, territoire local, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



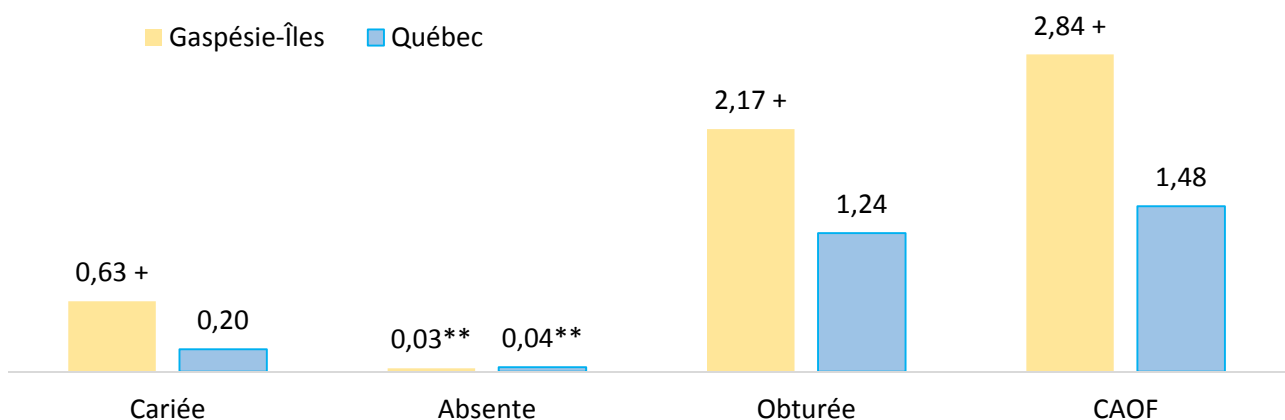
*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Figure 8

Nombre moyen de faces cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition permanente (CAOF 128 faces) selon la composante, élèves de 6^e année, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Nous avons vérifié si un groupe d'élèves contribuait davantage à l'écart observé entre la région et le Québec relativement à la prévalence de la carie en dentition permanente. Pour ce faire, nous avons comparé le CAOOF 128 faces obtenu par ces deux territoires en contrôlant pour les variables sociodémographiques, l'indice de débris et les scellants. Or, les résultats issus de ces analyses indiquent que l'écart en défaveur de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine est systématique, c'est-à-dire qu'il persiste peu importe les caractéristiques des élèves, leur qualité d'hygiène buccodentaire et le nombre de dents permanentes scellées (tableau 7). De plus, même en comparant les élèves de la région uniquement avec les élèves habitant une zone de résidence rurale au Québec, le CAOOF des élèves gaspésiens et madelinots continue d'être supérieur (2,79 contre 1,58) (résultats non illustrés). Et ceci reste vrai quand on contrôle pour la scolarité des parents et le nombre de dents permanentes scellées. En d'autres mots, avec les données dont on dispose et les limites des analyses bivariées et de la stratification, nous ne pouvons attribuer à un groupe particulier l'écart entre la prévalence de la carie en dentition permanente des élèves de 6^e année et celle des élèves québécois.

Tableau 7

Nombre moyen de faces cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition permanente (CAOF 128 faces) selon diverses caractéristiques, élèves de 6^e année, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013

Caractéristiques	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Garçons	2,75+	1,33
Filles	2,94+	1,64
Langue le plus souvent parlée à la maison		
Français	2,77+	1,46
Anglais	3,77*+	1,42
Nombre d'enfants de 18 ans et moins vivant à la maison		
Un enfant	2,95+	1,62
Deux enfants	2,78+	1,40
Trois enfants	2,38+	1,47
Quatre enfants ou plus	3,78*+	1,64
Plus haut niveau de scolarité complété par la mère		
Sans D.E.S.	4,03	2,82
D.E.S.	3,56+	1,78
Diplôme d'études postsecondaires	2,23+	1,27
Plus haut niveau de scolarité complété par les parents		
Sans D.E.S.	4,93+	3,11
D.E.S.	3,60+	1,91
Diplôme d'études postsecondaires	2,27+	1,33
Indice de défavorisation de l'école		
Favorisé	S.O.	1,10
Moyennement favorisé	2,31+	1,45
Défavorisé	3,12+	2,03
Indice de débris		
Accumulation faible de débris	2,21*+	1,10
Accumulation moyenne	2,79+	1,38
Accumulation élevée	3,44	2,85
Nombre de dents permanentes scellées		
Aucune	3,58+	2,03
Une à trois dents	3,04+	1,78
Quatre dents ou plus	1,14*+	0,68
TOTAL	2,84+	1,48

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

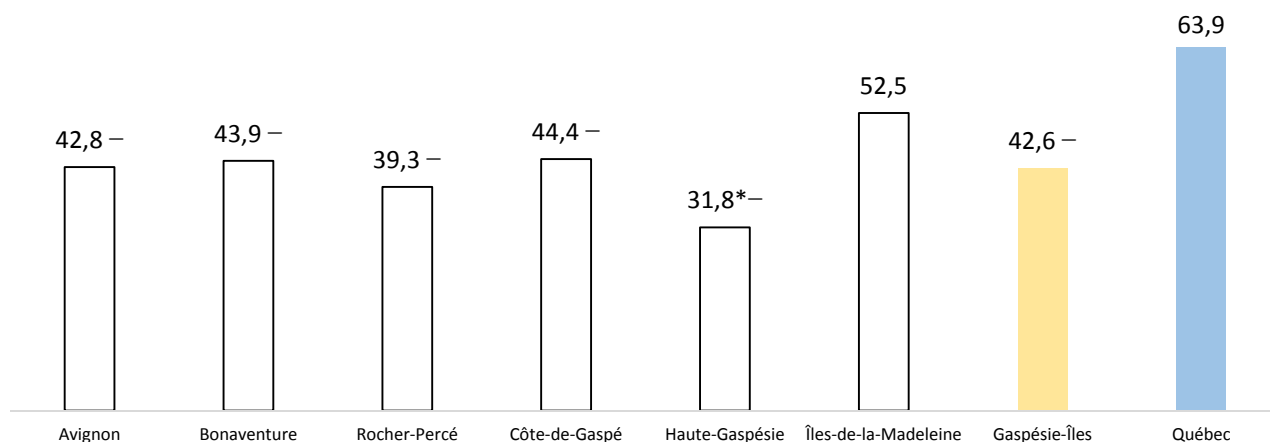
L'indemnité à la carie en dentition permanente

En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 43 % des élèves de 6^e année sont indemnes de carie en dentition permanente en 2012-2013. Bien que ce pourcentage constitue une amélioration depuis la dernière enquête de 1996-1997 où 35 % des élèves n'avaient pas expérimenté la carie, la région accuse tout de même encore un retard relativement important avec le Québec, lequel obtient plutôt une proportion de 64 % (figure 9). Inversement donc, 57 % des élèves de ce niveau scolaire dans la région sont touchés par la carie en dentition permanente. Plus précisément, 22 % ont au moins une face cariée qui serait à faire traiter et 49 %, au moins une face obturée (figure 10). Quant

aux élèves ayant au moins une face absente, ils sont si peu nombreux que la proportion ne peut être publiée. Les résultats pour chaque territoire local sont présentés au tableau E à l'annexe 4.

Figure 9

Proportion (en %) des élèves de 6^e année indemnes de carie en dentition permanente, territoire local, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



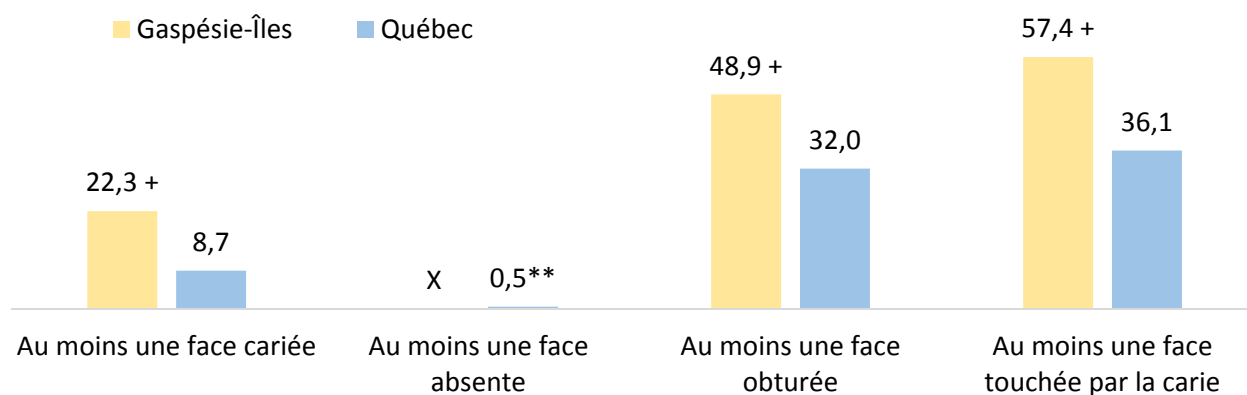
*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

– Valeur significativement inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Figure 10

Proportion (en %) des élèves de 6^e année ayant au moins une face cariée, absente ou obturée pour cause de carie en dentition permanente (CAOF 128 faces) selon la composante, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



X Donnée confidentielle.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

La localisation de la carie selon le type de faces

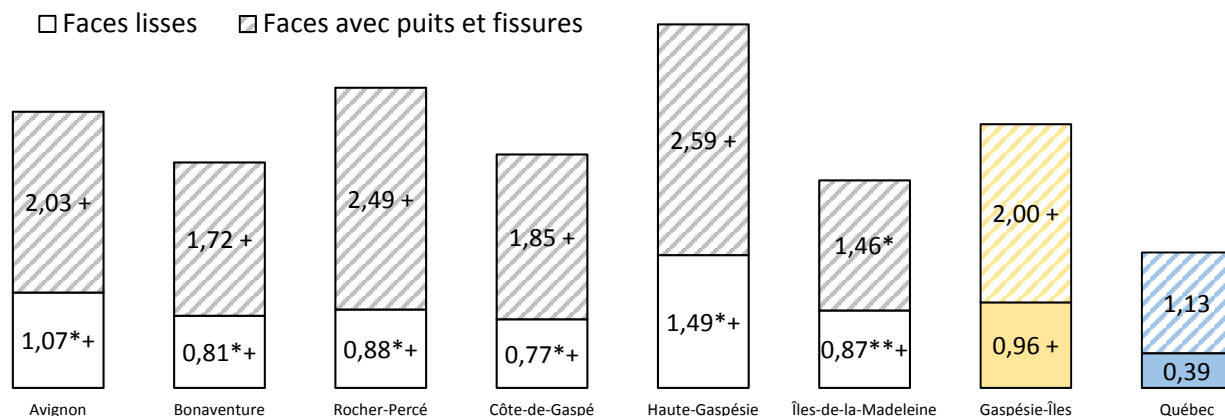
Dans cette section, nous présentons les résultats sur la localisation de la carie selon le type de faces (lisses ou avec puits et fissures) en dentition permanente selon le CAOOF 140 faces. Comparativement au CAOOF 128 faces utilisé jusqu'ici dans le rapport, le CAOOF 140 faces permet de différencier la partie lisse et la partie avec puits et fissures des faces qui ont ces deux caractéristiques morphologiques et ainsi de mieux identifier la localisation de la carie selon le type de faces (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015).

Ces précisions faites, on constate à la figure 11 que la plus grande partie de la carie dentaire se localise sur les faces avec puits et fissures, et ce, peu importe le territoire. Plus précisément, chez les élèves de 6^e année de la région, plus des deux tiers de la carie (68 %) se logent sur ces types de faces (2,00/2,96), l'autre 32 % se localisant sur les faces lisses (0,96/2,96).

Ainsi, compte tenu de leur nombre et de la prévalence de la carie qu'elles enregistrent, les faces avec puits et fissures sont visiblement plus vulnérables à la carie que les faces lisses. En effet, comme on peut le lire au tableau 8, 9 % des faces avec puits et fissures sont affectées par la carie contre seulement 1 % des faces lisses. En examinant plus spécifiquement les faces occlusales des molaires, ces faces étant toutes avec puits et fissures, 23 % d'entre elles sont touchées par la carie chez les élèves de la région. Ce résultat montre clairement la très grande vulnérabilité de ce type de faces à l'attaque carieuse. À titre indicatif, au Québec, la proportion des faces lisses touchées par la carie est estimée à 0,4 %, tandis que cette proportion est de 5,1 % pour les faces avec puits et fissures, et de 13 % pour les faces occlusales des molaires (résultats non illustrés).

Figure 11

Nombre moyen de faces cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition permanente (CAOOF 140 faces) selon le type de faces, élèves de 6^e année, territoire local, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Tableau 8

Nombre moyen de faces cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition permanente (CAOF 140 faces), nombre moyen de faces présentes et proportion (en %) de faces touchées par la carie, selon le type de faces, élèves de 6^e année, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2012-2013

	Indice CAOF 140 faces		
	Faces lisses	Faces avec puits et fissures	Faces occlusales des molaires
Nombre moyen de faces touchées par la carie par élève	0,96	2,00	1,40 ¹
Nombre moyen de faces présentes par élève	94,09	22,41	6,16
Proportion de faces touchées par la carie (en %)	1,0	8,9	22,8

¹ Indice calculé avec le CAOF 140 faces au lieu du CAOF 144 faces comme il est généralement de mise avec ce type spécifique de faces. Le lecteur trouvera à la figure A de l'annexe 4 les résultats du CAOF 140 faces et 144 faces sur les faces occlusales des molaires.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

La carie dentaire en dentition combinée

Pour la première fois depuis que des enquêtes de ce genre sont conduites au Québec, les données sont analysées en combinant les résultats de la carie sur les dents temporaires et celle sur les dents permanentes. La carie en dentition combinée a l'avantage d'offrir un portrait complet de la situation de la carie dentaire au moment de l'examen. Souvenons-nous ici que les élèves de 6^e année ont en moyenne 2,43 dents temporaires et 23,52 permanentes pour une moyenne totale de près de 26 dents (réf. : tableau 5). Cela dit, nous présentons d'abord les résultats du caod et CAOD combinés et ensuite ceux du caof 88 faces et CAOF 128 faces combinés.

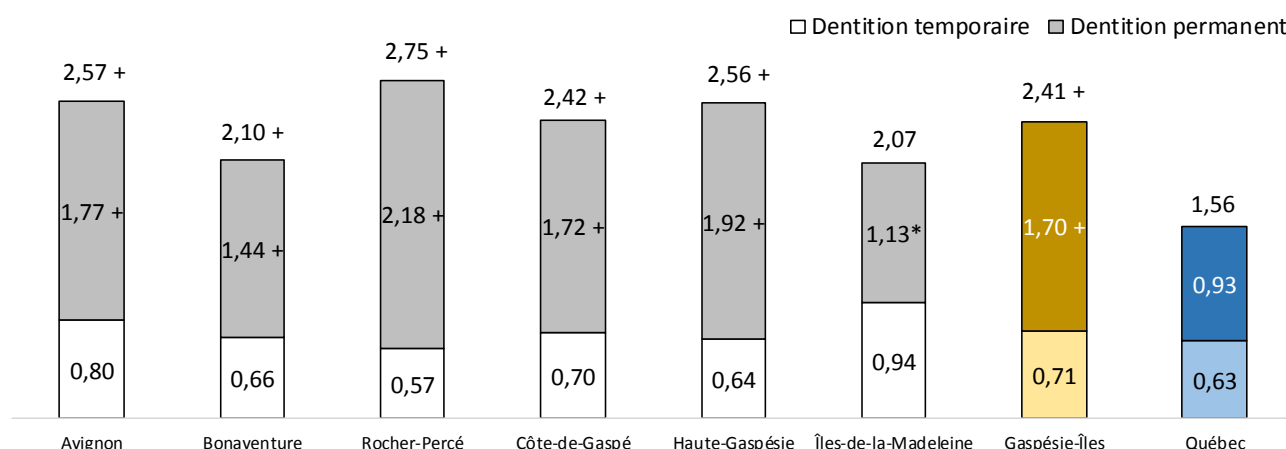
Indices caod et CAOD combinés

Chez les élèves de 6^e année de la région, sur les quelque 26 dents qu'ils avaient en moyenne chacun au moment de l'examen clinique, 2,41 dents étaient cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (figure 12). Exprimé autrement, environ 9 % des dents présentes sont affectées par la carie. Sans surprise, ce résultat place les élèves de notre région dans une situation moins favorable que celle des élèves québécois, puisque ceux-ci obtiennent plutôt une moyenne de 1,56 dent touchée par la carie (figure 12). Plus précisément, les élèves de la région ont en moyenne 0,61 dent cariée (0,25 au Québec), moins de 0,01 extraite (0,01 au Québec) et 1,80 obturée (1,30 au Québec) (résultats non illustrés).

Comme on peut aussi le dégager à la figure 12, en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 70 % de la carie est observée sur les dents permanentes (1,70/2,41), l'autre 30 % étant localisé sur les dents temporaires (0,71/2,41). Compte tenu que les dents temporaires ne représentent que 10 % des dents présentes chez les élèves de 6^e année, elles sont, toute proportion gardée, davantage affectées par la carie que les dents permanentes, un constat qui n'étonne pas dans la mesure où les dents temporaires ont été plus longtemps exposées aux agents cariogènes que les dents permanentes.

Figure 12

Nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition combinée, selon le type de dentition, élèves de 6^e année, territoire local, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

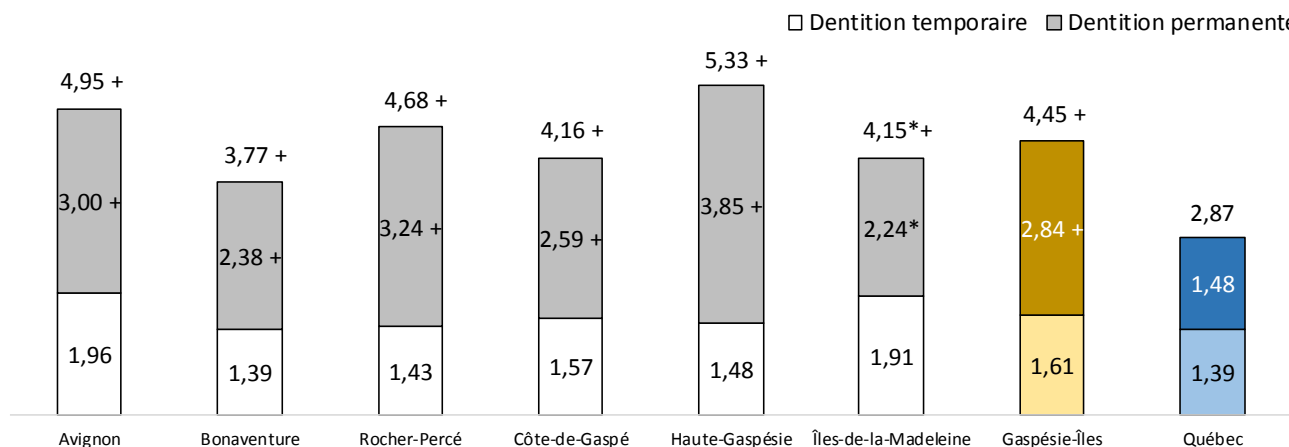
Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Indices caof et CAOOF combinés

Les résultats relatifs à la prévalence de la carie sur les faces en dentition combinée indiquent, quant à eux, que les élèves de 6^e année dans la région ont en moyenne 4,45 faces cariées, absentes ou obturées en raison de la carie, une moyenne surpassant encore celle du Québec (2,87 faces), comme c'est aussi le cas pour tous les territoires locaux de la région sans exception (figure 13).

Figure 13

Nombre moyen de faces cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition combinée (128 faces), selon le type de dentition, élèves de 6^e année, territoire local, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

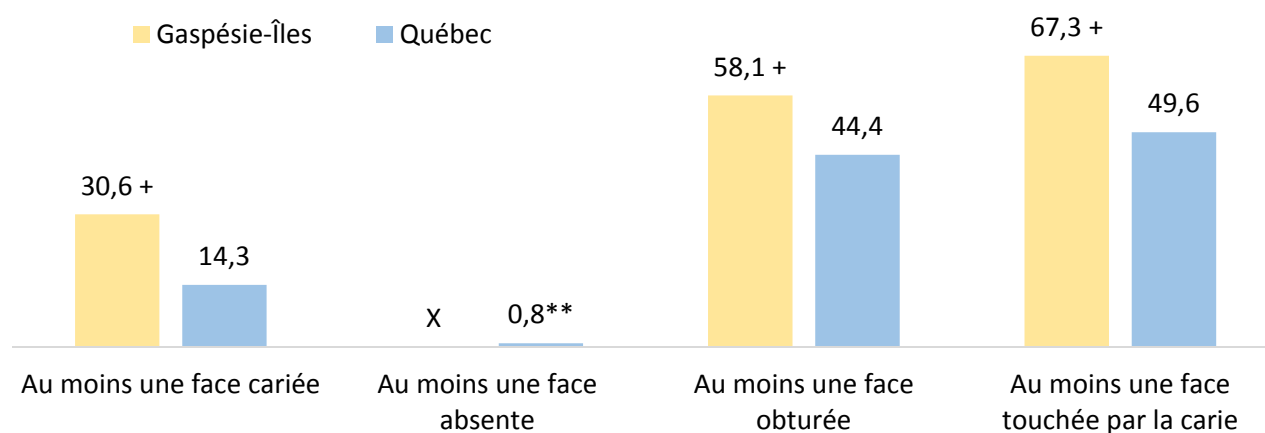
+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Mentionnons finalement que le tiers des élèves gaspésiens et madelinots de 6^e année est exempt de carie en dentition combinée (résultat non illustré). Ainsi, 67 % des élèves de ce niveau scolaire ont au moins une dent temporaire ou permanente affectée par la carie. Plus précisément, 31 % ont au moins une carie non traitée et 58 % ont au moins une obturation pour cause de carie (figure 14). Dans tous les cas, ces pourcentages sont supérieurs à ceux du Québec. Les données propres à chaque territoire local sont présentées à la figure A à l'annexe 4.

Figure 14

Proportion (en %) des élèves de 6^e année ayant au moins une face cariée, absente ou obturée pour cause de carie en dentition combinée (128 faces) selon la composante, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



X Donnée confidentielle.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Les facteurs associés à la carie en dentition permanente

Rappelons d'abord que chez les élèves de 6^e année de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, on estime à 2,84 le nombre de faces affectées par la carie en dentition permanente (CAOF 128 faces) et à 57 %, la proportion d'élèves ayant expérimenté la carie en dentition permanente. Ce rappel fait, nous présentons dans ce qui suit les liens entre la carie dentaire en dentition permanente, telle que mesurée par le CAOF 128 faces et par la proportion des élèves ayant expérimenté la carie, et les variables sociodémographiques documentées dans l'ÉCSBQ 2012-2013, l'indice de débris et le nombre de dents scellées. Soulignons que pour des raisons de puissance statistique, les analyses n'ont été faites que pour la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et non pour chaque territoire local pris séparément.

Pour ce qui est de l'indice CAOF, on remarque au tableau 9 qu'il est significativement plus élevé chez :

- les jeunes dont la mère ou les parents n'ont pas de diplôme d'études secondaires (DES);
- les jeunes fréquentant une école située en milieu socio-économique défavorisé;
- ainsi que chez ceux n'ayant aucune dent permanente scellée.

Parmi ces facteurs, notons les liens particulièrement forts entre la prévalence de la carie et la scolarité des parents d'une part, et le nombre de dents scellées d'autre part. La scolarité des parents exerce en effet un gradient très net sur la valeur du CAOF, celui-ci passant de 4,93 chez les élèves dont les parents n'ont pas de D.E.S. à 3,60 chez

ceux dont l'un des parents a un D.E.S., et à 2,27 chez les élèves dont l'un des parents a un diplôme d'études postsecondaires (tableau 9). Pour ce qui est de la scolarité de la mère, elle est aussi associée à l'expérience de la carie en dentition permanente, mais moins fortement que ne l'est la scolarité des parents. De fait, les données au tableau 9 indiquent un CAO de 4,03 chez les élèves dont la mère n'a pas de D.E.S., alors qu'il est de 4,93 chez les élèves dont ni le père ni la mère n'ont de D.E.S. Ces résultats suggèrent que pour certains élèves, même si la mère est faiblement scolarisée, la meilleure scolarité du père contrebalance en partie, si l'on veut, ce désavantage. Ainsi, la situation qui défavorise le plus un enfant est celle où les deux parents n'ont pas de D.E.S. Et quand la mère a un diplôme d'études secondaires ou postsecondaires, la scolarité du père ne semble pas avoir beaucoup d'impact sur la santé dentaire des jeunes de ces familles, les valeurs du CAO restant sensiblement les mêmes, peu importe que l'on retienne la scolarité de la mère ou celle du parent le plus scolarisé (tableau 9).

La prévalence de la carie varie aussi de façon significative, comme nous le disions, selon le nombre de dents scellées, le CAO chutant de 3,58 à 3,04, puis à 1,14 selon que les élèves n'ont aucune dent scellée, 1 à 3 ou 4 et plus (tableau 9). Avec de tels résultats, le nombre de scellants est l'une des variables, sinon la variable, la plus fortement associée au nombre de faces touchées par la carie en dentition permanente chez les élèves de 6^e année de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Cela dit, sachant que les élèves ayant des scellants sont aussi ceux qui ont souvent une mère plus scolarisée (voir la section 3.4), on pourrait croire que l'association entre la scolarité de la mère et la prévalence de la carie soit en fait le reflet de l'effet protecteur des scellants sur la carie dentaire. Nous avons donc mesuré à nouveau le lien entre la scolarité de la mère et la carie dentaire en contrôlant pour les scellants (figure 15). Les résultats à cet égard montrent clairement que le lien persiste entre la scolarité de la mère et la prévalence de la carie, que les enfants aient ou non des scellants. Ceci signifie qu'un niveau élevé de scolarité de la mère a, en soi, un effet protecteur sur la carie dentaire. Également, la figure 15 illustre que peu importe la scolarité de la mère, les enfants avec des scellants ont systématiquement une prévalence plus faible de carie que les enfants qui ne bénéficient pas de cette mesure préventive. En d'autres mots, la présence de scellants est aussi, en elle-même, associée à une moindre prévalence de carie chez les jeunes indépendamment de la scolarité de la mère. Et enfin, comme le montre la figure 15, la meilleure situation pour un enfant c'est d'avoir à la fois des scellants et une mère scolarisée. Le CAO moyen de ces enfants est en effet aussi bas que 1,70².

Par ailleurs, bien que non significative, une tendance se dégage à l'effet que la prévalence de la carie en dentition permanente augmente avec le niveau d'accumulation de débris; les élèves avec un niveau faible d'accumulation de débris ayant un CAO de 2,21 contre 2,79 chez ceux au niveau moyen et 3,44 chez ceux au niveau élevé (tableau 9).

