

Chapitre 10

Santé buccodentaire

Martin Généreux
Jacques Durocher
Ginette Veilleux

Module santé dentaire - Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Introduction

Le lien entre la santé dentaire et l'appartenance à une communauté culturelle est très peu documenté au Québec. Les enquêtes générales réalisées par Santé Québec en 1987, 1992-1993 et 1998 n'incluaient pas de variable sur la santé buccodentaire (Santé Québec, 1988; Santé Québec, 1995; Institut de la statistique du Québec, 2001). De plus, les enquêtes québécoises sur la santé dentaire des enfants (Brodeur et autres, 2001; Brodeur et autres, 1999; Payette et autres, 1991; Payette et autres, 1985) et des adultes (Brodeur et autres, 1998; Brodeur et autres, 1995) mettent bien en relation certains résultats avec une variable « langue parlée à la maison », mais le trop petit nombre de sujets échantillonnés pour chacune des langues ne permet pas d'en arriver à des comparaisons significatives. Cependant, la carie en dentition primaire chez les écoliers québécois de la maternelle semble varier en fonction, entre autres, du statut d'immigration (Brodeur et autres, 2001). En effet, les enfants d'immigrants récents (5 ans et moins) présentent une proportion plus grande de dents atteintes par la carie que les immigrants moins récents ou que les non-immigrants.

Parallèlement à cet état de fait, les communautés culturelles prennent de plus en plus d'importance au Québec, notamment dans la région de Montréal. La population immigrante sur l'île de Montréal s'élève non seulement à plus du quart de la population montréalaise (Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2001), mais elle représente aussi

près de 70 % de la population immigrante du Québec (Statistique Canada, 1996).

Cadre conceptuel

Au cours des vingt dernières années, plusieurs études ont été réalisées sur la santé dentaire des enfants et des adultes québécois (Brodeur et autres, 2001; Brodeur et autres, 1999; Brodeur et autres, 1998; Brodeur et autres, 1995; Payette et autres, 1991; Payette et autres, 1985). Ces dernières nous ont permis de tracer un portrait des principaux problèmes de santé buccodentaire que rencontre la population québécoise et des différentes caractéristiques qui leur sont associées.

On observe, chez les adultes québécois de 35 à 44 ans, que près des deux tiers des dents présentes en bouche ont été atteintes par la carie (Brodeur et autres, 1998). De plus, pour la même population, on note une prévalence élevée de problèmes parodontaux (tissus de support de la dent) puisque près de 90 % des adultes ont besoin d'un traitement à cet égard. Ces deux conditions (carie et problèmes parodontaux) peuvent un jour ou l'autre conduire à l'édentation complète. À cet effet, un sondage québécois révèle qu'environ 20 % de la population adulte québécoise est complètement édentée (Brodeur et autres, 1995).

Le développement de la carie dentaire est considéré comme un processus infectieux qui nécessite la présence simultanée et pendant un certain temps de trois facteurs, soit un hôte susceptible, des bactéries et des sucres. Il s'agit d'une maladie transmissible influencée par l'alimentation, l'hygiène et la résistance

de l'hôte (Tinanoff et Palmer, 2000), cette dernière augmentant en présence d'un apport optimal en fluorure (Clarkson et McLoughlin, 2000). Les problèmes parodontaux sont également causés par un processus infectieux (Suchett-Kaye et autres, 2001) et sont influencés par l'hygiène (Choo et autres, 2001). Ainsi, tant le brossage des dents et l'utilisation de la soie dentaire qu'une alimentation non cariogène et un apport régulier en fluorure joueront un rôle de premier plan dans le contrôle des maladies buccodentaires.

En plus de ces mesures de prise en charge individuelle, d'autres mesures appliquées par des professionnels permettent de contrer, de façon efficace, l'apparition de la carie dentaire. L'application topique de fluorure sur les dents ainsi que les agents de scellement sur les dents postérieures sont parmi les plus répandues. Par ailleurs, bien que le tissu dentaire détruit par la carie ne se régénère pas, il existe des traitements de remplacement éprouvés allant de la simple restauration dentaire à la réhabilitation prothétique partielle ou complète. À cet effet, chez les adultes québécois âgés de 35 à 44 ans, on observe que la très grande majorité des dents cariées ont été restaurées (Brodeur et autres, 1998). De même, le taux de réhabilitation prothétique s'avère excellent (97 %) chez les personnes complètement édentées (Brodeur et autres, 1995).

Dans le segment de la population âgée entre 35 et 44 ans, la tendance est à une moins bonne condition buccodentaire chez les hommes, les individus plus âgés et chez ceux dont le revenu et le niveau de scolarité sont moins élevés, dont la résidence se situe en zone rurale et qui ne possèdent pas d'assurance dentaire privée (Brodeur et autres, 1998). On observe aussi une moins bonne condition buccodentaire chez les individus qui utilisent moins fréquemment les services dentaires. De façon plus spécifique, mis à part le fait que les femmes soient plus édentées que les hommes, on note les mêmes associations entre l'édentation complète et le revenu, le niveau de scolarité ainsi que l'utilisation des services dans

l'ensemble de la population québécoise (Brodeur et autres, 1995).

Les conséquences des maladies buccodentaires sur l'état de santé et de bien-être sont nombreuses. En plus d'influencer directement le taux d'édentation, la carie dentaire peut contribuer au développement des malocclusions, des maladies parodontales, des problèmes à l'articulation temporo-mandibulaire et peut affecter l'élocution et l'estime de soi (U.S. Department of Health and Human Services, 2000). L'édentation contribuera en outre à des problèmes d'alimentation (Sheiham et autres, 2001) et de digestion (Tosello et autres, 2001; Gunne, 1985) ainsi qu'à une augmentation significative de la prise de médicaments en lien avec ces problèmes (Brodeur et autres, 1990). Les maladies parodontales, quant à elles, pourraient être associées aux naissances prématurées (McGaw, 2002; Offenbacher et autres, 1998), à la naissance de bébés de petit poids (McGaw, 2002; Davenport et autres, 1998) et à certains problèmes cardiaques (Beck et Offenbacher, 1998).

Certaines recommandations professionnelles font l'objet d'un consensus autour du brossage des dents (deux fois par jour) et de l'utilisation de la soie dentaire (une fois par jour) (Ordre des dentistes du Québec, 2002; Association dentaire canadienne, 2002; Løe, 2000). En ce qui a trait à la consommation d'aliments sucrés, les recommandations professionnelles touchent moins à la quantité qu'à la réduction de la fréquence quotidienne de consommation de ces aliments ainsi qu'au moment de la journée où ils ne doivent pas être pris (en collation et au coucher) (Association dentaire canadienne, 2002; König, 2000; Tinanoff et Palmer, 2000). Quant aux visites en cabinet dentaire, bien qu'elles dépendent de beaucoup de facteurs, une fréquence semestrielle est généralement recommandée (Association dentaire canadienne, 2002).

Mise en contexte culturelle

L'examen de la littérature permet de constater un certain nombre de convergences quant à la situation de la santé buccodentaire des quatre communautés

culturelles à l'étude (chinoise, haïtienne, originaire du Maghreb et du Moyen-Orient, hispanophone d'Amérique latine), particulièrement en pays d'origine.

La littérature recensée permet d'observer, pour trois des groupes à l'étude, une proportion élevée de personnes se brossant les dents (Minquan et autres, 2000; Kwan et Williams, 1999; Brugman et autres, 1998; Rundberg et Young, 1972), parfois comparable aux données québécoises (Brodeur et autres, 1995). On observe aussi, dans la plupart des communautés d'origine de ces individus, un taux d'édentation plus faible qu'au Québec, qu'elles soient chinoise (Luan et autres, 1989), originaire de pays arabophones (Dougham et autres, 2000; Al Khateeb et autres, 1991; Pilot et autres, 1987) ou hispanophone (Ismail et Szpunar, 1990; Miller et autres, 1987). Cependant, sur le plan de la réhabilitation prothétique, la communauté chinoise semble présenter un taux très faible de réhabilitation chez les personnes complètement édentées (Lin et autres, 2001; Luan et autres, 1989; Hua, 1986; Chen et autres, 1985).

En pays d'origine surtout, mais également en pays d'accueil, la plupart des visites en cabinet dentaire semblent effectuées lorsqu'un problème est perçu (Lo et autres, 2001; Bedos et Brodeur, 2000; Vigild et autres, 1999; Alamoudi et autres, 1996; Watson et Brown, 1995; Schwarz et Lo, 1994; Cisneros et autres, 1979; Rundberg et Young, 1972).

Par ailleurs, on mentionne certaines particularités propres à quelques communautés d'origine. On rapporte ainsi l'utilisation d'une « liane savon » parmi la communauté haïtienne ou celle d'un « bâton à mâcher » chez les personnes du Maghreb et du Moyen-Orient comme instrument d'hygiène buccale (Al-Khateeb et autres, 1991; Rundberg et Young, 1972). Des résultats bénéfiques dus à l'utilisation de tels instruments pour la santé buccodentaire ont d'ailleurs été documentés dans plusieurs pays (Wu et autres, 2001). Enfin, l'utilisation du cure-dents semble fréquente dans la population chinoise, les pourcentages d'utilisation chez les plus de 20 ans allant de 40 % à plus de 70 % (Kwan et Williams, 1999; Lim et

autres, 1994). Il semble cependant que cette habitude servirait à démontrer son appréciation positive d'un repas (Kwan et Bedi, 2000).

La littérature montre que les habitudes alimentaires des enfants du Maghreb et du Moyen-Orient semblent comporter une part très importante d'aliments à forte teneur en sucre (Vigild et autres, 1999; Al-Tamimi et Petersen, 1998; Akpata et autres, 1992). Cependant, aucune donnée à cet effet n'a pu être recensée pour la population adulte.

