

Université de Montréal

L'opinion des dentistes québécois sur la première visite dentaire

par Sarah Andriamanjay

Département de santé buccale
Faculté de médecine dentaire

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en médecine dentaire
option dentisterie pédiatrique

Novembre 2019

© Sarah Andriamanjay, 2019

Université de Montréal
Département de santé buccale, faculté de médecine dentaire

Ce mémoire intitulé
**L'opinion des dentistes québécois sur la première visite
dentaire**

Présenté par
Sarah Andriamanjay

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes
Dre Caroline Nguyen Ngoc, président-rapporteur
Dr Duy-Dat Vu, directeur de recherche
Dr Félix Girard, codirecteur
Dre Caroline Quach, membre du jury

Résumé

Objectifs : L'objectif principal de cette étude est de connaître l'âge auquel les dentistes québécois recommandent la première visite dentaire chez les enfants. Les objectifs secondaires sont d'identifier des facteurs qui peuvent influencer l'âge auquel les dentistes recommandent la première visite dentaire, d'identifier les facteurs qui freinent les dentistes à voir de jeunes enfants et de vérifier les connaissances des dentistes concernant la prise en charge des jeunes patients.

Méthode : Une invitation à répondre à un questionnaire informatisé confidentiel regroupant 32 énoncés a été envoyée aux membres de l'Ordre des dentistes du Québec (ODQ).

Résultats : 263 dentistes québécois ont répondu en tout ou en partie au questionnaire. L'âge moyen recommandé pour la première visite dentaire est de 21,1 mois ($\pm 11,8$). Les dentistes qui recommandent une visite dentaire plus tôt sont les femmes ($p < 0,001$), les dentistes pédiatriques ($p = 0,001$), les dentistes ayant gradué depuis 2000 ($p = 0,005$), les répondants connaissant la recommandation de la première visite à tout au plus an ($p = 0,001$), le concept de la maison dentaire ($p = 0,01$), ceux qui sont au courant que les soins dentaires sont la première cause d'anesthésie générale chez les enfants canadiens ($p = 0,006$) ainsi que ceux très intéressés à recevoir des formations supplémentaires ($p < 0,05$). Les participants estiment que le comportement et le manque de participation sont les principaux obstacles qui les empêchent de traiter de jeunes enfants.

Conclusion : En moyenne, les répondants recommandent la première visite dentaire à l'âge de 21,1 mois, ce qui est supérieur à un an, l'âge recommandé par l'Association dentaire canadienne. Afin de sensibiliser les dentistes à la pertinence de la première visite dentaire avant un an, il serait pertinent que l'ODQ fasse des campagnes de promotion auprès des dentistes et de la population québécoise. Il serait aussi souhaitable d'augmenter les formations continues sur ce sujet et d'inclure dans les curriculums de doctorat en médecine dentaire des stages cliniques avec des enfants de moins de deux ans.

Mots-clés : première visite dentaire, santé dentaire, carie de la petite enfance

Abstract

Objectives: The aim of this study is to determine the age at which Quebec dentists recommend the first dental visit. Secondary objectives are as follow: to identify the factors that influence the age at which dentists recommend the first dental visit, to identify dissuasive elements that keep dentists from treating young children, and to evaluate the dentists' knowledge in regard to infant patient care.

Methods: Members of the *Ordre des dentistes du Québec* were invited to answer to a confidential online survey containing 32 questions.

Results: 263 Quebec dentists answered the questionnaire, in totality or partially. The average age recommended for the first dental visit is 21.1 months (± 11.8). Dentists who recommend an earlier dental visit are: women ($p < 0.001$), pediatric dentists ($p = 0.001$), dentists who graduated since 2000 ($p = 0.005$), respondents who already knew the recommendation for the a first dental visit at age one ($p = 0.001$), respondents who were familiar with the dental home concept ($p = 0.01$), respondents who knew that dental care is the first reason for general anesthesia among Canadian children ($p = 0.006$) and those who are very interested in following an additional training course in pediatric dentistry ($p < 0.05$). Patient's behavior and lack of cooperation are the main identified reasons that prevent dentists from treating infants.

Conclusion: On average, the participants recommend the first dental visit at 21.1 months, which is later than one year (the age recommended by the Canadian Dental Association). In order to make dentists aware of the importance of the first dental visit before one year old, it would be pertinent for the ODQ to carry out promotional campaigns addressed to dentists as well as Quebec's general population. It would also be pertinent to increase continuing education on this subject and to include clinical internships with children aged under two in the doctoral programs of general dentistry.

Keywords : first dental visit, oral health, infant, early childhood caries

Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	viii
Liste des sigles et abréviations.....	ix
Liste des figures.....	x
Remerciements.....	xiii
1. Introduction.....	1
2. Recension des écrits.....	2
2.1 Âge à la première visite.....	2
2.1.1 Recommandations des associations pour une première visite dentaire à un an.....	2
2.1.2 Visites prénatales.....	3
2.1.3 Impacts des visites préventives précoces.....	4
2.1.4 Mise en application.....	5
2.2 Concept de la maison dentaire.....	7
2.3 Guidance anticipée.....	9
2.3.1 Diète.....	11
2.3.2 Hygiène buccale.....	11
2.3.3 Exposition aux fluorures.....	13
2.3.4 Habitudes orales non nutritives.....	14
2.3.5 Prévention des traumatismes.....	15
2.3.6 Développement dentaire et buccal.....	16
2.4 Carie dentaire.....	17

2.4.1	Carie de la petite enfance	18
2.4.2	Effets de la carie de la petite enfance.....	20
2.5	Année de graduation des répondants	21
2.6	Sexe des répondants	21
2.7	Formation et université de graduation	22
2.8	Obstacles à traiter de jeunes enfants	23
3	Buts et hypothèses.....	25
4	Pertinence de l'étude.....	26
5	Matériel et méthode	27
5.1	Devis de recherche.....	27
5.2	Approbation	27
5.3	Échantillon	27
5.3.1	Critères d'inclusion.....	27
5.3.2	Critères d'exclusion	28
5.3.3	Taille de l'échantillon	28
5.4	Procédure expérimentale.....	28
5.4.1	Élaboration du questionnaire	28
5.4.2	Recrutement des participants	30
5.5	Mesure et variable.....	31
5.6	Analyse statistique	32
5.7	Résultats attendus.....	32
5.9	Confidentialité.....	33
5.10	Risques associés.....	33
5.11	Retour aux participants	33

5.12	Financement.....	34
5.13	Collaboration et rôles des chercheurs	34
6	Résultats.....	35
6.1	Caractéristiques des répondants.....	35
6.2	Âge recommandé pour la première visite dentaire	38
6.3	Réticences à traiter de jeunes enfants	40
6.4	Connaissances, expérience et applications	41
6.4.1	Connaissance de la recommandation de la première visite à un an.....	41
6.4.2	Activités cliniques avec des jeunes enfants durant la formation dentaire	41
6.4.3	Connaissance et application des éléments abordés lors d’une première visite dentaire	42
6.4.4	Connaissance du concept de la maison dentaire, de la définition de la carie dentaire et de la première cause d’anesthésie générale.....	43
6.5	Intérêt à recevoir des formations supplémentaires.....	44
6.6	Liens entre l’âge recommandé et différents paramètres	45
6.6.1	Lien entre l’âge recommandé et les caractéristiques des participants	45
6.6.2	Lien entre l’âge recommandé et les connaissances des participants.....	50
6.6.3	Lien entre l’âge recommandé et l’intérêt à recevoir des formations supplémentaires avec de jeunes enfants.....	56
7	Discussion.....	60
7.1	Retour sur les principaux résultats.....	60
7.2	Signification des résultats	60
7.3	Limites et rigueur.....	65
7.4	Transfert de connaissance	68

8. Conclusion	69
Bibliographie.....	i
Annexe 1 – Approbation scientifique	xiv
Annexe 2 – Certificat éthique	xvi
Annexe 3 - Questionnaire	xvii
Annexe 4 – Retour aux participants.....	xxii

Liste des tableaux

Tableau I.	Pourcentage d'enfants ayant eu un examen ou un traitement dentaire en 2016 (8)	6
Tableau II.	Guidance anticipée selon l'AAPD(37)	10
Tableau III.	Caractéristiques des répondants	35
Tableau IV.	Répartition des répondants selon le sexe et l'année de graduation	37
Tableau V.	Âge recommandé pour la première visite dentaire (en mois)	38
Tableau VI.	Distribution de l'âge recommandé pour la première visite dentaire	39
Tableau VII.	Connaissance de la recommandation de la première visite à un an	41
Tableau VIII.	Activités cliniques avec des enfants de moins de 3 ans durant la formation dentaire	41
Tableau IX.	Connaissance des éléments abordés lors d'une première visite dentaire	42
Tableau X.	Connaissances	43
Tableau XI.	Âge recommandé pour la première visite dentaire selon les caractéristiques des participants	45
Tableau XII.	Âge recommandé pour la première visite dentaire selon l'expérience et les connaissances des participants	50
Tableau XIII.	Lien entre l'âge recommandé et l'intérêt à recevoir des formations supplémentaires avec de jeunes enfants	56
Tableau XIV.	Démographie	63

Liste des sigles et abréviations

- AAP: American Academy of Pediatrics
AAPD: American Academy of Pediatric Dentistry
ADA : American Dental Association
ADC : Association dentaire canadienne
BNED : Bureau national d'examen dentaire du Canada
CPE : Carie de la petite enfance
FDA: U.S. Food and Drug Administration
INSPQ : Institut national de santé publique du Québec
ODQ : Ordre des dentistes du Québec
OMS : Organisation mondiale de la santé
RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec
SCP : Société canadienne de pédiatrie