Pour ce qui est maintenant de la proportion à avoir expérimenté la carie en dentition permanente, on constate toujours au tableau 9 que cette proportion varie aussi en fonction de la scolarité de la mère et celle des parents et du nombre de dents permanentes scellées. Pour cette dernière variable, parmi les élèves n'ayant pas de scellant, 62 % ont connu l'expérience de la carie, alors qu'à l'opposé, ceux qui comptent quatre dents scellées ou plus ont expérimenté la carie dans une proportion plus faible (30 %). On note cependant que les jeunes avec 1 à 3 dents permanentes scellées sont plus nombreux à avoir expérimenté la carie que ceux n'ayant pas de scellant (77 % contre 62 %). Toutefois, comme nous le disions plus tôt, l'expérience de carie chez ces élèves est moins sévère que celle des élèves sans scellant (CAO 3,04 contre 3,58) (tableau 9) et leur niveau de traitement est

² Nous avons aussi fait ces analyses pour le Québec et les résultats vont tout à fait dans le même sens.

supérieur (84 % contre 75 %), si bien qu'ils ont moins de caries non traitées en bouche. Des résultats semblables sont observés au Québec.

Tableau 9

Nombre moyen de faces cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition permanente (CAOF 128 faces) et proportion (en %) des élèves ayant expérimenté la carie en dentition permanente selon diverses caractéristiques, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2012-2013

Caractéristiques	Indice CAOF	Proportion des élèves ayant expérimenté la carie en dentition permanente
Sexe		
Garçons	2,75	57,8
Filles	2,92	57,0
Langue le plus souvent parlée à la maison		
Français	2,77	56,4
Anglais	3,77*	69,1
Nombre d'enfants de 18 ans et moins vivant à la maison		
Un enfant	2,95	60,6
Deux enfants	2,78	54,2
Trois enfants	2,38	54,4
Quatre enfants ou plus	3,78*	72,3
Plus haut niveau de scolarité complété par la mère	†	††
Sans D.E.S.	4,03	67,5
D.E.S.	3,56	67,2
Diplôme d'études postsecondaires	2,23	51,9
Plus haut niveau de scolarité complété par les parents	†	††
Sans D.E.S.	4,93	67,8
D.E.S.	3,60	66,5
Diplôme d'études postsecondaires	2,27	53,6
Indice de défavorisation de l'école	†	
Favorisé	S.O.	S.O.
Moyennement favorisé	2,31	50,8
Défavorisé	3,12	60,5
Indice de débris		
Accumulation faible de débris	2,21*	50,3
Accumulation moyenne	2,79	58,0
Accumulation élevée	3,44	60,8
Nombre de dents permanentes scellées	†	††
Aucune	3,58	61,8
Une à trois dents	3,04	76,6
Quatre dents ou plus	1,14*	30,1
TOTAL	2,84	57,4

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

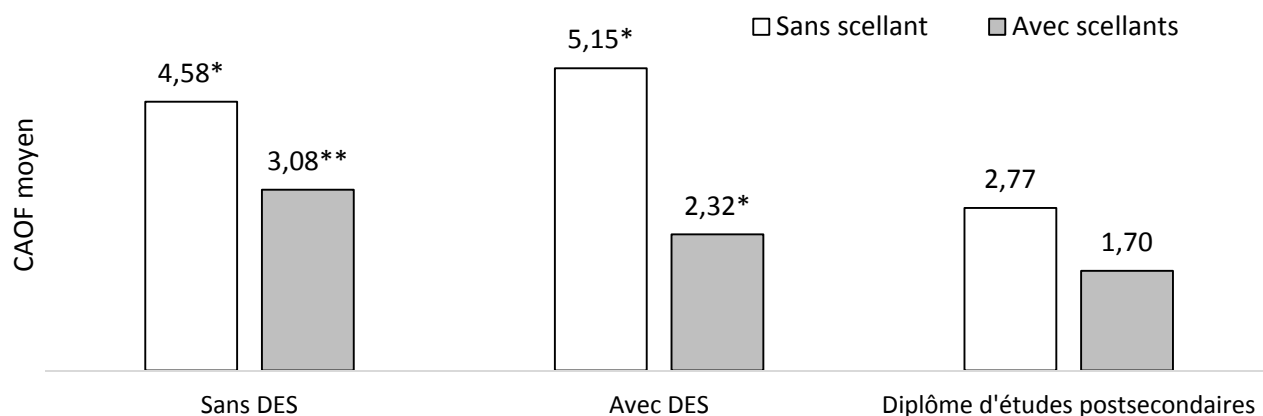
† Signifie que les valeurs du CAOF obtenues dans les différentes catégories de la variable se différencient statistiquement.

†† Signifie que les pourcentages obtenus dans les différentes catégories de la variable se différencient statistiquement.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Figure 15

Nombre moyen de faces cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition permanente (CAOF 128 faces) selon la scolarité de la mère et la présence de scellants, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 2012-2013



Note : Dans cette figure, aucun test statistique n'a été fait pour comparer le CAOF des élèves sans scellant à celui des élèves avec scellants dans les différentes catégories de scolarité de la mère.

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

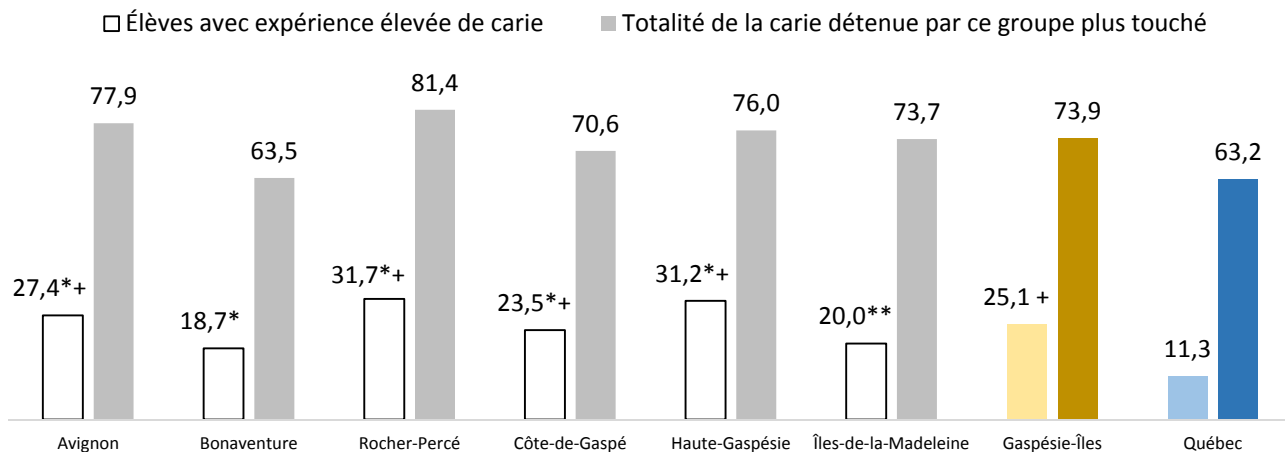
Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Les élèves avec une expérience élevée de carie en dentition permanente

En se basant sur des études épidémiologiques conduites au Québec au cours des dernières années, l'INSPQ considère qu'un élève de 6^e année qui cumule au moins cinq faces cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition permanente (128 faces) est un élève avec une expérience élevée de carie (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015). Avec ce critère, on estime à 25 % la proportion d'élèves de ce niveau scolaire ayant une expérience élevée de carie en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, une proportion nettement supérieure à celle obtenue au Québec (11 %) (figure 16). Comme le montre aussi cette figure, ce groupe d'élèves plus affecté par la carie cumule près des trois quarts (74 %) de la totalité de la carie détenue par l'ensemble des élèves de 6^e année de la région. La figure 16 présente aussi les résultats propres à chaque territoire local, lesquels doivent dans la plupart des cas être interprétés avec prudence en raison de leur grande, voire très grande, imprécision.

Figure 16

Proportion (en %) des élèves ayant une expérience élevée de carie en dentition permanente (CAOF 128 faces ≥ 5) et proportion (en %) de la totalité de la carie détenue par ce groupe, territoire local, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Cela dit, de la même manière que nous l'avons fait pour l'ensemble des élèves au point précédent, nous examinons dans ce qui suit les facteurs associés à une expérience élevée de carie (CAOF 128 faces ≥ 5). Les résultats à cet égard indiquent que les groupes suivants sont plus nombreux à avoir une expérience élevée de carie en dentition permanente (tableau 10) :

- les élèves dont l'anglais est la langue le plus souvent parlé à la maison (37 % ont un CAOF ≥ 5);
- les élèves dont les parents n'ont pas de D.E.S. (47 %) ou dont la mère n'a pas de D.E.S. (34 %);
- les élèves fréquentant une école située en milieu socio-économiquement défavorisé (29 %);
- les élèves n'ayant pas d'agents de scellement (33 %) ou en ayant moins de quatre (27 %).

Sur ce dernier point, ajoutons que les élèves de la région avec une expérience élevée de carie sont moins nombreux que les autres élèves à avoir au moins une dent permanente scellée (33 % contre 54 %) et ont aussi une moyenne de dents scellées inférieure (0,98 contre 2,04) (résultats non illustrés). Un constat similaire est observé au Québec.

Tableau 10

Proportion (en %) des élèves ayant une expérience élevée de carie en dentition permanente (CAOF 128 faces ≥ 5) selon diverses caractéristiques, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, 2012-2013

Caractéristiques	Proportion des élèves ayant une expérience élevée de carie en dentition permanente
Sexe	
Garçons	24,5
Filles	25,6
Langue le plus souvent parlée à la maison	†
Français	24,0
Anglais	36,5**
Nombre d'enfants de 18 ans et moins vivant à la maison	
Un enfant	30,2
Deux enfants	22,4
Trois enfants	20,7*
Quatre enfants ou plus	34,1*
Plus haut niveau de scolarité complété par la mère	†
Sans D.E.S.	34,0*
D.E.S.	31,6*
Diplôme d'études postsecondaires	19,8
Plus haut niveau de scolarité complété par les parents	†
Sans D.E.S.	47,3
D.E.S.	31,3*
Diplôme d'études postsecondaires	19,7
Indice de défavorisation de l'école	†
Favorisé	S.O.
Moyennement favorisé	19,2
Défavorisé	28,5
Indice de débris	
Accumulation faible de débris	16,6**
Accumulation moyenne	26,0
Accumulation élevée	26,2*
Nombre de dents scellées	†
Aucune	32,8
Une à trois dents	26,7*
Quatre dents ou plus	7,5**
TOTAL	25,1

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

† Signifie que les pourcentages obtenus dans les différentes catégories de la variable se différencient statistiquement.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Avant de passer au prochain point, ajoutons qu'en 2006, le MSSS introduisait dans son *Plan d'action de santé dentaire 2005-2015* un nouvel indicateur, le Significant Caries index (SiC), pour identifier un groupe plus touché par la carie. Cet indicateur représente le tiers des élèves ayant la prévalence la plus élevée de carie en dentition temporaire, en dentition permanente ou en dentition combinée. Pour chaque groupe ainsi identifié, on calcule ensuite la valeur moyenne du caod, du CAOD ou du caod+CAOD selon la dentition retenue. Ainsi, en 2012-2013,

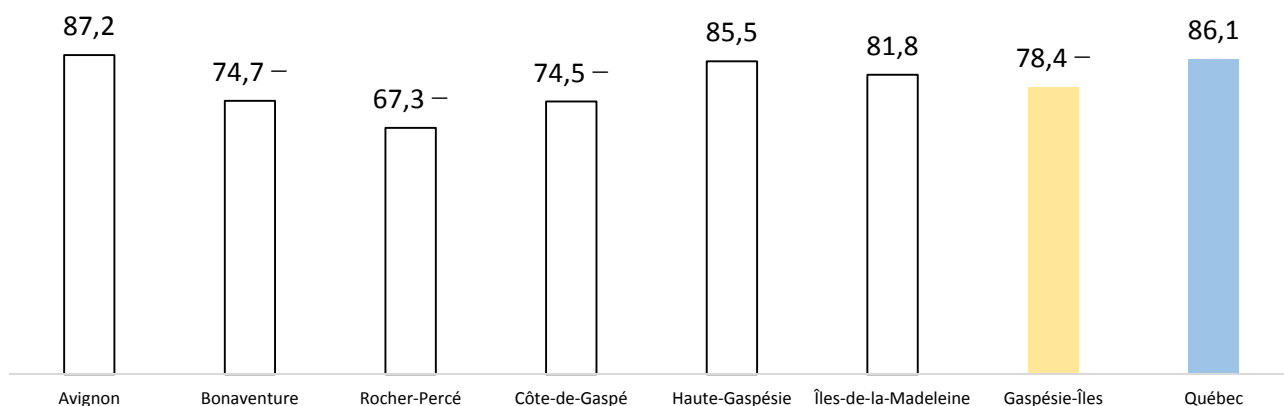
selon le SiC en dentition permanente, la valeur du CAOD chez les élèves de 6^e année de la région est estimée à 4,14, une moyenne supérieure à celle des élèves du Québec se situant aussi dans le tiers supérieur de la prévalence de la carie en dentition permanente (2,71) (tableau G, annexe 4).

Le niveau de traitement de la carie

Le niveau de traitement de la carie représente le nombre de faces obturées (ou traitées) sur le nombre de faces cariées à faire traiter et de faces obturées. En 2012-2013, cet indicateur est mesuré en dentition combinée (of+OF/cof+COF). Ainsi, selon cet indicateur, 78 % des faces cariées ou obturées ont été traitées chez les élèves de 6^e année de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Ce niveau de traitement est inférieur à celui du Québec (86 %) comme c'est le cas pour les territoires de Bonaventure, de Rocher-Percé et de La Côte-de-Gaspé (figure 17).

Figure 17

Proportion (en %) des faces obturées sur le total des faces cariées ou obturées en raison de la carie (niveau de traitement de la carie) en dentition combinée (128 faces), élèves de 6^e année, territoire local, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



– Valeur significativement inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

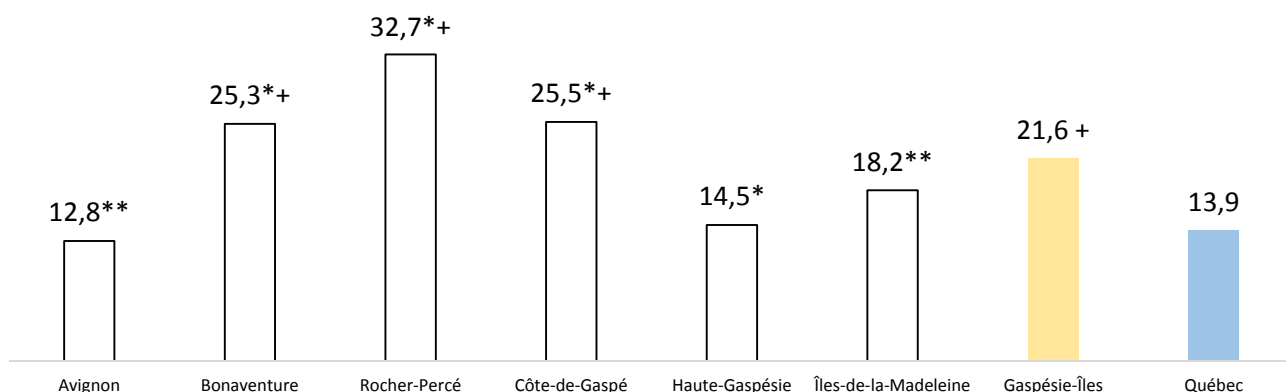
Le besoin de traitement de la carie

Le besoin de traitement de la carie est le complément du niveau de traitement de la carie et représente la moyenne des faces cariées non traitées sur l'ensemble des faces cariées non traitées ou obturées en dentition combinée (128 faces) (cf+CF/cof+COF). Ainsi, comme on peut le lire à la figure 18, parmi l'ensemble des faces cariées ou obturées en raison de la carie en dentition combinée, 22 % des faces sont cariées et nécessiteraient ainsi un traitement curatif chez les élèves de 6^e année de la région. Ce besoin de traitement de la carie enregistré en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine est supérieur à celui du Québec, lequel obtient plutôt une proportion de 14 % (figure 18).

La figure 19 illustre par ailleurs que cette prépondérance de faces cariées qui nécessiteraient une restauration chez les jeunes gaspésien et madelinots par rapport aux jeunes québécois s'observe tant en dentition temporaire qu'en dentition permanente.

Figure 18

Proportion (en %) des faces cariées sur le total des faces cariées ou obturées en raison de la carie (besoin de traitement de la carie) en dentition combinée (128 faces), élèves de 6^e année, territoire local, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

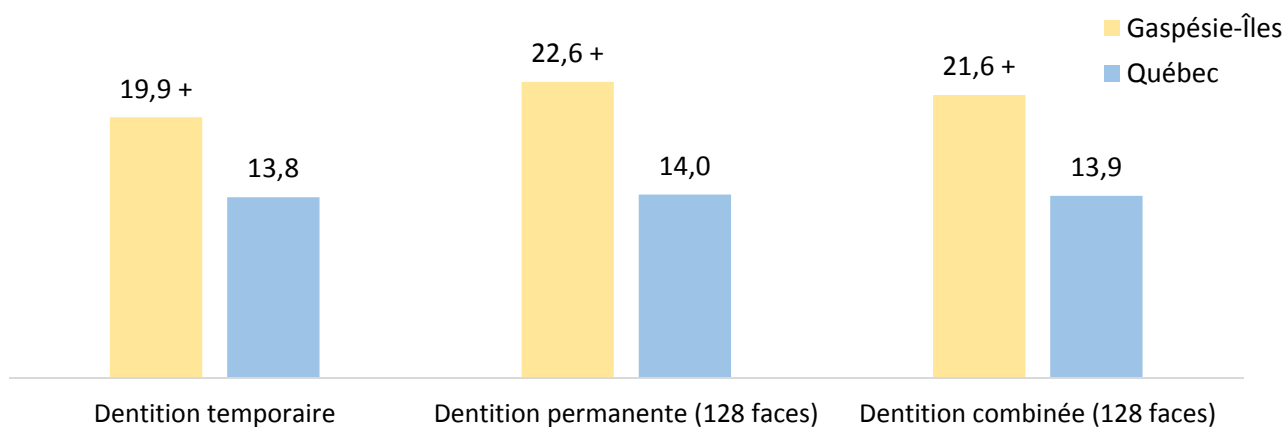
** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Figure 19

Proportion (en %) des faces cariées sur le total des faces cariées ou obturées en raison de la carie (besoin de traitement de la carie) selon le type de dentition, élèves de 6^e année, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Le besoin évident de traitement lié à la carie

Dans l'ÉCSBQ 2012-2013, le besoin évident de traitement lié à la carie (BET) a été mesuré selon les mêmes critères qu'utilisent les hygiénistes dentaires du réseau de santé dentaire publique. Ainsi, les élèves présentant au moins un des critères suivants sont considérés avoir un BET (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015) :

- une carie dentinaire (sans exfoliation prochaine de la dent);
- une carie avec atteinte pulpaire (sans exfoliation prochaine de la dent);
- une obturation défectueuse avec exposition dentinaire (sans exfoliation prochaine de la dent);
- la présence d'une infection ou d'une enflure (abcès dentaire);
- ou des symptômes de douleur dentaire.

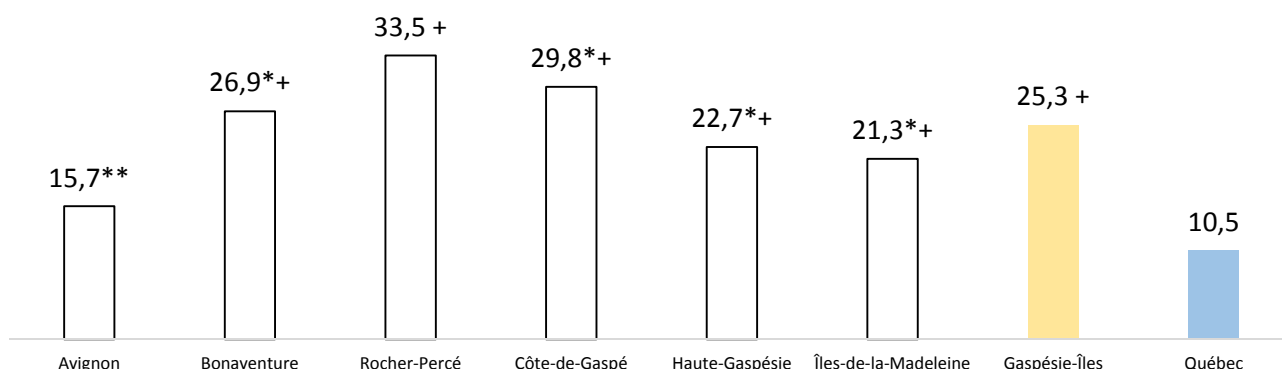
Précisons ici que la présence d'un de ces deux derniers critères (abcès dentaire et douleur dentaire) signifie en plus que le besoin de traitement est urgent.

Pour ce qui est globalement du besoin évident de traitement lié à la carie, que ce besoin soit urgent ou non, on constate à la figure 20 que le quart des élèves de 6^e année en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a un BET, c'est-à-dire qu'il présente une situation clinique nécessitant l'intervention d'un dentiste. Cette proportion est plus de deux fois supérieure à celle du Québec (11 %). Comme on peut aussi le voir à la figure 20, à l'exception du territoire d'Avignon pour lequel les analyses ne font ressortir aucune différence avec le Québec, tous les territoires locaux de la région se distinguent défavorablement du Québec, le Rocher-Percé obtenant une proportion d'élèves avec un BET particulièrement élevée avec 34 %.

Par ailleurs, en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, le sexe, la langue parlée à la maison et le nombre d'enfants à la maison ne sont pas associés à la présence d'un BET. Toutefois, les élèves dont la mère ou les parents n'ont pas de diplôme d'études postsecondaires sont environ deux fois plus nombreux à avoir un BET que les autres jeunes, ainsi que les élèves fréquentant une école de milieu socio-économiquement défavorisé par rapport à ceux des écoles de milieu moyennement favorisé (tableau 11).

Figure 20

Proportion (en %) des élèves de 6^e année ayant un besoin évident de traitement lié à la carie (BET), territoire local, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Tableau 11

Proportion (en %) des élèves de 6^e année ayant un besoin évident de traitement lié à la carie (BET), selon diverses caractéristiques, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013

Caractéristiques	Gaspésie-Îles	Québec
Sexe		
Garçons	26,5	10,9
Filles	23,8	10,0
Langue le plus souvent parlée à la maison		
Français	23,7	9,8
Anglais	40,7*	11,9*
Nombre d'enfants de 18 ans et moins vivant à la maison		
Un enfant	27,1	9,5*
Deux enfants	22,8	10,2
Trois enfants	24,1*	9,4
Quatre enfants ou plus	27,4**	15,3*
Plus haut niveau de scolarité complété par la mère	†	††
Sans D.E.S.	32,6*	21,5
D.E.S.	37,0*	14,6
Diplôme d'études postsecondaires	18,5	8,3
Plus haut niveau de scolarité complété par les parents	†	††
Sans D.E.S.	40,1*	22,9*
D.E.S.	38,0	17,6
Diplôme d'études postsecondaires	19,2	8,6
Indice de défavorisation de l'école	†	††
Favorisé	NA	7,0
Moyennement favorisé	19,7	10,7
Défavorisé	27,4	14,7
TOTAL	25,3	10,5

Note : Dans ce tableau, aucun test statistique n'a été fait pour comparer les données de la région à celle du Québec.

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

† Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de la variable se différencient statistiquement.

†† Signifie que les pourcentages obtenus au Québec dans les différentes catégories de la variable se différencient statistiquement.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Mentionnons en terminant que peu de jeunes, somme toute, ont un besoin urgent de traitement. En effet, seulement 2,3 % des élèves de 6^e année en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et 1,7 % de ceux du Québec ont un besoin urgent de traitement (résultats non illustrés).

Les matériaux utilisés pour les obturations

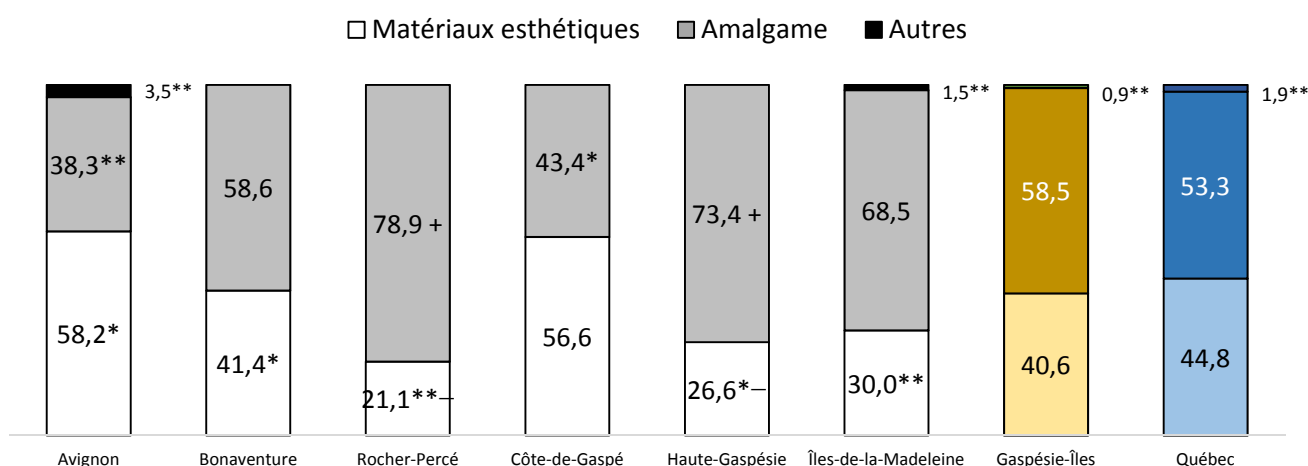
Pour obturer une dent cariée, les deux principaux matériaux utilisés sont :

- l'amalgame, c'est-à-dire un alliage métallique de couleur argentée, dont les coûts sont couverts par le programme de services dentaires de la RAMQ pour les enfants de moins de 10 ans;
- les matériaux esthétiques à base de résines composites offerts en des teintes se rapprochant de celles des dents naturelles. Leur coût, généralement plus élevé que celui des amalgames, n'est cependant pas couvert par la RAMQ, pour les enfants de moins de 10 ans, pour les molaires et les prémolaires, à l'exception de la face buccale et la face mésiale des premières prémolaires supérieures (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015) et des incisives et canines supérieures et inférieures.

Précisons aussi que dans l'ÉCSBQ 2012-2013, si ces deux types de matériaux étaient présents sur une même face, c'est l'amalgame qui était compté. Cela dit, sur l'ensemble des obturations pour cause de carie qu'ont les enfants de 6^e année dans la région, 59 % sont en amalgame, 45 % en matériaux esthétiques et moins de 1 % sont d'un autre type, par exemple une couronne (figure 21). Cette répartition des types de matériaux se distingue légèrement de celle obtenue au Québec en ce sens que les matériaux esthétiques sont en général moins répandus chez les jeunes de la région que chez ceux du Québec lorsqu'une restauration est faite à la suite d'une carie. La figure 21 indique aussi que les matériaux esthétiques sont plus populaires dans Avignon (58,2 % des faces obturées utilisent ce matériel) et La Côte-de-Gaspé (56,6 %) alors qu'ils le sont nettement moins dans Rocher-Percé (21,1 %) ainsi que dans La Haute-Gaspésie (26,6 %) et aux Îles-de-la-Madeleine (30,0 %).