Enfin, les communautés chinoise et hispanophone semblent faire preuve d'un certain fatalisme quant à la perte des dents (Lin et autres, 2001; Kwan et Williams, 1999; Watson et autres, 1999; Esa et autres, 1992; Hou et autres, 1989; Lind et autres, 1987; Kiyak, 1981).

Objectifs

Le présent chapitre vise à décrire la perception de la santé dentaire (état, importance accordée et signification d'une bonne santé dentaire) qu'ont les membres de quatre communautés culturelles (chinoise, haïtienne, originaire du Maghreb et du Moyen-Orient, hispanophone d'Amérique latine) d'immigration récente (10 ans et moins) vivant au Québec. On y présente aussi certaines habitudes alimentaires et d'hygiène buccodentaire, le niveau d'édentation complète et le port de prothèses chez ces quatre communautés. Enfin, le taux de réhabilitation prothétique, chez les personnes complètement édentées, et l'utilisation des services dentaires complètent cette description.

En complément à la description des principales variables de santé dentaire, on précisera certaines des associations existant entre elles. On procédera également à l'analyse des associations de ces dernières avec différentes variables sociodémographiques (âge, sexe, scolarité).

Enfin, bien qu'il n'existe pas de données sur la santé dentaire dans l'enquête sociale et de santé de 1998 (Institut de la statistique du Québec, 2001), un

sondage téléphonique portant sur la santé buccodentaire a été réalisé auprès de l'ensemble de la population adulte du Québec en 1993 (Brodeur et autres, 1995). Ainsi, on pourra comparer les résultats observés en santé buccodentaire chez la population visée par la présente étude avec ceux du sondage sur la santé dentaire des adultes québécois portant sur des éléments similaires.

10.1 Aspects méthodologiques

10.1.1 Indicateurs

Les variables dépendantes retenues dans le cadre de la présente étude, ainsi que les questions qui ont servi à les mesurer, sont en grande partie issues de deux études sur la santé dentaire réalisées auprès de la population adulte québécoise (Brodeur et autres, 1998; Brodeur et autres, 1995). Ces variables, toutes issues du questionnaire autoadministré (QAA), sont les suivantes :

L'état de santé dentaire perçu (QAA11) : excellent, très bon, bon, moyen, mauvais; on a retenu pour l'analyse : excellent/très bon. L'importance accordée à la santé des dents et de la bouche (QAA12) : pas important, peu important, important, très important; on a retenu pour l'analyse : très important. La signification d'une bonne santé dentaire (QAA13 a, b, c et d) : on devait accorder un ordre d'importance de 1 à 4 pour chacune des quatre dimensions, et on a retenu pour l'analyse : le plus important. On note, pour cette variable, des taux de non-réponse partielle supérieurs à 10 %. D'après les comparaisons effectuées à partir des variables de communauté, de classes d'âge, de sexe et du statut d'activité au cours des 12 derniers mois, on découvre que la non-réponse partielle à ces quatre questions est associée à la classe d'âge, les gens de 45 ans et plus répondant en moins grande proportion que les plus jeunes. De plus, on note que la non-réponse partielle à QAA13a est associée à la communauté, les personnes des communautés haïtienne et arabe étant proportionnellement moins nombreuses à répondre, tandis que la non-réponse partielle à QAA13d est

associée au statut d'activité, les étudiants étant ceux y ayant proportionnellement le plus répondu.

Les autres variables dépendantes portent sur la présence de dents naturelles en bouche (QAA14), la fréquence de brossage des dents (QAA16), la fréquence d'utilisation de la soie dentaire (QAA18), l'utilisation d'un cure-dent (QAA19), la dernière visite chez le dentiste (QAA21b), le port de prothèses amovibles (QAA22), et les personnes complètement édentées possédant au moins une prothèse amovible (indice construit à partir du sous-groupe des personnes complètement édentées – QAA14 – et possédant au moins une prothèse dentaire amovible – QAA22).

10.1.2 Portée et limites des données

La plupart des données en santé dentaire de la présente étude peuvent être comparées avec les données issues d'un sondage portant sur des variables de santé dentaire, réalisé à l'automne 1993, auprès d'un échantillon représentatif de la population québécoise de 18 ans et plus (Brodeur et autres, 1995). Les comparaisons entre les deux études sont faites sur une base descriptive mais aucun test statistique n'a été effectué pour apprécier l'importance des différences éventuellement observées entre les deux populations, entre autres en raison du fait que les données québécoises n'ont pas été standardisées pour les fins de la comparaison.

Par ailleurs, la distribution des deux populations présente des différences en ce qui concerne les groupes d'âge représentés et le niveau de scolarité (tableau 10.1). La population visée par la présente étude semble être plus jeune et plus scolarisée que celle du sondage en santé dentaire effectué auprès des adultes québécois. Cette situation pourrait avoir une incidence sur certaines variables étudiées, notamment l'édentation et le port de prothèses dentaires amovibles, fortement liés à l'âge. Ces deux dernières variables ont été analysées selon les différents groupes d'âge, de façon à minimiser l'effet de l'âge pour la population prise dans son ensemble.

Puisque le sondage en santé dentaire auprès des adultes québécois a eu lieu en 1993, l'effet du temps peut avoir une incidence sur les comportements. De plus, la collecte des données ayant été effectuée par sondage téléphonique, ses conditions d'application diffèrent de celles de la présente étude qui s'appuie, pour les variables de santé buccodentaire, sur un questionnaire autoadministré.

10.2 Résultats

10.2.1 Perception, importance et signification

Pour l'ensemble de la population visée par l'étude, près de 30 % considèrent leur état de santé dentaire comme très bon ou excellent, alors que plus de 35 % le considèrent moyen ou mauvais (données non présentées). On note une association significative avec l'âge : plus on est avancé en âge, moins la perception de l'état de santé dentaire est bonne (tableau 10.2). La perception de l'état de santé général et le port de prothèses amovibles sont fortement associés à la perception de l'état de santé dentaire (données non présentées). En effet, ceux qui se perçoivent en moins bonne santé générale et les porteurs de prothèses amovibles ont tendance à se percevoir en moins bonne santé dentaire. La fréquence de brossage des dents et l'utilisation des

services professionnels sont également associées à la perception de l'état de santé dentaire (moins on se brosse les dents et moins on utilise les services du dentiste, moins la perception de l'état de santé dentaire est bonne) (données non présentées). Par ailleurs, on observe une variation de la perception de la santé dentaire selon les communautés culturelles et selon la présence de dents en bouche. On constate ainsi que la communauté chinoise d'immigration récente semble être celle qui se percevrait en moins bonne santé dentaire, près de 61 % de ces immigrants considérant leur état de santé dentaire comme étant moyen ou mauvais (données non présentées).

On observe, pour l'ensemble des quatre groupes, que plus de 54 % de la population visée considère sa santé dentaire comme très importante (tableau 10.2). Cette proportion augmente à 93 % lorsqu'on ajoute les personnes qui la considèrent importante (données non présentées). Les personnes ayant au moins une dent, celles qui se brossent les dents au moins deux fois par jour, qui utilisent la soie dentaire au moins une fois par jour et qui ont rendu visite à un dentiste au cours des 12 mois précédant l'administration du questionnaire de l'étude accordent significativement plus d'importance à leur santé buccodentaire (données non présentées).

Tableau 10.1

Quelques caractéristiques des populations visées par l'Étude sur la santé dentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec, 1993 et par l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999

		Québec 1993	Communautés culturelles 1998-1999
		%	
Âge	18 à 24 ans	12,3	(15 à 24 ans) 25,5
	25 à 44 ans	45,4	45,2
	45 à 64 ans	27,7	23,2
	65 ans et plus	14,6	6,1
Sexe	Hommes	48,5	47,8
	Femmes	51,5	52,2
Scolarité	6 ans et moins	7,5	7,5
	7 à 12 ans	45,2	34,0
	13 à 15 ans	24,0	23,5
	16 ans et plus	23,3	35,5

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*, Brodeur et autres, 1996.

Au regard de la signification d'une bonne santé dentaire, le fait de ne pas avoir de douleur ou d'inconfort correspond, entre autres, au concept d'une bonne santé dentaire pour plus de 61 % de la population à l'étude alors que l'esthétique (avoir de belles dents) n'est retenue que par près de 35 % (tableau 10.2). Le fait de retenir l'absence de douleur ou d'inconfort et l'esthétique, comme référents d'une bonne santé dentaire, est associé avec le niveau de scolarité. En effet, plus le niveau de scolarité est élevé, plus la douleur et l'inconfort deviennent importants, alors que l'esthétique le devient moins (tableau 10.2). On note également un lien entre l'âge et la capacité de mastiquer comme référent d'une bonne santé dentaire; plus on est avancé en âge, plus ce concept devient important (tableau 10.2).

La communauté chinoise d'immigration récente tend surtout à considérer que le fait de bien mastiquer et de ne pas avoir de douleur ou d'inconfort correspond au concept d'une bonne santé dentaire. En effet,

respectivement près de 71 % et de 69 % des Chinois y accordent le plus d'importance (données non présentées). Quant à l'esthétique et à la bonne haleine, comme référents d'une bonne santé dentaire, elles semblent particulièrement citées par les immigrants récents d'origine haïtienne, soit respectivement près de 54 % et de 62 % (données non présentées).

10.2.2 Hygiène buccale et habitudes alimentaires

Dans la population des quatre groupes visés ayant au moins une dent naturelle en bouche (environ 90 % de la population), près de 95 % se brossent les dents au moins une fois par jour, alors que 76 % des personnes se les brossent deux fois et plus par jour (tableau 10.3). L'étude auprès de la population québécoise (Brodeur et autres, 1995) nous révèle, quant à elle, un pourcentage similaire (78 %).