Liste des figures

Figure 1.	Image promotionnelle pour la première visite dentaire ADC.....	2
Figure 2.	Image promotionnelle pour la première visite dentaire ODQ (14).....	3
Figure 3.	Probabilité d’avoir eu une visite dentaire et une carie selon l’âge (29).....	7
Figure 4.	Positionnement d’un bébé pour le brossage des dents (45).....	12
Figure 5.	Technique de brossage des dents d’un bébé (45).....	12
Figure 6.	Patron d’éruption des dents primaires (74).....	16
Figure 7.	Facteurs impliqués dans le processus carieux (3).....	18
Figure 8.	Pourcentage d’enfants atteints par la carie selon l’âge et la dentition (28)	19
Figure 9.	Tendance évolutive de la carie des dents primaires chez les élèves de 2 ^e année (9) 20	
Figure 10.	Répartition des années de graduation des répondants.....	36
Figure 11.	Répartition des répondants selon le sexe et l’année de graduation.....	37
Figure 12.	Distribution de l’âge recommandé pour la première visite dentaire.....	39
Figure 13.	Réticences à traiter de jeunes enfants	40
Figure 14.	Intérêt à recevoir des formations supplémentaires.....	44
Figure 15.	Âge recommandé selon le sexe.....	46
Figure 16.	Âge recommandé selon l’université de graduation.....	47
Figure 17.	Âge recommandé pour la première visite dentaire selon l’année de graduation. 48	
Figure 18.	Âge recommandé pour la première visite dentaire selon l’année de graduation 49	
Figure 19.	Âge recommandé pour la première visite dentaire selon la connaissance de la recommandation de la première visite à un an.....	51

Figure 20.	Âge recommandé pour la première visite dentaire selon la connaissance du concept de la maison dentaire	52
Figure 21.	Âge recommandé pour la première visite dentaire selon l'exposition clinique avec des jeunes enfants durant la formation	53
Figure 22.	Âge recommandé pour la première visite dentaire selon la connaissance de la définition de la carie de la petite enfance.....	54
Figure 23.	Âge recommandé pour la première visite dentaire selon la connaissance des soins dentaires comme étant la première cause d'anesthésie générale	55
Figure 24.	Âge recommandé pour la première visite dentaire selon l'intérêt à recevoir des formations supplémentaires	57
Figure 25.	Âge recommandé pour la première visite dentaire selon si les répondants sont intéressés et peu ou pas à recevoir des formations supplémentaires	57
Figure 26.	Âge recommandé par les répondants ne croyant pas à la pertinence de la première visite et peu ou pas intéressé à recevoir des formations supplémentaires	58
Figure 27.	Âge recommandé pour la première visite dentaire selon l'absence de réticence à traiter de jeunes enfants	59

« À tous ceux qui ne me lisent pas »

Remerciements

Merci à mes parents et mon frère pour tout.

Merci Rabii pout ton amour.

Merci à Dr Duy-Dat Vu et Dr Félix Girard pour avoir encadré ce projet.

Merci à M. Pierre Rompré pour m'avoir aidée à déchiffrer les statistiques.

Merci à mes co-résidents des trois dernières années pour avoir fait passer le temps un peu moins lentement.

1. Introduction

La carie dentaire est la maladie chronique la plus fréquente chez les enfants et est la principale raison pour laquelle les enfants canadiens de cinq ans et moins subissent une anesthésie générale. La carie dentaire est le résultat d'une interaction complexe à travers le temps entre les tissus dentaires, les bactéries du biofilm et la diète. (1-4) Une première visite dentaire dans les six mois suivants l'éruption de la première dent ou à tout au plus un an a été proposée afin d'établir la maison dentaire et prévenir la carie dentaire. Les dentistes sont donc appelés à prévenir, dépister et traiter de jeunes enfants touchés par la carie. Il est depuis plusieurs années recommandé que tous les enfants visitent le dentiste avant l'âge d'un an afin d'établir la maison dentaire. (5-7) Or, en 2016, au Québec, seulement 6,7% des enfants de deux ans et moins ont eu un examen dentaire. (8) Cela est d'autant plus alarmant qu'en 2012-2013, 53,1% des enfants de deuxième année du primaire avaient au moins une dent primaire cariée, absente ou obturée. (9) Il apparaît donc pertinent de se pencher sur l'opinion des dentistes québécois vis-à-vis la première visite dentaire. Pour ce faire, un questionnaire informatisé a été élaboré afin d'établir l'âge auquel les dentistes recommandent la première visite dentaire. D'autres éléments ont été abordés, notamment les réticences des dentistes à traiter des jeunes enfants, ainsi que leur expérience clinique avec cette clientèle durant leur formation en médecine dentaire. Cette étude s'est aussi penchée sur les connaissances des dentistes concernant différents éléments reliés à la première visite dentaire et à la santé buccodentaire des tout-petits ainsi que sur l'intérêt des répondants à recevoir des formations supplémentaires en dentisterie pédiatrique.

2. Recension des écrits

2.1 Âge à la première visite

2.1.1 Recommandations des associations pour une première visite dentaire à un an

L'Association dentaire canadienne (ADC) ainsi que l'American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) recommandent la première visite dentaire à l'éruption de la première dent ou au plus tard à l'âge d'un an. (10, 11) Cette position est aussi partagée par l'American Academy of Pediatrics (AAP) et la Société canadienne de pédiatrie. (5, 6) La recommandation de la première visite dentaire à tout au plus un an semble donc faire l'unanimité au sein des grandes associations pédiatriques nord-américaines.

L'ADC a d'ailleurs lancé en 2015 la campagne « Première dent, première consultation » qui offre notamment un cours de formation continue et une trousse de perfectionnement. (7) En trois ans, 2 000 personnes avaient suivi cette formation en ligne qui s'adresse aux dentistes, mais aussi aux médecins, infirmières et autres professionnels de la santé. (12)

Figure 1. Image promotionnelle pour la première visite dentaire ADC



Tirée de l'Association dentaire canadienne « Première dent, première visite ». En ligne.

www.firstvisitfirsttooth.ca avec l'autorisation de l'ADC

Cependant, la position de l'Ordre des dentistes du Québec (ODQ) est moins tranchée. Ainsi, sur leur site web *Ma bouche en santé*, destiné à informer le grand public, les recommandations sont les suivantes : « La première visite chez le dentiste peut se faire dans les six mois qui suivent l'éruption des premières dents de l'enfant ou avant l'âge d'un an. Par ailleurs, il est fortement recommandé de ne pas dépasser l'âge de deux ans pour cette première visite. » (13) En employant la formulation « peut », l'ODQ ne fait pas clairement la promotion de la première visite avant l'âge d'un an. D'autant plus qu'une image promotionnelle pour la première visite dentaire a été publiée à l'été 2019 sur la page Facebook de *Ma bouche en santé* et l'image présente une certaine contradiction entre le message mentionnant l'âge d'un an alors qu'on y présente des enfants visiblement âgés de deux ou trois ans.

Figure 2. Image promotionnelle pour la première visite dentaire ODQ (14)



Tirée de l'Ordre des dentistes du Québec « Ma bouche en santé ». En ligne.
www.maboucheensante.com avec l'autorisation de l'ODQ

2.1.2 Visites prénatales

La grossesse peut avoir plusieurs manifestations buccales qui peuvent justifier des consultations auprès des dentistes par les futures mères. (15) Santé Canada recommande d'ailleurs aux femmes enceintes d'avoir un examen et un nettoyage dentaire durant le premier trimestre de la grossesse. (16) Ces visites dentaires prénatales peuvent donc être l'occasion de discuter des différents éléments de la guidance anticipée concernant la santé dentaire de l'enfant

à naître. Ainsi, une étude brésilienne a révélé que les femmes ayant eu des conseils dentaires durant leur grossesse étaient plus nombreuses à emmener leur enfant chez le dentiste à un an, à nettoyer la bouche des poupons, à leur brosser les dents, et avaient de meilleures connaissances sur la transmission des bactéries cariogènes. (17) Ces visites préventives prénatales peuvent être bénéfiques chez les enfants dont les mères sont plus vulnérables. Des études américaines ont révélé que dès l'âge de 2 ans, les enfants dont la mère avait reçu des soins dentaires et des conseils sur la santé dentaire durant sa grossesse ou dans les deux premiers mois post-partum, avaient moins de caries et moins d'extractions dentaires que les autres enfants. (18, 19)

2.1.3 Impacts des visites préventives précoces

De nombreux chercheurs ont étudié les effets d'une première visite préventive précoce quant aux nombres de visites et de traitements dentaires subséquents et les coûts qui y sont reliés. Ainsi, une première visite dentaire tôt serait associée à une réduction du nombre de traitements reçus ainsi que les coûts qui y sont associés. (20, 21) Par ailleurs, en 2013, une revue systématique a révisé 24 études concernant l'importance des visites préventives précoces. Les chercheurs en sont arrivés à la conclusion que les évidences supportant les effets bénéfiques de ces visites sont de faible qualité. Les études actuelles rapportent que les visites préventives avant l'âge de trois ans auraient des bénéfices chez des enfants à risque carieux élevés. (22)

Bien qu'il y ait peu d'évidence scientifique qui démontre les bienfaits et une diminution des soins associés à une visite préventive en jeune âge, la recommandation de l'âge d'un an reflète un changement de paradigme. Ainsi, plutôt que de voir les enfants lorsqu'ils sont coopératifs pour leur premier examen ou lorsqu'il y a des pathologies buccales – soit vers l'âge de trois ans, selon les anciennes recommandations – on préfère maintenant les voir plus tôt pour une visite préventive et l'établissement de la maison dentaire. (20) Les mesures préventives comme la promotion de l'utilisation quotidienne d'un dentifrice fluoré et l'application de vernis fluoré font partie de ces visites préventives et aident à diminuer la carie. (23-25)