Figure 21

Répartition (en %) des faces obturées pour cause de carie selon le matériel de restauration utilisé (CAOF 140 faces), élèves de 6^e année, territoire local, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ ou - Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Nous avons également examiné la répartition des élèves ayant au moins une obturation selon la présence (ou l'absence) des deux principaux matériaux de restauration. Les résultats à cet égard indiquent qu'en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, parmi les élèves ayant au moins une obturation pour cause de carie en dentition permanente (OF 140 faces ≥ 1), 45 % ont seulement de l'amalgame, 40 % ont, au contraire, uniquement des matériaux esthétiques et 15 % ont les deux types de matériaux. Au Québec, les proportions respectives sont de 45 %, 42 % et 12 %, l'autre 1 % étant des élèves chez qui ces deux types de matériaux sont absents³ (résultats non illustrés).

3.4 Les agents de scellement des puits et fissures

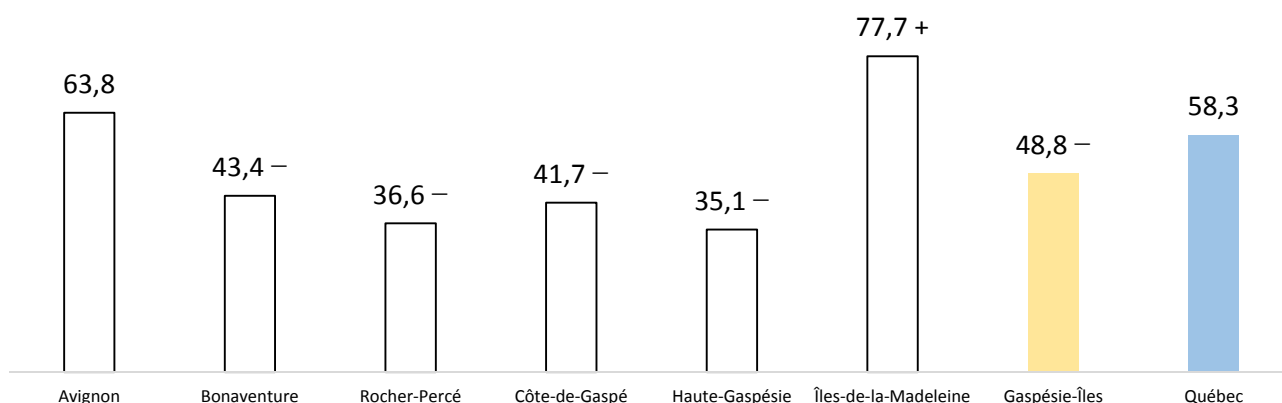
En 2012-2013, près de la moitié des élèves de 6^e année dans la région (49 %) a au moins une dent permanente scellée. Bien que ce résultat constitue une amélioration par rapport à la situation qui prévalait en 1996-1997, il

³ Ceci signifie que les matériaux d'obturation chez ces enfants sont, par exemple, des couronnes en acier inoxydable.

reste que cette mesure préventive est moins répandue, de manière générale, dans la région qu'au Québec (figure 22). Cette figure illustre également les variations relativement importantes entre les territoires locaux de la région; les Îles-de-la-Madeleine ressortant avantagusement du lot avec une proportion de 78 % des élèves avec des agents de scellement en 2012-2013.

Figure 22

Proportion (en %) des élèves de 6^e année ayant au moins une dent permanente scellée, territoire local, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

En complément d'information, on peut lire au tableau 12 que près du quart (24 %) des élèves de la région a une à trois dents scellées et à peu près la même proportion (25 %) en a quatre ou plus. Comparativement au Québec, il y a en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine davantage de jeunes, en proportion, qui n'ont pas de scellants (51 % contre 42 %) et inversement, moins d'élèves avec quatre dents scellées ou plus (25 % contre 37 %). Ainsi, quand on examine la situation de tous les élèves de 6^e année, ceux de la région ont une moyenne de dents permanentes scellées inférieure, et de beaucoup, à celle des élèves du Québec (1,77 dent contre 2,30) (tableau 12). Toutefois, lorsqu'on regarde la moyenne de dents scellées uniquement chez les élèves ayant au moins une dent scellée, celle de la région se rapproche de celle du Québec, bien que l'écart soit encore significatif et en défaveur de la région (3,64 contre 3,95 au Québec) (tableau 12).

Nous avons aussi examiné, pour l'ensemble de la région et le Québec, la proportion de dents scellées selon le type de dents (figure 23). On constate ainsi que chez les jeunes gaspésien et madelinots, un peu plus du tiers (35 %) des premières molaires est scellé (45 % au Québec). Avec cette proportion, les premières molaires sont de loin les dents les plus fréquemment scellées chez les élèves de 6^e année, puisque seulement 7,1 % des deuxièmes molaires et moins de 4 % des premières et deuxièmes prémolaires ont bénéficié de cette mesure préventive en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. La figure 23 permet aussi de remarquer que peu importe le type de dents, la proportion de dents scellées est toujours moindre dans la région qu'au Québec.

Tableau 12

Répartition (en %) des élèves de 6^e année selon le nombre de dents permanentes scellées, nombre moyen de dents scellées chez l'ensemble des élèves et chez les élèves ayant des agents de scellement, territoire local, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013.

Territoire	Répartition des élèves selon le nombre de dents permanentes scellées			Nombre moyen de dents scellées	
	Aucune dent	Une à trois dents	Quatre dents ou plus	Tous les élèves	Élèves avec scellants
Avignon	36,2	29,5*	34,3	2,73	4,27
Bonaventure	56,6+	30,2*	13,2*–	1,30–	3,01–
Rocher-Percé	63,4+	13,9*	22,6*–	1,27–	3,46
La Côte-de-Gaspé	58,3+	13,5*–	28,2–	1,43–	3,44–
La Haute-Gaspésie	64,9+	22,8*	12,3**–	0,98–	2,78–
Îles-de-la-Madeleine	22,3*–	34,9*+	42,8	3,23+	4,16
Gaspésie-Îles	51,2+	23,7	25,1–	1,77–	3,64–
Québec	41,7	21,6	36,7	2,30	3,95

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

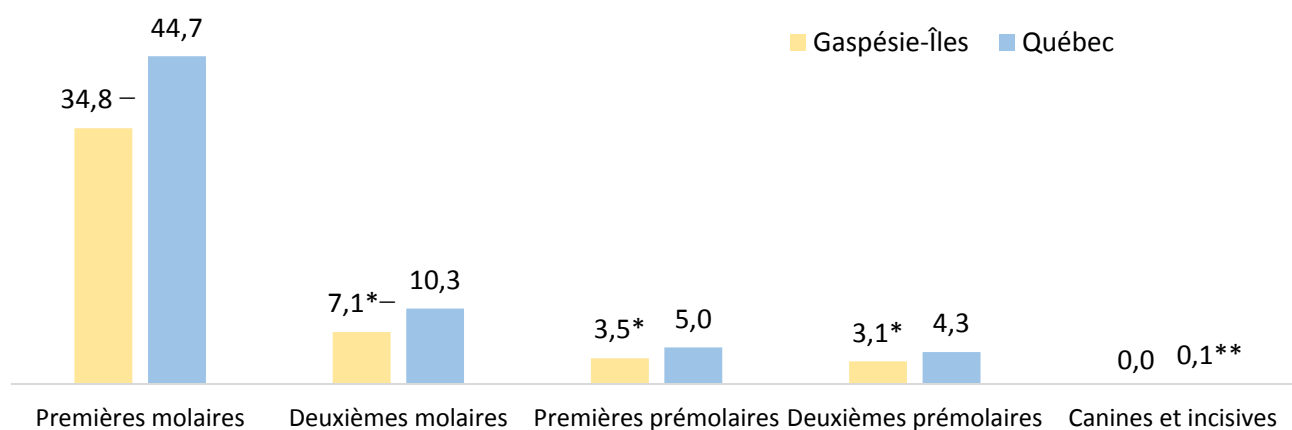
**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Figure 23

Proportion (en %) des dents permanentes scellées selon le type de dents, élèves de 6^e année, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

– Valeur significativement inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Finalement, on peut lire au tableau 13 que les élèves de la région dont la mère ou l'un des parents a un diplôme d'études (secondaires ou postsecondaires) sont plus nombreux à avoir au moins une dent permanente scellée que les élèves dont les parents n'ont pas de diplôme (un peu plus de 50 % contre environ le tiers). Également, la proportion des élèves porteurs de cette mesure préventive est supérieure chez ceux avec un niveau faible d'accumulation de débris (57 %) par rapport à ceux ayant au contraire un niveau moyen ou élevé. Au Québec, les effectifs plus nombreux permettent de faire ressortir le gradient très net exercé par la scolarité des parents sur la présence d'agents de scellement chez les élèves de 6^e année. Toujours au Québec, on notera l'écart qui sépare les élèves vivant dans un milieu favorisé ou fréquentant une école avantagée socio-économiquement de ceux vivant en milieu défavorisé quant à la proportion à avoir au moins une dent permanente scellée (65 % contre 46 %). Finalement, comme dans la région, c'est chez les élèves avec un niveau faible de débris que la proportion ayant des scellants est la plus élevée (tableau 13).

Tableau 13

Proportion (en %) des élèves de 6^e année ayant au moins une dent permanente scellée selon quelques caractéristiques, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013

Caractéristiques	Gaspésie-Îles	Québec
Plus haut niveau de scolarité complété par la mère	†	††
Sans D.E.S.	36,3*	38,9
D.E.S.	56,3	54,4
Diplôme d'études postsecondaires	51,0	61,7
Plus haut niveau de scolarité complété par les parents	†	††
Sans D.E.S.	32,1*	40,6
D.E.S.	54,1	51,5
Diplôme d'études postsecondaires	50,0	60,9
Indice de défavorisation de l'école		††
Favorisé	s.o.	65,1
Moyennement favorisé	51,1	60,8
Défavorisé	47,6	46,0
Indice de débris		††
Accumulation faible de débris	56,8	62,8
Accumulation moyenne	49,0	58,3
Accumulation élevée	45,3	49,4
TOTAL	48,8	58,3

Note : Dans ce tableau, aucun test statistique n'a été fait pour comparer la situation régionale à celle du Québec.

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

† Signifie que les pourcentages obtenus dans la région dans les différentes catégories de la variable se différencient statistiquement.

†† Signifie que les pourcentages obtenus au Québec dans les différentes catégories de la variable se différencient statistiquement.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

3.5 La qualité de l'hygiène buccodentaire

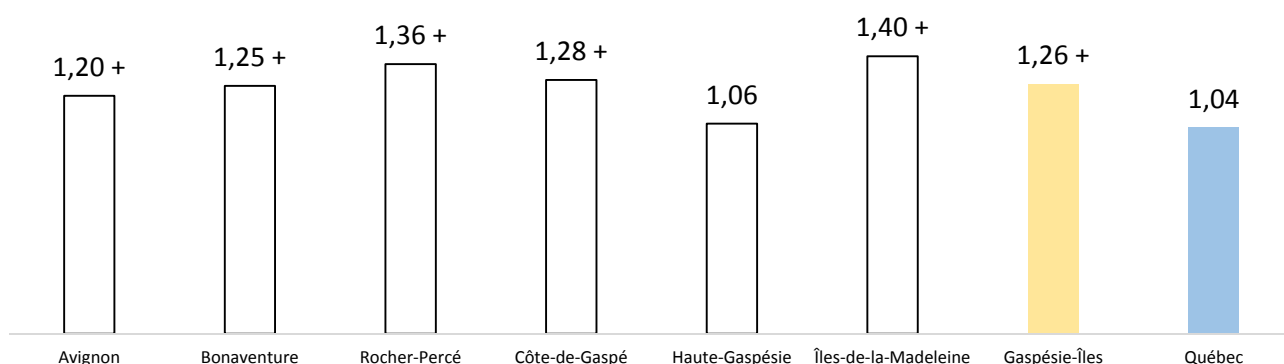
Dans l'ÉCSBQ 2012-2013, la qualité de l'hygiène buccodentaire est mesurée à l'aide du *Simplified Oral Hygiene Index*, un instrument qui mesure à la fois un indice de débris (ou de plaque dentaire) et un indice de tartre. Précisons que pour cette mesure, six dents ont été examinées, trois au maxillaire supérieur et trois au maxillaire inférieur (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015).

Concernant d'abord l'indice de débris, on remarque à la figure 24 que les élèves de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine obtiennent un score moyen de 1,26 sur 3,0 à cet indice, ce qui correspond à une accumulation moyenne de débris. Comparativement au Québec, la région enregistre un score moyen supérieur (1,26 contre 1,04) comme c'est le cas pour tous les territoires locaux, sauf celui de La Haute-Gaspésie pour lequel les analyses ne permettent pas de conclure à une différence avec le Québec (figure 24).

Ce résultat moins favorable de la région se traduit aussi dans les résultats présentés au tableau 14. On peut en effet y lire que seulement 9,6 % des élèves de 6^e année en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine obtiennent un score se situant entre 0 et 0,6 (accumulation faible de débris), une proportion deux fois moindre que celle des jeunes québécois (23 %). À l'opposé, 20 % des élèves de la région ont un score supérieur à 1,8 (accumulation élevée de débris), alors que cette proportion est de 12 % au Québec.

Figure 24

Score moyen à l'indice de débris, élèves de 6^e année, territoire local, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Tableau 14

Répartition (en %) des élèves de 6^e année selon le niveau d'accumulation de débris, territoire local, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013

Territoire	Accumulation faible (0 à 0,6)	Accumulation moyenne (> 0,6 à 1,8)	Accumulation élevée (> 1,8 à 3,0)
Avignon	10,4**–	71,9	17,7*
Bonaventure	10,0**–	71,4	18,5*
Rocher-Percé	6,0**–	65,0	29,1*+
La Côte-de-Gaspé	9,5**–	70,4	20,1*+
La Haute-Gaspésie	19,1*	70,7	10,2**
Îles-de-la-Madeleine	X	76,6+	X
Gaspésie-Îles	9,6–	70,8+	19,6+
Québec	23,0	65,4	11,5

X Donnée confidentielle.

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

L'accumulation de tartre chez les élèves de ce niveau scolaire est, pour sa part, passablement moins prévalente que celle des débris. En effet, tant dans la région qu'au Québec, une très forte majorité des élèves de 6^e année a un score entre 0 et 0,6 à cet indice, c'est-à-dire une faible accumulation de tartre. Plus précisément, 97 % des élèves de la région et 95 % de ceux du Québec se situent dans cette catégorie; les autres se classant dans la catégorie moyenne (résultats non illustrés). D'ailleurs, le score moyen à l'indice de tartre est aussi faible que 0,09 sur 3,0 chez les élèves de la région et de 0,11 chez les jeunes québécois de 6^e année. Et bien que l'écart entre le score de la région et celui du Québec soit faible, il est tout de même suffisant pour conclure que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine obtient une meilleure note que le Québec à l'indice de tartre. Ajoutons ici que le score moyen à l'indice de tartre varie entre 0,07 et 0,11 selon les territoires locaux de la région (résultats non illustrés).

3.6 Les maladies des gencives

Dans l'ÉCSBQ 2012-2013, les maladies des gencives ont été mesurées sur les gencives de trois dents permanentes au maxillaire supérieur et de trois au maxillaire inférieur, et ce, à l'aide de l'indice gingival de Loe et Silness. Précisons que lorsqu'une des dents permanentes était absente ou en éruption incomplète, elle était remplacée par la dent temporaire correspondante (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015).

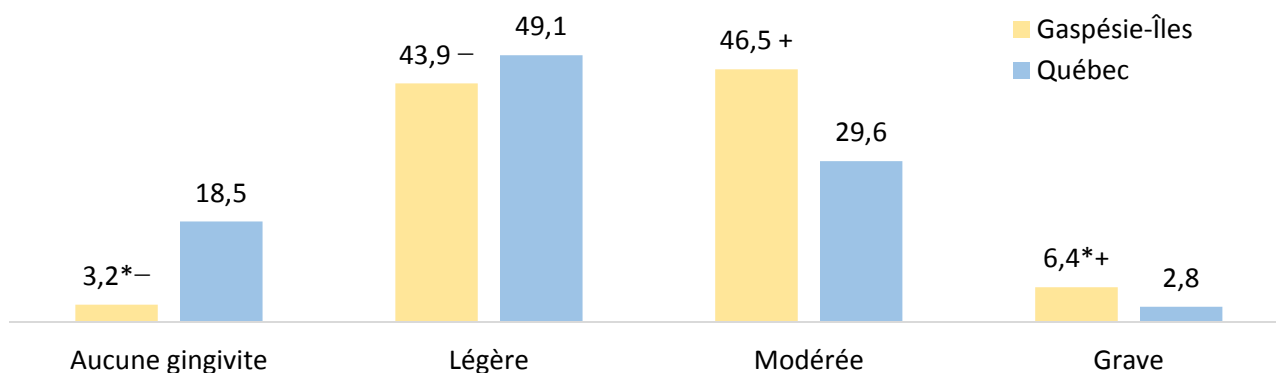
Selon cet indice, seulement 3,2 % des élèves de 6^e année en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine n'ont aucune inflammation ni aucun saignement des gencives (figure 25) de sorte qu'inversement, une très forte proportion, soit environ 97 %, présente une gingivite. Cette dernière proportion est sensiblement supérieure à celle enregistrée au Québec (82 %). Comme l'illustre aussi la figure 25, sur l'ensemble des élèves de 6^e année dans la région, 44 % ont une gingivite légère, 47 %, une gingivite modérée et 6,4 %, une gingivite sévère.

Comparativement aux jeunes québécois, les jeunes de ce niveau scolaire en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine sont proportionnellement plus nombreux à souffrir d’une gingivite modérée (47 % contre 30 %) ou grave (6,4 % contre 2,8 %) (figure 25). Pour cet indicateur, les résultats des territoires locaux ne peuvent être présentés pour des raisons de confidentialité.

Pour cette même raison, nous ne pouvons publier la plupart des résultats selon les caractéristiques des élèves. Mentionnons seulement qu’en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, les analyses ne font ressortir aucune différence entre les garçons et les filles quant à la prévalence de la gingivite (98 % contre 96 %). Au Québec, les garçons sont un peu plus nombreux que les filles à présenter ce problème de santé dentaire (85 % contre 78 %), de même que les élèves dont les parents ou la mère n’ont pas de D.E.S., et les élèves fréquentant une école de milieu socio-économiquement défavorisé. Mais l’indice de débris est la variable qui semble le plus fortement associée à la gingivite. En effet, toujours au Québec, chez les élèves avec un niveau élevé d’accumulation de débris, 97 % présentent une maladie des gencives, une proportion qui baisse à 84 % chez ceux avec un niveau moyen de débris et à 66 % chez ceux au niveau faible (résultats non illustrés).

Figure 25

Répartition (en %) des élèves de 6^e année selon le plus haut niveau de gravité de la gingivite, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

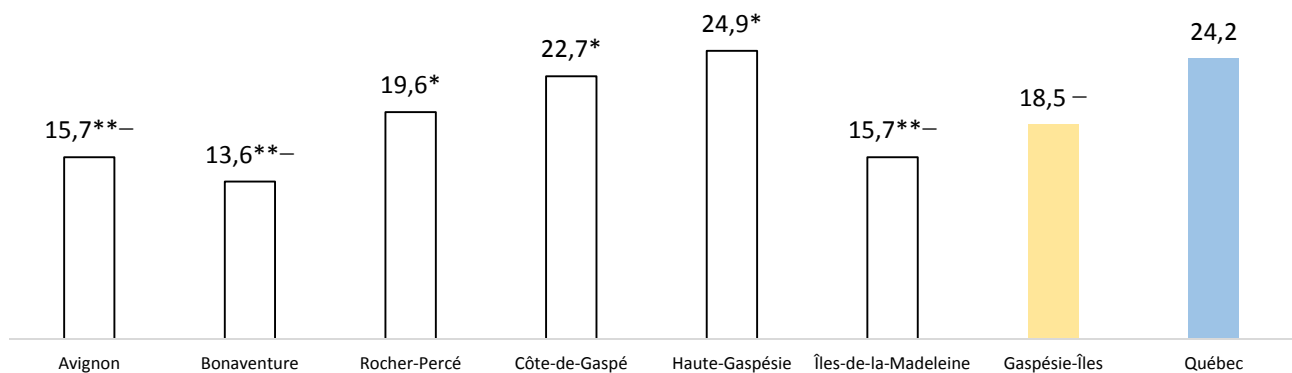
Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

3.7 Les traumatismes dentaires

L'évaluation des traumatismes dentaires s'est faite sur les incisives permanentes supérieures et inférieures à l'aide du *Dental Trauma Index* (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015). Ainsi, parmi les élèves de 6^e année de la région ayant au moins une dent de ce type présente au moment de l'examen ou perdue par suite d'un traumatisme, 19 % ont subi un traumatisme dentaire sur au moins une de ces dents, soit une fracture ou une perte de la dent. Cette proportion est inférieure à celle du Québec (24 %) (figure 26). Ajoutons que cette prévalence des traumatismes dentaires est plus élevée chez les garçons que chez les filles au Québec (28 % contre 21 %), une tendance, bien que non significative, aussi notée dans la région (21 % contre 16 %) (résultats non illustrés).

Figure 26

Proportion (en %) des élèves de 6^e année ayant fracturé ou perdu au moins une incisive permanente à la suite d'un traumatisme dentaire, territoire local, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

– Valeur significativement inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

3.8 La fluorose dentaire

Pour mesurer la fluorose dentaire, l'ÉCSBQ 2012-2013 a utilisé l'*Indice de Dean modifié* :

« Cet indice est basé sur un score calculé selon la gravité de la fluorose de l'incisive permanente supérieure la moins atteinte parmi les deux incisives permanentes supérieures les plus sévèrement affectées. [...] il convient de préciser que le calcul des indicateurs de fluorose dentaire de l'ÉCSBQ 2012-2013 ne tient compte que des élèves ayant au moins une incisive permanente supérieure. » (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015, page 118)

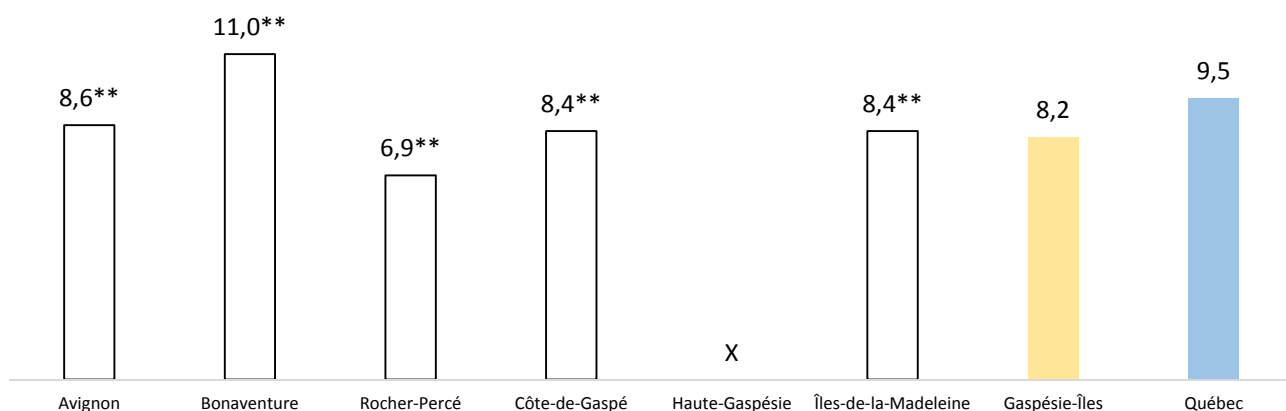
À ce sujet, précisons qu'en 6^e année, pratiquement tous les élèves ont au moins une incisive supérieure en dentition permanente, si bien que les résultats sur la fluorose reposent sur la presque totalité des élèves.

Ces précisions faites, les résultats de l'EQSBQ 2012-2013 révèlent que 8,2 % des élèves de 6^e année en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine sont atteints de fluorose, une proportion ne se différenciant pas de celle des élèves québécois (9,5 %) (figure 27). D'ailleurs, aucun des territoires locaux de la région ne se distingue du Québec eu égard à la prévalence de fluorose. Ajoutons en terminant que la plupart des élèves avec de la fluorose dans la

région comme au Québec sont atteints de la forme très légère (69 % dans la région et 88 % au Québec) (résultats non illustrés).

Figure 27

Proportion (en %) des élèves de 6^e année ayant de la fluorose dentaire sur les incisives permanentes supérieures, territoire local, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



X Donnée confidentielle.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

4. Les tendances dans l'évolution de l'état de santé buccodentaire des élèves de 6^e année en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

La première enquête sur la santé dentaire auprès des élèves de 6^e année en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine remonte, rappelons-le, à 1983-1984. En 1989-1990, une autre enquête du même genre était menée dans la région, puis une troisième en 1996-1997. Les données recueillies dans ces enquêtes permettent ainsi de dégager des tendances dans l'évolution de l'état de santé dentaire des élèves de 6^e année de la région. C'est ce que nous faisons à l'intérieur de ce chapitre. Plus précisément, nous examinons comment ont évolué certains indicateurs pour lesquels nous avons des données antérieures comparables à celles de 2012-2013, à savoir :

- La carie en dentition temporaire;
- La carie en dentition permanente;
- L'indemnité à la carie en dentition permanente;
- La carie sur les faces avec puits et fissures et sur les faces lisses;
- L'expérience élevée de carie en dentition permanente;
- Les agents de scellement des puits et fissures.

Mais avant de présenter les résultats, quelques précisions doivent être faites sur la comparabilité des résultats entre les enquêtes. D'abord, sur le plan de la population couverte par l'enquête régionale, souvenons-nous que l'enquête de 1983-1984 ne couvrait qu'une partie de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine telle que nous la connaissons aujourd'hui, les territoires de La Haute-Gaspésie (anciennement de Denis-Riverin) et d'Avignon (anciennement Malauze) appartenant alors à la région du Bas-Saint-Laurent. De même, l'enquête de 1989-1990 ne couvrait pas encore le territoire de La Haute-Gaspésie. En conséquence, les données historiques des enquêtes de 1983-1984 et 1989-1990 représentent des sous-ensembles du territoire géographique couvert par les enquêtes de 1996-1997 et 2012-2013 où toute la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine d'aujourd'hui est représentée. Or, pour l'enquête de 1983-1984, il a été possible de reconstituer la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine d'aujourd'hui et de calculer une valeur « corrigée » du CAOD, puisque les territoires de Denis-Riverin et de Malauze ont été enquêtés dans l'enquête du Bas-Saint-Laurent (Payette, et autres, 1985). Les résultats de cet exercice donnent une valeur corrigée du CAOD de 3,53, valeur qui ne s'éloigne pas de manière importante de la valeur « non corrigée » (3,87) et qui ne modifie pas nos conclusions quant à la tendance qu'on dégage de cet indicateur. Pour l'enquête de 1989-1990, il n'a pas été possible de faire cet exercice, car le territoire de Denis-Riverin n'a pas du tout été enquêté. Mais compte tenu des valeurs du CAOD obtenues par ce secteur en 1983-1984 et en 1996-1997 et de son poids démographique au sein de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, il est raisonnable de croire que l'ajout de ce territoire n'aurait pas changé de façon sensible la donnée régionale de 1989-1990. Ainsi, malgré les changements territoriaux qu'a connus la région depuis le début des années 80, nous sommes confiants que cela n'altère pas significativement les tendances que nous dégageons sur l'évolution des indicateurs de la carie dentaire.