Tableau 10.2

Perception de l'état de santé dentaire, importance accordée à celle-ci et signification d'une bonne santé dentaire selon certaines variables sociodémographiques, population de 18 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Perception de l'état de santé dentaire (excellente, très bonne)	Importance accordée à la santé dentaire (très important)	Signification d'une bonne santé dentaire (plus important)			
			Capable de mastiquer %	Pas de douleur	Avoir de belles dents	Avoir bonne haleine
Total	29,6	54,6	55,5	61,2	35,3	45,8
Sexe						
Hommes	27,5	50,0	54,5	61,4	33,0	42,6
Femmes	31,7	59,1	56,5	61,0	37,5	48,8
Âge						
18-24 ans	41,7	53,9	47,0	58,4	29,9	38,9
25-34 ans	30,5	52,8	50,1	62,0	37,1	47,6
35-44 ans	25,2	61,8	62,8	63,0	35,3	49,8
45-54 ans	23,1*	56,3	61,6	62,8	34,9	42,2
55-64 ans	22,5*	53,7	64,3	70,0	28,3*	47,9*
65 ans et plus	11,6**	46,4*	72,0	60,9	53,2*	59,3
Scolarité						
Aucune/Primaire	25,8*	50,5	56,3	53,1	37,4	45,7
Secondaire	32,3	55,3	52,9	54,8	38,2	44,6
Postsecondaire/non universitaire	33,4	56,8	58,7	71,3	37,8	53,8
Universitaire	26,2	53,8	55,3	62,0	30,9	42,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

La fréquence de brossage des dents est significativement associée au sexe, les hommes se brossant en proportion moins fréquemment les dents (deux fois par jour et plus) que les femmes (69 % c. 83 %). L'âge et la scolarité montrent aussi un lien significatif avec la fréquence de brossage des dents. En effet, les personnes du groupe d'âge se situant entre 35 et 44 ans se brossent les dents au moins deux fois par jour dans une proportion d'environ 81 %, comparativement à près de 53 % pour les personnes de 65 ans et plus. Quant aux personnes moins scolarisées, elles sont moins nombreuses proportionnellement à se brosser les dents deux fois et plus par jour que les plus scolarisées. Ces résultats sont de nouveau similaires à ceux de l'étude québécoise en santé dentaire auprès des adultes québécois (Brodeur et autres, 1995).

Le brossage des dents au moins deux fois par jour varie de près de 64 % pour les personnes originaires du Maghreb et du Moyen-Orient, à près de 90 % pour

les hispanophones d'Amérique latine (données non présentées).

Au regard de l'utilisation de la soie dentaire, autour de 27 % des personnes visées par l'étude ayant au moins une dent naturelle en bouche déclarent utiliser la soie dentaire au moins une fois par jour alors que pour la population québécoise, ce pourcentage s'élève à 32 % (Brodeur et autres, 1995). Contrairement à l'étude de Brodeur et autres (1995), aucune association n'est observée avec le sexe et la scolarité (tableau 10.3). Cette proportion varie de près de 23 % pour les immigrants récents originaires des pays arabophones et de Chine à plus de 37 % pour la communauté latino-américaine (données non présentées).

Tableau 10.3

Fréquence de brossage des dents, de l'utilisation de la soie dentaire et utilisation du cure-dents selon certaines variables sociodémographiques chez les personnes ayant au moins une dent naturelle en bouche, population de 18 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Brossage Fréquence (2 fois et plus par jour)	Soie dentaire Fréquence (1 fois et plus par jour) %	Cure-dents Utilisation (oui)
Total	76,3	27,0	41,3
Sexe			
Hommes	69,3	22,1	46,9
Femmes	83,2	31,6	35,8
Âge			
18-24 ans	77,8	29,2	37,6
25-34 ans	79,3	28,7	37,5
35-44 ans	81,0	28,1	43,5
45-54 ans	71,0	22,3	47,9
55-64 ans	73,3	34,2	40,5
65 ans et plus	52,5*	12,9**	60,9
Scolarité			
Aucune/Primaire	68,8	21,7**	37,7
Secondaire	76,5	26,3*	43,0
Postsecondaire/non universitaire	81,7	27,4*	41,8
Universitaire	74,4	28,5*	42,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

L'utilisation du cure-dents est rapportée par plus de 41 % de la population à l'étude ayant au moins une dent en bouche. On note une association significative entre l'utilisation du cure-dents et la variable sexe, près de 47 % des hommes l'utilisant, comparativement à environ 36 % des femmes (tableau 10.3). La population visée d'origine chinoise présente une utilisation particulièrement élevée avec un pourcentage de près de 57 % (données non présentées).

Enfin, dans l'alimentation habituelle, la consommation de sucreries (bonbons, chocolat, biscuits, gâteaux, autres sucreries) une fois et plus par jour s'élève à environ 11 % pour l'ensemble de la population visée par cette étude (données non présentées). Chez les immigrants récents originaires du Maghreb et du

Moyen-Orient, près de 18 % consommeraient des sucreries une fois et plus par jour.

10.2.3 Édentation complète

On observe, parmi l'ensemble des immigrants récents à l'étude, que près de 10 % déclarent n'avoir plus aucune dent naturelle en bouche (tableau 10.4). La population québécoise présente quant à elle une proportion de personnes complètement édentées de l'ordre de 20 % (Brodeur et autres, 1995). Par ailleurs, la population visée d'origine chinoise présenterait une proportion de plus de 33 % de personnes complètement édentées (données non présentées).

Tableau 10.4

Édentation complète et port d'au moins une prothèse dentaire amovible selon certaines variables sociodémographiques, population de 18 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Édentation complète	Port d'au moins une prothèse amovible
	%	
Total	10,4	15,3
Sexe		
Hommes	10,1	13,8
Femmes	10,6	16,7
Âge		
18-24 ans	7,2**	4,2**
25-34 ans	4,1**	4,8**
35-44 ans	5,2**	10,1*
45-54 ans	11,0**	23,8*
55-64 ans	34,8*	57,0
65 ans et plus	42,4*	64,9
Scolarité/		
Aucune/Primaire	22,4*	37,6
Secondaire	10,9*	15,1*
Postsecondaire/non-universitaire	8,1*	11,2*
Universitaire	5,8**	8,4*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

L'âge est un facteur associé à l'édentation de même que la scolarité, et ce, pour l'ensemble de la population visée (tableau 10.4). Alors que plus de 42 % de la population de 65 ans et plus est complètement édentée, moins de 6 % des moins de 45 ans n'ont plus aucune dent naturelle en bouche. On observe également que plus de 22 % de la population à l'étude ayant au plus un niveau de scolarité primaire est complètement édentée, alors que cette proportion est de moins de 6 % chez les personnes ayant un niveau universitaire. Ces associations sont également observées dans la population québécoise (Brodeur et autres, 1995). Cependant, contrairement à l'étude de Brodeur et autres (1995), la variable sexe ne montre aucune association avec l'édentation complète.

10.2.4 Port de prothèses amovibles

Plus de 15 % de la population adulte visée par l'étude porte au moins une prothèse dentaire amovible (tableau 10.4). Pour l'ensemble de la population étudiée, près de 7 % sont porteurs d'une prothèse aux deux maxillaires, environ 5 % au maxillaire supérieur seulement et près de 2 % au maxillaire inférieur seulement (données non présentées). Selon Brodeur et autres (1995), une proportion de 42 % de la population québécoise est porteuse d'au moins une prothèse dentaire amovible.

Le port de prothèses amovibles est lié à l'âge et à la scolarité pour l'ensemble des quatre communautés. En effet, le pourcentage de porteurs de prothèses dentaires amovibles varie d'environ 4 % pour les personnes âgées de 18 à 24 ans à près de 65 % pour les personnes de 65 ans et plus. On observe aussi, pour la catégorie de la population la moins scolarisée (au plus, une scolarité primaire complétée) une proportion nettement plus importante de porteurs de prothèses (autour de 37 %) que pour celle la plus scolarisée, c'est-à-dire ayant complété un niveau universitaire (environ 8 %). Ces associations sont également observées dans la population québécoise (Brodeur et autres, 1995).

10.2.5 Réhabilitation prothétique (chez les personnes complètement édentées)

La réhabilitation prothétique correspond au pourcentage de personnes complètement édentées possédant au moins une prothèse dentaire amovible. Dans la population à l'étude, on observe un pourcentage de réhabilitation prothétique de près de 38 % (données non présentées). En comparaison, la population du Québec présente une proportion de personnes complètement édentées porteuses d'au moins une prothèse amovible de 97 % (Brodeur et autres, 1995).

Par ailleurs, alors qu'il semble que moins de 35 % des personnes complètement édentées des populations d'origine chinoise et hispanophone soient porteuses d'une prothèse amovible, on note, chez les deux autres groupes, des pourcentages supérieurs à 60 % (données non présentées).

Il semble n'y avoir aucune différence dans les habitudes alimentaires (fréquence de consommation de pain, de légumineuses, de viandes, de fruits et légumes) entre les personnes complètement édentées qui n'ont subi aucune réhabilitation (porteuses d'aucune prothèse amovible) et celles qui en ont subi une, et ce, pour l'ensemble de la population à l'étude ainsi que pour chacune des communautés prise séparément (données non présentées). En outre, il ne semble exister aucun lien entre le fait d'être complètement édenté sans réhabilitation prothétique et les problèmes rapportés du système gastro-intestinal ou la prise de médicaments.