2.1.4 Mise en application

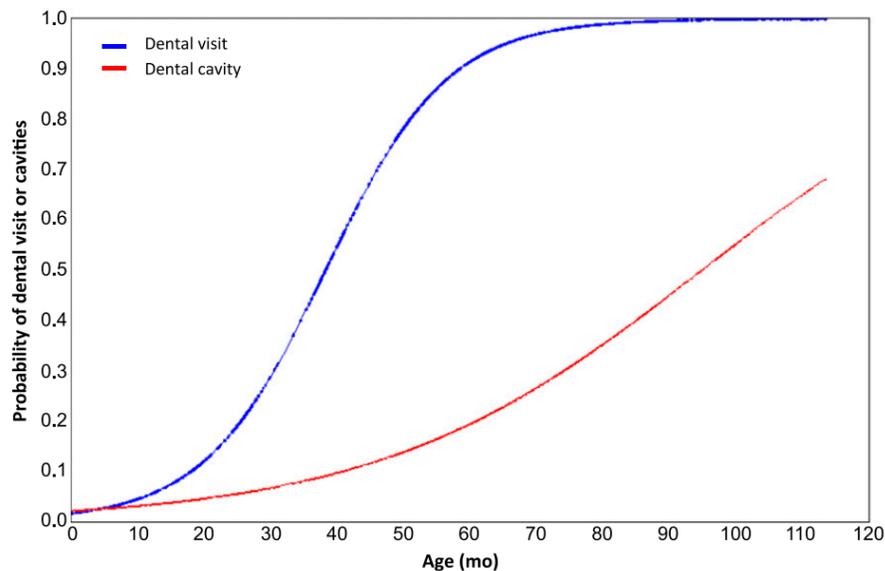
Malgré les recommandations des associations pour une visite préventive à un an, peu d'enfants visitent le dentiste à un jeune âge au Québec. L'Observatoire des tout-petits a publié un rapport en 2017 basé sur les données de 2016 de la RAMQ, qui couvre l'examen et les soins dentaires chez les enfants admissibles. Ainsi, seulement 6,7% des enfants québécois de 2 ans et moins ont eu un examen dentaire cette année-là. Le tableau I présente les pourcentages des enfants ayant eu un examen ou un traitement dentaire en 2016. Le pourcentage d'enfants de 2 ans et moins ayant eu un examen est variable d'une région administrative à une autre et varie de 2,6% à 18,8%. (8) Ces données semblent similaires à celles que l'on retrouve dans la littérature. Respectivement en Iowa et en Pologne, ce sont 3% et 9,5% des enfants qui ont eu un examen dentaire à l'âge d'un an. (20, 26) Alors qu'en Nouvelle-Écosse, 8,4% des enfants ont eu un examen dentaire avant l'âge de deux ans. (27) Il s'agit tout de même d'une grande amélioration puisqu'en 2000, moins de 20% des enfants de quatre ans et moins avaient eu un examen dentaire. (28)

Tableau I. Pourcentage d'enfants ayant eu un examen ou un traitement dentaire en 2016 (8)

Région	Examen	Examen	Traitement	Traitement
	0-2 ans	3-5 ans	0-2 ans	3-5 ans
Province de Québec	6,7	53,4	0,3	10,3
Bas-St-Laurent	12,9	63,3	n.d.	7,9
Saguenay-Lac-St-Jean	10,9	61,0	0,2	10,2
Capitale-Nationale	5,0	58,5	0,1	9,2
Mauricie	4,5	56,5	0,1	9,2
Estrie	4,9	54,0	0,2	9,6
Montréal	7,4	46,4	0,5	12,3
Outaouais	4,4	42,2	0,1	7,5
Abitibi-Témiscamingue	18,8	62,5	0,3	9,4
Côte-Nord	8,8	51,4	0,3	11,8
Nord-du-Québec	2,6	18,5	0,4	7,7
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	5,4	52,5	n.d.	7,2
Chaudière-Appalaches	5,8	62,1	0,1	9,2
Laval	6,1	49,6	0,3	12,5
Lanaudière	5,8	56,0	0,2	9,3
Laurentides	6,4	57,0	0,2	10,1
Montérégie	6,4	56,1	0,3	10,1
Centre-du-Québec	4,5	56,5	0,1	9,2

D'autre part, une étude torontoise a démontré que les probabilités de ne jamais avoir eu de visite dentaire sont associées à un faible revenu, un usage prolongé du biberon et une consommation quotidienne plus grande de boissons sucrées. Ces mêmes facteurs sont aussi associés à un risque augmenté de carie dentaire. Ainsi, ce sont ceux qui auraient le plus besoin de visites dentaires préventives qui en ont le moins. La figure 3 est tirée de cet article et présente la probabilité d'avoir eu une visite dentaire et d'avoir au moins une carie cavitaire selon l'âge. (29)

Figure 3. Probabilité d'avoir eu une visite dentaire et une carie selon l'âge (29)



2.2 Concept de la maison dentaire

La première visite a pour but, notamment, d'établir la maison dentaire ou « dental home ». (30) Ce concept a d'abord été décrit par Nowak et Casamassimo en 2002 et s'inspire de la maison médicale centrée sur le patient, proposée par l'American Academy of Pediatrics dans les années 1990. Nowak et Casamassimo présentent la maison dentaire comme étant le « lieu central de la supervision des mesures préventives de la santé buccale et des soins d'urgence » (31). L'ADA et l'ADC supportent le concept de la maison dentaire et recommandent son établissement chez tous les enfants à l'âge d'un an. (32, 33) Ce concept fait d'ailleurs partie du curriculum de toutes les facultés de médecine dentaire selon une étude pancanadienne de 2015. (34) Les bénéfices de la maison dentaire ont été démontrés dans une étude texane de 2016, puisque les parents ayant visité une maison dentaire avaient des meilleures connaissances et appliquaient les mesures préventives apprises. (35)

Bien plus qu'une simple clinique dentaire, la maison dentaire est une philosophie de pratique qui, idéalement, a les caractéristiques suivantes : accessible, centrée sur la famille, continue, compréhensive, coordonnée, compatissante et culturellement compétente. (31)

Concrètement, selon Haney et Beavers, la maison dentaire devrait fournir les services suivants :
(36)

- Planifier une visite dentaire précoce vers l'âge d'un an
- Évaluer le risque carieux
- Évaluer l'apport en fluor et faire les recommandations appropriées
- Montrer la technique de brossage
- Discuter des avantages et désavantages des habitudes orales non nutritives
- Traiter les caries de la petite enfance ou référer à un autre professionnel
- Être disponible 24 heures sur 24, sept jours par semaine pour gérer les urgences dentaires
- Reconnaître les besoins de consultations avec un spécialiste et référer les patients, si nécessaire

2.3 Guidance anticipée

L'AAPD décrit la guidance anticipée comme étant « le procédé permettant de transmettre les informations pratiques et appropriées selon le développement à propos de la santé de l'enfant afin de le préparer pour les étapes clés au niveau physique, émotionnel et psychologique » (notre traduction) (11). Le tableau II est une traduction des différents éléments à discuter concernant la guidance anticipée pour les enfants de deux ans et moins publiés par l'AAPD. (37) Chacun des sujets sera discuté plus en détail dans la section qui suit. Ainsi, la maison dentaire et la guidance sont des concepts intimement reliés qui font partie d'une prise en charge complète et centrée sur le patient.

Tableau II. Guidance anticipée selon l'AAPD(37)

Sujet	1-12 mois	12-24 mois
Diète	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrition et santé dentaire • Allaitement • Utilisation du biberon et sevrage • Utilisation et contenu du gobelet • Révision du processus carieux 	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle de l'exposition aux glucides (jus) • Rétention de nourriture • Révision de l'usage du gobelet • Révision du processus carieux
Hygiène buccale	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition bactérienne • Établissement de la routine de sommeil : brossage, livre, lit • Hygiène orale fait partie de l'hygiène globale • Positionnement du bébé pour l'hygiène buccale • Techniques spéciales • Portion de dentifrice : grain de riz 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforce la routine de sommeil • Participation de l'enfant • Portion de dentifrice : grain de riz • Introduction de la soie dentaire si contacts fermés
Exposition aux fluorures	<ul style="list-style-type: none"> • Mécanisme du fluor • Sources de fluor • Choix de l'apport en fluor • Toxicité/entreposage • Formule avec fluor • Dentifrice avec fluor dès la première dent 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation du dentifrice au fluor • Sources de fluor dans l'alimentation • Éviter les excès d'ingestion de fluor
Habitudes orales non nutritives	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation et type de sucette • Stimulateur oral 	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes avec la succion du pouce • Effets sur l'occlusion
Prévention des traumatismes	<ul style="list-style-type: none"> • Signes de trauma • Manifestations buccales d'abus physique • Instructions en cas d'urgence • Effet sur les dents permanentes • Sièges d'auto 	<ul style="list-style-type: none"> • Instructions à la garderie • Sécurité des fils électriques • Avertissement sur la réimplantation des dents primaires • « child proofing »
Développement buccal et dentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Étapes clés • Patron d'éruption • Influences environnementales et génétiques • Poussée dentaire • Cavité orale du poupon 	<ul style="list-style-type: none"> • Occlusion • Problèmes de manque d'espace • Parole et dents • Calcifications dentaires

2.3.1 Diète

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Société canadienne de pédiatrie (SCP) et l'AAP recommandent l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois, puis en complément avec l'alimentation jusqu'à un an ou plus (AAP) et jusqu'à deux ans ou plus (OMS, SCP) plus, selon le désir de l'enfant et de la mère. (38-40) De son côté, l'AAPD supporte l'allaitement chez les moins de douze mois. (41) Dès l'âge d'un an, Santé Canada recommande que les enfants prennent des repas et collations régulières et suivent le Guide alimentaire canadien. (42) Santé Canada et l'ADA recommandent aussi l'utilisation du gobelet ouvert plutôt que des gobelets anti-versements dès l'introduction de liquides autres que le lait maternel. On décourage aussi la consommation de jus ; l'eau devrait être privilégiée. (42, 43)

2.3.2 Hygiène buccale

L'ADC recommande que le brossage soit effectué par un adulte chez les enfants de moins de 3 ans. (44) L'ODQ a publié un vidéo (45) expliquant le positionnement et la technique de brossage chez un jeune enfant. La routine de l'hygiène buccale devrait être instaurée avant même l'éruption des dents et peut alors se faire simplement avec une débarbouillette. Dès l'éruption de la première dent, on recommande d'utiliser une brosse à dents avec une petite tête et des poils souples. Il faut d'abord s'assurer que le brossage se fasse dans un endroit sécuritaire, comme un lit ou par terre et on évite la salle de bain qui permet rarement d'avoir un environnement sécuritaire. Il est aussi important de montrer aux parents comment positionner le jeune afin d'avoir un contrôle de sa tête et une bonne visibilité, tel que présenté dans les figures 3 et 4. (36, 45) L'utilisation de dentifrice fluoré sera discutée dans la section suivante.