Un autre changement apporté par l'enquête 2012-2013 par rapport aux enquêtes antérieures est au niveau de l'examen clinique. Précisons en effet que l'utilisation de l'ICDAS II en 2012-2013 impose à l'examineur un brossage de dents à chaque élève avant de recueillir les données sur la carie dentaire, ce que la mesure employée dans les enquêtes antérieures n'exigeait pas. Étant donné que le brossage de dents peut favoriser une meilleure évaluation de l'état de santé dentaire, il est possible que les études précédentes sous-estiment la prévalence de

la carie dentaire (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015). Si tel est le cas, ce biais aurait pour conséquence d'amenuiser les progrès réalisés ou au pire, de les masquer.

La mesure comme telle du CAO en 2012-2013 présente aussi des différences avec les enquêtes antérieures. Ces distinctions sont de deux ordres pour notre région :

« Premièrement, dans les études précédentes, les faces ayant eu une obturation avec perte complète du matériau étaient classées dans la composante cariée de l'indice CAO alors que les faces avec une obturation brisée étaient classées dans la composante obturée. Pour sa part, l'ICDAS II ne fait pas la distinction entre une obturation brisée ou perdue de sorte que les faces avec des obturations perdues sont considérées comme étant obturées. Les études antérieures sous-estimaient ainsi la composante obturée. [...] Troisièmement, dans ces dernières études, les obturations devaient s'étendre au-delà du tiers de la ligne d'angle de la face adjacente pour que celle-ci soit considérée comme obturée. Dans l'ÉCSBQ 2012-2013, l'obturation devait s'étendre qu'au-delà de la ligne d'angle pour que la face soit enregistrée obturée. Pour cette raison supplémentaire, les estimations de la composante obturée étaient plus faibles dans les études précédentes. » (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015, pages 21-22)

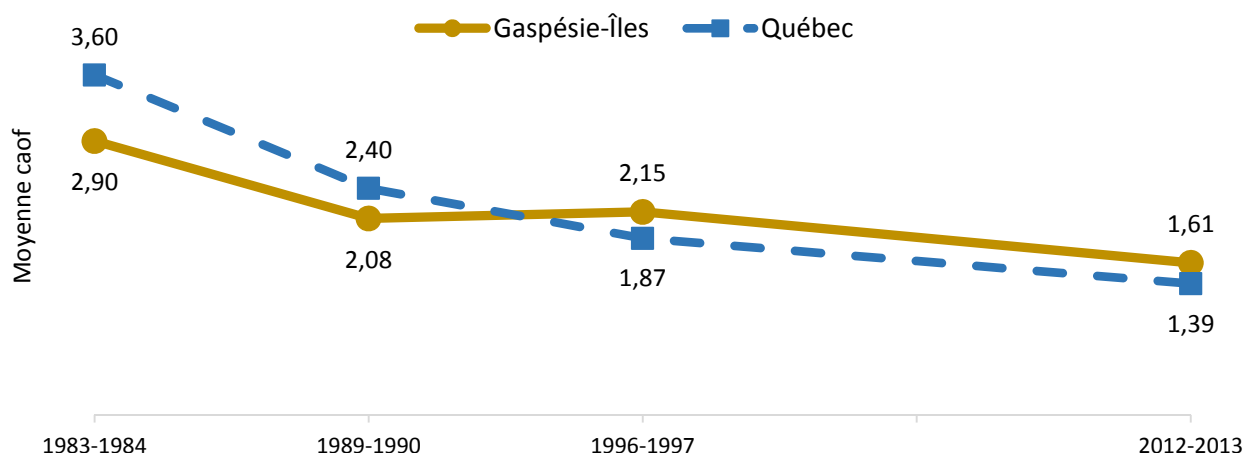
Dans un autre ordre d'idées, soulignons que nous présentons dans ce qui suit uniquement les coefficients de variation pour les données de 2012-2013, puisque cette mesure de précision n'était pas mesurée dans les enquêtes antérieures. Également, les tendances que nous dégagons quant à l'évolution des différents indicateurs reposent sur les données issues de quatre enquêtes seulement couvrant une période de presque trente ans. Il y a donc beaucoup d'années pour lesquelles nous n'avons aucune information, notamment les années entre l'enquête de 1996-1997 et celle de 2012-2013. Ceci nous invite à la prudence dans l'interprétation des données historiques, lesquelles ne reposent d'ailleurs pas sur des tests statistiques, mais plutôt sur notre jugement des données observées. Enfin, pour les territoires locaux, les données 2012-2013 ne sont mises en perspective, dans ce chapitre, qu'avec celles de 1996-1997. Les données historiques complètes des territoires locaux sont présentées à l'annexe 5.

4.1 La carie en dentition temporaire

De 1983-1984 à 2012-2013, la prévalence de la carie sur les dents temporaires, telle que mesurée au moment de l'examen clinique, a eu tendance à diminuer chez les élèves de 6^e année de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Comme le montre en effet la figure 28, le caof moyen est passé de 2,90 à 2,08 entre 1983-1984 et 1989-1990. Il s'est maintenu ensuite à ce même niveau en 1996-1997 (2,15), pour descendre à nouveau et se situer à 1,61 en 2012-2013. La figure 28 illustre aussi la tendance à la baisse de cet indicateur chez les élèves québécois du même niveau scolaire. Comme le montre par ailleurs la figure 29, la tendance à la baisse enregistrée dans la région entre les deux dernières enquêtes ne semble s'être produite que dans les trois territoires qui avaient un caof relativement élevé en 1996-1997, soit les territoires de La Côte-de-Gaspé, de La Haute-Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

Figure 28

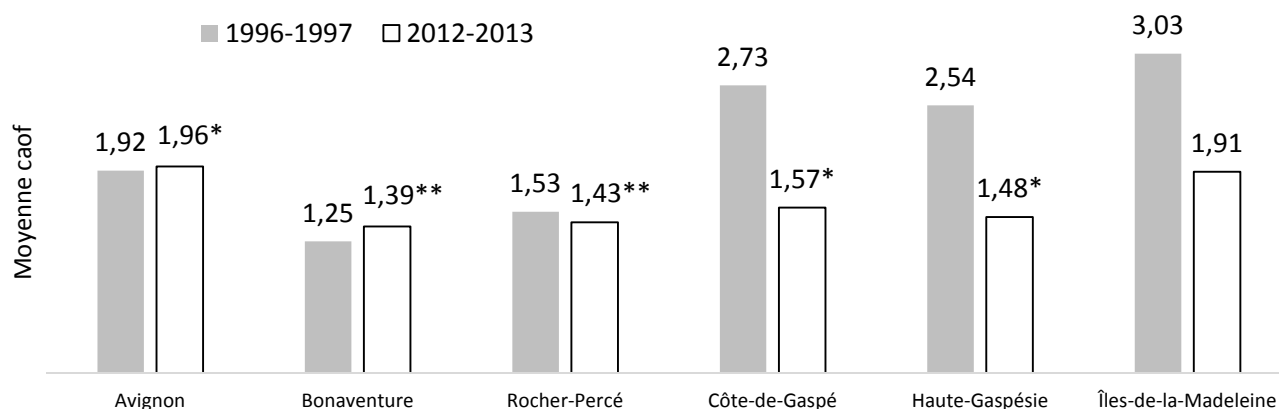
Nombre moyen de faces temporaires cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (caof), élèves de 6^e année, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 1983-1984, 1989-1990, 1996-1997 et 2012-2013



Sources : INSPQ. Le portrait de santé, Québec et ses régions. Édition 2001, gouvernement du Québec, 2001, 432 pages. (données 1983-84) DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final de l'Enquête santé dentaire 1989-1990, Département de santé communautaire du CH Hôtel-Dieu de Gaspé, février 1992, 141 pages.
DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Enquête santé dentaire 1996-1997 : Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, novembre 1998, 160 pages.
INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Figure 29

Nombre moyen de faces temporaires cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (caof), élèves de 6^e année, territoire local, 1996-1997 et 2012-2013



*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Sources : DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Enquête santé dentaire 1996-1997 : Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, novembre 1998, 160 pages.
INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

4.2 La carie en dentition permanente

Alors que l'indice CAOD se situait à 3,87 chez les élèves de 6^e année de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine en 1983-1984, il a par la suite connu une tendance à la baisse au cours des décennies suivantes pour s'établir à 1,70 en 2012-2013 (figure 30a). Comme le montre la figure 30b, l'indice CAOOF a aussi fléchi entre les enquêtes de 1983-1984 et de 2012-2013, et ce, dans la région et au Québec. Bien que ces derniers constats ne reposent que sur les données de quatre enquêtes et que nous n'avons aucune donnée pour la période de 15 ans séparant les deux dernières enquêtes, il semble que nous ayons assisté à un ralentissement du déclin de la carie depuis 1996-1997 en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Par ailleurs, les figures 30a et 30b permettent d'apprécier l'écart qui sépare la région et le Québec relativement à la prévalence de la carie dentaire chez les jeunes de 6^e année, écart plus ou moins grand selon les périodes, mais toujours à la défaveur de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, à tout le moins depuis 1989-1990.

L'examen de l'évolution des composantes de l'indice CAOD⁴ au cours des quelque 30 dernières années indique, pour sa part, une baisse assez importante du nombre de dents extraites en raison de la carie de 1983-1984 à 1989-1990, et ce, tant dans la région qu'au Québec (figure 31). Par la suite, cette composante s'est maintenue à des niveaux relativement bas sans tendance à la baisse ou à la hausse comme en fait foi la figure 31. Quant à la composante *cariée*, elle a, elle aussi, connu sa plus forte régression entre 1983-1984 et 1989-1990, pour se stabiliser ensuite autour de 0,40-0,45 dent pour les jeunes de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Au Québec, après la forte baisse enregistrée entre les deux premières enquêtes, le nombre de dents cariées non traitées est de 0,20 en 1996-1997 et de 0,15 en 2012-2013. Enfin, conséquemment à la baisse générale de la prévalence de la carie dentaire entre 1983-1984 et 2012-2013, la composante *obturation*, c'est-à-dire le nombre de dents traitées par obturation, a eu tendance à diminuer tout au long de cette période, et ce, à la fois chez les jeunes gaspésiens et madelinots et chez les jeunes québécois (figure 31).

Finalement, les figures 32a et 32b indiquent que deux territoires locaux, soit le Rocher-Percé et La Haute-Gaspésie, n'ont pas fait de gains entre les deux enquêtes de 1996-1997 et 2012-2013 quant à la prévalence de la carie, tandis que les quatre autres ont fait des progrès sensibles en cette matière.

⁴ Nous ne disposons pas de données régionales pour les composantes de l'indice CAOOF en 1983-1984; c'est pourquoi nous présentons l'évolution des composantes de l'indice CAOD seulement.

Figure 30a

Nombre moyen de dents permanentes cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (CAOD), élèves de 6^e année, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 1983-1984, 1989-1990, 1996-1997 et 2012-2013

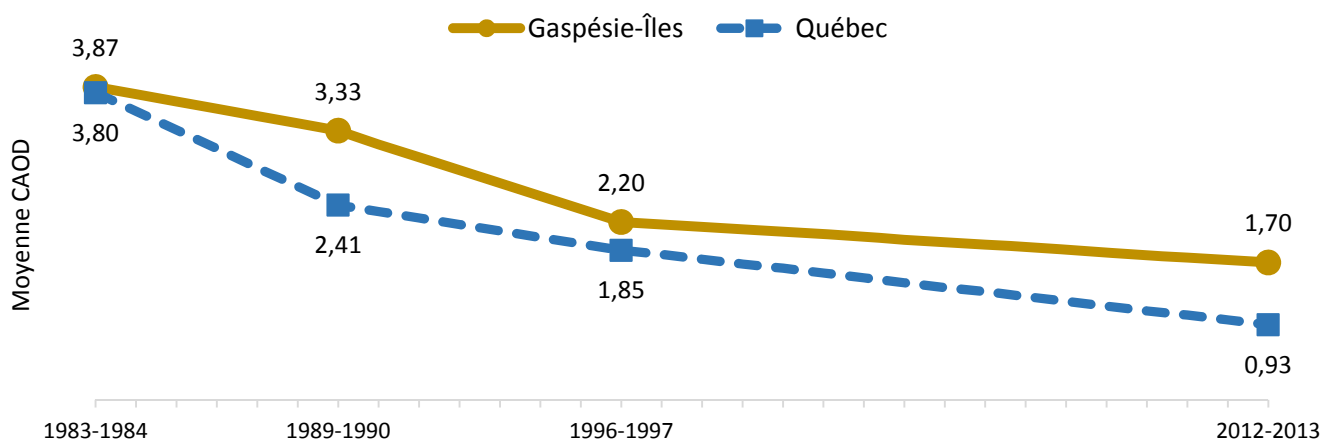
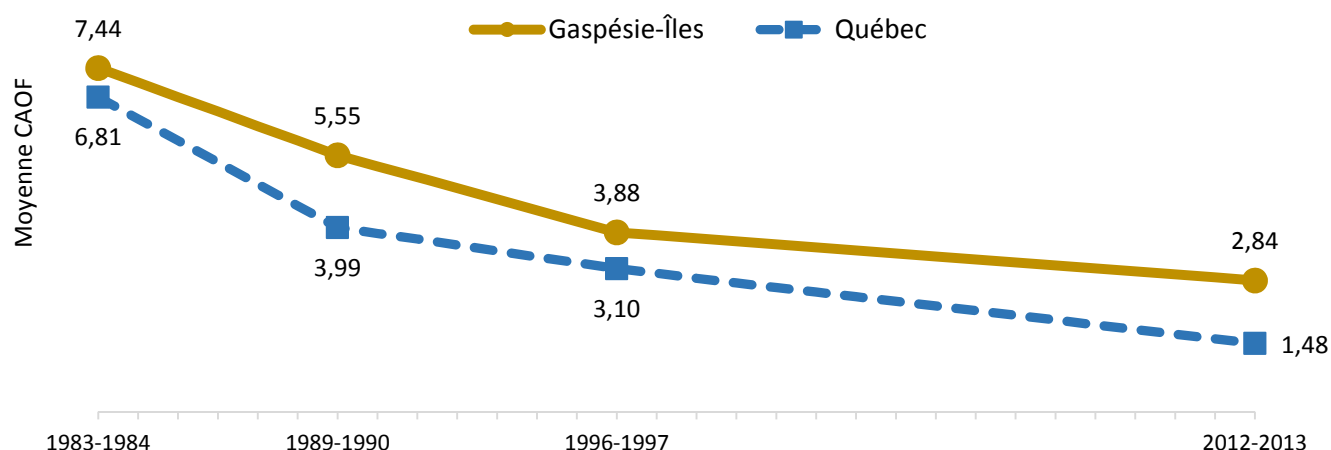


Figure 30b

Nombre moyen de faces permanentes cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (CAOF 128 faces), élèves de 6^e année, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 1983-1984, 1989-1990, 1996-1997 et 2012-2013



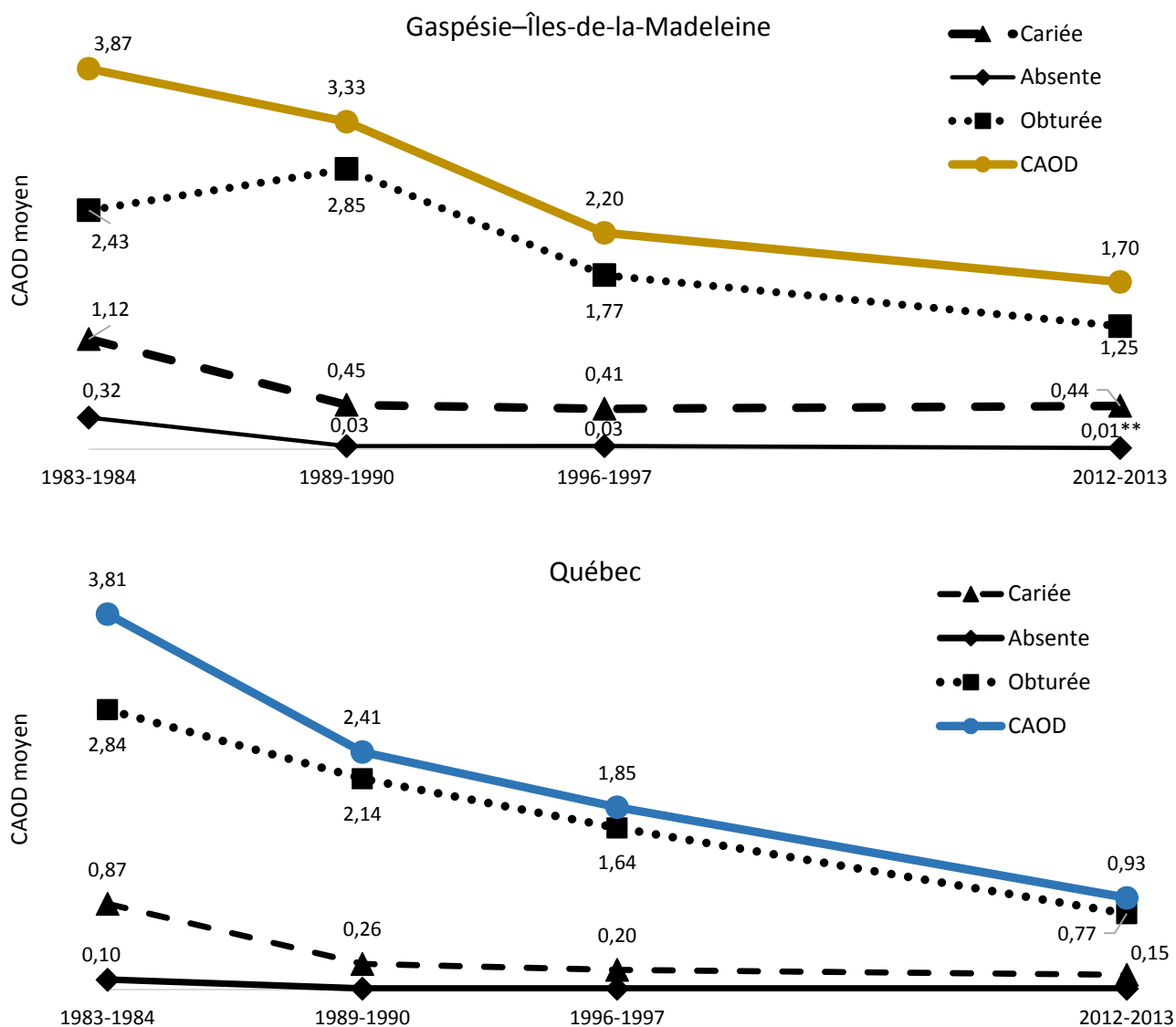
Sources : DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final de l'Enquête santé dentaire 1989-1990, Département de santé communautaire du CH Hôtel-Dieu de Gaspé, février 1992, 141 pages.

DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Enquête santé dentaire 1996-1997 : Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, novembre 1998, 160 pages.

INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Figure 31

Nombre moyen de dents permanentes cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (CAOD) selon la composante, élèves de 6^e année, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 1983-1984, 1989-1990, 1996-1997 et 2012-2013



Sources : DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final de l'Enquête santé dentaire 1989-1990, Département de santé communautaire du CH Hôtel-Dieu de Gaspé, février 1992, 141 pages.

DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Enquête santé dentaire 1996-1997 : Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, novembre 1998, 160 pages.

INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Figure 32a

Nombre moyen de dents permanentes cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (CAOD), élèves de 6^e année, territoire local de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 1996-1997 et 2012-2013

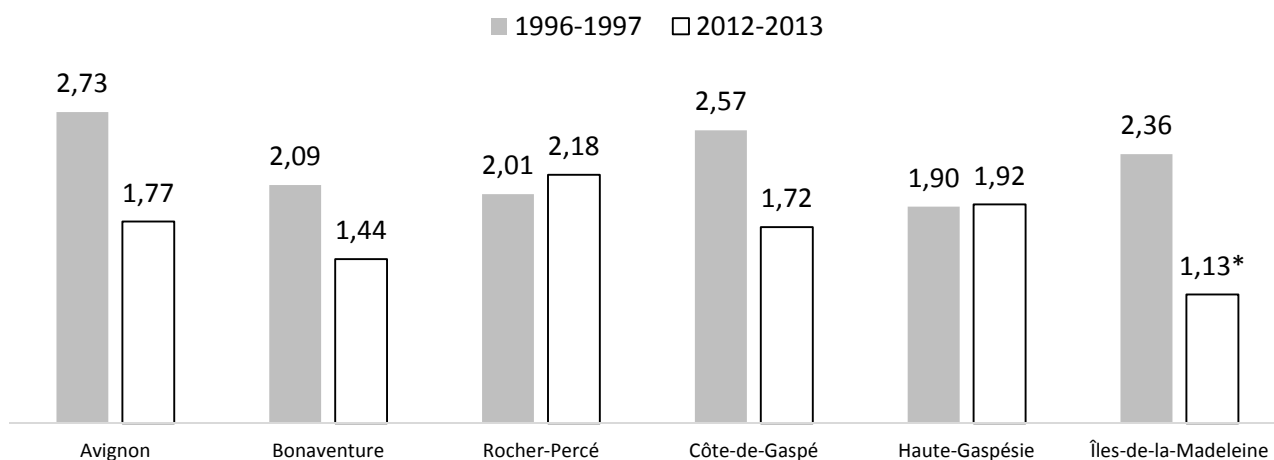
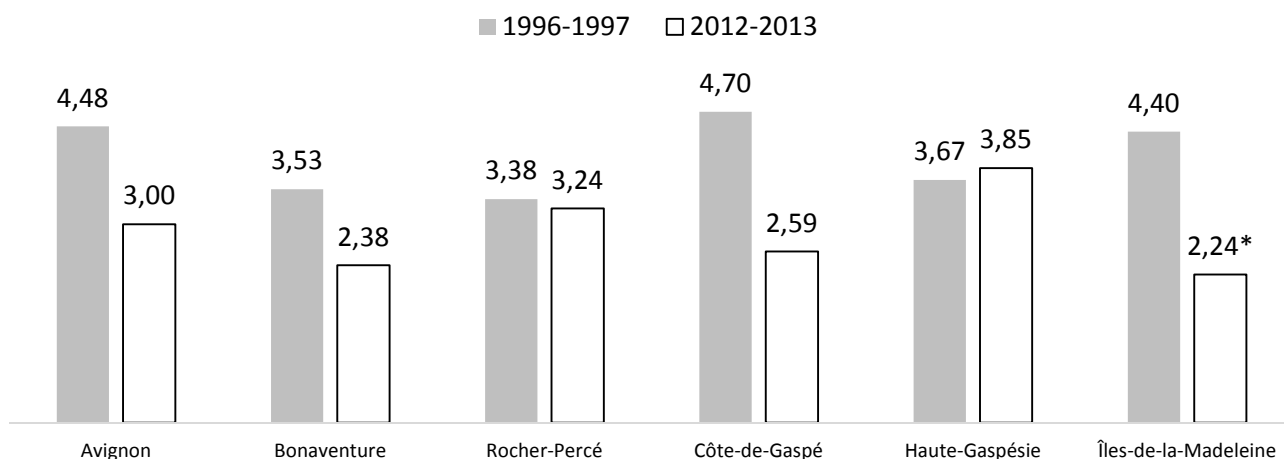


Figure 32b

Nombre moyen de faces permanentes cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (CAOF 128 faces), élèves de 6^e année, territoire local de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 1996-1997 et 2012-2013



*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Sources : DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Enquête santé dentaire 1996-1997 : Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, novembre 1998, 160 pages.

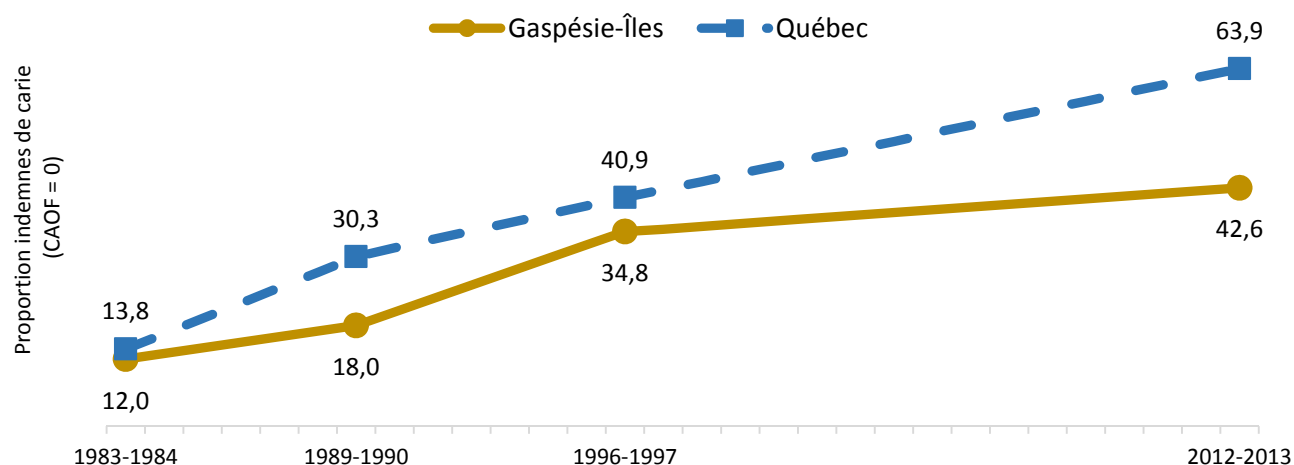
INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

4.3 L'indemnité à la carie en dentition permanente

En plus d'avoir abaissé la moyenne de caries par élève sur les dents d'adulte, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ainsi que le Québec ont vu leur pourcentage d'élèves de 6^e année indemnes de carie augmenter entre 1983-1984 et 2012-2013 (figure 33). Comme le montre cette figure, la proportion d'élèves n'ayant jamais expérimenté la carie en dentition permanente dans la région est passée de 12 % en 1983-1984 à 35 % en 1996-1997 pour s'établir à 43 % en 2012-2013. De la même manière que nous l'avons mis en évidence au point précédent, le gain que la région a fait entre 1996-1997 et 2012-2013 au chapitre de l'indemnité à la carie ne semble pas s'être fait partout, les territoires de Rocher-Percé et de La Haute-Gaspésie y ayant échappé (figure 34).