10.2.6 Utilisation des services

Plus de 62 % de la population des quatre groupes visés a consulté un dentiste au cours de l'année précédant sa réponse au questionnaire de l'étude (tableau 10.5). Pour la même variable, la population québécoise présentait un pourcentage de 53 % en 1993 (Brodeur et autres, 1995) et de 52 % en 1999 (Ordre des dentistes du Québec, 1999).

On observe que le fait de posséder une assurance qui couvre les dépenses, au moins en partie, pour les services non assurés par l'État, est associé à une utilisation récente. Alors que plus de 87 % de la population possédant ce type d'assurance a effectué une visite chez un dentiste au cours des 12 mois précédant la réponse au questionnaire de l'étude, près de 70 % des non-assurés déclarent avoir visité le dentiste au cours de cette même période (données non présentées). À ce sujet, les données québécoises vont dans le même sens (Brodeur et autres, 1995).

Les personnes originaires des pays arabophones et hispanophones semblent particulièrement nombreuses,

en proportion, à avoir visité le dentiste au cours de l'année précédant leur réponse au questionnaire de l'étude (soit 76 % d'entre elles). Il est intéressant de noter le lien significatif entre la satisfaction face aux services de santé de la région et le fait d'avoir visité le dentiste au cours des 12 mois précédant l'entrevue pour la communauté chinoise. Chez les immigrants récents d'origine chinoise qui ne sont pas du tout satisfaits des services de santé, seulement 22 % ont consulté un dentiste au cours de l'année précédant l'entrevue (données non présentées).

Tableau 10.5

Utilisation des services dentaires au cours de l'année précédant l'entrevue selon certaines variables sociodémographiques, population de 18 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Dernière visite chez le dentiste (1 an et moins) %
Total	62,3
Sexe	
Hommes	61,1
Femmes	63,5
Âge	
18-24 ans	65,0
25-34 ans	63,8
35-44 ans	64,4
45-54 ans	63,9
55-64 ans	50,3
65 ans et plus	38,8*
Scolarité	
Aucune/Primaire	53,4
Secondaire	61,5
Postsecondaire/non universitaire	64,9
Universitaire	65,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Le dentiste apparaît comme étant le deuxième professionnel de la santé le plus visité. Parmi les quatre groupes d'immigrants récents, près de 9 % de la population rapporte avoir consulté un médecin généraliste au cours des deux semaines précédant la réponse au questionnaire de l'enquête, et ce pourcentage est d'environ 4 % pour le dentiste.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

La présente étude a permis d'observer un certain nombre de résultats qui contribueront à orienter l'approche en santé dentaire auprès de certaines communautés culturelles du Québec. Globalement, la fréquence des mesures d'hygiène buccodentaire (brossage des dents, soie dentaire) des quatre groupes visés par l'étude est comparable à celle de la population québécoise en 1993 (Brodeur et autres, 1995). Cependant, les proportions de personnes complètement édentées, de personnes porteuses d'au moins une prothèse dentaire amovible ainsi que de personnes complètement édentées porteuses d'au moins une prothèse dentaire amovible semblent moins élevées. Par ailleurs, la proportion de personnes ayant effectué une visite chez le dentiste au cours des douze derniers mois apparaît plus élevée. Un certain nombre de variations culturelles semblent cependant ressortir pour ces variables. L'influence de l'appartenance culturelle semble également s'observer sur le plan de la perception de l'état de santé dentaire, de l'importance et de la signification d'une bonne santé dentaire, ainsi que sur le plan de la consommation d'aliments sucrés. Ces observations militeraient en faveur de l'élaboration et de la réalisation d'études épidémiologiques auprès de différentes communautés culturelles de façon à observer l'état de santé buccodentaire et à mettre en relation les différentes variables considérées dans la présente étude avec les variables dentaires cliniques ainsi recueillies.

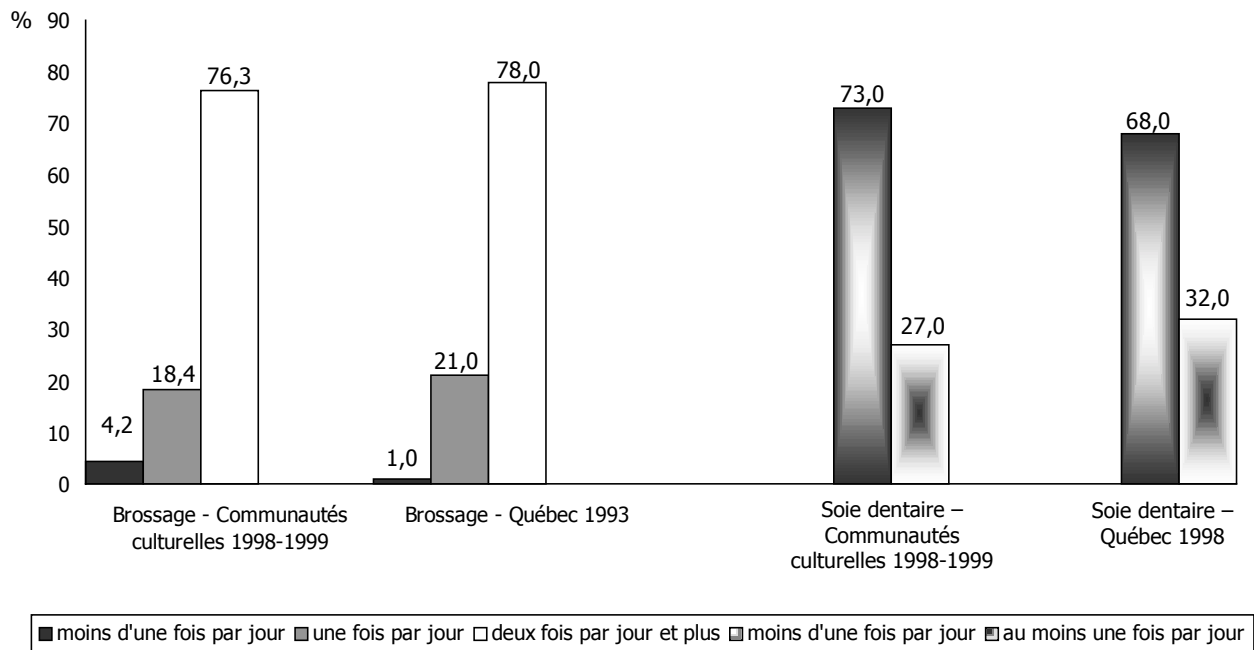
La perception de l'état de sa santé dentaire semble être un concept associé de façon équivoque à la condition dentaire clinique de l'individu (Gift et autres, 1998; Rosenoer et Sheiham, 1995; Atchison et autres, 1993; Drake et autres, 1990; Gooch et autres, 1989; Reisine et Bailit, 1980). Par exemple, la perception de la santé dentaire peut être associée à la présence ou à l'absence de dents (Gift et autres, 1998), comme le montrent les données de la présente étude. Dans ce contexte, les résultats observés quant à la perception doivent être interprétés avec prudence.

Les résultats au regard de la fréquence de brossage des dents de l'ensemble des quatre groupes visés montrent des pourcentages comparables à ceux rencontrés dans la population adulte québécoise (figure 10.1). Le brossage des dents semble ainsi apparaître comme une habitude culturelle bien ancrée non seulement au Québec, mais aussi dans les populations étudiées. Pour le brossage des dents, on retrouve des associations avec les mêmes variables que celles du sondage québécois, de même qu'avec celles d'un bon nombre d'autres études (Charrette, 1993; Ronis et autres, 1993; Hayward et autres, 1989; Heloe et autres, 1982), soit le sexe, l'âge et la scolarité. Ces associations semblent ainsi indépendantes de l'appartenance culturelle.

On note aussi des fréquences d'utilisation de la soie dentaire comparables à celles de la population québécoise (figure 10.1). Ce résultat, bien qu'intéressant sur le plan de la santé, ne semble pas refléter l'état de la situation en pays d'origine pour la communauté chinoise (Kwan et Bedi, 2000; Lim et autres, 1994). La littérature recensée ne rapporte aucune donnée sur l'utilisation de la soie dentaire pour les trois autres communautés. Cependant, puisque ces dernières semblent se comporter de la même façon que les Chinois pour les autres habitudes examinées en pays d'origine (brossage des dents, utilisation des services), il est raisonnable de présumer que la fréquence d'utilisation de la soie dentaire y soit aussi similaire.

Figure 10.1

Proportion de personnes selon la fréquence de brossage des dents et de l'utilisation de la soie dentaire, population de 18 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1993



Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*. Brodeur et autres, 1996.

L'utilisation quotidienne de la soie dentaire se présente au Québec comme une habitude dont on fait largement la promotion, tant en cabinet dentaire que dans toutes les campagnes d'éducation à la santé. Il s'agit d'un comportement reconnu comme faisant partie des moyens utiles à la prévention de la carie dentaire et des maladies parodontales. Ainsi, l'importance que prend l'utilisation quotidienne de la soie dentaire chez les communautés culturelles du Québec, par rapport à leur pays d'origine, procéderait soit d'un processus d'acculturation rapide, soit d'un désir de conformité en lien avec les comportements préventifs de la société d'accueil. Cette deuxième hypothèse paraît d'autant plus plausible qu'il n'existe aucun lien entre l'utilisation de la soie dentaire et l'année d'arrivée au Québec de la population immigrante récente.

Quant à l'alimentation, la fréquence quotidienne de consommation de produits sucrés semble plus élevée

parmi les immigrants récents originaires du Maghreb et du Moyen-Orient. Cette observation trouve un écho dans la littérature sur la santé dentaire de certaines régions d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient où l'on constate une consommation importante d'aliments sucrés (Vigild et autres, 1999; Al-Tamimi et Petersen, 1998; Akpata et autres, 1992).