L'ADC et l'ODQ recommandent l'utilisation de la soie dentaire chez les enfants lorsqu'il y a des contacts fermés entre les dents bien que cela ne soit pas directement supporté par l'évidence scientifique. (45, 46) En effet, une revue systématique publiée en 2017 a révélé que l'efficacité de l'usage de la soie dentaire en dentition primaire est faible. Ainsi, une seule étude a montré une diminution des caries interproximales chez les enfants de première année

après l'utilisation de la soie dentaire cinq fois par semaine par des opérateurs expérimentés. (47, 48)

Figure 4. Positionnement d'un bébé pour le brossage des dents (45)



Tirée de l'Ordre des dentistes du Québec « Ma bouche en santé ». En ligne.
www.maboucheensanté.com avec l'autorisation de l'ODQ

Figure 5. Technique de brossage des dents d'un bébé (45)



Tirée de l'Ordre des dentistes du Québec « Ma bouche en santé ». En ligne.
www.maboucheensanté.com avec l'autorisation de l'ODQ

2.3.3 Exposition aux fluorures

Le fluor, sous sa forme ionique, est fort utile dans la prévention de la carie dentaire. Ses trois principaux modes d'action sont : une augmentation de la résistance de la dent face à la déminéralisation, une promotion de la reminéralisation et une diminution du potentiel cariogène de la plaque dentaire. Les principales sources de fluor sont : l'eau fluorée naturellement ou artificiellement, les dentifrices, les rince-bouches, les vernis, les gels et mousses, les suppléments et dans certains aliments, jus ou préparations pour nourrisson. (36, 37, 49)

En 2015, le groupe Cochrane a publié une revue systématique concernant la fluoration de l'eau comme moyen de prévention de la carie dentaire. Une des conclusions principales de ce rapport est son efficacité à diminuer les caries en dentition primaire et permanente chez les enfants. En effet, la fluoration de l'eau entraîne une diminution de 35% l'indice caod¹ et une augmentation de 15% des enfants sans caries sur leurs dents primaires. (50) Bien que l'efficacité de la fluoration de l'eau soit reconnue et que cette mesure de santé publique soit encouragée par le directeur national de santé publique, moins de 2,5% des Québécois vivent dans des régions où l'eau est fluorée. (51, 52) Il n'y aurait plus que six municipalités québécoises qui fluorent leur eau potable. (53) Il est tout de même important de vérifier l'apport en fluor provenant de l'eau potable pour évaluer les besoins de suppléments en fluor des patients.

Pour ce qui est du dentifrice fluoré, l'ADC et Santé Canada recommandent l'utilisation de dentifrice fluoré chez les moins de trois ans seulement s'ils sont à risque de carie. On recommande alors d'utiliser une quantité équivalente à un grain de riz. (44, 49) D'un autre côté, l'AAPD, l'OMS et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) supportent l'utilisation de dentifrice fluoré dès l'éruption de la première dent chez tous les enfants. (37, 54, 55) Une méta-analyse a d'ailleurs démontré que l'utilisation d'un dentifrice fluoré entraînait une diminution des caries chez les moins de sept ans. (56) Il est aussi important de mentionner aux parents qu'il faut entreposer les dentifrices fluorés hors de la portée des enfants pour éviter une intoxication au fluor ou encore causer une fluorose sur les dents en développement.

¹ Indice caod : nombre de dents primaires cariées, absentes à cause de la carie ou obturées

2.3.4 Habitudes orales non nutritives

Le besoin de succion est normal chez les nouveau-nés et près de 90% des bébés vont sucer leur pouce ou une sucette. (36) L'usage de la sucette suscite certaines controverses. Par exemple, l'OMS décourage son utilisation afin de ne pas nuire à l'allaitement maternel spécifiquement durant les six premiers mois. (38) D'un autre côté, la SCP a publié un document de principe concernant les sucettes. Les bénéfices soulevés dans leur revue de la littérature sont les suivants : protection contre la mort subite du nourrisson et bienfaits pour les poupons aux soins intensifs néonataux. Par contre, son utilisation pourrait nuire au bon établissement de l'allaitement maternel et être un facteur de risque de l'otite moyenne. La SCP en conclut que l'utilisation de la sucette est un choix qui revient aux parents. (57)

Lors de la première visite dentaire, il est aussi important d'expliquer aux parents qu'il ne faut pas tremper la sucette dans du sucre, du miel ou tout autre produit sucré, car cela pourrait causer des caries dentaires. L'utilisation de la sucette ou la succion du pouce vont généralement cesser, sans aucune intervention, entre l'âge de deux et quatre ans. L'ADC préconise l'utilisation de la sucette plutôt que la succion du pouce, car son utilisation est plus facile à contrôler. Si ces habitudes perdurent au-delà de cet âge, différentes approches, dont le renforcement positif ou négatif et l'utilisation d'un appareil orthodontique, peuvent être utilisés pour encourager l'arrêt de l'habitude. Idéalement, ces habitudes devraient être arrêtées avant l'éruption des dents permanentes et idéalement avant l'âge de trois ans, puisque cela peut causer des malocclusions telles que : des incisives supérieures en labioversion avec des diastèmes, des incisives inférieures en linguoversion, une béance antérieure et une arcade supérieure étroite. Ces malocclusions peuvent aussi se retrouver en dentition primaire, mais ont tendance à s'autocorriger lorsque l'habitude est arrêtée. (36, 58-61) Plusieurs types de sucettes sont disponibles sur le marché, dont les sucettes dites « orthodontiques ». Une méta-analyse a déterminé que l'évidence scientifique est insuffisante pour lier l'usage de ces sucettes à des bienfaits sur l'occlusion. (62)

2.3.5 Prévention des traumatismes

À l'échelle planétaire, les traumatismes dentaires sont très fréquents. La prévalence la plus élevée se retrouve chez les jeunes enfants et atteindrait 22,7% en dentition primaire, selon une méta-analyse basée sur 46 études regroupant 59 436 enfants, dont l'âge médian était de 3,4 ans. (63) Les traumatismes du complexe maxillo-facial sont donc une cause fréquente de visite à l'urgence dans les hôpitaux. Selon des études épidémiologiques rétrospectives ontarienne et albertaine, le groupe des moins de quatre ans est parmi ceux qui visitent le plus fréquemment les urgences pour des traumatismes dentaires. Parmi ces enfants, les garçons sont plus nombreux que des filles et la principale cause des traumatismes est une chute. (64-66) L'expérience d'un traumatisme dentaire va aussi avoir un effet négatif sur la qualité de vie future liée à la santé dentaire. (67)

Les enfants en dentition primaire sont plus à risque d'avoir des traumatismes dentaires et cela peut en partie s'expliquer par le fait qu'ils sont nombreux à avoir un surplomb horizontal augmenté ($\geq 3\text{mm}$). Cette malocclusion est souvent transitoire lorsqu'elle est causée par des habitudes orales non nutritives (suction du pouce ou suce). (68) Il est pertinent de voir les enfants à un jeune âge, car ils sont alors plus nombreux à avoir cette malocclusion et donc plus à risque de traumatisme.

Les traumatismes des dents primaires peuvent affecter les dents permanentes qui sont en formation. Cela peut se manifester par : une modification du patron d'éruption, une hypoplasie de l'émail, une dilacération ou une tache blanche. Les impacts sont plus marqués lorsque le traumatisme se produit avant l'âge de trois ou quatre ans, soit avant la complétion de la calcification de la couronne des incisives supérieures. (36, 69)

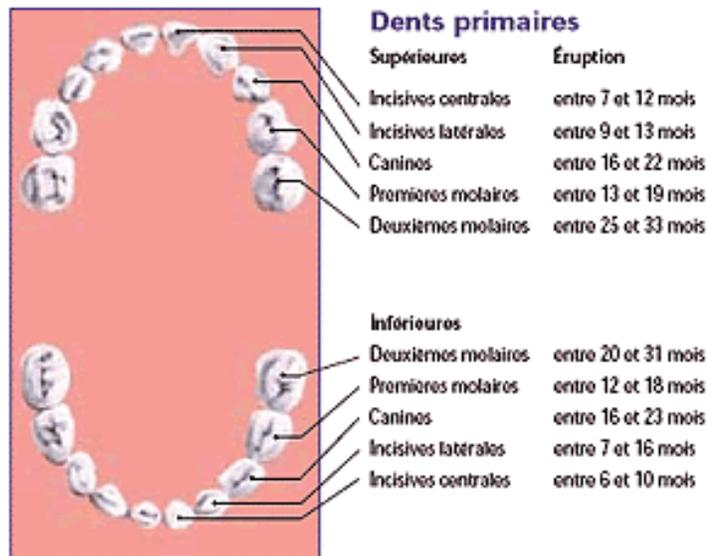
Afin de prévenir les chutes et les accidents et par le fait même, les traumatismes dentaires, les mesures suivantes peuvent être discutées avec les parents (70, 71)

- Ne pas marcher ni courir avec un objet dans la bouche
- Encourager l'utilisation d'un siège auto adapté à l'enfant
- Sécuriser les escaliers avec des barrières
- Tenir hors de portée des enfants les câbles électriques

2.3.6 Développement dentaire et buccal

La séquence d'éruption des dents primaires est présentée dans la figure 6. Ainsi, la première dent à érufter est l'incisive centrale inférieure vers l'âge de six mois. Le patron d'éruption est variable d'un individu à l'autre et serait influencé notamment par le sexe, l'origine ethnique et une naissance prématurée et ses complications périnatales. Il peut donc y avoir des variations quant à l'âge d'éruption, mais aussi la séquence d'éruption. (72, 73)

Figure 6. Patron d'éruption des dents primaires (74)



Tirée de l'Association dentaire canadienne « Croissance des dents ». En ligne.
www.cda-adc.ca/fr/oral_health/cfyt/dental_care_children/development.asp avec l'autorisation
de l'ADC

Les manifestations les plus fréquentes lors de la poussée dentaire sont : l'irritation gingivale, l'hypersalivation et l'irritabilité. La poussée dentaire peut aussi être associée aux éléments suivants : succion des doigts, une diminution de l'appétit, un sommeil troublé, un écoulement nasal, une fièvre et une diarrhée. Concernant les changements de température