Figure 33

Proportion (en %) des élèves de 6^e année indemnes de carie en dentition permanente (CAOF = 0), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 1983-1984, 1989-1990, 1996-1997 et 2012-2013



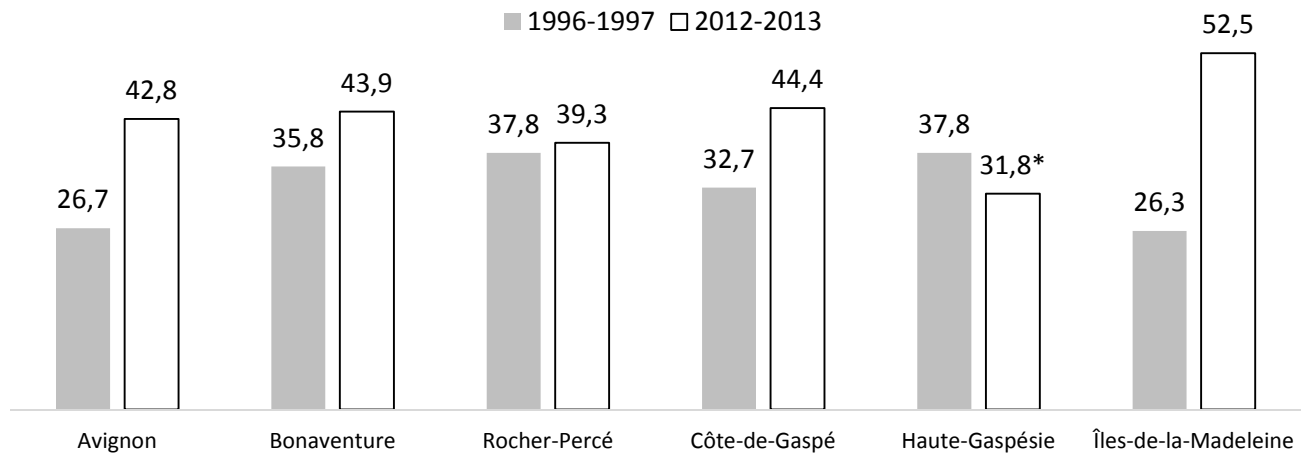
Sources : DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final de l'Enquête santé dentaire 1989-1990, Département de santé communautaire du CH Hôtel-Dieu de Gaspé, février 1992, 141 pages.

DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Enquête santé dentaire 1996-1997 : Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, novembre 1998, 160 pages.

INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Figure 34

Proportion (en %) des élèves de 6^e année indemnes de carie en dentition permanente (CAOF = 0), territoire local, 1996-1997 et 2012-2013



*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Sources : DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Enquête santé dentaire 1996-1997 : Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, novembre 1998, 160 pages.

INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

4.4 La carie sur les faces avec puits et fissures et sur les faces lisses

La prévalence de la carie localisée sur les faces avec puits et fissures a eu tendance à s'incliner de 1989-1990 à aujourd'hui, et ce, dans la région comme au Québec (figure 35a). Pour ce qui est de la carie localisée sur les faces lisses, sa prévalence semble avoir également diminué au Québec, une tendance qui semble par contre avoir échappé à la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine comme le montre la figure 35b.

Figure 35a

Nombre moyen de faces permanentes avec puits et fissures cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (CAOF), élèves de 6^e année, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 1989-1990 (144 faces), 1996-1997 (144 faces) et 2012-2013 (140 faces)

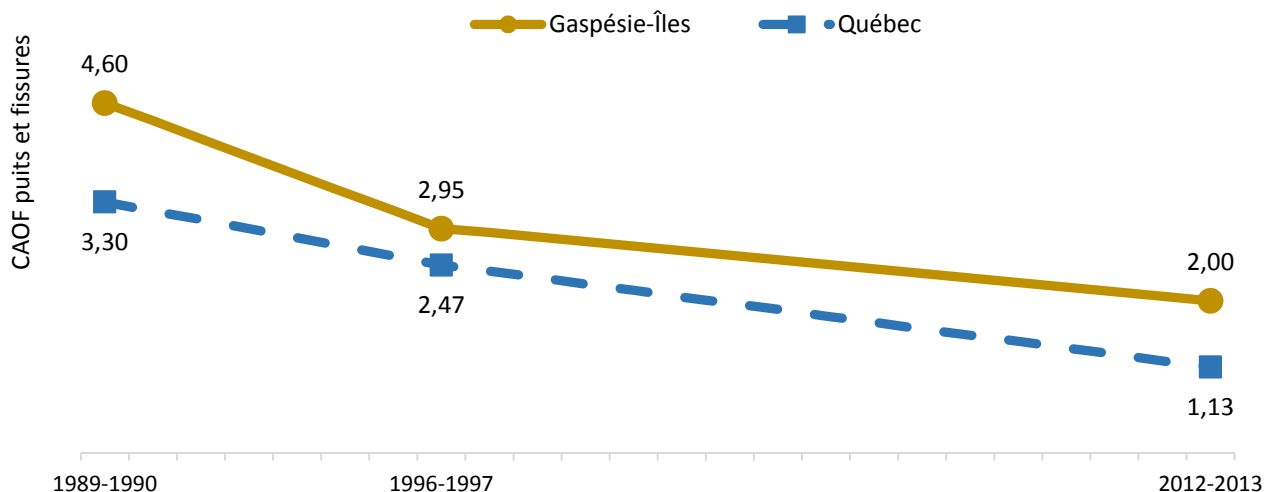
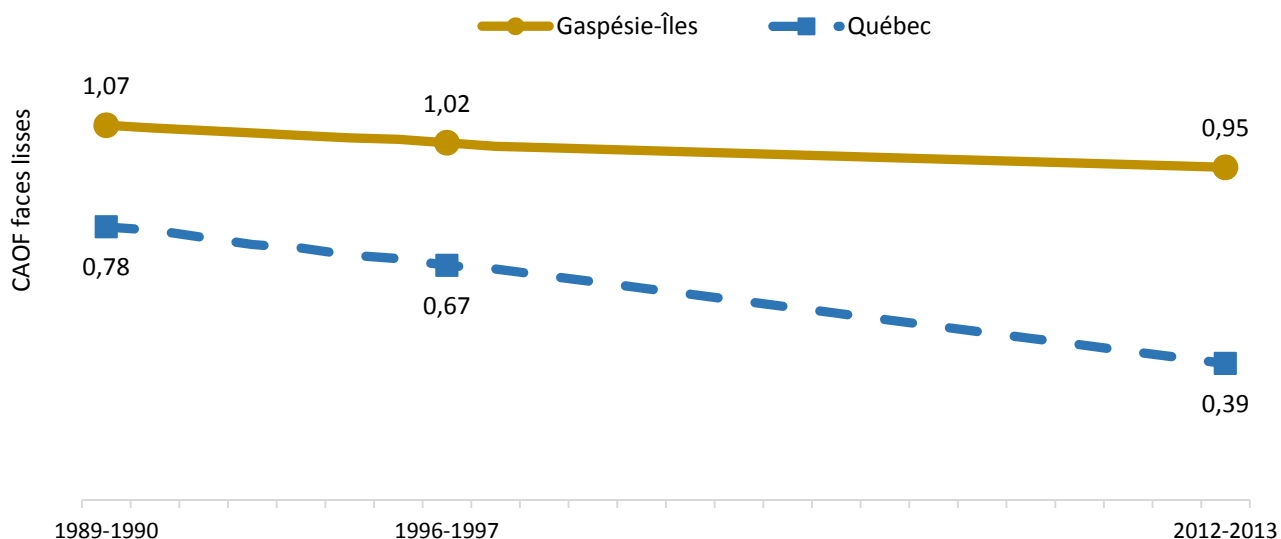


Figure 35b

Nombre moyen de faces permanentes lisses cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (CAOF), élèves de 6^e année, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 1989-1990 (144 faces), 1996-1997 (144 faces) et 2012-2013 (140 faces)



Sources : DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final de l'Enquête santé dentaire 1989-1990, Département de santé communautaire du CH Hôtel-Dieu de Gaspé, février 1992, 141 pages.

DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Enquête santé dentaire 1996-1997 : Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, novembre 1998, 160 pages.

INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

4.5 L'expérience élevée de carie en dentition permanente

En 2012-2013, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine compte 25 % de ces élèves de 6^e année avec une expérience élevée de carie en dentition permanente (CAOF 128 faces ≥ 5). Cette proportion est moindre que celle enregistrée quelque 15 années plus tôt en 1996-1997 (35 %) (figure 36). Comme l'illustre cette figure, les territoires de Rocher-Percé et de La Haute-Gaspésie n'ont cependant pas bénéficié de ce gain, la proportion d'élèves plus touchés par la carie n'ayant pratiquement pas varié entre 1996-1997 et 2012-2013 sur ces deux territoires.

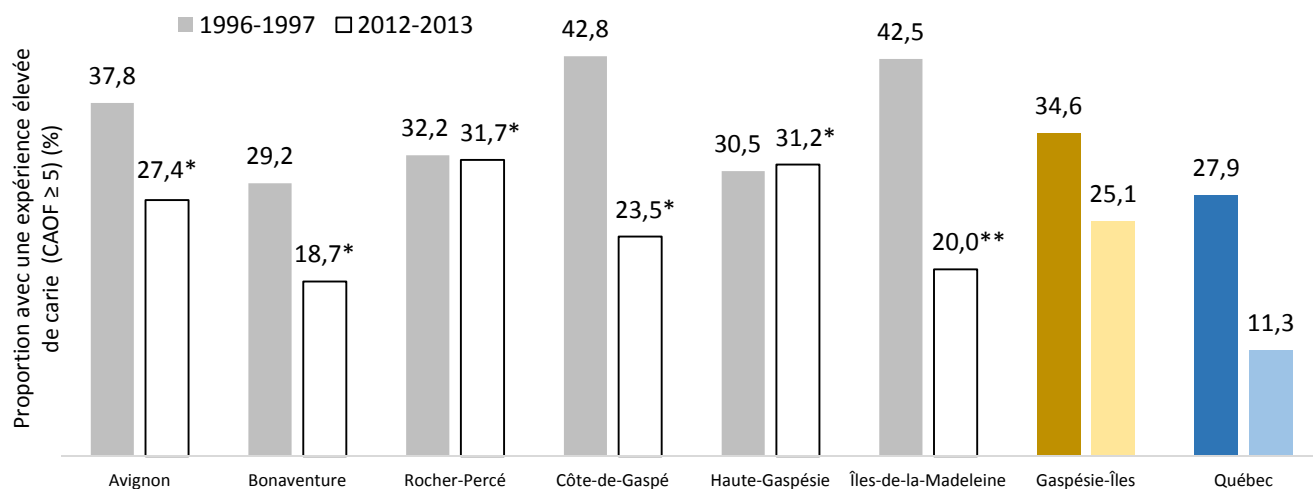
De plus, non seulement avons-nous assisté à une diminution de la proportion d'élèves plus touchés par la carie entre les deux dernières enquêtes, nous observons aussi une baisse du CAOF moyen à la fois dans ce groupe plus affecté par la carie et dans le groupe le moins touché. En effet, le CAOF moyen du groupe d'élèves avec une expérience élevée de carie est passé de 9,11 à 8,38 entre 1996-1997 et 2012-2013. Pour ce qui est des autres élèves moins affectés par la carie, leur CAOF moyen a diminué de 1,10 à 0,99 durant cette même période (résultats non illustrés). Ainsi, les gains que la région a connus en matière de prévalence de la carie dentaire en dentition permanente entre 1996-1997 et 2012-2013 se sont observés de manière générale chez tous les jeunes, peu importe leur niveau d'atteinte à la carie.

Ce dernier constat ressort aussi quand on examine l'évolution de la prévalence de la carie dentaire selon la scolarité de la mère. Comme on le constate en effet à la figure 37, le CAOF moyen a eu tendance à régresser entre 1996-1997 et 2012-2013 peu importe la scolarité de la mère. De plus, bien que cette analyse ne repose que sur deux périodes et sur des effectifs somme toute relativement faibles dans la région, l'écart entre le CAOF des élèves dont les mères sont les moins scolarisées (sans D.E.S.) et celui des élèves dont les mères sont les plus scolarisées (diplôme d'études postsecondaires) semble s'être légèrement rétréci ou, à tout le moins, ne s'est pas accentué entre les deux dernières enquêtes. En effet, tandis que l'écart entre ces deux groupes était de 2,22 en 1996-1997, il est de 1,83 en 2012-2013 (figure 37). Néanmoins, les inégalités sociales de santé entre les plus favorisés, si l'on veut, et les moins favorisés sont encore présentes en 2012-2013 dans la région. À titre indicatif, mentionnons qu'au Québec, la moyenne du CAOF a eu tendance à diminuer systématiquement dans tous les niveaux de scolarité des parents⁵, mais l'écart entre les extrêmes ne semble pas avoir changé (résultats non illustrés).

⁵ Nous n'avons pu faire les analyses avec la scolarité de la mère, car nous n'avons pas les données du Québec pour cette variable en 1996-1997.

Figure 36

Proportion (en %) des élèves de 6^e année ayant une expérience élevée de carie en dentition permanente (CAOF ≥ 5), territoire local, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 1996-1997 et 2012-2013



*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

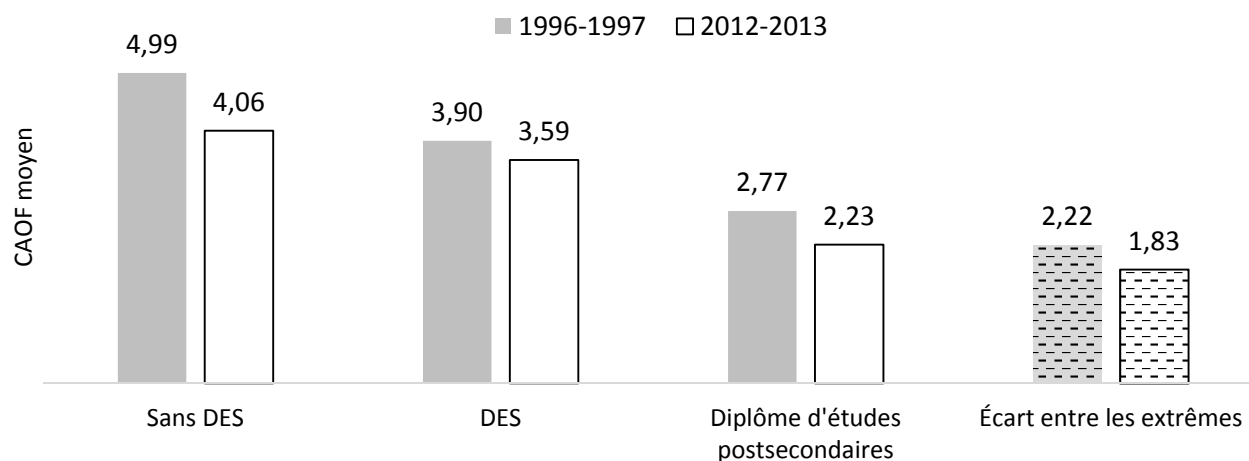
**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Sources : DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Enquête santé dentaire 1996-1997 : Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, novembre 1998, 160 pages.

INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Figure 37

Nombre moyen de faces permanentes cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (CAOF 128 faces) selon le plus haut niveau de scolarité de la mère, élèves de 6^e année, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, 1996-1997 et 2012-2013



Sources : DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Enquête santé dentaire 1996-1997 : Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, novembre 1998, 160 pages.

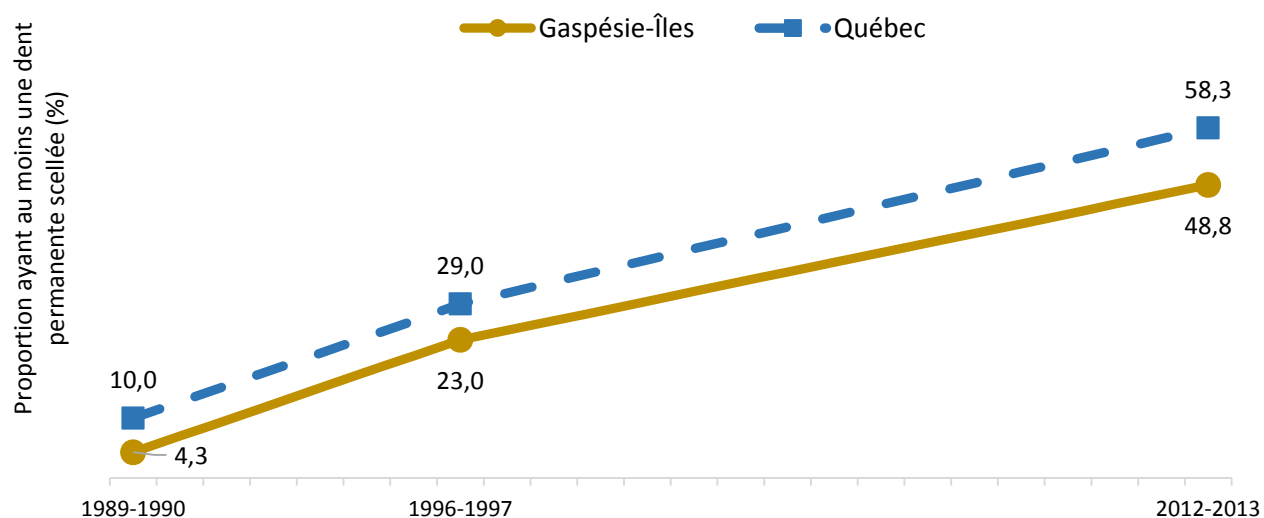
INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

4.6 Les agents de scellement des puits et fissures

Finalement, à l'image de la situation provinciale, l'application d'agents de scellement en dentition permanente est une mesure préventive de plus en plus répandue chez les élèves de 6^e année en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. À preuve, alors que seulement un peu plus de 4 % des élèves de ce niveau scolaire bénéficiaient de cette mesure en 1989-1990, ce sont près de la moitié qui en profite en 2012-2013 (49 %) (figure 38). La figure 39 illustre les résultats obtenus à ce chapitre pour chaque territoire local de la région entre 1996-1997 et 2012-2013.

Figure 38

Proportion (en %) des élèves de 6^e année ayant au moins une dent permanente scellée, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 1989-1990, 1996-1997 et 2012-2013



Sources : DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final de l'Enquête santé dentaire 1989-1990, Département de santé communautaire du CH Hôtel-Dieu de Gaspé, février 1992, 141 pages.

DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Enquête santé dentaire 1996-1997 : Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, novembre 1998, 160 pages.

INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Figure 39

Proportion (en %) des élèves de 6^e année ayant au moins une dent permanente scellée, territoire local, 1996-1997 et 2012-2013



Sources : DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Enquête santé dentaire 1996-1997 : Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, novembre 1998, 160 pages.
INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

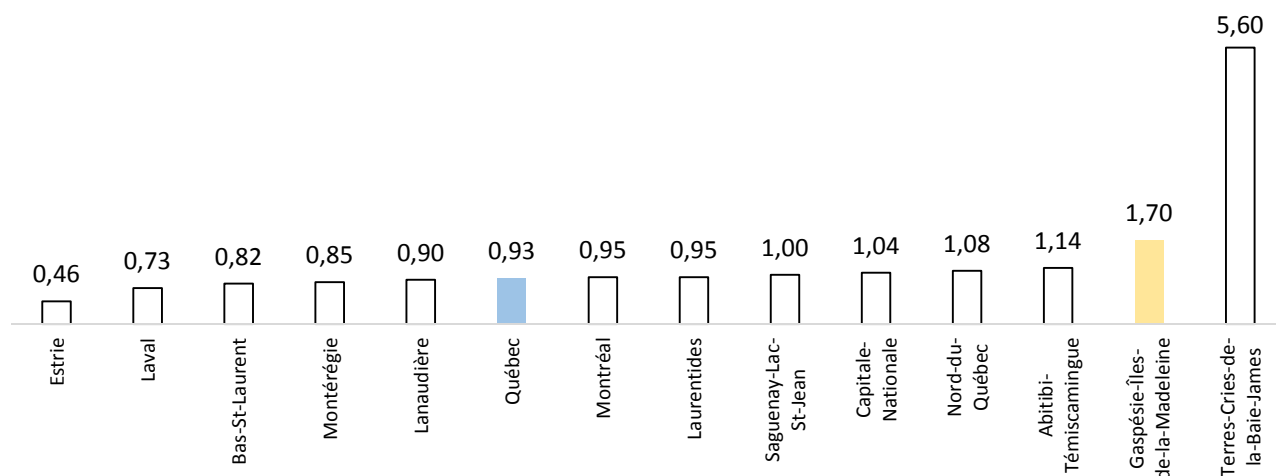
5. La Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine par rapport aux autres régions du Québec

Nous présentons dans cette cinquième et dernière section les résultats de chaque région du Québec, y compris la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, ayant participé à l'ÉCSBQ 2012-2013 eu égard aux principaux indicateurs mesurés dans l'enquête. Précisons qu'aucun test statistique n'a été fait pour comparer les régions entre elles ni pour comparer les régions avec le Québec. Malgré cela, il se dégage de manière générale que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est, après la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, la région qui enregistre la moins bonne note relativement à la prévalence de la carie dentaire en dentition permanente et en dentition combinée, au besoin de traitement de la carie, au besoin évident de traitement lié à la carie (BET), aux agents de scellement, à l'hygiène buccodentaire et à la prévalence de la gingivite. Elle se situe par contre dans la bonne moyenne pour ce qui est des traumatismes dentaires et de la fluorose dentaire.

5.1 La carie dentaire et quelques conditions associées

Figure 40

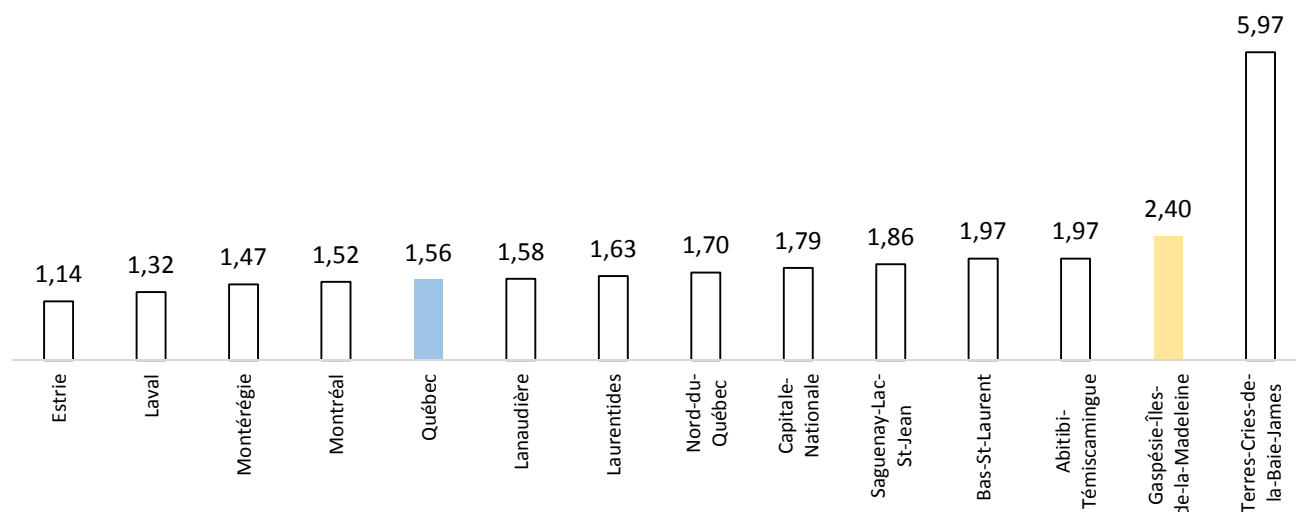
Nombre moyen de dents permanentes cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (CAOD), élèves de 6^e année, régions sociosanitaires participantes et Québec, 2012-2013



Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.

Figure 41

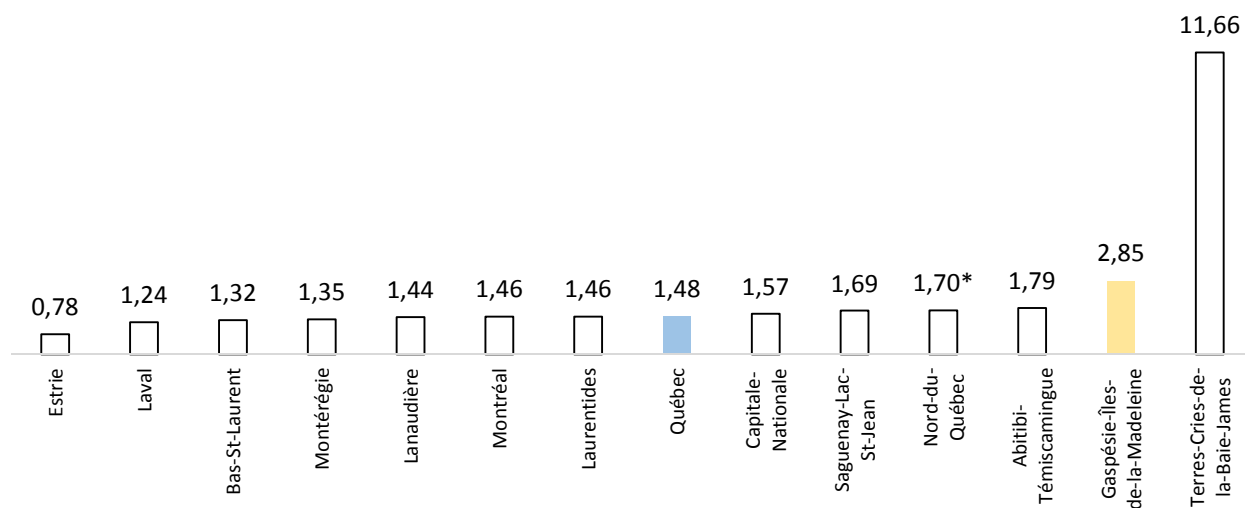
Nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition combinée (caod et CAOD), élèves de 6^e année, régions sociosanitaires participantes et Québec, 2012-2013



Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.

Figure 42

Nombre moyen de faces permanentes cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (CAOF 128 faces), élèves de 6^e année, régions sociosanitaires participantes et Québec, 2012-2013

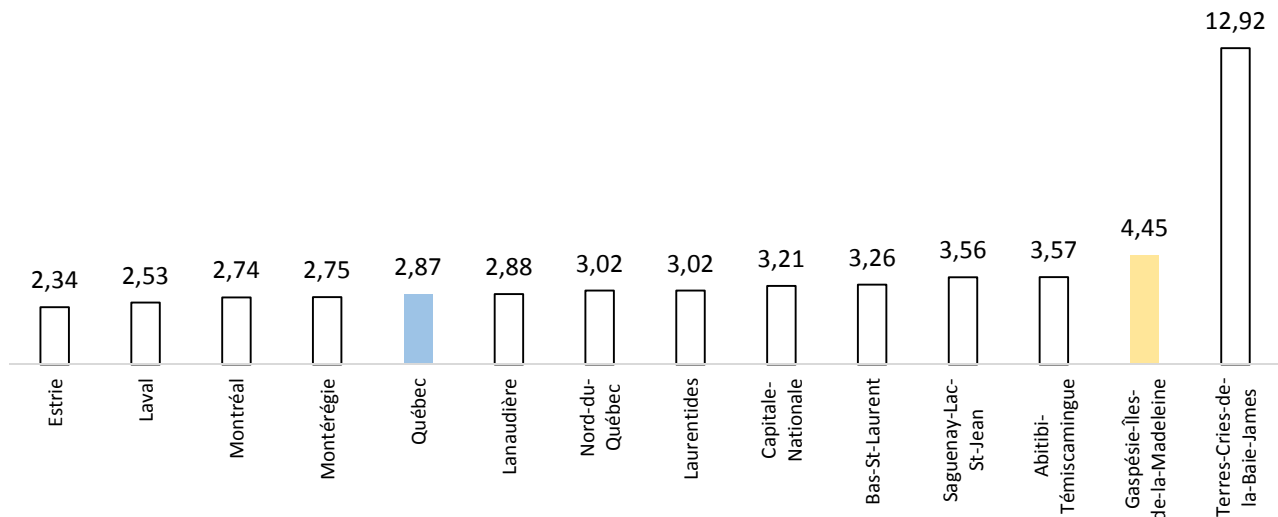


*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.