Puisque l'édentation complète semble être moins importante pour la population à l'étude que pour la population québécoise (10 % c. 20 %), on pourrait conclure que la carie a fait moins de dommages parmi les communautés culturelles visées. En effet, la carie dentaire apparaît comme la principale cause de la perte des dents pour tous les âges, à l'exception peut-être des personnes plus âgées (Stephens et autres, 1991; Chauncey et autres, 1989; Bailit et autres, 1987; Cahen et autres, 1985). Il est cependant intéressant de noter que chez les enfants dont les parents sont des immigrants récents (5 ans

ou moins), le niveau de carie est plus élevé que chez les Québécois. Rappelons que l'édentation est un phénomène multifactoriel et qu'une étude plus approfondie des habitudes et conditions de vie des populations des quatre communautés culturelles visées (avant et après leur arrivée au Canada) serait à même de fournir plus de renseignements quant aux causes précises de l'édentation ainsi qu'aux différences observées avec la population québécoise.

La communauté chinoise semble se démarquer de la population québécoise avec un pourcentage de plus de 33 % de personnes complètement édentées. Toutefois, l'édentation est fortement liée à l'âge et l'on observe, dans la présente étude, une représentation beaucoup plus importante de personnes de 45 ans et plus dans la population d'origine chinoise (près de 40 % contre moins de 26 % pour les trois autres communautés visées). Il semble y avoir aussi dans une partie de la communauté chinoise une certaine forme de fatalisme quant à l'édentation, les membres de cette communauté croyant qu'on ne peut prévenir la perte des dents ou encore, chez les plus âgés, que la présence de dents à un âge avancé « mangera la bonne fortune des enfants » (Kwan et Holmes, 1999; Kwan et Williams, 1999). On note aussi que, pour la population chinoise, les causes de la carie dentaire et des maladies parodontales paraissent mal comprises, spécialement chez les adultes et les aînés (Kwan et Williams, 1999). De plus, malgré l'influence du pays d'adoption, plusieurs immigrants chinois tendent à conserver leurs croyances traditionnelles vis-à-vis de la santé buccodentaire, du moins aux États-Unis (Kiyak et Miller, 1982) et à Singapour (Quah, 1985). Ces croyances semblent surtout partagées par les personnes les plus âgées de la communauté chinoise.

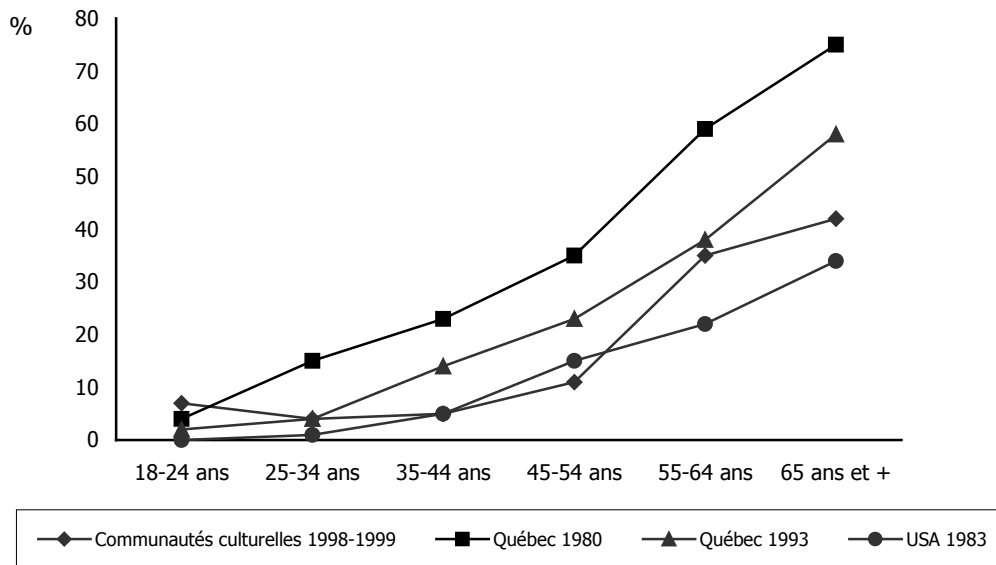
Il est étonnant que l'édentation semble n'être associée au port de prothèses que dans deux communautés sur quatre (haïtienne et originaire de pays arabophones). En effet, l'édentation complète militant grandement en faveur d'une réhabilitation dans le but de maintenir la fonction et l'apparence, on devrait s'attendre à une association importante entre les deux variables pour l'ensemble des communautés.

Ni une bonne ou mauvaise perception de sa santé dentaire, ni l'importance qu'on y accorde ne sont liées à l'édentation complète pour la population des communautés chinoise et hispanophone. Cette dernière observation au regard de la perception pourrait apporter une certaine forme d'explication au taux d'édentation important qu'on semble observer pour la communauté chinoise et pour lequel, qui plus est, il n'y a que peu de réhabilitation. En effet, la croyance voulant qu'il soit normal de perdre ses dents avec l'âge tend à séparer l'édentation de la perception d'un mauvais état de santé dentaire et à défavoriser la réhabilitation prothétique.

Par ailleurs, les données sur l'édentation complète selon l'âge présentent un intérêt certain qui réside dans leur comparaison avec les données du Québec et celles des États-Unis (figure 10.2). En effet, la courbe pour les immigrants récents au Québec visés par l'étude suit un profil qui ressemble plus à celui des États-Unis, en 1983, sur le plan de la prévalence de la condition selon l'âge, et ce, jusqu'à 45 à 54 ans (11 %). Passé ce groupe d'âge, l'édentation chez les communautés culturelles fait un bond important (35 %) pour se stabiliser toutefois à des niveaux inférieurs aux données québécoises les plus récentes (Brodeur et autres, 1995).

Figure 10.2

Pourcentage des personnes complètement édentées au Québec en 1980 et 1993, aux États-Unis en 1983 et parmi quatre groupes d'immigrants récents au Québec en 1998-1999, population de 18 ans et plus



Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*. Brodeur et autres, 1996, Ismail et autres, 1983, Duquette et autres, 1981.

L'étude de l'évolution de l'édentation au Québec, entre 1980 et 1993, permet de constater que l'incidence actuelle de ce phénomène est faible (Brodeur et autres, 1996). Cette situation permet d'estimer l'évolution du niveau d'édentation pour les années futures au Québec. Ainsi pourrait-on envisager, pour la population des quatre communautés culturelles à l'étude, un niveau d'édentation inférieur à celui du Québec. En effet, la population visée par l'étude montrant une utilisation des services du cabinet dentaire qui semble supérieure à celle de la population québécoise, le niveau de traitement, de très bas qu'il était dans le pays d'origine (Bedos et Brodeur, 2000; Al-Ismaily et autres, 1997; Lo et Schwarz, 1994; Petersen et Guang, 1994), pourrait augmenter substantiellement. L'extraction dentaire, comme traitement de dernier recours, diminuant, l'incidence de l'édentation devrait se maintenir au niveau de celui du Québec. Puisque la prévalence de l'édentation semble plus faible chez les nouveaux arrivants des communautés culturelles à l'étude que dans la population québécoise, les niveaux

d'édentation devraient demeurer plus faibles aux âges subséquents.

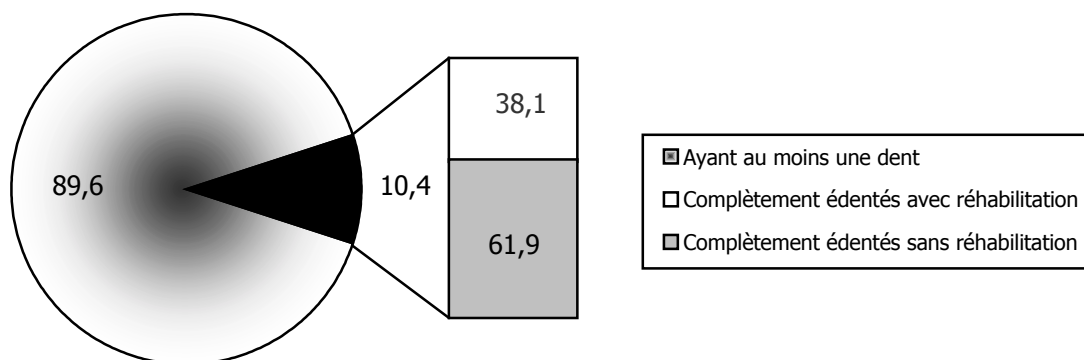
On observe, dans la population québécoise, un pourcentage de port de prothèses amovibles de l'ordre de 42 % en 1993 (Brodeur et autres, 1995), alors qu'il n'est que de 15 % pour l'ensemble des quatre groupes d'immigrants récents visés par l'étude. Puisqu'on remarque un taux d'édentation complète moins important dans la population visée qu'au Québec (10 % c. 20 % au Québec) ainsi qu'un pourcentage de réhabilitation (personne complètement édentée possédant une prothèse dentaire) faible comparativement à celui de la population du Québec, la probabilité de porter une prothèse amovible chez les personnes des communautés culturelles visées s'en trouve diminuée. Cette situation (faible taux d'édentation, faible taux de réhabilitation) semble confirmée par quelques données épidémiologiques issues de certaines régions d'origine, chinoise et haïtienne notamment (Corbet et Lo, 1994; Luan et autres, 1989; Rundberg et Young, 1972).

Par ailleurs, bien que l'âge soit un facteur particulièrement associé au port de prothèses amovibles, il n'est pas un facteur étiologique de l'édentation. C'est plutôt le temps qui agit pour favoriser le cumul des facteurs étiologiques réels qui contribuent à la perte des dents.