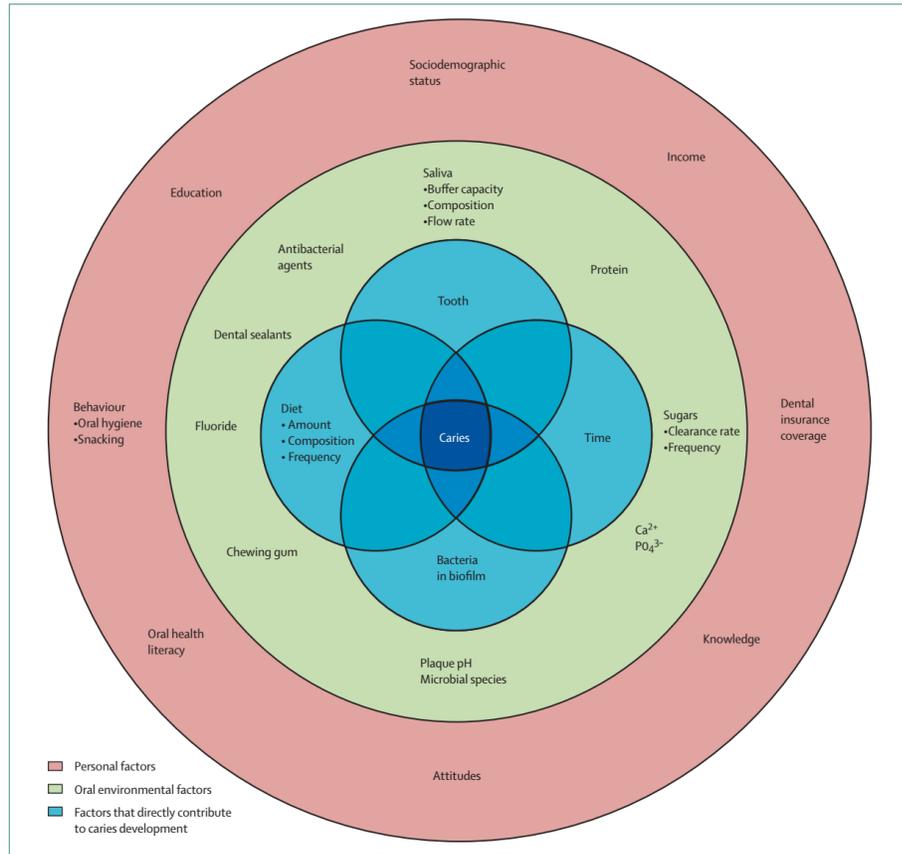
corporelle, la poussée dentaire est associée à une légère hausse de température, mais pas une fièvre franche. Il est donc important d'identifier et de traiter la cause d'une fièvre chez un enfant ayant une poussée dentaire. Afin de soulager l'inconfort qui peut être associé à la poussée dentaire, il est possible d'utiliser un analgésique oral ou un anneau de dentition ou encore masser les gencives et réconforter l'enfant (37, 75-77)

Il est déconseillé d'utiliser un anesthésique local comme la benzocaïne pour soulager la poussée dentaire, spécialement chez les enfants de moins de deux ans. En effet, la U.S. Food and Drug Administration (FDA) et Santé Canada ont émis des mises en garde concernant les produits contenant la benzocaïne puisqu'elle est associée à un risque de méthémoglobinémie pouvant causer la mort. (78-80) Malgré ces avertissements, une étude californienne a révélé qu'en 2016, plus de 60% des pharmaciens recommandaient l'utilisation d'un gel à base de benzocaïne pour soulager les symptômes de poussées dentaires. (81) Le dentiste a donc un rôle important à jouer concernant la gestion des poussées dentaires.

2.4 Carie dentaire

L'Organisation mondiale de la santé classe « les affections buccodentaires [comme étant] les maladies non transmissibles les plus courantes et touchent des personnes de tous âges, causant gêne, douleurs, déformations et parfois la mort ». (4) Parmi ces affections, on retrouve la carie dentaire que Selwitz et al. définissent comme étant une maladie chronique qui se manifeste par la « destruction localisée de tissus dentaires susceptibles par les sous-produits acides de la fermentation bactérienne des glucides de la diète ». (notre traduction) (3). Le processus carieux est complexe et dynamique. La figure 7 classe plusieurs facteurs impliqués dans le développement de la carie dentaire. Les facteurs essentiels sont le temps, la diète, les bactéries et bien sûr les dents. Ainsi, les dents évoluent dans la cavité orale où plusieurs facteurs peuvent protéger de la carie alors que d'autres peuvent la favoriser. On y retrouve notamment l'apport en fluorure, la salive (sa composition, son pouvoir-tampon et son flot) ainsi que le pH de la plaque dentaire. Il est aussi essentiel de tenir compte des facteurs personnels qui sont impliqués dans le processus carieux, dont le statut sociodémographique et économique, le niveau d'éducation et le niveau de connaissance de la santé dentaire. (3)

Figure 7. Facteurs impliqués dans le processus carieux (3)



2.4.1 Carie de la petite enfance

L'AAPD définit la carie de la petite enfance comme étant la présence d'au moins une dent primaire cariée (avec ou sans cavitation), absente (à cause de la carie) ou obturée chez un enfant de moins de 6 ans. (82)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), rapporte que la prévalence de la carie de la petite enfance est très variable d'une région du monde à l'autre et serait entre 12 et 90%. (54) Un rapport américain comparant les données de 1988-1994 et 1999-2004 a noté une diminution de la prévalence de la carie dentaire, sauf pour le groupe des deux à cinq ans qui a connu une augmentation significative passant de 24,2% à 27,9%. (83)

Au Québec, l'INSPQ fait des études auprès des jeunes Québécois afin d'évaluer, entre autres, la prévalence de la carie chez les enfants ainsi que son évolution. L'INSPQ a publié un rapport en 1998-1999 dans lequel ils ont étudié la santé buccodentaire chez les enfants québécois de cinq et six ans et ceux de sept et huit ans. Les données de cette étude démontrent que 41,8% des enfants de maternelle (cinq et six ans) ont un indice caod ≥ 1 . Dans le groupe des enfants de huit ans, 58,2% d'entre eux ont un indice caod ≥ 1 tel qu'illustré dans la figure 8. (28) Dans son étude 2012-2013, les chercheurs de l'INSPQ ont noté une faible diminution de la proportion d'enfants de deuxième année ayant au moins une dent primaire avec une carie irréversible, absente (à cause de la carie) ou obturée (53,1%) par rapport aux données de 1998-1999 (56,0%). De plus, ce sont 23% des enfants de 2^e année qui cumulent 76% des faces dentaires cariées, absentes à cause de la carie ou obturées. Cette étude démontre aussi que 18,12% des enfants de deuxième année ont dix faces ou plus atteintes par la carie. (9) La figure 9 démontre qu'il y a une stagnation dans la diminution des caries des dents primaires chez les jeunes enfants québécois depuis la fin des années '90. Il serait souhaitable de renverser cette situation. L'INSPQ suggère notamment l'implantation de mesures préventives et éducatives en CLSC chez les moins de cinq ans ainsi que le brossage des dents en service de garde afin de diminuer la carie de la petite enfance. (9, 28)

Figure 8. Pourcentage d'enfants atteints par la carie selon l'âge et la dentition (28)

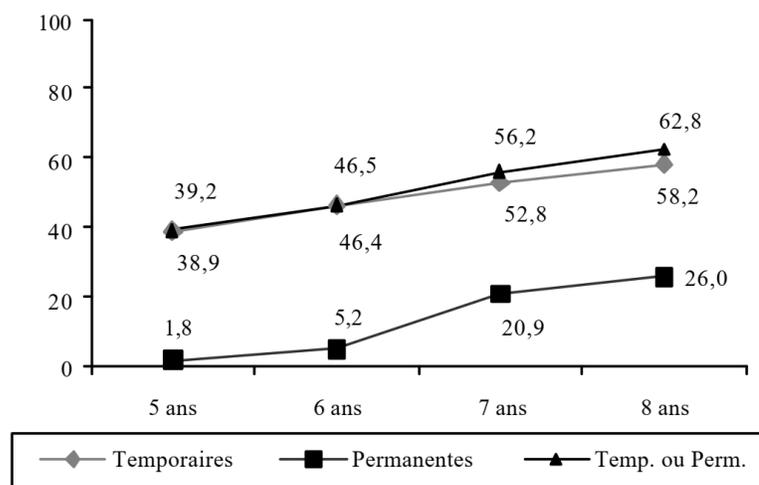
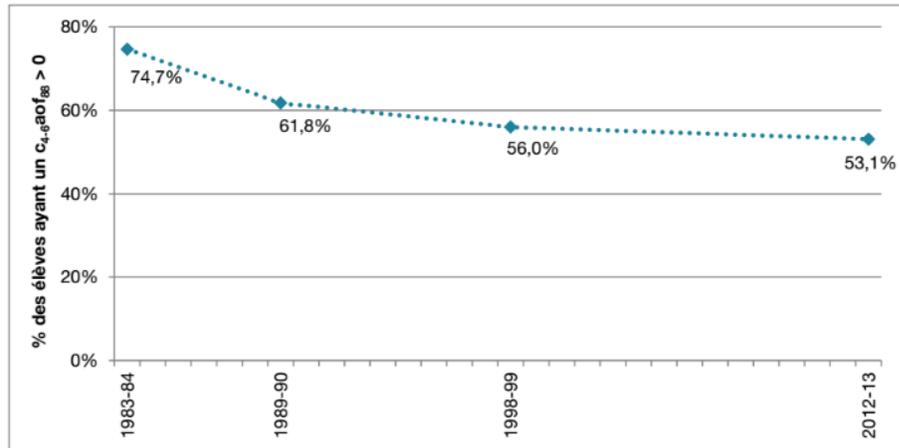


Figure 9. Tendence évolutive de la carie des dents primaires chez les élèves de 2^e année (9)



2.4.2 Effets de la carie de la petite enfance

Plusieurs approches thérapeutiques existent pour traiter la carie de la petite enfance. L'anesthésie générale est régulièrement l'option choisie chez les jeunes enfants ayant de multiples dents à traiter. Une étude s'est intéressée au traitement de la carie dentaire sous anesthésie générale au Canada (excluant le Québec) de 2010 à 2014. Cette étude démontre qu'avec 31,0% des cas d'anesthésie générale chez les enfants de 12 à 59 mois, le traitement des caries dentaires est la procédure la plus fréquente. La prévalence de cette procédure varie entre 8,2 à 110,9 par mille enfants. Les coûts associés à la prise en charge sous anesthésie générale sont de plus de 20 millions de dollars par année et cela exclut les frais pour les traitements dentaires en tant que tels. (1) Le traitement chirurgicale de la carie n'est pas garant de l'élimination de la carie dans le futur. Ainsi, une étude américaine s'est penchée sur les récurrences de caries après des traitements dentaires sous anesthésie générale. Il ont noté que près de 80% des enfants ayant été traités sous anesthésie générale ont développé de nouvelles caries dans les deux années qui suivent et 17% d'entre eux ont dû subir une seconde anesthésie générale pour les traiter. (84)

