

Jesuis heureux
 Jserai instruit
 actif
 en santé



Février 2015 | Numéro 19

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

GINETTE VEILLEUX, MARTIN GÉNÉREUX

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

HÉLÈNE DESROSIERS avec la collaboration de VALERIU DUMITRU et LUC BELLEAU

Institut de la statistique du Québec

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

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

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

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

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

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

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

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

Sources des données

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

Estimation de l'expérience de la carie dentaire

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

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

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

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

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

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

Caractéristiques psychosociales et comportementales des enfants et des parents

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

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

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

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

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

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

Habitudes buccodentaires

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

Stratégie d'analyse

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

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

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

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

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

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

Résultats

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

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

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

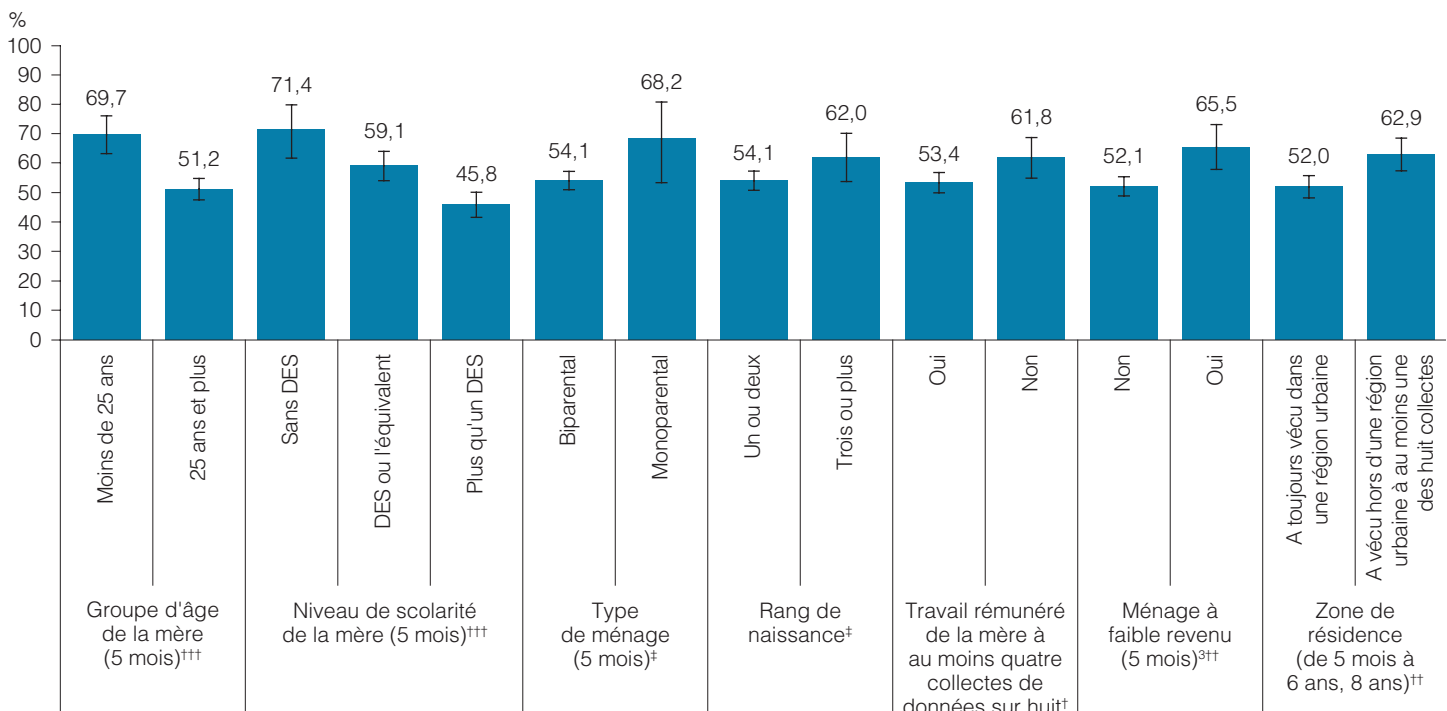
sein de la famille (62 % c. 54 % pour ceux de rang un ou deux) avaient davantage tendance à être affectés par la carie dentaire ($p < 0,10$).