Malgré un pourcentage d'édentation complète qui semble moins élevé que dans la population québécoise, il est remarquable de constater la

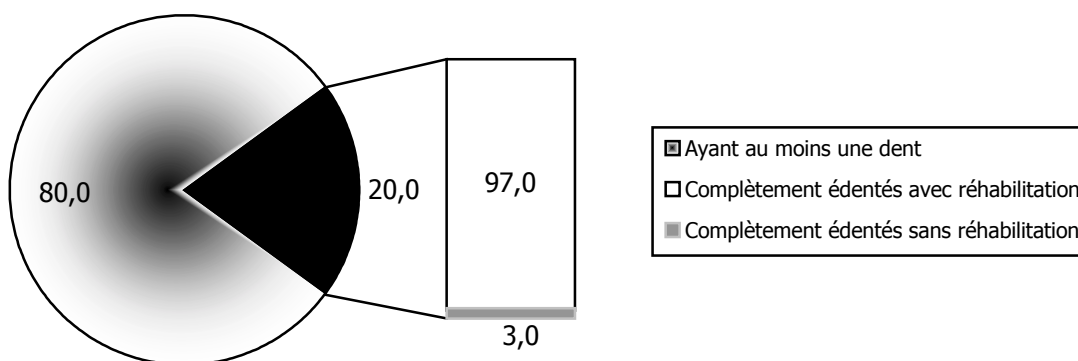
différence qu'on observe entre le pourcentage d'individus complètement édentés porteurs d'au moins une prothèse dentaire amovible de la population des quatre communautés culturelles (près de 38 %), et celui de la population du Québec (97 %) (figures 10.3 et 10.4). Soulignons que l'accès à des traitements prothétiques adéquats demeure limité dans plusieurs régions d'origine des communautés visées (Al-Ismaily et autres, 1997; Corbet et Lo, 1994; Lang et autres, 1984).

Figure 10.3
Pourcentage d'édentation complète et de réhabilitation, population de 18 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999



Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Figure 10.4
Pourcentage d'édentation complète et de réhabilitation, population de 18 ans et plus, Québec 1993



Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*. Brodeur et autres, 1996.

Bien que la figure 10.3 montre un important besoin de réhabilitation prothétique des personnes complètement édentées des groupes visés par l'étude, il doit cependant être interprété à la lumière de leur perception culturelle des besoins liés à leur condition. En effet, la présente étude semble ne montrer aucun lien entre le fait d'être édenté complètement et non-porteur de prothèses et le type d'alimentation, les problèmes rapportés du système gastro-intestinal ou la prise de médicaments. Une étude approfondie de la question de la réhabilitation prothétique permettrait de mieux comprendre les raisons de la sous-utilisation de ce service ainsi que de l'absence de problèmes associés.

Le fait que les immigrants récents chinois et hispanophones semblent présenter des taux de réhabilitation plus faibles que les deux autres groupes pourrait indiquer une relation différente, quant à la réhabilitation et à l'utilisation des services de soins prothétiques. Ainsi, on note, pour les membres de la communauté chinoise, que l'ajustement d'une prothèse, qu'elle soit nouvelle ou pas, n'est pas un comportement habituel dans leur pays d'origine (Kwan et Bedi, 2000). En effet, il semble que leur expérience générale du cabinet dentaire en pays d'origine leur laisse croire qu'ils pourraient ne pas être les bienvenus pour un ajustement prothétique chez un dentiste occidental. L'idée de devenir un patient « impopulaire » est embarrassante, particulièrement chez les gens âgés (Kwan et Holmes, 1999).

Avec un pourcentage de consultation en cabinet dentaire au cours de l'année précédant l'étude qui s'élève à plus de 62 % de la population, les communautés culturelles étudiées semblent se positionner comme des utilisateurs plus importants des services de soins dentaires que les Québécois (53 %). Par ailleurs, dans la plupart des pays industrialisés, l'utilisation annuelle des services dentaires est nettement plus élevée qu'au Québec (Tomar et autres, 1998; Ronis et autres, 1993; Payne et Locker, 1992; Dean, 1991), les pourcentages allant jusqu'à 78 % en Ontario (Association dentaire canadienne, 1990). Il semble ainsi que ce n'est pas

tant l'utilisation des services dentaires par les groupes visés par l'étude qui est élevée, mais bien celle du Québec qui est faible.

Ces constats mettent cependant en évidence l'écart observé, pour l'utilisation des services dentaires, entre certaines données des régions d'origine indiquant une faible utilisation (Bedos et Brodeur, 2000; Dougham et autres, 2000; Hamasha et autres, 2000; Minquan et autres, 2000; Al-Tamimi et Petersen, 1998; Al-Ismaily et autres, 1997; Schwarz et Lo, 1994; Wright et autres, 1989; Wissa et Zahran, 1988; De Muniz, 1985; Rundberg et Young, 1972) et les observations de la présente étude. Comme pour l'utilisation de la soie dentaire, les phénomènes d'acculturation et de conformité aux normes du pays hôte pourraient jouer un rôle dans l'utilisation des services dentaires. Les facteurs sociodémographiques habituels sont fortement associés à l'utilisation des services dentaires en pays d'origine. Cependant, dans le contexte québécois, la probable tendance à vouloir se conformer aux normes reconnues semble avoir fait disparaître les associations entre les principales variables sociodémographiques et l'utilisation des services dentaires des membres des quatre communautés culturelles à l'étude. À cet effet, il serait intéressant d'être en mesure de déterminer la nature de la consultation en cabinet dentaire (visite pour un problème perçu ou visite préventive) pour la population des communautés culturelles de façon à mieux cerner leur mode d'utilisation.

L'association observée entre le fait de posséder une assurance privée et l'utilisation des services, et ce, pour l'ensemble des communautés culturelles à l'étude, est aussi notée pour la population québécoise (Brodeur et autres, 1995). Cette situation ne fait que confirmer l'importance de la barrière des coûts des services dentaires qui contribue au maintien des inégalités sociales en santé.

Le lien existant entre la satisfaction face aux services de santé de la région et le moment de la dernière consultation en cabinet dentaire, chez les immigrants récents d'origine chinoise, soulève la question de la

sensibilité culturelle de certaines communautés face à l'utilisation d'un service de santé, en particulier chez les membres les plus âgés. En effet, selon Kwan et Williams (1998), bien que la plupart des membres de la communauté chinoise semblent croire à la bonne compétence du dentiste sur le plan clinique, plusieurs d'entre eux, spécialement les adultes et les personnes âgées, déplorent le manque de sensibilité culturelle de ce professionnel dans l'approche avec le patient. Ces mêmes auteurs constatent, pour cette communauté, une préférence pour un dentiste d'origine chinoise. Le coût, la langue, la difficulté de communiquer et l'incertitude au regard des traitements constitueraient les principales barrières à l'utilisation des services d'un dentiste d'origine autre que chinoise.

Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

Cette étude a permis de constater que la signification d'une bonne santé dentaire (capacité masticatoire, absence de douleur et d'inconfort, présence de belles dents, bonne haleine) ainsi que l'importance qu'on y accorde semblent présenter une certaine variation interculturelle. Ces constatations, bien qu'elles n'expriment que des tendances, pourront cependant influencer toute approche d'éducation à la santé dentaire dans le sens d'une prise en compte des particularités des différentes communautés culturelles à l'étude de façon à optimiser le message à transmettre.

Puisque le brossage des dents semble être une habitude largement répandue pour ce qui est de la fréquence quotidienne, l'éducation à la santé dentaire se concentrera sur l'amélioration de l'efficacité du brossage ainsi que sur l'utilisation adéquate de la soie dentaire.

Par ailleurs, malgré un pourcentage très peu élevé de réhabilitation prothétique, l'éducation à la santé dentaire, ciblant l'importance d'une réhabilitation adéquate des personnes appartenant à des communautés culturelles au Québec, devra se montrer

prudente, compte tenu de l'absence de problèmes évidents liés au fait d'être complètement édenté sans réhabilitation prothétique.

Il conviendrait également d'envisager d'autres pistes susceptibles d'influencer l'adoption d'un comportement préventif tant en santé dentaire que dans la sphère de la santé en général. En pays d'origine, les notions de niveau socioéconomique, d'appartenance à une classe sociale particulière ou même d'exposition à la culture occidentale en matière de santé, sont autant de facteurs modulant l'adoption d'un comportement lié à la prévention. Par exemple, le milieu d'origine, qu'il soit rural ou urbain, peut déterminer l'accès non seulement aux soins, mais également aux méthodes et moyens préventifs, favorisant du même coup l'adoption d'habitudes de vie saines. La présence d'un lien régulièrement rapporté entre des habitudes favorables à la santé dentaire et plusieurs variables sociodémographiques, et ce, indépendamment de la population étudiée (Dougham et autres, 2000; Vigild et autres, 1999; Brodeur et autres, 1995; Payne et Locker, 1994; De Muniz, 1985), milite en faveur d'une prise en compte sérieuse d'explications débordant le cadre strict de l'appartenance culturelle.

Bibliographie

- AKPATA, E. S., A. R. AL-SHAMMERY et H. I. SAEED (1992). « Dental caries, sugar consumption and restorative dental care in 12-13 years old children in Riyadh, Saudi Arabia », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 20, p. 343-346.
- ALAMOUDI, N., N. O. SALAKO et I. MASSOUD (1996). « Caries experience of children aged 6-9 years in Jeddah, Saudi Arabia », *International Journal of Paediatric Dentistry*, vol. 6, n° 2, p. 101-105.
- AL-ISMAILY, M., I. G. CHESTNUTT, A. AL-KHUSSAIBY, K. W. STEPHEN, A. AL-RIYAMI, M. ABBAS et M. KNIGHT (1997). « Prevalence of dental caries in Omani 6-year-old children », *Community Dental Health*, vol. 14, n° 3, p. 171-174.