Par ailleurs, les effets de la carie de la petite enfance sont nombreux. On estime qu'annuellement au Canada, ce sont environ 2,26 millions de journées d'école qui sont manquées pour un rendez-vous dentaire ou une douleur dentaire. (85) Les enfants souffrant de caries de la petite enfance ont aussi un poids inférieur à ceux qui n'ont pas de carie. Heureusement, bon nombre des enfants ayant un retard de croissance vont reprendre du poids lorsque leurs caries seront traitées. Ce rattrapage peut parfois se faire en aussi peu que six mois. (86-88) Les abcès et cellulite d'origine dentaire peuvent aussi évoluer en cellulite sous-orbitaire et plus rarement en abcès cérébral ou causer un choc septique. Ultiment, ces rares complications peuvent même entraîner la mort. (89-91)

2.5 Année de graduation des répondants

Dans les études concernant la première visite dentaire, les dentistes ayant gradué plus récemment étaient plus nombreux à connaître la recommandation de la première visite à un an que leurs collègues ayant gradué il y a plus longtemps. (92-95) L'AAPD a pris position en faveur de la première visite dentaire à tout au plus un an en 1986. (32) Plusieurs années se sont écoulées avant que cette recommandation soit largement enseignée dans les facultés dentaires. En effet, une étude américaine publiée en 2001 révélait que 14% des facultés dentaires américaines recommandaient la première visite dentaire à plus d'un an et ce 13 ans après que l'AAPD ait commencé à recommander la première visite avant un an. (96) Du côté canadien, l'ADC a commencé à recommander la première visite à l'âge six mois après l'éruption de la première dent et tout au plus à un an en 2001, soit 15 ans après l'AAPD. (32) Une étude canadienne publiée en 2015 a démontré que tous les programmes de médecine dentaire enseignaient aux futurs dentistes que la première visite devrait être au plus tard à un an. (97)

2.6 Sexe des répondants

Il semble que le sexe des dentistes puisse avoir une influence sur l'approche en dentisterie pédiatrique. En effet, dans des études du Manitoba et de l'Iowa s'intéressant à la

première visite dentaire, on a observé que les femmes recommandaient un âge plus précoce pour le premier examen dentaire que leurs confrères masculins. (92, 94) On peut attribuer cela, entre autres, au fait que les femmes auraient généralement plus d'empathie que les hommes. (98) Les femmes sont aussi plus nombreuses à orienter leur carrière en pédiatrie, ainsi près de 75% des résidents en pédiatrie aux États-Unis sont des femmes. (99) Le sexe peut aussi être un facteur confondant dans les études, car il y a eu au cours des dernières années une féminisation de la profession et il y a donc plus de chance que les femmes soient aussi des dentistes ayant gradué plus récemment et à qui on a enseigné que l'âge recommandé pour la première visite est tout au plus un an. (100)

2.7 Formation et université de graduation

Au Québec, l'ODQ est l'organisme responsable d'émettre les permis de pratique pour les dentistes. L'un des prérequis pour l'obtention de ce titre réservé est de détenir un certificat du Bureau national d'examen dentaire du Canada (BNED). (101) Le BNED établit les compétences requises pour un dentiste nouvellement gradué au Canada et « y inclut la prise en charge de patients de tout âge incluant ceux avec des besoins particuliers » et ceux anxieux ou appréhensifs. (102) Cela comprend donc les jeunes enfants.

Il existe trois programmes de médecine dentaire au Québec qui sont agréés par l'ODQ et reconnus par la Commission de l'agrément dentaire du Canada (CADC) soit : l'Université de Montréal, l'Université McGill et l'Université Laval. (103) On peut donc s'attendre à ce qu'il y ait une certaine uniformité dans l'enseignement reçu par les dentistes formés au Québec. Une étude canadienne s'est d'ailleurs penchée sur l'enseignement en dentisterie pédiatrique dans les facultés de médecine dentaire et d'hygiène dentaire canadiennes. Cette étude démontre qu'il y a des disparités entre les programmes au point de vue de la formation clinique. Ainsi, seulement trois universités (30%) ont des activités cliniques avec des enfants de moins de trois ans pour tous les étudiants, alors qu'une université n'offre aucune formation clinique avec des enfants de cet âge. Du côté théorique, toutes les universités enseignent la première visite à un tout au plus un an, le concept de la maison dentaire et les soins dentaires chez les bébés. (34) Il en est de

même aux États-Unis où plus de 50% des universités n'offrent aucune expérience clinique avec de jeunes enfants à leurs étudiants de premier cycle. (96)

Depuis 2000, l'Université de l'Iowa a incorporé au curriculum des étudiants de premier cycle en médecine dentaire une demi-journée de stage obligatoire dans une clinique de santé dentaire pour les poupons ayant un risque carieux élevé. Les objectifs de cette rotation sont : identifier la carie de la petite enfance, ses signes précurseurs et ses facteurs de risque, procéder à un examen genou-à-genou, évaluer le risque carieux, planifier les mesures préventives et la guidance anticipée. Cette initiative s'est avérée bénéfique puisque les dentistes généralistes ayant participé à ce programme sont plus nombreux à croire à la pertinence d'une visite dentaire avant l'âge de deux ans et sont aussi plus enclins à voir des enfants de moins de deux ans dans leur pratique privée. (104)

Une étude auprès de médecins de famille et de pédiatres canadiens a démontré que les médecins étaient plus nombreux à recommander la première visite dentaire à un an s'ils avaient reçu au moins une heure de formation continue sur la santé dentaire dans les cinq dernières années alors que ceux ayant reçu plus de trois heures de formation en santé dentaire étaient plus enclins à donner des conseils dentaires. Cette étude a aussi démontré qu'une grande majorité des pédiatres (85%) et des omnipraticiens (92%) a déclaré avoir besoin d'informations et de ressources supplémentaires concernant la santé buccale. (105)

2.8 Obstacles à traiter de jeunes enfants

Plusieurs obstacles peuvent freiner un dentiste à recevoir de jeunes enfants. Selon la littérature, voici une liste de facteurs qui peuvent freiner un dentiste à traiter des enfants de moins de trois ans :(92-94)

- Comportement de l'enfant/manque de coopération
- Pleurs de l'enfant
- Faible intérêt des parents
- Faible rémunération / pas assez rentable / prend trop de temps

- Pratique trop occupée
- Manque de personnel auxiliaire
- Référence à un spécialiste / dentiste pédiatrique
- Manque de formation
- Ne croit pas à la pertinence de la visite à un si jeune âge
- N'aime pas traiter les enfants
- N'est pas certain de savoir quoi faire durant une visite à moins d'un an
- Le dépistage de la santé buccale des poupons est la responsabilité du médecin

Ce sont possiblement les mêmes raisons qui freinent les dentistes québécois à voir de jeunes enfants. En effet, le comportement de l'enfant, le manque de coopération et les pleurs sont chez un enfant d'un an sont universels.

Concernant la rémunération, au Québec, les examens dentaires et les soins curatifs sont assurés par la RAMQ pour les enfants de moins de 10 ans admissibles. Donc, la rémunération pour l'examen dentaire est uniforme pour tous les dentistes québécois affiliés au régime public. On peut s'interroger à savoir si les dentistes sont satisfaits de la rémunération pour un examen complet chez un jeune enfant qui est de 60,75\$ (incluant les suppléments pour l'asepsie et pour un enfant de moins de six ans). (106) En comparaison, le Texas rembourse 142 USD pour une visite incluant l'examen, la prophylaxie et l'application topique de fluor. (35)

3 Buts et hypothèses

L'objectif principal de cette étude est de connaître l'âge auquel les dentistes québécois recommandent la première visite dentaire chez les enfants.

Les objectifs secondaires de la recherche visent à identifier des facteurs qui peuvent influencer l'âge auquel les dentistes recommandent la première visite dentaire, les facteurs qui les freinent à voir de jeunes enfants et de vérifier les connaissances des dentistes concernant la prise en charge des jeunes patients.

L'hypothèse nulle est qu'il n'y a pas de différence entre l'âge recommandé par les dentistes et celui des associations dentaires (tout au plus un an) alors que l'hypothèse de recherche est que les dentistes recommandent la première visite à un âge qui est supérieur à un an.

4 Pertinence de l'étude

Des études similaires s'intéressant à la première visite dentaire et/ou au concept de la maison dentaire ont été conduites au Manitoba, en Ohio, au Connecticut et en Iowa. (92-95) Aucune étude ne s'est penchée spécifiquement sur l'opinion des dentistes au Québec vis-à-vis la première visite dentaire. D'autant plus qu'on sait que très peu d'enfants québécois de deux ans et moins ont eu un examen dentaire chaque année alors que plus de la moitié des enfants ont au moins une dent primaire cariée, obturée ou extraite. (8, 9)

Ce projet recherche s'est principalement intéressé à savoir à quel âge les dentistes recommandent la première visite dentaire et s'ils connaissent la recommandation pour la première visite à un an. Le questionnaire a aussi étudié les obstacles qui freinent les dentistes à traiter les jeunes enfants ainsi que leurs connaissances, leur expérience clinique durant leur formation en médecine dentaire et leur intérêt à recevoir des formations supplémentaires en dentisterie pédiatrique. En étudiant les différents facteurs qui influencent l'âge recommandé pour la première visite dentaire, nous pourrions formuler des pistes de solution afin d'éduquer et d'encourager les dentistes et les futurs dentistes à voir ces jeunes patients. Ultiment, cela pourrait aider à diminuer l'incidence de la carie en dentition primaire.

5 Matériel et méthode

5.1 Devis de recherche

La méthodologie de recherche utilisée est un questionnaire informatisé avec un échantillonnage de convenance. Nous avons opté pour un questionnaire informatisé plutôt qu'un questionnaire postal pour les raisons suivantes : un faible coût (gratuit dans notre cas), une utilisation facile et rapide ainsi qu'une compilation automatique des résultats. Nous avons utilisé un échantillon de convenance comprenant les dentistes membres du groupe Facebook « Dentistes du Québec » et les dentistes recevant les infolettres de l'ODQ.

5.2 Approbation

Le projet de recherche a reçu l'approbation du comité scientifique de la Faculté de médecine dentaire (annexe 1). Il a par la suite été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal (certificat #17-179-CERES-D en annexe 2).