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

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

Figure 1

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



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

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

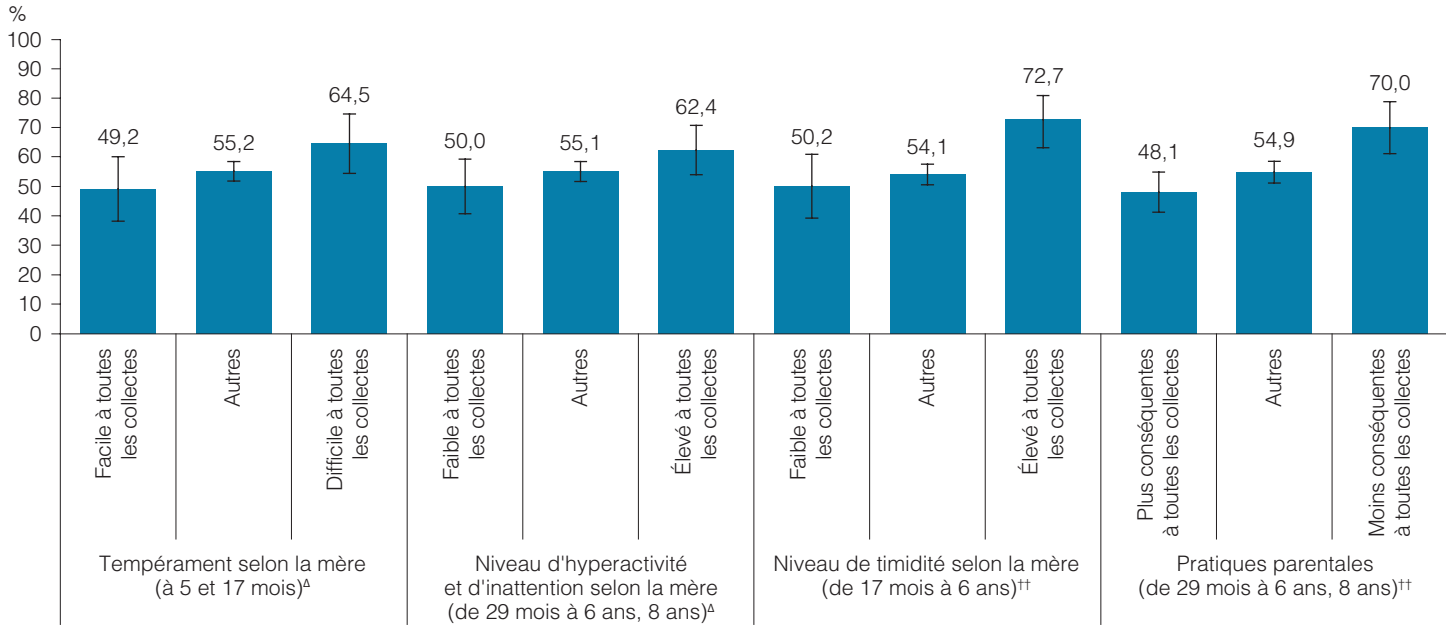
3. Selon les seuils de faible revenu de Statistique Canada pour l'année de référence 1997.

Note : DES = Diplôme d'études secondaires.