AL-KHATEEB, T.L., D. M. O'MULLANE, H. WHELTON et M. I. SULAIMAN (1991). « Periodontal treatment needs among Saudi Arabian adults and their relationship to the use of Miswak », *Community Dental Health*, vol. 8, p. 323-328.

AL-TAMIMI, S., et P. E. PETERSEN (1998). « Oral health situation of schoolchildren, mothers and schoolteachers in Saudi Arabia », *International Dental Journal*, vol. 48, n° 3, p. 180-186.

ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE (Page consultée le 24 avril 2002). *Site Internet de l'Association dentaire canadienne, Le brossage, la soie dentaire, l'alimentation et le fréquence des consultations* [en ligne] <http://www.cda-adc.ca/public/index.html>

ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE (1990). Sondage Canada Health Monitor.

ATCHISON, K. A., R. E. MATTHIAS, T. A. DOLAN, J. E. LUBBEN, F. DEJONG, S. SCHWEITZER et S. A. MAYER-OAKES (1993). « Comparison of oral health ratings by dentists and dentate elders », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 53, p. 223-230.

BAILIT, H. L., R. BRAUN, G. A. MARYNIUK et P. CAMP (1987). « Is periodontal disease the primary cause of tooth extraction in adults? », *Journal of the American Dental Association*, vol. 114, p. 40-45.

BECK, J. D., et S. OFFENBACHER (1998). « Oral health and systemic disease: periodontitis and cardiovascular disease », *Journal of Dental Education*, vol. 62, n° 10, p. 859-870.

BEDOS, C., et J. M. BRODEUR (2000). « Déterminants de la carie dentaire parmi les écoliers haïtiens et implication pour la santé publique », *Santé*, vol. 10, n° 3, p. 161-168.

BRODEUR, J. M., M. OLIVIER, M. BENIGERI, C. BEDOS et S. WILLIAMSON (2001). *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 et 7-8 ans*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 148 p. (Collection analyses et surveillance; 18).

BRODEUR, J. M., M. OLIVIER, M. PAYETTE, M. BENIGERI, S. WILLIAMSON et C. BEDOS (1999). *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, vol. 11, 148 p. (Collection analyses et surveillance).

BRODEUR, J. M., M. PAYETTE, M. OLIVIER, D. CHABOT, M. BENIGERI, S. WILLIAMSON et A. LEMAY. (1998). *Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35-44 ans*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 159 p. (Collection analyses et surveillance; 8).

BRODEUR, J. M., M. BENIGERI, H. NACCACHE, M. OLIVIER et M. PAYETTE (1996). « Évolution de l'édentation au Québec entre 1980 et 1993 », *Journal de l'Association dentaire canadienne*, vol. 62, n° 2, p. 159-166.

BRODEUR, J. M., M. PAYETTE, M. BENIGERI, M. OLIVIER, D. CHABOT, S. WILLIAMSON et A. LEMAY (1995). *Étude sur la santé bucco-dentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec*, Résultats du sondage, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 71 p.

BRODEUR, J. M., P. L. SIMARD, D. LACHAPPELLE, R. VALLÉE, C. DRAPEAU, J. BOURDAGES et M. DEMERS (1990). *Problèmes gastro-intestinaux et nutrition inadéquate chez les personnes complètement édentées sans prothèses fonctionnelles*, Rapport final, Québec, Université Laval, 55 p.

- BRUGMAN, E., G. H. VERRIPS, M. J. DANZ et H. KALSBECK (1998). « Dental prevention among Turkish and Moroccan parents in the Hague », *Community Dental Health*, vol. 15, p. 109-114.
- CAHEN, P. M., R. M. FRANK et J. C. TURLLOT (1985). « A survey of the reasons for dental extraction in France », *Journal of Dental Research*, vol. 64, p. 1087-1093.
- CHARRETTE, A. (1993). *Dental health. dans: Health and Welfare Canada*. dans STEPHENS, T., et G. D. FOWLER (eds). *Canada's Health Promotion Survey 1990: technical report*, Ottawa, Minister of supply and services Canada, 334 p.
- CHAUNCEY, H. H., R. L. GLASS et J. E. ALMAN (1989). « Dental caries. Principal cause of tooth extraction in a sample of US male adults », *Caries Research*, vol. 23, p. 200-205.
- CHEN, H. M., J. Z. CHANG, X. Q. YI et J. J. PU (1985). « The tooth mortality of 926 persons aged over 60 years », *West China Journal of Stomatology*, vol. 3, p. 121-124.
- CHOO, A., D. M. DELAC et L. B. MESSER (2001). « Oral hygiene measures and promotion: review and considerations », *Australian Dental Journal*, vol. 46, n° 3, p. 166-173.
- CISNEROS, H. C., A. J. DIANGELIS et R. V. KATZ (1979). « Oral Findings in a Minnesota latino population », *Northwest Dentistry*, v. 58, n° 1 p. 7-11.
- CLARKSON, J. J., et J. Mc LOUGHLIN (2000). « Role of fluoride in oral health promotion », *International Dental Journal*, vol. 50, p. 119-128.
- CORBET, E. F., et E. C. M. LO (1994). « Tooth space in and prosthetic treatment received by the middle-aged and the elderly in Hong Kong », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 22, p. 386-391.
- DAVENPORT, E. S., C. E. WILLIAMS, J. A. STERNE, V. SIVAPATHASUNDRAM, J. M. FEARNE et M. A. CURTIS (1998). « The East London Study of Maternal Chronic Periodontal Disease and Preterm Low Birth Weight Infants: study design and prevalence data », *Annals of Periodontology*, vol. 3, n° 1, p. 213-221.
- DEAN, K. (1991). « Relationships between knowledge and belief variables and health maintenance behaviors in a Danish population over 45 years of age », *Journal of Aging Health*, vol. 3, n° 3, p. 386-406.
- DE MUNIZ, B. R. (1985). « Epidemiologic oral health survey of Argentine children », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 13, p. 328-333.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE (Page consultée le 31 mai 2001). *Site de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Statistiques, Données détaillées Montréal-Centre, Graphiques, Immigrants 1981-1996*. [en ligne] <http://www.santepub-mtl.qc.ca>.
- DOUGHAM, B., K. KASSAK et D. M. BOURGEOIS (2000). « Oral health status and treatment needs of 35-44 year old adults in Lebanon », *International Dental Journal*, vol. 50, p. 395-399.
- DRAKE, C. W., J. D. BECK et R. P. STRAUSS (1990). « The accuracy of oral health perceptions in a dentate older population », *Special Care in Dentistry*, vol. 10, p. 16-20.
- DUQUETTE, P., H. LEMAY et M. BOURASSA (1981). « Étude épidémiologique traitant de l'édentation au Québec », *Journal dentaire du Québec*, vol. 18, p. 23-28.
- ESA, R., I. A. RAZAK et R. L. JALALLUDIN (1992). « Cross-cultural variations in dental knowledge among antenatal mothers », *Odonto-stomatologie tropicale*, vol. 15, p. 19-23.

- GIFT, H. C., K. A. ATCHISON et T.F. DRURT (1998). « Perception of the natural dentition in the context of multiple variables », *Journal of Dental Research*, vol. 77, n° 7, p. 1529-1538.
- GOOCH, B. F., T. A. DOLAN et L. B. BOURQUE (1989). « Correlates of self reported dental health status upon enrollment in the Rand Health Insurance Experiment », *Journal of Dental Education*, vol. 53, p. 629-637.
- GUNNE, H. S. (1985). « The effect of removable partial dentures on mastication and dietary intake », *Acta Odontologica Scandinavica*, vol. 43, p. 269-278.
- HAMASHA, A. H., I. SASA et M. AL-QUDAH (2000). « Risk indicators associated with tooth loss in Jordanian adults », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 28, p. 67-72.
- HAYWARD, R. A., H. K. MEETZ et M. F. SHAPIRO (1989). « Utilization of dental services: 1986 patterns and trends », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 49, p. 147-152.
- HELOE, L., L. AARO et A. SOGAARD (1982). « Dental health practices among Finnish adults », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 10, p. 308-312.
- HOU, L. T., C. M. LIU, M. Y. WONG et W. K. CHANG (1989). « Study of chinese periodontal patients at National Taiwan University Hospital », *Chinese Dental Journal*, vol. 8, p. 128-141.
- HUA, D. Q. (1986). *Proceeding: First National Congress of Gerodontology*, Beijing.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC; DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE et F. LAPOINTE (2001). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 642 pages (Collection La santé et le bien-être).
- ISMAIL, A. I., et S. M. SZPUNAR (1990). « The prevalence of total tooth loss, dental caries, and periodontal disease among Mexicans Americans, Cubans Americans and Puerto Ricans; findings from NHANES 1982-1984 », *American Journal of Public Health*, vol. 80, p. 66-70.
- ISMAIL, A. I., B. A. BURT, G. E. HENDERSHOT, S. JACK et S. B. CORBIN (1983). « Findings from the Dental Care Supplement of the National Health Interview Survey », *Journal of the American Dental Association*, vol. 114, n° 5, p. 617-621.
- KIYAK, H. A., et R. R. MILLER (1982). « Age differences in oral health attitudes and dental service utilization », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 42, n° 1, p. 29-41.
- KIYAK, H. A. (1981). « Dental beliefs, behaviours and health status among Pacific Asians and Caucasians », *Behavioural Dental Science*, vol. 9, p.10-14.
- KÖNIG, K. G. (2000). « Diet and oral health », *International Dental Journal*, vol. 50, p.162-174.
- KWAN, S. Y. L., et R. BEDI (2000). « Transcultural oral health care and the Chinese – an invisible community », *Dental Update*, vol. 27, p. 296-299.
- KWAN, S. Y. L., et M.A.M. HOLMES (1999). « An exploration of oral health beliefs and attitudes of Chinese in West Yorkshire – a qualitative study », *Health Education Research*, vol. 4, p. 453-460.
- KWAN, S. Y. L., et S. A. WILLIAMS (1999). « Dental beliefs. Knowledge and behaviours of chinese people in the UK », *Community Dental Health*, vol. 16, p. 33-39.
- KWAN, S. Y. L., et S. A. WILLIAMS (1998). « Attitudes of Chinese people toward obtaining dental care in the United Kingdom », *British Dental Journal*, vol. 185, p. 188-191.