5.3 Échantillon

5.3.1 Critères d'inclusion

Être un dentiste membre de l'Ordre des dentistes du Québec. Nous avons aussi décidé d'inclure tous les dentistes membres de l'ODQ. En effet, il nous semble pertinent de considérer l'opinion de tous les dentistes. Par exemple, même si un dentiste généraliste ou spécialiste ne traite pas d'enfants dans sa pratique, il est fort probable qu'il traite des nouveaux ou des futurs parents. Il a ainsi l'opportunité et la responsabilité d'informer et d'orienter les parents à un praticien qui pourra prendre en charge les enfants de ses patients.

5.3.2 Critères d'exclusion

Les questionnaires partiellement complétés ont été analysés à l'exception de ceux dont la question concernant l'âge recommandé pour la première visite n'a pas été répondue puisqu'il s'agit de la variable dépendante étudiée.

5.3.3 Taille de l'échantillon

Les taux de réponse obtenus à des études similaires varient entre 42% et 75%. (92, 93). Cependant, ces études ont été faites en envoyant des questionnaires par la poste, alors que notre étude a été faite en utilisant un questionnaire informatisé. Le taux de réponse pour des questionnaires web rapportés dans une méta-analyse est de 39,6% (écart-type = 19,65). (107) On peut s'attendre à ce que le taux de réponse de notre étude soit inférieur à cela, car il n'y a pas eu d'invitation personnalisée, ni de rappel adressé spécifiquement aux dentistes n'ayant pas répondu. De plus, l'invitation se retrouvait à la fin d'un bulletin électronique. Il est donc possible que certains dentistes n'aient pas lu le courriel au complet et n'aient donc pas vu le lien pour participer à notre sondage. En date du 30 octobre 2018, il y avait 5 350 membres de l'ODQ. En ayant un taux de réponse à 30% on obtiendrait 1 605 sujets ce qui est plus que la plupart des études similaires publiées.

5.4 Procédure expérimentale

5.4.1 Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en s'inspirant d'études similaires s'intéressant à la première visite dentaire et/ou au concept de la maison dentaire (92-95). Nous avons contacté certains des auteurs afin d'obtenir le questionnaire qu'ils ont utilisé, mais en vain. Le questionnaire a été révisé par un dentiste pédiatrique et un dentiste généraliste.

Le questionnaire a été développé en utilisant la plateforme de sondage en ligne sécurisée REDCap. Le sondage était accessible sur ordinateur, tablette et téléphone intelligent. Le

questionnaire utilisé contenait 32 énoncés sur 10 pages et est présenté en version intégrale dans l'annexe 1. La première section du questionnaire présentait les informations sur le projet de recherche et le consentement conformément aux exigences du Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.

La seconde section comportait les questions concernant les caractéristiques des participants (type de pratique, sexe, année et université de graduation). Nous avons préféré demander aux participants en quelle année ils ont obtenu leur diplôme de médecine dentaire plutôt que leur âge. En effet, le parcours des étudiants admis en médecine dentaire peut être très variable et cela influence l'âge lors de la graduation. Par exemple, plus d'une personne sur deux admise en médecine dentaire de l'Université de Montréal ne sortait pas directement du CÉGEP. (108) Ainsi, les parcours pour accéder au programme de médecine dentaire sont variables et cela influence directement l'âge à l'obtention du diplôme. L'année de graduation nous semble donc plus représentative afin de comparer les notions apprises par les répondants durant leur formation. Nous avons inclus dans le choix concernant l'université d'obtention du diplôme de médecine dentaire les trois universités québécoises qui offrent ce programme. Nous avons ajouté le choix « autre » qui inclut possiblement des universités canadiennes, américaines et internationales. Nous n'avons pas cru bon d'ajouter des sous-catégories ou une case pour écrire l'université, car il était peu probable que ces sous-catégories nous fournissent des résultats significatifs. La variable de l'université vise plutôt à évaluer les différences entre ces groupes concernant l'âge recommandé pour la première visite et qui pourrait être expliqué par la disparité entre l'enseignement qui y est prodigué.

Par la suite, la première question concernait l'âge auquel les dentistes recommandent la première visite dentaire, puisqu'il s'agit du sujet principal de notre étude. Puis, il y avait les questions concernant la connaissance de la recommandation de la première visite à un an, l'exposition à des activités cliniques avec des enfants de moins de trois ans durant la formation en médecine dentaire ainsi que les réticences à traiter les enfants de moins de trois ans. Concernant l'exposition à des activités cliniques avec des enfants durant les études en médecine dentaire, nous avons cru bon de spécifier qu'il s'agissait d'enfants de moins de trois ans, ce qui est inférieur à l'âge autrefois recommandé pour la première visite dentaire et correspond à l'âge auquel les enfants deviennent généralement coopératifs. Les participants pouvaient cocher

plusieurs éléments qui représentent des obstacles à traiter les enfants de moins de trois ans puisqu'il est fort probable que plusieurs raisons freinent un même dentiste à traiter ces patients. Il aurait pu être bénéfique d'inclure un encadré dans lequel les participants ayant répondu « autre » puissent détailler leur réponse. Cela aurait pu nous permettre de mieux comprendre les réticences des répondants et possiblement d'élaborer d'autres pistes de solution afin que les dentistes soient plus enclins à traiter les jeunes enfants. Ensuite, il y avait des questions concernant la connaissance et l'application des différents éléments qui font partie de la première visite dentaire. Nous avons décidé de poser cette question en deux temps puisque la connaissance d'un élément n'est pas garant de son application et vice-versa. Puis, une section comportait trois questions concernant la connaissance du concept de la maison dentaire, la définition de la carie dentaire et les soins dentaires comme étant la principale cause d'anesthésie générale chez les enfants au Canada. Concernant la définition de la carie de la petite enfance, la question était posée ainsi : « Saviez-vous qu'on parle de carie de la petite enfance lorsqu'il y a présence d'au moins une face dentaire cariée (avec ou sans cavitation) ou d'une dent obturée ou absente à cause de la carie chez un enfant de moins de 6 ans? ». Afin de vérifier si les répondants savaient la définition exacte de la carie de la petite enfance, nous aurions pu leur proposer différentes définitions et leur demander laquelle est la bonne. Par contre, le but de cette étude n'était pas de faire un examen des connaissances des dentistes.

Finalement, la dernière section s'intéressait à l'intérêt des participants à recevoir des formations supplémentaires sur la prise en charge de patients de moins de trois ans. Les répondants étaient aussi invités à fournir une adresse courriel s'ils désiraient recevoir un résumé des résultats de l'étude. Une fois le questionnaire complété, il y avait un remerciement pour la participation au projet et un rappel de l'adresse courriel pour communiquer avec l'équipe de recherche.

5.4.2 Recrutement des participants

Les dentistes ont été recrutés via une infolettre de l'ODQ et sur le groupe Facebook « Dentistes du Québec » entre novembre 2018 et mars 2019.

Nous avons contacté la directrice des affaires publiques et communications de l'ODQ. L'ODQ a accepté d'inclure dans leur bulletin électronique une invitation à participer à l'étude. La formule utilisée par l'ODQ était la suivante :

« ÉTUDE SUR LA PREMIÈRE VISITE DENTAIRE – UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Les membres de l'Ordre qui souhaitent contribuer à l'avancement de la recherche sont invités à répondre à un court questionnaire (10 minutes) portant sur l'opinion des dentistes québécois sur la première visite dentaire. Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre d'un projet doctoral mené actuellement à l'Université de Montréal. »

Ce message a été envoyé une première fois le 9 novembre 2018. Par la suite, un rappel a été envoyé dans une infolettre le 18 janvier 2019.

Compte tenu du faible nombre de répondants (220 accès au questionnaire), une demande de modification du protocole a été faite auprès du Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal dans le but de recruter des répondants en utilisant les réseaux sociaux. L'administratrice du groupe secret sur Facebook « Dentistes du Québec » a été contactée via messagerie privée Facebook pour lui demander l'autorisation de publier sur le groupe une invitation à répondre à l'étude. Le message suivant a été publié sur le groupe le 31 mars 2019 :

« Bonjour à tous!

Vous êtes invité(e) à répondre à un court questionnaire (10 minutes) portant sur l'opinion des dentistes québécois sur la première visite dentaire. Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre de mon projet de maîtrise en dentisterie pédiatrique mené actuellement à l'Université de Montréal. Cliquez sur le lien suivant pour y répondre.

Merci pour votre précieuse contribution! »

5.5 Mesure et variable

La variable dépendante étudiée est l'âge (en mois) auquel les dentistes et leur personnel recommandent la première visite dentaire et il s'agit d'une variable continue. Le sexe, le type

de pratique, l'université de graduation, les réticences à traiter de jeunes enfants, les connaissances et expériences des participants sont des variables nominales. L'année de graduation a été divisée par tranche d'environ dix ans et est une variable ordinale. La variable de l'intérêt à recevoir des formations supplémentaires en dentisterie pédiatrique est aussi une variable ordinale (très intéressé, intéressé, peu intéressé et pas intéressé).

5.6 Analyse statistique

Les données ont été analysées à l'aide du programme SPSS. Un niveau de signification $p < 0,05$ a été utilisé durant l'analyse statistique. Un t-test unilatéral a été utilisé pour vérifier l'hypothèse nulle en tenant compte que les écarts-types ne sont pas semblables.

Le test de Shapiro-Wilk a démontré que les données ne suivaient pas une courbe de distribution normale, mais cela n'a pas influencé les résultats des analyses statistiques. Nous avons décidé d'utiliser l'âge moyen recommandé plutôt que la médiane, car c'est la moyenne qui est utilisée dans la littérature. (92)

Des analyses de variance avec une correction de Bonferroni ont été effectuées afin d'établir le lien entre les paramètres ayant des données multiples et l'âge recommandé pour la première visite dentaire.

5.7 Résultats attendus

Nous nous attendions à ce que l'âge recommandé pour la première visite soit supérieur à un an. Nous croyions que les répondants qui recommanderaient la première visite dentaire plus près de l'âge d'un an seraient les dentistes pédiatriques, ceux qui ont gradué récemment ainsi que les femmes. Il est aussi probable que les dentistes ayant gradué récemment seraient plus au fait de la recommandation de la première visite avant l'âge d'un an comme ce fut le cas dans d'autres études. (92-95)

5.9 Confidentialité

Concernant la confidentialité, les informations ont été recueillies de façon sécuritaire sur la plateforme de sondages en ligne REDCap. Les données ont été exportées en deux séries. La première série comportait les réponses au sondage alors que la seconde contenait uniquement les adresses courriel recueillies. Ainsi, il n'était pas possible pour l'équipe de recherche d'associer les réponses avec les adresses courriel. Cela a permis de conserver la confidentialité des participants puisque l'adresse courriel fournie identifie généralement le répondant. Les participants étaient invités à fournir leur adresse courriel s'ils désiraient recevoir un résumé des résultats de l'étude une fois complétée.