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

Figure 2

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



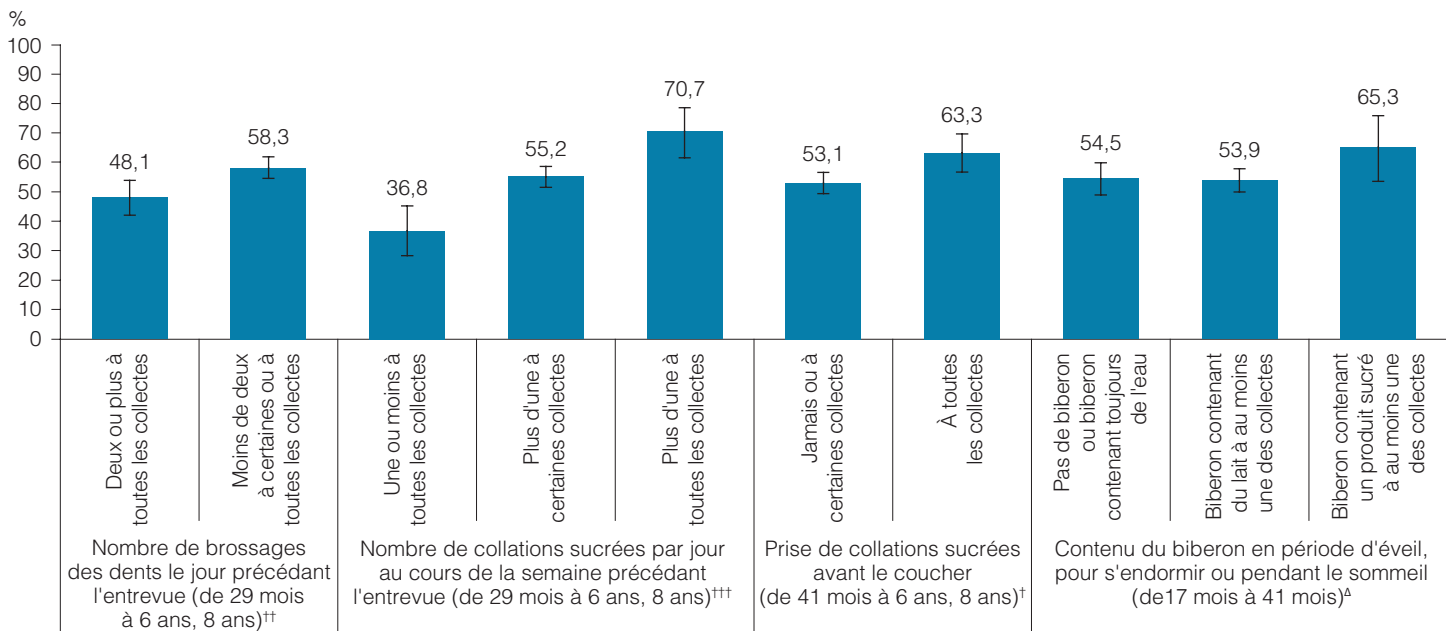
1. Selon la mère (voir le texte). Enfants nés au Québec en 1997-1998.

2. Seuil : Δ p < 0,25; †† p < 0,01.

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

Figure 3

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



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

2. Seuil : Δ p < 0,25; † p < 0,05; †† p < 0,01; ††† p < 0,001.

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

Tableau 1

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

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

1. Selon la mère (voir le texte).

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

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

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

Note : DES = Diplôme d'études secondaires.