Figure 43

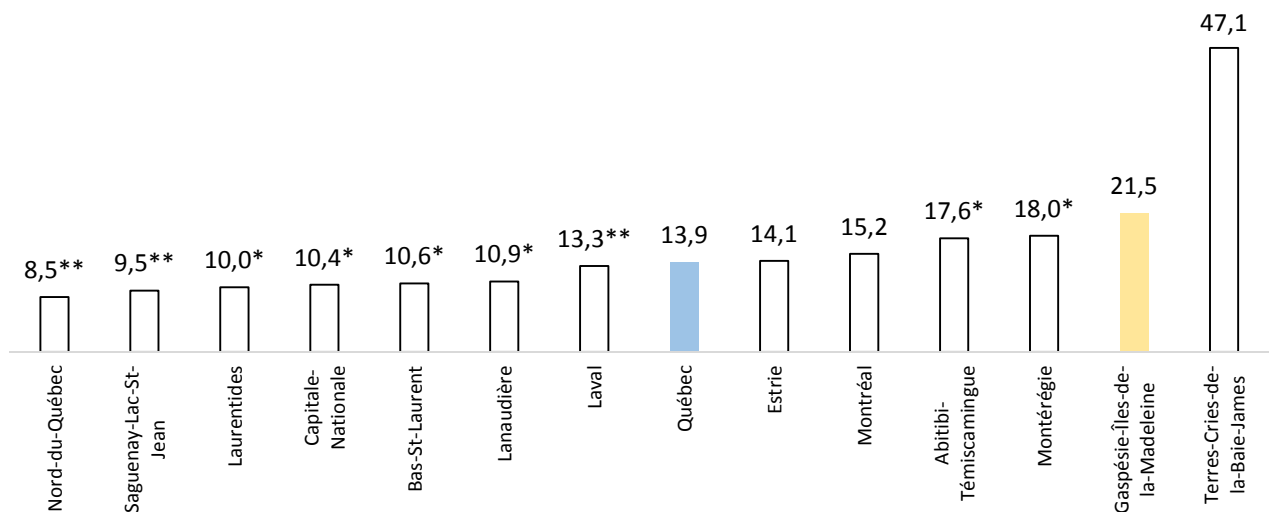
Nombre moyen de faces cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition combinée (caof et CAOOF 128 faces), élèves de 6^e année, régions sociosanitaires participantes et Québec, 2012-2013



Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.

Figure 44

Proportion (en %) des faces cariées sur le total des faces cariées ou obturées en raison de la carie (besoin de traitement de la carie) en dentition combinée (128 faces), élèves de 6^e année, régions sociosanitaires participantes et Québec, 2012-2013



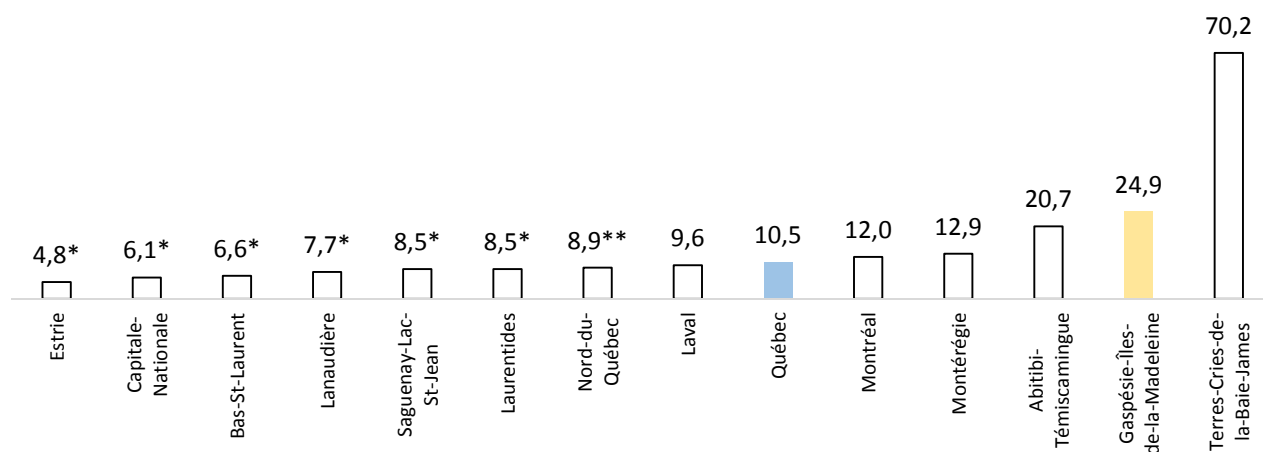
*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.

Figure 45

Proportion (en %) des élèves de 6^e année ayant un besoin évident de traitement lié à la carie (BET), régions sociosanitaires participantes et Québec, 2012-2013



*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

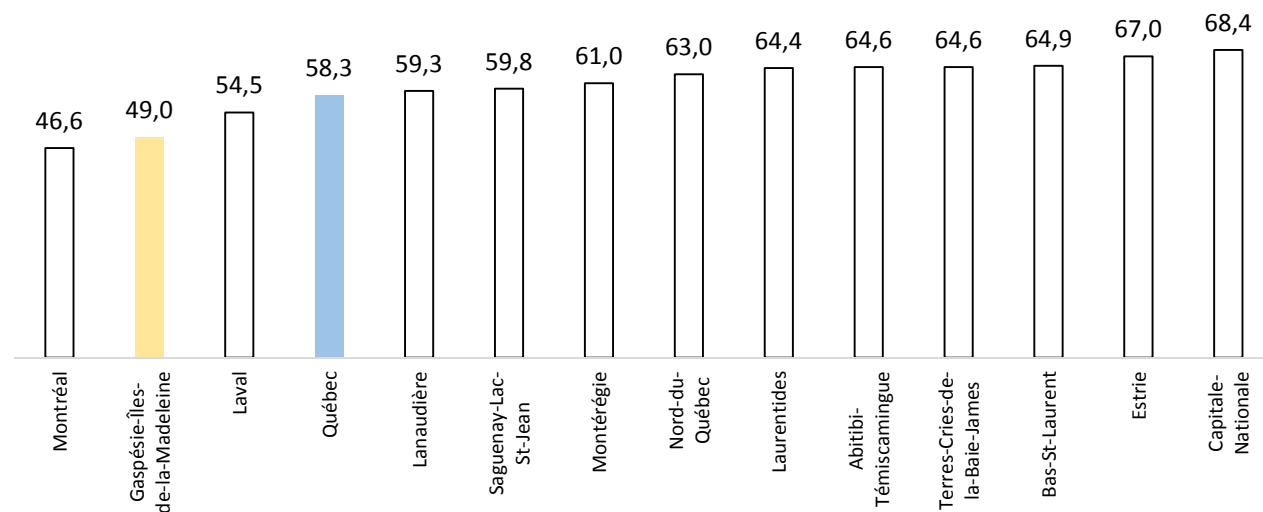
**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.

5.2 Les agents de scellement des puits et fissures

Figure 46

Proportion (en %) des élèves de 6^e année ayant au moins une dent permanente scellée, régions sociosanitaires participantes et Québec, 2012-2013

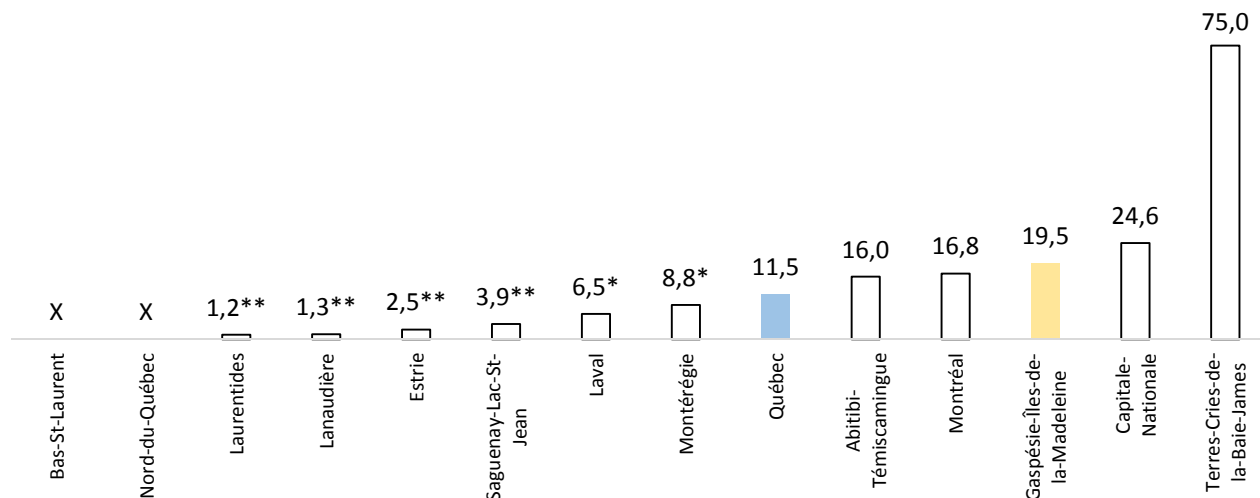


Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.

5.3 La qualité de l'hygiène buccodentaire

Figure 47

Proportion (en %) des élèves de 6^e année ayant un niveau élevé d'accumulation de débris, régions sociosanitaires participantes et Québec, 2012-2013



X Donnée reposant sur moins de cinq élèves, doit demeurer confidentielle.

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

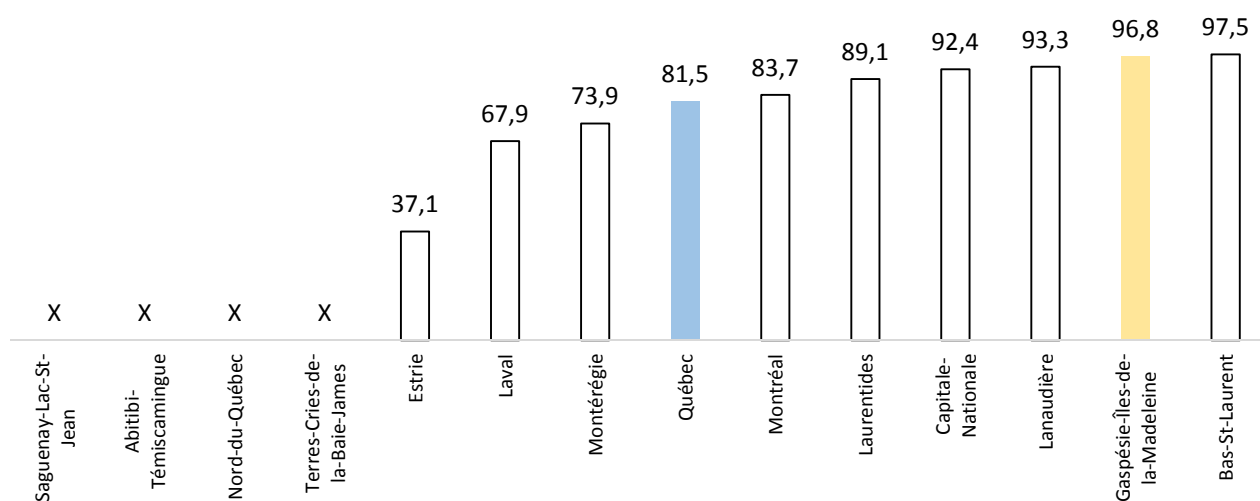
**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.

5.4 Les maladies des gencives

Figure 48

Proportion (en %) des élèves de 6^e année présentant une gingivite, régions sociosanitaires participantes et Québec, 2012-2013



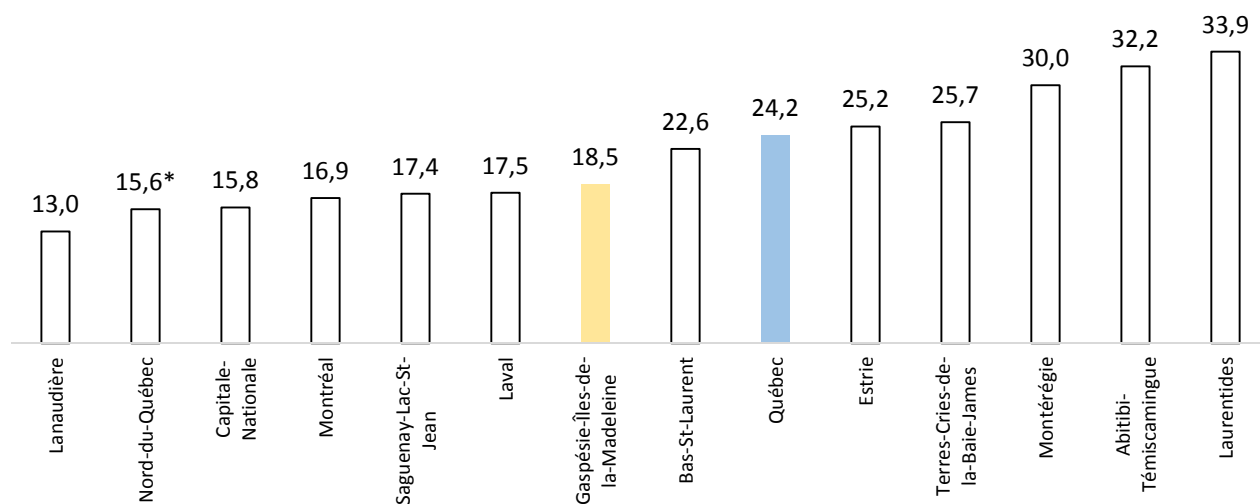
X Donnée reposant sur moins de cinq élèves, doit demeurer confidentielle.

Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.

5.5 Les traumatismes dentaires

Figure 49

Proportion (en %) des élèves de 6^e année présentant un traumatisme dentaire sur les incisives permanentes supérieures, régions sociosanitaires participantes et Québec, 2012-2013



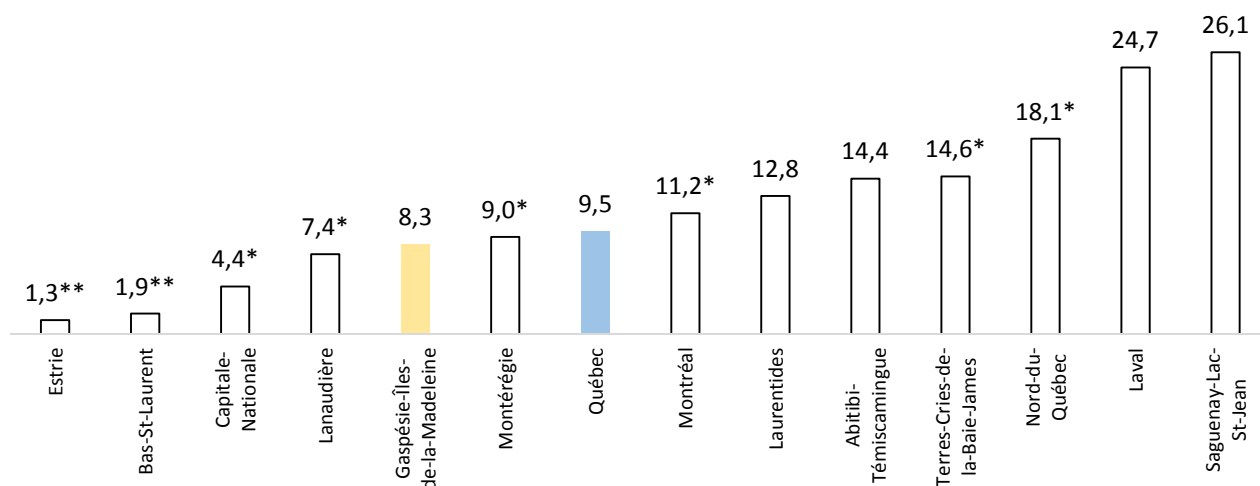
*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.

5.6 La fluorose dentaire

Figure 50

Proportion (en %) des élèves de 6^e année présentant de la fluorose dentaire, régions sociosanitaires participantes et Québec, 2012-2013



*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

Source : INSPQ, Infocentre de santé publique.

Conclusion

Au cours de l'année scolaire 2012-2013, 501 élèves de 6^e année en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine ont participé à l'étude régionale sur la santé buccodentaire, la quatrième enquête de ce genre menée dans la région. Les données recueillies dans le cadre de cette enquête fournissent un portrait relativement complet et à jour eu égard à la prévalence de la carie dentaire et à ses conditions associées, à la qualité d'hygiène buccale, aux agents de scellement des puits et fissures, aux maladies des gencives, aux traumatismes dentaires et à la fluorose dentaire. Également, ces nouvelles données permettent de dégager des tendances dans l'évolution de la santé dentaire des élèves de 6^e année de la région depuis le début des années 80 et de comparer l'état de santé dentaire actuel des élèves de ce niveau scolaire à celui des jeunes québécois.

Globalement, il est encourageant de constater les gains que la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine a faits relativement à la prévalence de la carie dentaire. Malgré cela, l'écart avec le Québec persiste et la prévalence de la carie chez les jeunes de la région est encore, en 2012-2013, à un niveau tel qu'elle mérite qu'on s'y attarde. Nous reprenons donc dans ce qui suit les principaux constats que nous dégageons de cette étude en les discutant brièvement.

La prévalence de la carie poursuit sa baisse en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

La baisse de la prévalence de la carie dentaire qu'avait enregistrée la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine de 1983-1984 à 1996-1997 (Dubé et Parent, 1998) s'est poursuivie en 2012-2013. Cette diminution est observée à la fois en dentition temporaire et en dentition permanente, ce qui constitue en soi une excellente nouvelle. Le déclin de la carie en dentition permanente s'est traduit, plus concrètement, par une progression du nombre d'élèves indemnes de carie et, à l'autre bout du spectre, par une diminution des élèves avec une expérience élevée de carie. Plus précisément, la proportion d'élèves n'ayant jamais expérimenté la carie se situe à 43 % en 2012-2013, alors qu'elle était à 35 % en 1996-1997 et à seulement 12 % au début des années 80. Pour ce qui est des élèves plus touchés par la carie, leur proportion était de 35 % en 1996-1997 et a décliné à 25 % en 2012-2013. En somme, des résultats forts réjouissants.

Cela dit, tandis que la diminution de la prévalence de la carie dentaire au Québec s'est faite sur les faces avec puits et fissures ainsi que sur les faces lisses, cela ne semble pas être le cas de la région. En effet, les gains obtenus dans la région depuis 1989-1990 se sont presque exclusivement faits sur les faces avec puits et fissures, le nombre de faces lisses touchées par la carie ayant peu varié au cours des quelque 20 dernières années. Ainsi, en 2012-2013, les élèves de 6^e année en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine ont encore en moyenne près d'une face lisse permanente affectée par la carie (CAOF 140 faces = 0,95), une valeur qui se situait à 1,07 en 1989-1990 et qui, par surcroît, est sensiblement supérieure à celle du Québec (0,39). Ces résultats suggèrent qu'il faut poursuivre nos efforts pour promouvoir chez les enfants et les parents de saines habitudes d'hygiène buccale de même qu'une saine alimentation, notamment en réduisant la consommation des aliments et des boissons riches en sucre. Également, dans le contexte où la population gaspésienne et madelinienne ne bénéficie pas d'eau potable fluorée, il faut s'assurer d'un apport suffisant en fluorure sous différentes formes chez les enfants, le fluorure demeurant l'une des mesures les plus efficaces pour prévenir la carie dentaire, notamment sur les faces lisses.

Par ailleurs, il faut souligner que le déclin de la carie dentaire observé à l'échelle régionale entre 1996-1997 et 2012-2013 ne semble pas s'être produit partout en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. En effet, le Rocher-Percé et La

Haute-Gaspésie n'ont ni amélioré les valeurs de leur CAOD et CAO, ni la proportion d'élèves indemnes de carie en dentition permanente, ni même la proportion d'élèves plus touchés par la carie. Outre le fait que ces deux territoires sont les territoires les plus défavorisés de la région au plan socio-économique, il est difficile d'expliquer ce résultat avec les données dont on dispose, d'autant qu'ils ont par ailleurs fait des gains eu égard à la proportion de jeunes ayant des scellants.

Les agents de scellement : une mesure préventive de plus en plus populaire

L'application d'agents de scellement sur les puits et fissures des faces occlusales constitue, pour sa part, la mesure la plus efficace pour prévenir la carie dentaire sur ces faces (Brodeur, Olivier, Payette, et autres, 1999). Il est donc extrêmement positif de constater les gains qu'a faits la région à ce chapitre au cours des dernières décennies. De 4,3 % en 1989-1990, la proportion d'élèves de 6^e année porteurs de scellants en dentition permanente est passée à 23 % en 1996-1997 et a ensuite plus que doublé pour s'établir à 49 % en 2012-2013. Exprimé autrement, alors qu'en 1996-1997, les élèves de ce niveau scolaire dans la région avaient en moyenne 0,61 dent permanente scellée (Dubé et Parent, 1998), ils en comptent en moyenne 1,77 en 2012-2013. Et dans ce cas, la hausse semble avoir profité aux élèves de tous les territoires locaux de la région.

Ainsi, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine a vu d'un côté sa prévalence de carie en dentition permanente régresser chez les élèves de 6^e année entre 1996-1997 et 2012-2013, presque uniquement sur les faces avec puits et fissures, et de l'autre, elle a vu sa proportion de jeunes de ce niveau scolaire avec des scellants augmenter. Si l'on ne peut établir de relation causale entre ces deux résultats, en raison des limites des études transversales, on peut certainement associer une partie du déclin de la carie à la popularité de plus en plus grande des agents de scellement. Et comme le soulignent les auteurs du rapport provincial :

« Mise à part l'augmentation de l'offre de service d'application d'agents de scellement au Québec, à notre connaissance, aucun autre événement significatif n'aurait pu avoir des conséquences directes sur la prévalence de la carie des élèves de 6^e année durant cette période. Aucune modification notable des habitudes alimentaires ou de santé buccodentaire, aucun changement de la couverture de la Régie de l'assurance maladie du Québec et aucune autre implantation de mesures préventives efficaces ne sont documentés. » (Galarneau, Arpin, Boiteau, et collaborateurs, 2015, page 143)

Cela dit, il est clair par ailleurs que pour obtenir des gains substantiels au chapitre de la carie dentaire dans les années à venir, l'application d'agents de scellement des puits et fissures doit être renforcée. Les résultats ont en effet montré que plus des deux tiers de la carie en dentition permanente se localisent sur les faces avec puits et fissures chez les élèves de 6^e année de la région. Plus précisément, 8,9 % de ces faces sont touchées par la carie, une proportion qui s'élève à 23 % pour les faces occlusales des molaires. Or, malgré les gains faits en matière de scellants, les élèves de la région ont seulement une moyenne de 1,77 dent scellée en 2012-2013 et, qui plus est, les deux tiers des premières molaires ne sont pas scellées. L'ensemble de ces résultats milite en faveur non seulement de la poursuite du programme public d'agents de scellant, mais de son intensification au cours des prochaines années, notamment pour rejoindre les enfants les plus vulnérables à la carie. Nous y reviendrons plus loin.

Malgré le recul de la carie, notre objectif régional n'a pas été atteint...

Souvenons-nous qu'en 1993, dans la foulée des travaux entourant la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992), nous nous étions fixé de réduire, d'ici 2002, de 50 % la valeur du CAOD chez les enfants de 6 à 12 ans dans la région (Dubé et Paquet, 1993). Pour les élèves de 6^e année, cela signifiait de faire passer le CAOD de 3,33 (valeur obtenue en 1989-1990) à 1,67 en 2002. En 1996-1997, nous n'avions pas encore atteint cet objectif : avec un CAOD de 2,20, nous avons parcouru environ 70 % du chemin. Pour atteindre l'objectif, il fallait encore abaisser de 25 % la valeur de cet indice (Dubé et Parent, 1998). En 2012-2013, nous sommes près du but avec un CAOD estimé à 1,70 sans toutefois pouvoir dire que nous l'avons atteint.

... et l'écart avec le Québec persiste

En 1989-1990 et 1996-1997, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine accusait un retard par rapport au Québec relativement à la prévalence de la carie en dentition permanente. Or, encore en 2012-2013, l'écart en défaveur de la région persiste tant pour le CAOD (1,70 contre 0,93) que pour le CAO_F 128 faces (2,84 contre 1,48). Loin de vouloir minimiser ce constat, il faut toutefois reconnaître les progrès majeurs qu'a faits le Québec à cet égard au cours des dernières années. Le Québec a en effet abaissé la valeur du CAOD à 0,93, ce qui le place par surcroît dans une position favorable au plan international (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015). Comme nous le disions cependant à la section 2.4 du présent rapport, la présence possible de certains biais peut avoir entaché selon nous la validité des résultats obtenus à l'échelle du Québec. On pense ici à l'exclusion des écoles de petite taille dans l'échantillon provincial, au biais attribuable au refus de participation et au biais associé à la sélection des régions peu peuplées dans l'échantillon provincial. Et puisque tous ces biais ont potentiellement pour conséquence de surestimer l'état de santé dentaire des élèves québécois, ils accentuent du même coup l'écart entre le Québec et la région.

Cela dit, malgré la présence possible de ces biais, il faut reconnaître que la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine affiche non seulement des résultats défavorables par rapport au Québec dans son ensemble, mais aussi par rapport à toutes les régions du Québec ayant participé à l'enquête de 2012-2013, à l'exception seulement de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Nos résultats ont aussi montré que cet écart avec le Québec s'observe pour à peu près tous les indicateurs de la carie dentaire étudiés en 2012-2013. Ainsi, la région compte moins de jeunes indemnes de carie en dentition permanente que le Québec (43 % contre 64 %) et plus de jeunes par ailleurs avec une expérience élevée de carie (25 % contre 11 %). Également, la valeur du CAO_F est supérieure à celle du Québec qu'on la calcule sur les faces avec puits et fissures (2,00 contre 1,13) ou sur les faces lisses (0,95 contre 0,39). Puis, sans doute plus important encore, les élèves de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine surpassent les jeunes québécois, et de loin, quant au nombre de faces cariées non traitées, et ce, tant en dentition temporaire (0,63 contre 0,37) qu'en dentition permanente (0,63 contre 0,20). Autrement dit, ils comptent davantage de caries nécessitant un traitement curatif que leurs homologues provinciaux. D'ailleurs, 31 % des élèves de 6^e année dans la région avaient au moment de l'examen au moins une face cariée non traitée en dentition combinée, une proportion deux fois plus élevée que celle des élèves québécois (14 %). Au sujet plus spécifiquement de la carie sur les dents temporaires, les auteurs du rapport provincial affirment que son importance ne doit pas être sous-estimée :

« On pourrait être tenté de sous-estimer l'importance des dents temporaires puisque ces dernières sont présentes en bouche quelques années seulement et sont par la suite remplacées, entre l'âge de 6 et 12 ans, par les dents permanentes. Or, la dentition temporaire permet de préserver

l'emplacement des dents permanentes jusqu'à leur apparition en bouche. En plus de causer de la douleur et même la perte précoce des dents, la carie qui atteint les dents temporaires peut affecter l'alimentation et, par le fait même, la croissance et le gain de poids, la prononciation, l'apparence ainsi que la qualité de vie. Elle entraîne également des absences scolaires. Enfin, elle est associée à un risque de développer de futures lésions carieuses sur les dentitions temporaire et permanente (Moyer, 2014). Dans des cas sévères, elle peut même entraîner des problèmes de santé générale plus graves (Colak, Dulgergil, Dalli et Hamidi, 2013). » (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015, page 140)

Les résultats obtenus en dentition temporaire suggèrent ainsi de poursuivre et d'intensifier nos efforts de prévention le plus tôt possible dans la vie des enfants et de promouvoir les saines habitudes d'hygiène buccale non seulement à la maison, mais aussi dans les services de garde à l'enfance.