- LANG, W. P., M. A. HAMARD et R. C. MACKENZIE (1984). « Rural dental program in Haiti », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 12, p. 233-236.
- LEE, K. L., E. SCHWARZ et K. Y. K. MAK (1993). « Improving oral health through understanding the meaning of health and disease in a chinese culture », *International Dental Journal*, vol. 43, p. 2-8.
- LIM, L. P., E. SCHWARZ et E. C. M. LO (1994). « Chinese health beliefs and oral health practices among the middle aged and the elderly in Hong Kong », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 22, p. 364-368.
- LIN, H. C., M. C. WONG, Z. J. WANG et E. C. M. LO (2001). « Oral health knowledge, attitudes, and practices of Chinese adults », *Journal of Dental Research*, vol. 80, p. 1466-1470.
- LIND, O. P., R. W. EVANS, E. F. CORBET, C. J. HOLMGREN, L. P. LIM et K. MAK (1987). « Hong Kong survey of adult oral health, part 2: Oral health related perceptions, knowledge and behaviour », *Community Dental Health*, vol. 4, p. 367-381.
- LO, E. C. M., H. C. LIN, Z. J. WANG, M. C. M. WONG et E. SCHWARZ (2001). « Utilization of dental services in Southern China », *Journal of Dental Research*, vol. 80, p. 1471-1474.
- LO, E.C.M., et E. SCHWARZ (1994). « Attitudes toward dentists and the dental care system among the middle aged and the elderly in Hong Kong », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 22, partie 2, p. 369-373.
- LÖE, H. (2000). « Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease », *International Dental Journal*, vol. 50, p. 129-139.
- LUAN, V. M., V. BAELUM, X. CHEN et O. FEJERSKOV (1989). « Tooth mortality and prosthetic treatment patterns in urban and rural chinese aged 20-80 years », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 17, p. 221-226.
- McGAW, T. (2002). « Periodontal disease and preterm delivery of low-birth-weight infants », *Journal of the Canadian Dental Association*, vol. 68, p. 165-169.
- MILLER, A. J., J. A. BRUNELLE, J. P. CARLOS, L. J. BROWN et H. LÖE (1987). « Oral health of United States adults », The national survey of oral health in U.S. employed adults and seniors: 1985-1986, Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, *National Institute of Health publication*, n° 87-2868.
- MINQUAN, D., P. E. PETERSEN, F. MINGWEN, B. ZHUAN et T. BAOJUN (2000). « Oral health services in People Republic of China as evaluated by dentists and patients », *International Dental Journal*, vol. 50, n° 5, p. 250-256.
- OFFENBACHER, S., J. D. BECK, S. LIEFF et G. SLADE (1998). « Role of periodontitis in systemic health: spontaneous preterm birth », *Journal of Dental Education*, vol. 62, n° 10, p. 852-858.
- ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC (Page consultée le 24 avril 2002). *Site internet de l'Ordre des dentistes du Québec, Informations au public, Info-capsules, Les maladies parodontales*, [En ligne].
<http://www.odq.qc.ca>.
- ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC (1999). *Sondage sur la satisfaction et les attentes des Québécois à l'égard des dentistes*, Rapport final, Montréal, 28 p.
- PAYETTE, M., J. M. BRODEUR, Y. LEPAGE et R. PLANTE (1991). *Enquête santé dentaire Québec, 1989-1990, Rapport final*, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, 260 p.

- PAYETTE, M., J. M. BRODEUR et Y. LEPAGE (1985). *Enquête santé dentaire Québec, 1983-1984, Rapport préliminaire, volet provincial*, Québec, Association des directeurs de départements de santé communautaire, Ministère des Affaires sociales, 244 p.
- PAYNE, B. J., et D. LOCKER (1994). « Preventive oral health behaviors in a multi-cultural population: the North York Oral Health Promotion Survey », *Journal of the Canadian Dental Association*, vol. 60, n° 2, p. 129-130, 133-139.
- PAYNE, B. J., et D. LOCKER (1992). « Oral self-care behaviours in older dentate adults », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 20, n° 6, p. 376-380.
- PETERSEN, P. E., et L. X. GUANG (1994). « Dental caries prevalence in a group of schoolchildren in Wuhan City, PR China, 1993 », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 22, p. 465-466.
- PILOT, T., D. E. BARMES, M. H. LECLERQ, B. J. McCOMBIE et J. SARDO-INFIRRI (1987). « Periodontal conditions in adolescents 15-19 years of age; an overview of CPITN data in the WHO Global Data Bank », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 15: 336-338.
- QUAH, S. R. (1985). « The Health Belief Model and preventive health behaviour in Singapore », *Social Science and Medicine*, vol. 21, n° 3, p. 351-363.
- REISINE, S. T., et H. L. BAILIT (1980). « Clinical oral health status and adult perceptions of oral health », *Social Science Medicine*, vol. 14, n° A, p. 597-605.
- RONIS, D. L., W. P. LANG et E. PASSOW (1993). « Toothbrushing, flossing and preventive dental visits by Detroit area residents in relation to demographic and socioeconomic factors », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 53, p. 138-145.
- ROSENOER, L. M., et A. SHEIHAM (1995). « Dental impacts on daily life and satisfaction with teeth in relation to dental status in adults », *Journal of Oral Rehabilitation*, vol. 22, p. 469-480.
- RUNDBERG, P., et W.O. YOUNG (1972). « Dental Knowledge and attitudes in Haiti », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 32, p. 149-157.
- SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé, ça va?, Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, tome 1*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, Publications du Québec, tome 1, 337 p.
- SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé, ça va?, Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, tome 2*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Publications du Québec, tome 2, 103 p.
- SANTÉ QUÉBEC; BELLEROSE, C., C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993?, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 1, 412 p.
- SANTÉ QUÉBEC; LAVALLÉE, C., C. BELLEROSE, J. CAMIRAND et P. CARIS (1995). *Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 2, 196 p.
- SANTÉ QUÉBEC; PAMPALON, R. L. LOSLIER, G. RAYMOND et P. PROVENCHER (1995). *Variations géographiques de la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 3, 97 p.
- SCHWARZ, E., et E. C. M. LO (1994). « Dental health knowledge and attitudes among the middle-aged and the elderly in Hong Kong », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 22, p. 358-363.

SHEIHAM, A., J. G. STEELE, W. MARCENES, C. LOWE, S. FINCH, C. J. BATES, A. PRENTICE ET A. W. WALLS (2001). « The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people », *Journal of Dental Research*, vol. 80, n° 2, p. 408-413.

STATISTIQUE CANADA (1996). *Recensement du Canada*, Série des profils de population par subdivision de recensement.

STEPHENS, R. G., S. L. KOGON et A. M. JARVIS (1991). « A study of the reasons for tooth extraction in a Canadian population sample », *Journal of the Canadian Dental Association*, vol. 57, p. 501-504.

SUCHETT-KAYE, G., J. J. MORRIER et O. BARSOTTI (2001). « Clinical usefulness of microbiological diagnostic tools in the management of periodontal disease », *Research Microbiology*, vol. 152, n° 7, p. 631-639.

TINANOFF, N., et C. A. PALMER (2000). « Dietary determinants of dental caries and dietary recommendations for preschool children », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 60, n° 3, p. 197-206.

TOMAR, S. L., A. B. AZEVEDO et R. LAWSON (1998). « Adult dental visits in California: successes and challenges », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 58, n° 4, p. 275-280.

TOSELLO, A., B. FOTI, C. SEDARAT, J. M. BRODEUR, J. M. FERRIGNO, P. TAVITIAN, G. SUSINI et J. J. BONFIL (2001). « Oral functional characteristics and gastrointestinal pathology: an epidemiological approach », *Journal of Oral Rehabilitation*, vol. 28, n° 7, p. 668-672.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2000). *Oral health in America: A Report of the Surgeon General*, Rockville (MD: U.S.), Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, 308 p.

VIGILD, M., P. E. PETERSEN et R. HADI (1999). « Oral Health behaviour of 12 year-old children in Kuwait », *International Journal of Paediatric Dentistry*, vol. 9, n° 1, p. 23-29.

WATSON, M. R., A. M. HOROWITZ, I. GARCIA et M.T. CANTO (1999). « Caries condition among 2-5-year-old immigrant Latino children related to parents' oral health knowledge, opinions and practices », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 27, p. 8-15.

WATSON, R.W., et J. BROWN (1995). « The oral health of U.S. hispanics: evaluating their needs and their use of dental services », *Journal of American Dental Association*, vol. 126, p. 789-795.

WISSA, A. A., et M. A. ZAHRAN (1988). « Evaluation of governmental dental health services in rural health centers in Egypt », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 16, n° 1, p. 16-18.

WRIGHT, F. A., H. DENG et S. T. SHI (1989). « The dental health status of 6 and 12 year-old Beijing schoolchildren in 1987 », *Community Dental Health*, vol. 6, n° 2, p. 121-130.

WU, C. D., I. A. DAROUT et N. SKAUG (2001). « Chewing sticks: timeless natural toothbrushes for oral cleansing », *Journal of Periodontal Research*, vol. 36, p. 275-284.