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

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

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

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

Discussion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

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

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

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

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

Bibliographie

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

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

- LEE, J. G., et L. B. MESSER (2010). "Intake of sweet drinks and sweet treats versus reported and observed caries experience", *European Archives of Paediatric Dentistry*, vol. 11, n° 1, p. 5-17. doi: 10.1007/BF03262704
- LEVINE, R. S., Z. J. NUGENT, M. C. RUDOLF et P. SAHOTA (2007). "Dietary patterns, toothbrushing habits and caries experience of schoolchildren in West Yorkshire, England", *Community Dental Health*, vol. 24, n° 2, p. 82-87.
- MARINHO, V. C. C., J. P. T. HIGGINS, S. LOGAN et A. SHEIHAM (2003). "Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1, article CD002278. doi: 10.1002/14651858.CD002278
- MARSHALL, T. A., J. M. EICHENBERGER-GILMORE, B. A. BROFFITT, J. J. WARREN et S. M. LEVY (2007). "Dental caries and childhood obesity: roles of diet and socioeconomic status", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 35, n° 6, p. 449-458. doi: 10.1111/j.1600-0528.2006.00353.x
- MASSON, L. F., A. BLACKBURN, C. SHEEHY, L. C. A. CRAIG, J. I. MACDIARMID, B. A. HOLMES et G. McNEILL (2010). "Sugar intake and dental decay: results from a national survey of children in Scotland", *British Journal of Nutrition*, vol. 104, n° 10, p. 1555-1564. doi: 10.1017/S0007114510002473
- MATTILA, M.-L., P. RAUTAVA, M. AROMAA, A. OJANLATVA, P. PAUNIO, L. HYSSÄLÄ, H. HELENIUS et M. SILLANPÄÄ (2005a). "Behavioural and demographic factors during early childhood and poor dental health at 10 years of age", *Caries Research*, vol. 39, n° 2, p. 85-91. doi: 10.1159/000083152
- MATTILA, M.-L., P. RAUTAVA, A. OJANLATVA, P. PAUNIO, L. HYSSÄLÄ, H. HELENIUS et M. SILLANPÄÄ (2005b). "Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children?", *Acta Odontologica Scandinavica*, vol. 63, n° 2, p. 73-84. doi: 10.1080/00016350510019720
- MATTILA, M.-L., P. RAUTAVA, M. SILLANPÄÄ et P. PAUNIO (2000). "Caries in five-year-old children and associations with family-related factors", *Journal of Dental Research*, vol. 79, n° 3, p. 875-881. doi: 10.1177/00220345000790031501
- McGRADY, M. G., R. P. ELLWOOD, A. MAGUIRE, M. GOODWIN, N. BOOTHMAN et I. A. PRETTY (2012). "The association between social deprivation and the prevalence and severity of dental caries and fluorosis in populations with and without water fluoridation", *BMC Public Health*, vol. 12, n° 1122, 17 p. doi: 10.1186/1471-2458-12-1122
- McLAREN, L., et J. C. H. EMERY (2012). "Drinking water fluoridation and oral health inequities in Canadian children", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 103, n° 7, eS49-eS56.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2014). *Programme québécois de fluoruration de l'eau potable*, Gouvernement du Québec, Santé publique, [En ligne]. [<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/fluoruration/>] (Consulté le 2 décembre 2014).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2006). *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 56 p. [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-231-01.pdf>] (Consulté le 2 décembre 2014).
- MOYER, V. A. (2014). "Prevention of dental caries in children from birth through age 5 years: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement", *Pediatrics*, vol. 133, n° 6, p. 1102-1111.
- NGUYEN, L., U. HÄKKINEN, M. KNUUTTILA et M.-R. JÄRVELIN (2008). "Should we brush twice a day? Determinants of dental health among young adults in Finland", *Health Economics*, vol. 17, n° 2, p. 267-286. doi: 10.1002/hec.1258
- NICOLAU, B., W. MARCENES, M. BARTLEY et A. SHEIHAM (2003). "A life course approach to assessing causes of dental caries experience: the relationship between biological, behavioural, socio-economic and psychological conditions and caries in adolescents", *Caries Research*, vol. 37, n° 5, p. 319-326. doi: 10.1159/000072162
- NIJI, R., K. ARITA, Y. ABE, M. E. LUCAS, M. NISHINO et M. MITOME (2010). "Maternal age at birth and other risk factors in early childhood caries", *Pediatric Dentistry*, vol. 32, n° 7, p. 493-498.
- ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC (ODQ) (2014). *Toute la lumière sur votre bouche en santé, Enfants, Ce qu'il faut savoir*, [En ligne]. [<http://www.maboucheensante.com/fr/enfants/soins-preventifs>] (Consulté le 2 décembre 2014).
- ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC (OHDQ) (2014). *Santé buccodentaire, Conseils*, [En ligne]. [<http://www.ohdq.com/sant%c3%a9-buccodentaire/conseils/conseils-pour-enfants>] (Consulté le 2 décembre 2014).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1997). *Oral health surveys: basic methods*, 4th Ed., Geneva, 66 p. [En ligne]. [<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41905/1/9241544937.pdf?ua=1>] (Consulté le 2 décembre 2014).
- PAQUET, G., et D. HAMEL (2005). « Des alliés pour la santé des tout-petits vivant au bas de l'échelle sociale », *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 4 ans*, Institut de la statistique du Québec, vol. 3, fascicule 4, 16 p. [En ligne]. [http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/pdf/publications/feuillelet/feuillelet4_versiondsq_3juin2005.pdf] (Consulté le 2 décembre 2014).
- PATERSON, J. E., W. GAO, G. SUNDBORN et S. CARTWRIGHT (2011). "Maternal self-report of oral health in six-year-old Pacific children from South Auckland, New Zealand", *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 39, n° 1, p. 19-28. doi: 10.1111/j.1600-0528.2010.00575.x
- PAYETTE, M., J.-M. BRODEUR, Y. LEPAGE et R. PLANTE (1991). *Enquête santé dentaire Québec 1989-1990: portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans*, rapport final, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, Réseau des départements de santé communautaire, 260 p.

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

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

À propos de l'ÉLDEQ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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