L'enquête de 2012-2013 a aussi permis de constater qu'en dépit des gains faits au chapitre des scellants, il existe encore un écart entre la région et le Québec à cet égard. Alors que 58 % des élèves québécois sont porteurs de cette mesure préventive, c'est le cas de 49 % des jeunes de la région. À ce sujet, il importe de mentionner que le programme public d'application d'agents de scellement a débuté à l'automne 2009 en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, soit au moins une année plus tard que la plupart des autres régions du Québec. Également, l'implantation du programme d'application d'agents de scellement s'est faite de façon graduelle sur notre territoire en raison notamment du peu de ressources humaines disponibles, du fait que nous avons ciblé des groupes particuliers et du fait que la région ne disposait que d'une seule unité dentaire portative pour couvrir l'ensemble du territoire⁶. En conséquence, les élèves de 6^e année examinés en 2012-2013 dans le cadre de l'étude régionale ne sont sans doute pas ceux qui ont le plus profité dudit programme, si bien qu'il y a de fortes chances que les résultats sur les scellants obtenus auprès de ce groupe en 2012-2013 ne soient pas révélateurs de la situation actuelle de cette mesure préventive.

Ces précisions faites, il n'en demeure pas moins que la prévalence de la carie dentaire chez les élèves de 6^e année est systématiquement plus élevée en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine qu'au Québec. Nos analyses stratifiées ont en effet montré que peu importe les caractéristiques des élèves, le nombre de scellants et l'indice de débris, la prévalence de la carie des élèves gaspésiens et madelinots surpasse toujours celle des jeunes québécois. Et même lorsqu'on compare nos données régionales uniquement avec celles des élèves habitant des régions rurales, l'écart persiste. En d'autres mots, notre retard est systématique et, avec les données dont on dispose, on ne peut attribuer à un facteur ou à un groupe particulier ce retard par rapport au Québec.

Un bémol pour les Îles-de-la-Madeleine

Les résultats de l'ÉCSBQ 2012-2013 ont mis en évidence un résultat fort intéressant pour les jeunes madelinots qui les distinguent par surcroît favorablement des jeunes québécois. On se souviendra en effet que 78 % des élèves de 6^e année aux Îles-de-la-Madeleine ont au moins une dent permanente scellée, une proportion clairement plus élevée que celle du Québec (58 %). Qui plus est, les enfants porteurs de cette mesure préventive dans l'Archipel ont un nombre relativement élevé de dents permanentes scellées, soit 4,16 en moyenne chacun. Comme nous le disions plus tôt, le caractère transversal de l'ÉCSBQ 2012-2013 ne permet pas d'établir de relation causale entre ces résultats et la prévalence de la carie. Néanmoins, nous ne pouvons passer sous silence le fait que ces résultats, extrêmement positifs pour les Îles-de-la-Madeleine, sont par ailleurs cohérents avec le fait que

⁶ Depuis, chaque territoire de CSSS possède un équipement dentaire portatif, ce qui leur procure une plus grande autonomie au bénéfice des élèves de la région.

ce territoire est le seul territoire local de la région à ne pas se distinguer du Québec, d'un point de vue statistique à tout le moins, quant à l'expérience de la carie en dentition permanente. Il n'est sans doute pas farfelu de supposer que les scellants y sont pour quelque chose.

Certains groupes encore plus touchés que d'autres par la carie dentaire

L'enquête de 2012-2013 a encore permis de mettre en évidence un groupe limité d'élèves ayant une expérience élevée de carie en dentition permanente. Ce groupe d'enfants, cumulant un total de cinq caries ou plus sur les faces des dents d'adulte, représente 25 % des élèves de 6^e année en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et cumule, à lui seul, près des trois quarts du total de la carie détenue par les élèves de ce niveau scolaire. Comme nous le disions plus tôt, dans la foulée de la baisse générale de la carie chez les élèves de 6^e année, il est heureux de constater que ce groupe d'élèves avec une expérience élevée de carie est moins nombreux qu'en 1996-1997 où il représentait alors 35 % des élèves. D'ailleurs, nos résultats ont montré que le CAOOF s'est non seulement infléchi chez les élèves ayant moins de cinq faces touchées par la carie, mais aussi chez ce groupe plus touché par la carie. Ainsi, il semble bien que les gains aient profité à tous les élèves et non pas seulement aux moins vulnérables. Néanmoins, on ne peut passer outre le fait qu'en 2012-2013, les élèves avec une expérience élevée de carie comptent, en moyenne, plus de huit faces affectées par la carie (CAOF = 8,38), alors que les autres élèves en comptent environ une seulement (CAOF = 0,99).

Cela dit, certains groupes d'élèves semblent plus susceptibles que d'autres de cumuler une expérience élevée de carie. En effet, les jeunes anglophones, ceux dont la mère ou les deux parents n'ont pas de D.E.S. et ceux fréquentant une école d'un milieu socio-économique défavorisé sont proportionnellement plus nombreux à présenter une expérience élevée de carie ou un CAOOF ≥ 5 . Les résultats ont aussi fait ressortir un lien entre la présence de scellants et l'expérience de la carie. Plus précisément, parmi les élèves n'ayant pas bénéficié de cette mesure préventive, le tiers a une expérience élevée de carie en dentition permanente, alors que cette proportion est estimée à 7,5 % chez les élèves ayant quatre dents scellées ou plus. Avec un tel résultat, on pourrait être tenté de conclure qu'il s'agit là de l'effet protecteur des scellants contre la carie. Cependant, bien que l'efficacité des scellants à prévenir la carie ne fasse nul doute, nous devons rester prudents, selon nous, dans l'interprétation de ces résultats, puisqu'on ne sait pas ce qu'il serait advenu de la santé dentaire des élèves chez qui l'on a posé des scellants. Peut-être que même sans scellant, certains de ces élèves n'auraient de toute façon pas développé beaucoup de caries. D'ailleurs, les auteurs de l'enquête provinciale en 1996-1997 suggéraient que les dentistes avaient tendance « à appliquer des agents de scellement principalement chez des enfants connaissant une plus faible expérience de carie passée et de plus faibles risques de développer de futures caries. » (Brodeur, Olivier, Payette, et autres, 1999, page 35). Sur ce point, nos analyses ont mis en évidence que la proportion des élèves porteurs de scellants est supérieure chez ceux dont les parents sont plus scolarisés ainsi que chez ceux fréquentant une école favorisée au plan socio-économique; deux groupes moins touchés de manière générale par la carie dentaire, avec ou sans scellant.

C'est pourquoi comme nous le disions plus tôt, le programme public d'application des scellants doit non seulement être maintenu, mais des efforts supplémentaires doivent être déployés pour rejoindre prioritairement les élèves les plus vulnérables à la carie en raison de leurs caractéristiques socio-économiques plus défavorables. Car encore en 2012-2013, les résultats de notre étude montrent clairement que ce sont eux qui ont davantage besoin de cette mesure préventive.

Des inégalités sociales de santé qui persistent même en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Comme nous venons de le voir, l'ÉCSBQ 2012-2013 a encore identifié un groupe d'enfants plus touchés par la carie en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, des enfants qui par surcroît semblent plus désavantagés que les autres au plan socio-économique. De plus, quelques analyses supplémentaires nous ont permis de voir que si les gains que nous avons faits régionalement en ce qui a trait à la carie dentaire semblent avoir profité à tous les jeunes peu importe la scolarité de leur parent, un écart entre les plus favorisés et les moins favorisés quant à la prévalence de la carie est encore présent.

La Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine n'est donc pas épargnée par les inégalités sociales de santé dans le domaine de la santé dentaire. C'est pourquoi, il nous apparaît primordial de poursuivre le programme de services dentaires publics dans la région afin que les élèves les plus défavorisés soient rejoints. Car même si plusieurs services dentaires sont assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec jusqu'à 9 ans et que certains services sont aussi couverts après cet âge pour les enfants dont les parents sont bénéficiaires de l'aide sociale, il n'est pas certain que ces enfants en profitent tous à la hauteur de leur besoin. À ce sujet, les propos des auteurs du rapport provincial produit en 1999 nous semblent encore d'actualité :

« On observe qu'une partie de la population, celle des mieux nantis et des plus scolarisés, bénéficie d'un soutien de l'État excédant fort probablement ses besoins alors qu'une autre partie de la population nécessite un soutien étatique accru pour se prévaloir des soins de santé dont elle a besoin. Et encore, faut-il que ceux qui ont de plus grands besoins les perçoivent et se préoccupent de les satisfaire. Il est légitime de penser que dans les familles défavorisées les préoccupations à répondre aux besoins primaires de la personne drainent une part importante des énergies et ressources et entravent non seulement la satisfaction de besoins moins criants, mais aussi jusqu'à leur expression même. Cela pourrait expliquer, du moins en partie, le fait que les prestataires de la sécurité du revenu (PSR), qui bénéficient d'une couverture étatique assez complète des services dentaires, s'en prévalent peu pour eux et leurs enfants. [...] Il existe un réel problème de conscientisation à la santé buccodentaire auprès de ces populations qui, même si elles bénéficient du soutien financier de l'État, n'ont pas le loisir ou ne peuvent s'offrir le luxe de nouvelles préoccupations. » (Brodeur, Olivier, Payette, et autres, 1999, pages 53-54)

L'objectif bien sûr n'est pas de déresponsabiliser les parents face à la santé de leur enfant, mais plutôt de partager avec eux une partie de cette responsabilité. Et le programme public offert dans les écoles est un outil formidable pour y arriver et pour améliorer dans les années à venir la santé dentaire des jeunes gaspésiens et madelinots.

Références

- BRODEUR, Jean-Marc, Marie OLIVIER, Martin PAYETTE, et autres. *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 ans et 13-14 ans*, Direction de santé publique de Montréal-Centre et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal, gouvernement du Québec, 1999, 161 pages.
- DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Enquête santé dentaire 1996-1997 : Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, novembre 1998, 160 pages.
- DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final de l'Enquête santé dentaire 1989-1990, Département de santé communautaire du CH Hôtel-Dieu de Gaspé, février 1992, 141 pages.
- GALARNEAU, Chantal, Sophie ARPIN, Véronique BOITEAU, Marc-André DUBÉ et Denis HAMEL. *Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 (ÉCSBQ)*, Rapport national, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 150 pages.
- LEVY, Michel, France CORBEIL, Christian FORTIN, et autres. *Fluoration de l'eau : Analyse des bénéfices et des risques pour la santé*, Avis scientifique, Institut national de santé publique du Québec, juin 2007, 42 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*, Document complémentaire au PNSP 2003-2012, gouvernement du Québec, 2006, 66 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être*, gouvernement du Québec, 1992, 192 pages.
- PAYETTE, Martin, et autres. *Enquête santé dentaire Québec 1983-1984*, Rapport préliminaire région 01, Association des directeurs de santé communautaire, ministère des Affaires sociales, mars 1985, 120 pages.

Annexes

Annexe 1

Document explicatif de l'étude, formulaire de consentement et questionnaire aux parents

ÉTUDE CLINIQUE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ BUCCODENTAIRE DES ÉLÈVES QUÉBÉCOIS DU PRIMAIRE

Consentement des parents

INFORMATION POUR LA SECTION 1 DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) mène une étude visant à mettre à jour le portrait de la santé dentaire des enfants au Québec. Celle-ci est réalisée à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cette étude clinique fournira de nouvelles données sur :

1. la carie dentaire;
2. la gingivite (maladie des gencives);
3. les traumatismes dentaires (dents brisées);
4. la fluorose dentaire (taches blanches sur les dents);
5. la présence d'agents de scellement dentaire (pellicules de plastique qui protègent la surface des dents pour aider à prévenir la carie);
6. l'hygiène dentaire.



Qui peut participer à l'étude clinique ?

Près de 11 000 élèves de 2^e et de 6^e années des écoles primaire du Québec seront examinés entre les 29 octobre 2012 et 30 juin 2013.

Votre enfant pourrait être examiné puisque son école a été choisie pour participer à cette étude.



Comment se dérouleront les examens ?

Les examens auront lieu à l'école, pendant les heures de classe. Ils sont gratuits. Ils seront réalisés dans un local de l'école et dureront environ 20 minutes.

Un dentiste accompagné d'un hygiéniste dentaire¹ examinera les dents et les gencives de votre enfant. Tous les deux sont diplômés et travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux. Pour permettre un bon examen, les dents de votre enfant seront brossées avec une brosse à dents neuve. Elle lui sera remise à la fin de l'examen. Un élève sur 20 sera examiné une deuxième fois pour évaluer la constance des examens effectués par le dentiste.



Pour nous assurer que votre enfant peut participer à cet examen, nous avons besoin de quelques informations sur sa santé générale. À cet effet, une fiche santé est incluse dans ce document. Nous vous demandons de bien vouloir la remplir. Les informations que vous nous fournirez ne serviront qu'à confirmer que votre enfant peut être examiné. Aucune de ces informations ne sera utilisée pour les analyses de cette étude, ni pour d'autres recherches.

Il n'y aura pas de radiographies. Aussi, des mesures strictes de désinfection et de stérilisation seront appliquées selon les normes exigées en santé dentaire.

Il est important de comprendre que cet examen ne remplace pas celui fait par le dentiste habituel de votre enfant.

Nous tenons à souligner qu'il est possible que votre enfant ne soit pas retenu pour l'examen même si vous acceptez qu'il y participe. À tous les enfants retenus, nous remettrons une lettre notant ses besoins apparents de soins dentaires.

¹ Dans ce document, le terme hygiéniste dentaire désigne autant les hygiénistes dentaires que les techniciens en hygiène dentaire.

Mon enfant est-il obligé de participer ?

La participation de votre enfant est volontaire. Vous êtes libre de refuser ou de retirer votre enfant en tout temps sans explication. Ce choix ne lui causera pas d'inconvénient.

Si vous acceptez que votre enfant participe à cet examen, nous vous prions de remplir les formulaires suivants : **section 1 du formulaire de consentement, fiche santé et questions aux parents.**

Si vous refusez, nous vous remercions de bien vouloir remplir les deux formulaires suivants : **section 1 du formulaire de consentement et questions aux parents.** Ainsi, nous pourrions nous assurer que notre échantillon d'enfants représente bien l'ensemble du Québec.

Les informations recueillies demeureront-elles confidentielles ?

Toute information recueillie dans le cadre de cette étude sera traitée de façon confidentielle. Seules les personnes impliquées dans la collecte et l'analyse des données auront accès à ces informations. Chaque élève se verra attribuer un numéro. Celui-ci remplacera le nom de votre enfant sur le formulaire questions aux parents, l'outil de collecte informatisé et les banques de données qui serviront aux analyses.

Les données électroniques (résultats des examens et informations provenant du formulaire questions aux parents) seront conservées par l'Infocentre de santé publique à l'INSPQ selon des règles strictes de confidentialité. Il s'agit d'un lieu sécuritaire où le gouvernement dépose la plupart des données d'enquêtes de santé qu'il réalise.

Tous les documents papier (formulaire de consentement, questions aux parents et fiche santé) contenant des informations sur votre enfant seront conservés pour une durée de cinq ans après la fin de l'étude. Par la suite, ils seront détruits.

Qui finance l'étude clinique ?

L'étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire est financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Institut national de santé publique du Québec et les Agences de la Santé et des Services sociaux des régions participantes.

INFORMATION POUR LA SECTION 2 DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Utilisation des résultats de l'Étude clinique pour de futurs projets de recherche

Au cours des cinq années suivant la fin de l'étude, l'INSPQ prévoit utiliser les données de l'Étude clinique pour de futurs projets de recherche, sous la responsabilité de la même équipe. Tout projet de recherche sera soumis à l'approbation d'un comité d'éthique de la recherche.

Certains services dentaires pour les enfants sont couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Un projet en développement étudiera le lien entre l'utilisation des ces services et les résultats des examens réalisés lors de la présente étude clinique. Ainsi, ce projet demande un accès aux informations dentaires de votre enfant recueillies par la RAMQ. À cette fin, le numéro d'assurance maladie de votre enfant est nécessaire. Aucune autre rencontre n'est prévue avec votre enfant.

Vous pouvez donner votre accord à l'utilisation des résultats en remplissant la section 2 du formulaire de consentement.

PERSONNES RESSOURCES

Pour obtenir plus d'informations, vous pouvez contacter :



Chantal Galarneau : (514) 864-1600, poste 3535
Dentiste et chercheuse principale

Nancy Wassef : (514) 864-1600, poste 3547
Dentiste et cochercheuse

Institut national
de santé publique
Québec

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

COPIE DU PARENT à conserver

Nom de l'enfant :

PRÉNOM DE L'ENFANT EN LETTRES MOULÉES

NOM DE L'ENFANT EN LETTRES MOULÉES

*Veuillez indiquer votre choix vis-à-vis l'énoncée approprié.***Section 1 :** Consentement à la participation de votre enfant à l'étude clinique incluant l'examen de ses dents et de ses gencives

- ☐ J'autorise qu'il ou elle participe à l'étude telle que décrite précédemment.
- ☐ Je refuse qu'il ou elle participe à l'étude, mais j'accepte de répondre au formulaire *Questions aux parents*.

Section 2 : Consentement à l'utilisation des résultats de l'étude clinique pour de futurs projets de recherche

- ☐ J'autorise l'équipe de surveillance en santé dentaire de l'INSPQ à utiliser les résultats de l'examen de mon enfant et ses informations dentaires recueillies par la RAMQ.

À cette fin, voici le numéro d'assurance maladie de mon enfant :

(Exemple : DENT 0012 2312)

- ☐ Je refuse que les résultats de l'examen de mon enfant soient utilisés pour de futurs projets de recherche.

En signant ce formulaire, je reconnais avoir lu et compris toutes les informations qu'il contient.

Prénom du parent ou du tuteur en lettres moules

Nom du parent ou du tuteur en lettres moules

Signature du parent ou du tuteur

Date (jour/mois/année)

*Chantal Galarneau*Chantal Galarneau
Dentiste et chercheuse principale15 / 09 / 2012
Date (jour/mois/année)Institut national
de santé publique
Québec

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

COPIE DE L'INSPQ à retourner dans l'enveloppe

Nom de l'enfant :

PRÉNOM DE L'ENFANT EN LETTRES MOULÉES

NOM DE L'ENFANT EN LETTRES MOULÉES

Veuillez indiquer votre choix vis-à-vis l'énoncée approprié.
Section 1 : Consentement à la participation de votre enfant à l'étude clinique incluant l'examen de ses dents et de ses gencives

- ☐ J'**autorise** qu'il ou elle participe à l'étude telle que décrite précédemment.
- ☐ Je **refuse** qu'il ou elle participe à l'étude, mais j'accepte de répondre au formulaire *Questions aux parent*.

Section 2 : Consentement à l'utilisation des résultats de l'étude clinique pour de futurs projets de recherche

- ☐ J'**autorise** l'équipe de surveillance en santé dentaire de l'INSPQ à utiliser les résultats de l'examen de mon enfant et ses informations dentaires recueillies par la RAMQ.

À cette fin, voici le numéro d'assurance maladie de mon enfant :

(Exemple : DENT 0012 2312)

- ☐ Je **refuse** que les résultats de l'examen de mon enfant soient utilisés pour de futurs projets de recherche.

En signant ce formulaire, je reconnais avoir lu et compris toutes les informations qu'il contient.

Prénom du parent ou du tuteur en lettres moulées

Nom du parent ou du tuteur en lettres moulées

Signature du parent ou du tuteur

Date (jour/mois/année)

Chantal Galarneau
Chantal Galarneau
Dentiste et chercheuse principale

15 / 09 / 2012
Date (jour/mois/année)

Institut national
de santé publique
Québec

FICHE SANTÉ

à retourner dans l'enveloppe

Chers parents ou tuteurs, cette fiche vous est adressée pour connaître l'état de santé général de votre enfant. Les informations que vous fournirez seront confidentielles. Elles sont nécessaires pour l'examen dentaire. Nous vous prions de remplir la fiche au complet.

Identification de l'enfant

PRÉNOM DE L'ENFANT EN LETTRES MOULÉES

NOM DE L'ENFANT EN LETTRES MOULÉES

☐ F ☐ M

SEXE

 JOUR MOIS ANNÉE
 DATE DE NAISSANCE

NOM DE L'ÉCOLE FRÉQUENTÉE PAR L'ENFANT

Questions de santé

1. Votre enfant a-t-il été vu par un médecin au cours de la dernière année?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : _____

2. Votre enfant prend-il actuellement des médicaments?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : _____

3. Votre enfant a-t-il une allergie?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : _____



4. Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il souffert d'un problème de santé?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez cocher la ou les case(s) correspondante(s) :

☐ Asthme nécessitant un traitement particulier

☐ Épilepsie

☐ Diabète

☐ Problème de cœur

☐ Endocardite infectieuse ou fièvre rhumatismale

☐ Trouble de saignement (hémophilie, saignements prolongés, etc)

☐ Autre(s), précisez : _____


J'atteste que les informations dans cette fiche sont vraies et vérifiables.

PRÉNOM DU PARENT OU DU TUTEUR EN LETTRES MOULÉES

NOM DU PARENT OU DU TUTEUR EN LETTRES

SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR

DATE (JOUR / MOIS / ANNÉE)

 () - _____
 NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

QUESTIONS AUX PARENTS

à retourner dans l'enveloppe

1. S'il vous plaît, indiquez votre code postal : _____

2. Lien du répondant avec l'enfant :

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



3. Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison?

- ☐ français ☐ anglais ☐ autre, précisez : _____

4. Combien d'enfants de 18 ans ou moins vivent dans votre maison?

- ☐ 1 enfant ☐ 2 enfants ☐ 3 enfants ☐ 4 enfants ou plus

Pour les questions 5 et 6, veuillez répondre pour les deux parents ou tuteurs

5. Avez-vous immigré au Canada?

Mère(ou tutrice)

- ☐ non
☐ oui, indiquez quel pays : _____

Depuis combien de temps :

- ☐ moins de 5 ans
☐ 5 ans et plus

Père (ou tuteur)

- ☐ non
☐ oui, indiquez quel pays : _____

Depuis combien de temps :

- ☐ moins de 5 ans
☐ 5 ans et plus

6. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

Mère(ou tutrice)

- ☐ moins que secondaire 5
☐ Secondaire 5
 (Diplôme d'études secondaires)
☐ Diplôme d'études collégiales,
 École de métiers, institut technique,
 Diplôme d'études professionnelles
☐ Diplôme universitaire
☐ Ne sais pas

Père (ou tuteur)

- ☐ moins que secondaire 5
☐ moins que secondaire 5
 (Diplôme d'études secondaires)
☐ Diplôme d'études collégiales,
 École de métiers, institut technique,
 Diplôme d'études professionnelles
☐ Diplôme universitaire
☐ Ne sais pas

*Veuillez vous assurer que vous avez
 rempli les documents suivants
 et les retourner dès demain à l'école
 par le biais de votre enfant
 dans l'enveloppe fournie.*



Fiche santé



Formulaire de consentement



Questions au parent

**Nous vous remercions de
 votre précieuse collaboration**



Annexe 2

Formulaire de l'examen clinique

**Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire:
OUTIL DE COLLECTE**

Identification de l'élève

Région: Chaudière-Appalaches Code d'identification unique de l'élève:
École: Sexe de l'élève: Niveau scolaire de l'élève:

Renseignements sur l'examen clinique

Examineur: Date de l'examen:
Hygiéniste dentaire: Cochez si l'enfant est absent le jour de l'examen ☐
Méthode d'examen: stade initial (ICDAS-II) Cochez si l'enfant ne peut être examiné ☐
1er ou 2e examen:  Spécifiez la raison:

Questions à l'enfant: As-tu brossé tes dents hier? Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐
 Si oui, combien de fois? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 et + ☐ Ne sais pas ☐

Examen clinique: première partie

FLUOROSE

FLUOROSE
0 = aucune 4 = modéré
1 = discutable 5 = sévère
2 = très léger 7 = ne peut être examinée
3 = léger 9 = dent absente

12 11 21 22

TRAUMATISMES

Question à l'enfant: As-tu déjà eu une blessure ou un accident sur tes dents du devant? Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

TRAUMATISMES
0 = aucun
1 = fracture de l'émail non restaurée - dentine non atteinte
2 = fracture de l'émail non restaurée - dentine atteinte
3 = lésion non traitée - décoloration, enflure, fistule
4 = fracture restaurée - couronne complète
5 = fracture restaurée - autre restauration
6 = restauration de la face linguale et antécédents de traitement de canal
7 = autre
9 = absente pour une raison autre qu'un traumatisme

12 11 21 22

42 41 31 32

GINGIVITE

GINGIVITE
0 = aucune 7 = ne peut être examinée pour des raisons médicales
1 = légère 8 = pas suffisamment éruptée
2 = modérée 9 = absente
3 = grave

16 (55) 12 (52) 24 (64)

44 (84) 32 (72) 36 (75)

DÉBRIS et TARTRE

DÉBRIS et TARTRE
0 = aucun 7 = ne peut être examinée
1 = moins du 1/3 de la face 8 = pas suffisamment éruptée
2 = 1/3 à 2/3 de la face 9 = absente
3 = plus des 2/3 de la face

17B/16B (55B) 11B (51B) 26B/27B (65B)
Débris: Débris: Débris:
Tartre: Tartre: Tartre:
46L/47L (85L) 31B (71B) 37L/36L (75L)
Débris: Débris: Débris:
Tartre: Tartre: Tartre:

Examen clinique: deuxième partie

CARIE

CONSIGNES À L'HYGIÉNISTE DENTAIRE:

1) Cochez toutes les dents présentes en bouche ou inscrivez le code d'absence (tableau 1) dans la case prévue à cet effet pour cette dent.

2) Pour les dents présentes, entrez un code à deux chiffres pour chacune des faces examinées. Le premier chiffre doit correspondre au code de restaurations et agents de scellements dentaires (tableau 2) et le deuxième à la carie (tableau 3).

Saignement des gencives lors du brossage des dents: Oui ☐ Non ☐

présence	☐ 16	☐ 55	☐ 54	☐ 53	☐ 52	☐ 51	☐ 61	☐ 62	☐ 63	☐ 64	☐ 65	présence	
absence	☐	☐	☐	☐	☐ 12	☐ 11	☐ 21	☐ 22	☐	☐	☐	☐ 26	absence

OM	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	OM
OD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	OD
M	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	M
B (lisse)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	B (lisse)
D	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	D
L (sillon)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	L (sillon)
L (lisse)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	L (lisse)

présence	☐ 46	☐ 85	☐ 84	☐ 83	☐ 82	☐ 81	☐ 71	☐ 72	☐ 73	☐ 74	☐ 75	présence	
absence	☐	☐	☐	☐	☐ 42	☐ 41	☐ 31	☐ 32	☐	☐	☐	☐ 36	absence

O	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	O
M	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	M
B (sillon)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	B (sillon)
B (lisse)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	B (lisse)
D	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	D
L (lisse)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	L (lisse)

L'enfant présente un abcès dentaire (infection ou enflure) ou des symptômes de douleur dentaire (pulpite) liées à la carie dentaire: Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐ Ne s'applique pas ☐

Remarque ou commentaire:

L'enfant est référé chez le dentiste: Oui ☐ Non ☐

Annexe 3

Résultats des principaux indicateurs de l'ÉCSBQ 2012-2013, RLS de la Baie-des-Chaleurs, CISSS de la Gaspésie et Québec

Indicateurs	RLS Baie-des-Chaleurs	CISSS Gaspésie	Québec
CAOD dentition permanente	1,59+	1,77+	0,93
CAOD dentition combinée	2,31+	2,45+	1,56
CAOF dentition permanente	2,67+	2,92+	1,48
CAOF dentition combinée	4,32+	4,49+	2,87
Proportion (en %) des faces cariées sur le total des faces cariées ou obturées pour cause de carie (besoin de traitement de la carie) en dentition combinée (128 faces)	18,6*	22,1+	13,9
Proportion (en %) élèves ayant un besoin évident de traitement lié à la carie (BET)	21,7+	25,8+	10,5
Proportion (en %) des élèves avec au moins une dent permanente scellée	52,9	44,8–	58,3
Répartition (en %) des élèves selon le niveau d'accumulation de débris			
Niveau faible	10,2*–	10,6–	23,0
Niveau moyen	71,7	70,0	65,4
Niveau élevé	18,1*+	19,4+	11,5
Proportion (en %) des élèves présentant une gingivite	96,5+	97,1+	81,5
Proportion (en %) des élèves présentant un traumatisme dentaire sur les incisives permanentes	14,6*–	18,9–	24,2
Proportion (en %) des élèves présentant de la fluorose dentaire sur les incisives permanentes supérieures	9,9*	8,2*	9,5

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Annexe 4

Tableaux et figures complémentaires

Tableau A

Nombre moyen de dents temporaires cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (caod) selon la composante, chez l'ensemble des élèves de 6^e année et chez les élèves ayant au moins une dent temporaire, territoire local, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013

Territoire	Tous les élèves				Élèves ayant des dents temporaires			
	cariées	absentes	obturées	caod	cariées	absentes	obturées	caod
Avignon	0,09**	0,00	0,71*	0,80*	0,14**	0,00	1,16*	1,30*
Bonaventure	0,18**	0,00	0,48**	0,66*	0,34**	0,00	0,93**	1,27*
Rocher-Percé	0,15**	0,00	0,41**	0,57*	0,43**+	0,00	1,16*	1,58*
La Côte-de-Gaspé	0,22**+	0,00	0,49*	0,70*	0,40**+	0,00	0,90*	1,31*
La Haute-Gaspésie	0,19**	0,00	0,45**	0,64*	0,49**+	0,00	1,15*	1,64*
Îles-de-la-Madeleine	0,19**	0,00	0,75**	0,94*	0,31**	0,00	1,25**	1,56*
Gaspésie-Îles	0,17+	0,00	0,54	0,71	0,33+	0,00	1,07	1,40
Québec	0,10	0,00**	0,53	0,63	0,19	0,01**	1,03	1,22

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Tableau B

Nombre moyen de faces cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition temporaire (caof 88 faces) selon la composante, chez l'ensemble des élèves de 6^e année et chez les élèves ayant au moins une dent temporaire, territoire local, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013

Territoire	Tous les élèves				Élèves ayant au moins une dent temporaire			
	cariées	absentes	obturées	caof	cariées	absentes	obturées	caof
Avignon	0,18**	0,00	1,77*	1,96*	0,30**	0,00	2,88*	3,18*
Bonaventure	0,30**	0,00	1,09**	1,39**	0,58**	0,00	2,10**	2,69*
Rocher-Percé	0,35**	0,00	1,08**	1,43**	0,98**+	0,00	3,01**	3,99*
La Côte-de-Gaspé	0,36**	0,00	1,20*	1,57*	0,68**	0,00	2,23*	2,90*
La Haute-Gaspésie	0,38**	0,00	1,10**	1,48*	0,98**+	0,00	2,83*	3,81*
Îles-de-la-Madeleine	0,38**	0,00	1,53**	1,91	0,63**	0,00	2,53*	3,16*
Gaspésie-Îles	0,32+	0,00	1,29	1,61	0,63+	0,00	2,53	3,16
Québec	0,19	0,02**	1,18	1,39	0,37	0,04**	2,28	2,68

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Tableau C

Nombre moyen de dents permanentes cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (CAOD) selon la composante, élèves de 6^e année, territoire local, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013

Territoire	Cariées	Absentes	Obturées	CAOD
Avignon	0,31**	0,00	1,46+	1,77+
Bonaventure	0,43*+	0,00	1,01	1,44+
Rocher-Percé	0,77*+	0,01**	1,40*+	2,18+
La Côte-de-Gaspé	0,53*+	0,00	1,19+	1,72+
La Haute-Gaspésie	0,26*+	0,04**	1,62+	1,92+
Îles-de-la-Madeleine	0,29**	0,00	0,84*	1,13*
Gaspésie-Îles	0,44+	0,01**	1,25+	1,70+
Québec	0,15	0,01**	0,77	0,93

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Tableau D

Nombre moyen de faces permanentes cariées, absentes ou obturées pour cause de carie (CAOF 128 faces) selon la composante, élèves de 6^e année, territoire local, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013

Territoire	Cariées	Absentes	Obturées	CAOF
Avignon	0,45**	0,00	2,55+	3,00+
Bonaventure	0,65**+	0,00	1,73+	2,38+
Rocher-Percé	1,16**+	0,06**	2,03*+	3,24+
La Côte-de-Gaspé	0,70**+	0,00	1,90+	2,59+
La Haute-Gaspésie	0,36*+	0,18**	3,30+	3,85+
Îles-de-la-Madeleine	0,37**	0,00	1,87*	2,24*
Gaspésie-Îles	0,63+	0,03**	2,17+	2,84+
Québec	0,20	0,04**	1,24	1,48

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Tableau E

Proportion (en %) des élèves de 6^e année ayant au moins une face cariée, absente ou obturée pour cause de carie en dentition permanente (CAOF 128 faces) selon la composante, territoire local, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013

Territoire	Au moins une face permanente cariée	Au moins une face permanente absente	Au moins une face permanente obturée	Au moins une face permanente touchée par la carie
Avignon	15,4**	X	52,1+	57,2+
Bonaventure	22,3*+	X	48,6+	56,1+
Rocher-Percé	33,2+	X	47,6+	60,7+
La Côte-de-Gaspé	23,8*+	X	45,7+	55,6+
La Haute-Gaspésie	21,1*+	X	57,7+	68,2+
Îles-de-la-Madeleine	17,0**	X	42,0	47,5
Gaspésie-Îles	22,3+	X	48,9+	57,4+
Québec	8,7	0,5**	32,0	36,1

X Donnée confidentielle.

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Tableau F

Proportion (en %) des élèves de 6^e année ayant au moins une face cariée, absente ou obturée pour cause de carie en dentition combinée (CAOF 128 faces) selon la composante, territoire local, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013

Territoire	Au moins une face cariée	Au moins une face absente	Au moins une face obturée	Au moins une face touchée par la carie
Avignon	22,2*	X	59,5+	65,5+
Bonaventure	33,7+	X	55,1	66,0+
Rocher-Percé	37,1+	X	60,3+	69,6+
La Côte-de-Gaspé	34,0+	X	57,0+	66,1+
La Haute-Gaspésie	30,0+	X	64,4+	77,9+
Îles-de-la-Madeleine	24,2*+	X	53,2	60,1
Gaspésie-Îles	30,6+	X	58,1+	67,3+
Québec	14,3	0,8**	44,4	49,6

X Donnée confidentielle.

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

**CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Tableau G

Nombre moyen de dents permanentes cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition temporaire, permanente et en dentition combinée, chez le tiers des élèves avec les indices caod, CAOD et caod+CAOD les plus élevés selon le cas (indice SiC), Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013

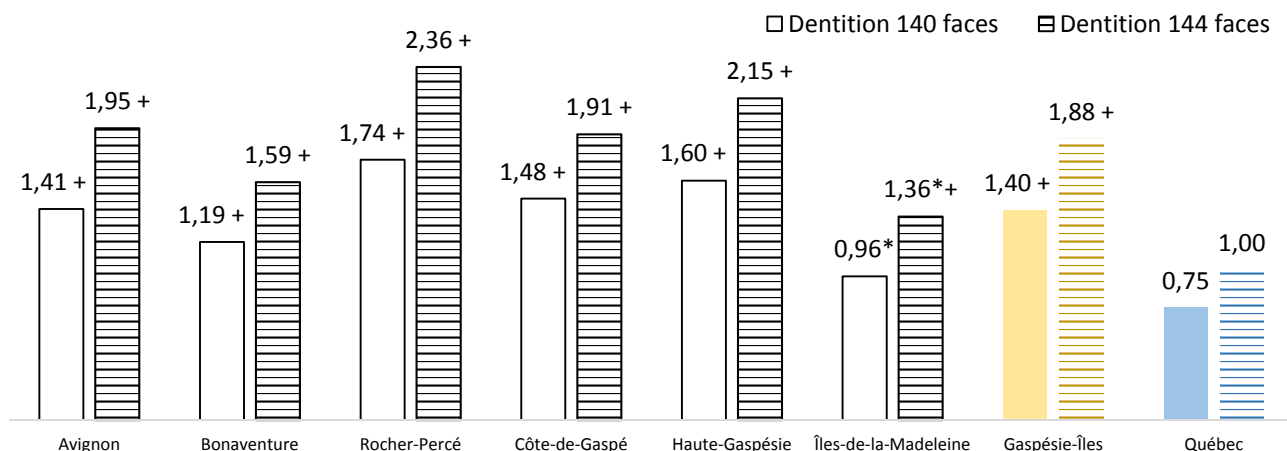
Territoire	caod	CAOD	Caod+CAOD
Gaspésie-Îles	3,33	4,14+	5,45+
Québec	3,25	2,71	4,13

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Figure A

Nombre moyen de faces occlusales des molaires cariées, absentes ou obturées pour cause de carie en dentition permanente (CAOF 140 et 144 faces¹), élèves de 6^e année, territoire local, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Québec, 2012-2013



¹ « La dentition permanente (144 faces) se distingue de la dentition permanente (140 faces) par le fait que la face occlusale des molaires permanentes supérieures a été scindée en deux parties, la partie occluso-mésiale (OM) et la partie occluso-distale (OD). Cette particularité permet de documenter plus spécifiquement l'expérience de la carie sur la face occlusale des molaires supérieures qui, morphologiquement, se présente en deux parties séparées l'une de l'autre par une crête transverse. » (Galarneau, Arpin, Boiteau, Dubé et Hamel, 2015, page 62)

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

+ Valeur significativement supérieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Source : INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Annexe 5

Synthèse des principaux indicateurs de l'ÉCSBQ 2012-2013 et des enquêtes antérieures par territoire local et pour l'ensemble de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

Sources : Payette, M., et autres. *Enquête santé dentaire Québec 1983-1984*, Rapport préliminaire région 01, Association des directeurs de santé communautaire, ministère des Affaires sociales, mars 1985, 120 pages.

DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final de l'Enquête santé dentaire 1989-1990, Département de santé communautaire du CH Hôtel-Dieu de Gaspé, février 1992, 141 pages.

DUBÉ, Nathalie et Claude PARENT. *Enquête santé dentaire 1996-1997 : Portrait de la santé dentaire des élèves de 6^e année Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine*, Rapport final, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, novembre 1998, 160 pages.

INSPQ, ÉCSBQ 2012-2013; traitement et analyses effectués par la DSP du CISSS de la Gaspésie.

Avignon

Indicateurs	1983-1984 n = 34	1989-1990 n = 89	1996-1997 n = 90	2012-2013 n = 86	2012-2013 Québec
Prévalence de la carie dentaire					
caod	1,41 (cod)	0,74	0,87	0,80*	0,63
CAOD	3,14	2,93	2,73	1,77+	0,93
caof	nd	1,55	1,92	1,96*	1,39
CAOF (128 faces)	nd	4,55	4,48	3,00+	1,48
Composantes du CAOD					
Cariées	0,70	0,39	0,43	0,31**	0,15
Absentes	0,41	0,00	0,01	0,00	0,01**
Obturées	2,02	2,54	2,29	1,46+	0,77
Élèves indemnes de carie en dentition permanente (%)	nd	19,1	26,7	42,8–	63,9
CAOF selon le type de faces		(CAOF 144 faces)	(CAOF 144 faces)	(CAOF 140 faces)	(CAOF 140 faces)
Faces avec puits et fissures	Non mesuré	4,10	3,64	2,03+	1,13
Faces lisses		0,53	0,92	1,07*+	0,39
Élèves avec une expérience élevée de carie (CAOF ≥ 5) (%)	Critère différent	44,9	37,8	27,4*+	11,3
CAOF moyen chez les élèves avec une expérience élevée de carie	nd	7,78	9,53	8,51	8,30
Besoin de traitement de la carie en dentition combinée (O/CO) (%)	Non pertinent			12,8**	13,9
Élèves avec un besoin évident de traitement (BET) (%)	Non mesuré			15,7**	10,5
Élèves avec au moins une dent permanente scellée (%)	Non mesuré	11,2	24,4	63,8	58,3
Moyenne de dents permanentes scellées par élève	Non mesuré	0,21	0,61	2,73	2,30
Répartition (en %) des élèves selon le niveau d'accumulation de débris					
Niveau faible	nd	Catégories différentes	42,7	10,4**–	23,0
Niveau moyen	nd		57,3	71,9	65,4
Niveau élevé	nd		0,0	17,7*	11,5
Élèves présentant un traumatisme dentaire sur les incisives permanentes (%)	Non mesuré			15,7**–	24,2

nd Donnée non disponible.

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Bonaventure

Indicateurs	1983-1984 n = 66	1989-1990 n = 131	1996-1997 n = 120	2012-2013 n = 87	2012-2013 Québec
Prévalence de la carie dentaire					
caod	0,86 (cod)	0,89	0,61	0,66*	0,63
CAOD	3,12	3,06	2,09	1,44+	0,93
caof	nd	1,64	1,25	1,39**	1,39
CAOF (128 faces)	5,79	4,79	3,53	2,38+	1,48
Composantes du CAOD					
Cariées	1,23	0,40	0,43	0,43*+	0,15
Absentes	0,27	0,00	0,01	0,00	0,01**
Obturées	1,62	2,66	2,29	1,01	0,77
Élèves indemnes de carie en dentition permanente (%)	nd	22,1	35,8	43,9–	63,9
CAOF selon le type de faces		(CAOF 144 faces)	(CAOF 144 faces)	(CAOF 140 faces)	(CAOF 140 faces)
Faces avec puits et fissures	Non mesuré	4,10	2,73	1,72+	1,13
Faces lisses		0,79	0,86	0,81*+	0,39
Élèves avec une expérience élevée de carie (CAOF ≥ 5) (%)	Critère différent	39,6	29,2	18,7*	11,3
CAOF moyen chez les élèves avec une expérience élevée de carie	nd	9,85	9,17	8,09	8,30
Besoin de traitement de la carie en dentition combinée (O/CO) (%)	Non pertinent			25,3*+	13,9
Élèves avec un besoin évident de traitement (BET) (%)	Non mesuré			26,9*+	10,5
Élèves avec au moins une dent permanente scellée (%)	Non mesuré	0,8	9,2	43,4–	58,3
Moyenne de dents permanentes scellées par élève	Non mesuré	0,03	0,23	1,30–	2,30
Répartition (en %) des élèves selon le niveau d'accumulation de débris					
Niveau faible	nd	Catégories différentes	33,6	10,0**–	23,0
Niveau moyen	nd		65,5	71,4	65,4
Niveau élevé	nd		0,8	18,5*	11,5
Élèves présentant un traumatisme dentaire sur les incisives permanentes (%)	Non mesuré			13,6**–	24,2

nd Donnée non disponible.

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Rocher-Percé

Indicateurs	1983-1984 n = 70	1989-1990 n = 117	1996-1997 n = 90	2012-2013 n = 79	2012-2013 Québec
Prévalence de la carie dentaire					
caod	0,77 (cod)	1,27	0,64	0,57*	0,63
CAOD	3,59	3,22	2,01	2,18+	0,93
caof	nd	2,91	1,53	1,43**	1,39
CAOF (128 faces)	7,70	5,27	3,38	3,24+	1,48
Composantes du CAOD					
Cariées	2,16	0,52	0,31	0,77*+	0,15
Absentes	0,64	0,03	0,03	0,01**	0,01**
Obturées	0,79	2,68	1,67	1,40*+	0,77
Élèves indemnes de carie en dentition permanente (%)	nd	18,8	37,8	39,3–	63,9
CAOF selon le type de faces		(CAOF 144 faces)	(CAOF 144 faces)	(CAOF 140 faces)	(CAOF 140 faces)
Faces avec puits et fissures	Non mesuré	4,46	2,68	2,49+	1,13
Faces lisses		0,99	0,82	0,88*+	0,39
Élèves avec une expérience élevée de carie (CAOF ≥ 5) (%)	Critère différent	48,8	32,2	31,7*+	11,3
CAOF moyen chez les élèves avec une expérience élevée de carie	nd	9,05	8,45	8,32	8,30
Besoin de traitement de la carie en dentition combinée (O/CO) (%)	Non pertinent			32,7*+	13,9
Élèves avec un besoin évident de traitement (BET) (%)	Non mesuré			33,5+	10,5
Élèves avec au moins une dent permanente scellée (%)	Non mesuré	1,7	24,4	36,6–	58,3
Moyenne de dents permanentes scellées par élève	Non mesuré	0,09	0,48	1,27–	2,30
Répartition (en %) des élèves selon le niveau d'accumulation de débris					
Niveau faible	nd	Catégories différentes	34,4	6,0**–	23,0
Niveau moyen	nd		62,2	65,0	65,4
Niveau élevé	nd		3,3	29,1*+	11,5
Élèves présentant un traumatisme dentaire sur les incisives permanentes (%)	Non mesuré			19,6*	24,2

nd Donnée non disponible.

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

La Côte-de-Gaspé

Indicateurs	1983-1984 n = 163	1989-1990 n = 183	1996-1997 n = 146	2012-2013 n = 109	2012-2013 Québec
Prévalence de la carie dentaire					
caod	1,01 (cod)	1,09	1,17	0,70*	0,63
CAOD	5,12	3,52	2,57	1,72+	0,93
caof	nd	2,02	2,73	1,57*	1,39
CAOF (128 faces)	9,76	5,80	4,70	2,59+	1,48
Composantes du CAOD					
Cariées	0,50	0,46	0,46	0,53*+	0,15
Absentes	0,14	0,03	0,03	0,00	0,01**
Obturées	4,47	2,85	2,09	1,19+	0,77
Élèves indemnes de carie en dentition permanente (%)	nd	16,5	32,7	44,4–	63,9
CAOF selon le type de faces		(CAOF 144 faces)	(CAOF 144 faces)	(CAOF 140 faces)	(CAOF 140 faces)
Faces avec puits et fissures	Non mesuré	4,83	3,53	1,85+	1,13
Faces lisses		1,07	1,29	0,77*+	0,39
Élèves avec une expérience élevée de carie (CAOF ≥ 5) (%)	Critère différent	53,3	42,8	23,5*+	11,3
CAOF moyen chez les élèves avec une expérience élevée de carie	nd	9,47	9,53	7,79	8,30
Besoin de traitement de la carie en dentition combinée (O/CO) (%)	Non pertinent			25,5*+	13,9
Élèves avec un besoin évident de traitement (BET) (%)	Non mesuré			29,8*+	10,5
Élèves avec au moins une dent permanente scellée (%)	Non mesuré	2,4	29,2	41,7–	58,3
Moyenne de dents permanentes scellées par élève	Non mesuré	0,09	0,76	1,43–	2,30
Répartition (en %) des élèves selon le niveau d'accumulation de débris					
Niveau faible	nd	Catégories différentes	21,6	9,5**–	23,0
Niveau moyen	nd		77,7	70,4	65,4
Niveau élevé	nd		0,7	20,1*+	11,5
Élèves présentant un traumatisme dentaire sur les incisives permanentes (%)	Non mesuré			22,7*	24,2

nd Donnée non disponible.

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

La Haute-Gaspésie

Indicateurs	1983-1984 n = 31	1996-1997 n = 82	2012-2013 n = 72	2012-2013 Québec
Prévalence de la carie dentaire				
caod	0,83 (cod)	1,11	0,64*	0,63
CAOD	2,54	1,90	1,92+	0,93
caof	nd	2,54	1,48*	1,39
CAOF (128 faces)	nd	3,67	3,85+	1,48
Composantes du CAOD				
Cariées	0,38	0,46	0,26*+	0,15
Absentes	0,25	0,07	0,04**	0,01**
Obturées	1,90	1,37	1,62+	0,77
Élèves indemnes de carie en dentition permanente (%)	nd	37,8	31,8*—	63,9
CAOF selon le type de faces		(CAOF 144 faces)	(CAOF 140 faces)	(CAOF 140 faces)
Faces avec puits et fissures	Non mesuré	2,40	2,59+	1,13
Faces lisses		1,40	1,49*+	0,39
Élèves avec une expérience élevée de carie (CAOF ≥ 5) (%)	Critère différent	30,5	31,2*+	11,3
CAOF moyen chez les élèves avec une expérience élevée de carie	nd	9,80	9,36	8,30
Besoin de traitement de la carie en dentition combinée (O/CO) (%)	Non pertinent		14,5*	13,9
Élèves avec un besoin évident de traitement (BET) (%)	Non mesuré		22,7*+	10,5
Élèves avec au moins une dent permanente scellée (%)	Non mesuré	7,3	35,1—	58,3
Moyenne de dents permanentes scellées par élève	Non mesuré	0,20	0,98—	2,30
Répartition (en %) des élèves selon le niveau d'accumulation de débris				
Niveau faible	nd	18,3	19,1*	23,0
Niveau moyen	nd	79,3	70,7	65,4
Niveau élevé	nd	2,4	10,2**	11,5
Élèves présentant un traumatisme dentaire sur les incisives permanentes (%)	Non mesuré		24,9*	24,2

Note : Le territoire de La Haute-Gaspésie (anciennement de Denis-Riverin) n'a pas participé à l'enquête de 1989-1990.

nd Donnée non disponible.

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

+ ou — Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Îles-de-la-Madeleine

Indicateurs	1983-1984 n = 71	1989-1990 n = 69	1996-1997 n = 80	2012-2013 n = 68	2012-2013 Québec
Prévalence de la carie dentaire					
caod	0,64 (cod)	0,99	1,23	0,94*	0,63
CAOD	3,62	3,99	2,36	1,13*	0,93
caof	nd	2,28	3,03	1,91	1,39
CAOF (128 faces)	6,32	8,04	4,40	2,24*	1,48
Composantes du CAOD					
Cariées	0,42	0,45	0,36	0,29**	0,15
Absentes	0,18	0,07	0,00	0,00	0,01**
Obturées	3,01	3,46	2,00	0,84*	0,77
Élèves indemnes de carie en dentition permanente (%)	nd	11,6	26,3	52,5	63,9
CAOF selon le type de faces		(CAOF 144 faces)	(CAOF 144 faces)	(CAOF 140 faces)	(CAOF 140 faces)
Faces avec puits et fissures	Non mesuré	5,80	3,53	1,46*	1,13
Faces lisses		2,45	0,91	0,87**+	0,39
Élèves avec une expérience élevée de carie (CAOF ≥ 5) (%)	Critère différent	65,7	42,5	20,0**	11,3
CAOF moyen chez les élèves avec une expérience élevée de carie	nd	11,40	8,41	8,25	8,30
Besoin de traitement de la carie en dentition combinée (O/CO) (%)	Non pertinent			18,2**	13,9
Élèves avec un besoin évident de traitement (BET) (%)	Non mesuré			21,3*+	10,5
Élèves avec au moins une dent permanente scellée (%)	Non mesuré	13,0	51,3	77,7+	58,3
Moyenne de dents permanentes scellées par élève	Non mesuré	0,28	1,90	3,23+	2,30
Répartition (en %) des élèves selon le niveau d'accumulation de débris					
Niveau faible	nd	Catégories différentes	32,5	X	23,0
Niveau moyen	nd		66,3	76,6+	65,4
Niveau élevé	nd		1,3	X	11,5
Élèves présentant un traumatisme dentaire sur les incisives permanentes (%)	Non mesuré			15,7**–	24,2

nd Donnée non disponible.

*CV entre 15 et 25 %, donnée à interpréter avec prudence.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

X Donnée confidentielle.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.

Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Indicateurs	1983-1984 n = 369	1989-1990 n = 589	1996-1997 n = 608	2012-2013 n = 501	2012-2013 Québec
Prévalence de la carie dentaire					
caod	0,84 (cod)	1,02	0,93	0,71	0,63
CAOD	3,87	3,33	2,20	1,70+	0,93
caof	2,90	2,08	2,15	1,61	1,39
CAOF (128 faces)	7,44	5,55	3,88	2,84+	1,48
Composantes du CAOD					
Cariées	1,12	0,45	0,41	0,44+	0,15
Absentes	0,32	0,03	0,03	0,01**	0,01**
Obturées	2,43	2,85	1,77	1,25+	0,77
Élèves indemnes de carie en dentition permanente (%)	12,0	18,0	34,8	42,6–	63,9
CAOF selon le type de faces		(CAOF 144 faces)	(CAOF 144 faces)	(CAOF 140 faces)	(CAOF 140 faces)
Faces avec puits et fissures	Non mesuré	4,60	2,95	2,00+	1,13
Faces lisses		1,07	1,02	0,96+	0,39
Élèves avec une expérience élevée de carie (CAOF ≥ 5) (%)	Critère différent	49,4	34,6	25,1+	11,3
CAOF moyen chez les élèves avec une expérience élevée de carie	nd	9,55	9,11	8,38	8,30
Besoin de traitement de la carie en dentition combinée (O/CO) (%)	Non pertinent			21,6+	13,9
Élèves avec un besoin évident de traitement (BET) (%)	Non mesuré			25,3+	10,5
Élèves avec au moins une dent permanente scellée (%)	Non mesuré	4,3	23,0	48,8–	58,3
Moyenne de dents permanentes scellées par élève	Non mesuré	0,11	0,61	1,77–	2,30
Répartition (en %) des élèves selon le niveau d'accumulation de débris					
Niveau faible	nd	Catégories différentes	28,1	9,6–	23,0
Niveau moyen	nd		70,2	70,8+	65,4
Niveau élevé	nd		1,6	19,6+	11,5
Élèves atteints d'une gingivite (%)	Critères différents			96,8+	81,5
Élèves présentant un traumatisme dentaire sur les incisives permanentes (%)	Non mesuré			18,5–	24,2

nd Donnée non disponible.

** CV supérieur à 25 %, donnée fournie à titre indicatif seulement.

+ ou – Valeur significativement supérieure ou inférieure à celle du Québec au seuil de 0,05.



*Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Gaspésie*

Québec 