Les seules personnes ayant accès aux données sur la plate-forme REDCap sont les Drs Félix Girard et Sarah Andriamanjay. Une fois les données extraites, Pierre Rompré (statisticien) y a aussi accès. Les données sont désormais conservées dans un classeur verrouillé par Dr Duy-Dat Vu pour une durée de sept ans et ne seront pas utilisées pour d'autres études.

5.10 Risques associés

Le questionnaire ne comporte pas de risques, car il ne se penche pas sur des éléments sensibles qui pourraient affecter les répondants. L'inconvénient de cette étude est le temps requis pour répondre au questionnaire (environ 10 minutes) et que le participant doit avoir accès à un appareil électronique et une connexion internet pour pouvoir répondre au sondage en ligne.

5.11 Retour aux participants

À la fin du questionnaire, les participants étaient invités à fournir leur adresse courriel s'ils étaient intéressés à recevoir un résumé des résultats de l'étude. Le résumé envoyé par courriel aux participants en date du 18 janvier 2020 est détaillé dans l'annexe 3.

5.12 Financement

Le projet de recherche n'a pas nécessité de financement. La faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal a permis l'accès à la plateforme de sondage informatisé REDCap.

5.13 Collaboration et rôles des chercheurs

L'élaboration du questionnaire a été effectuée par la chercheuse principale. Le directeur et le co-directeur de recherche l'ont par la suite révisé. Les analyses statistiques ont été effectuées par monsieur Pierre Rompré, statisticien à la faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal. Par la suite, la chercheuse principale a été en charge de l'analyse des résultats et de la rédaction du mémoire. Le directeur et le co-directeur de recherche, Dr Duy-Dat Vu et Dr Félix Girard, ont encadré la préparation du projet et la rédaction du mémoire.

6 Résultats

6.1 Caractéristiques des répondants

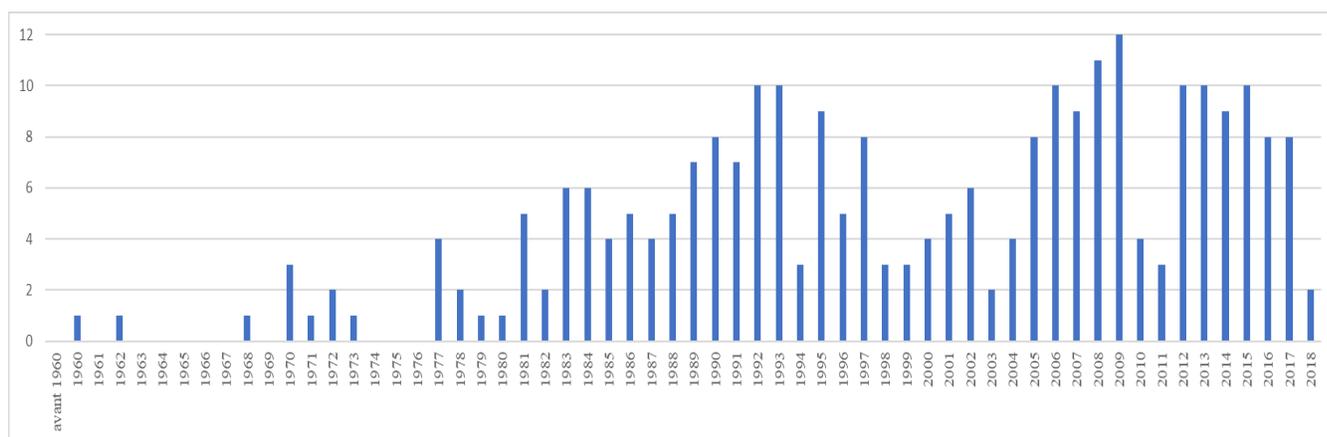
Le tableau III résume les caractéristiques des 263 répondants concernant leur sexe, leur type de pratique, leur université de graduation de médecine dentaire, et leur année de graduation.

Tableau III. Caractéristiques des répondants

Caractéristiques	Nombre de répondants (%)
Sexe	
Homme	81 (30,8%)
Femme	182 (69,2%)
Type de pratique	
Dentiste généraliste traitant des enfants	217 (82,5%)
Dentiste généraliste ne traitant pas d'enfants	10 (3,8%)
Dentiste pédiatrique	16 (6,0%)
Dentiste spécialiste	8 (3,0%)
Résident	5 (1,9%)
Autre	7 (2,7%)
Université de graduation en médecine dentaire	
Université de Montréal	163 (62,0%)
Université Laval	73 (27,8%)
Université McGill	15 (5,7%)
Autre	12 (4,6%)
Année de graduation en médecine dentaire	
Avant 1990	62 (23,6%)
1990 à 1999	66 (25,1%)
2000 à 2009	71 (27,0%)
2010 à 2018	64 (24,3%)

Pour ce qui est de l'année de graduation, les répondants ont répondu avoir obtenu leur diplôme entre 1960 et 2018 et la répartition des données est présentée dans la figure 10. Dans le tableau III et les analyses statistiques subséquentes, nous avons stratifié cette variable en tranches d'environ 10 ans afin d'avoir des groupes ayant un nombre similaire de répondants afin d'en faciliter l'analyse. Par contre, le groupe « avant 1990 » regroupait près de trente années de graduation, soit de 1960 à 1989. On constate donc que les dentistes ayant gradué plus récemment étaient plus nombreux à participer à notre étude.

Figure 10. Répartition des années de graduation des répondants



La figure 11 et le tableau IV présentent la répartition du sexe des répondants selon leur année de graduation. On remarque que les femmes ayant gradué en 1990 et plus tard sont beaucoup plus nombreuses que leurs collègues masculins à avoir répondu au sondage. Elles sont jusqu'à six fois plus dans le groupe 2000-2009. Près de la moitié (45,7%) des hommes ayant participé à l'étude ont gradué avant 1990. Il s'agit donc du seul groupe dans lequel il y a plus d'hommes que de femmes.

Figure 11. Répartition des répondants selon le sexe et l'année de graduation

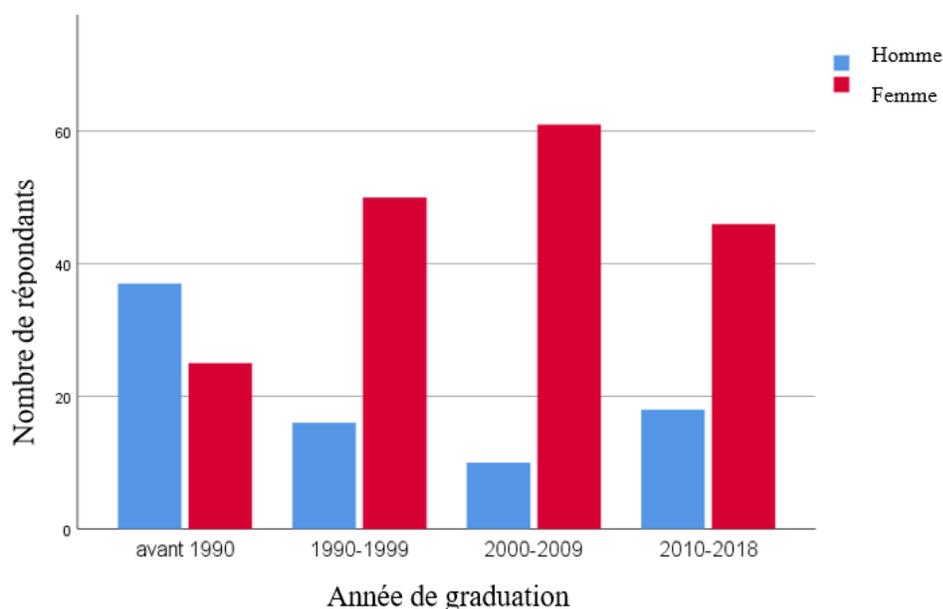


Tableau IV. Répartition des répondants selon le sexe et l'année de graduation

Année de graduation	Homme n = 81	Femme n = 182
avant 1990	37 (45,7%)	25 (13,7%)
1990-1999	16 (19,8%)	50 (27,5%)
2000-2009	10 (12,3%)	61 (33,5%)
2010-2018	18 (22,2%)	46 (25,3%)

6.2 Âge recommandé pour la première visite dentaire

Toutes les données concernant l'âge de la première visite dentaire sont en mois et cette question a été répondue par 263 répondants. Le tableau V présente un résumé des données concernant l'âge recommandé pour la première visite dentaire dont la moyenne est de 21,1 mois avec un écart-type de 11,8 mois. Les réponses variaient entre 1,0 et 60,0 mois. La médiane est de 18,0 mois et le mode de 12,0 mois. L'intervalle de confiance à 95% se situe entre 19,6 mois et 22,5 mois. La figure 12 et le tableau VI illustrent la répartition des réponses à l'âge recommandé pour la première visite. On constate que les données ne suivent pas une courbe de distribution normale. Cela est dû au fait que les données pour une première visite à un âge plus avancé sont nombreuses. En effet, plus de 25% des répondants recommandant une première visite à 36 mois ou plus.

Lorsqu'on observe la répartition des âges recommandés à la première visite dentaire dans la figure 12 et le tableau VI, on note que les réponses les plus fréquentes sont 12 et 36 mois correspondant respectivement à la nouvelle et l'ancienne recommandation. 106 répondants (40,3%) ont dit recommander la première visite à l'âge d'un an ce qui en fait la réponse la plus fréquente devant 36 mois avec 65 répondants (24,7%). On remarque aussi que 49,8% des dentistes recommandent la première visite à 12 mois ou moins.

Tableau V. Âge recommandé pour la première visite dentaire (en mois)

Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum	Intervalle de confiance 95%	
				Minimum	Maximum
21,1	11,8	1,0	60,0	19,6	22,5

Figure 12. Distribution de l'âge recommandé pour la première visite dentaire

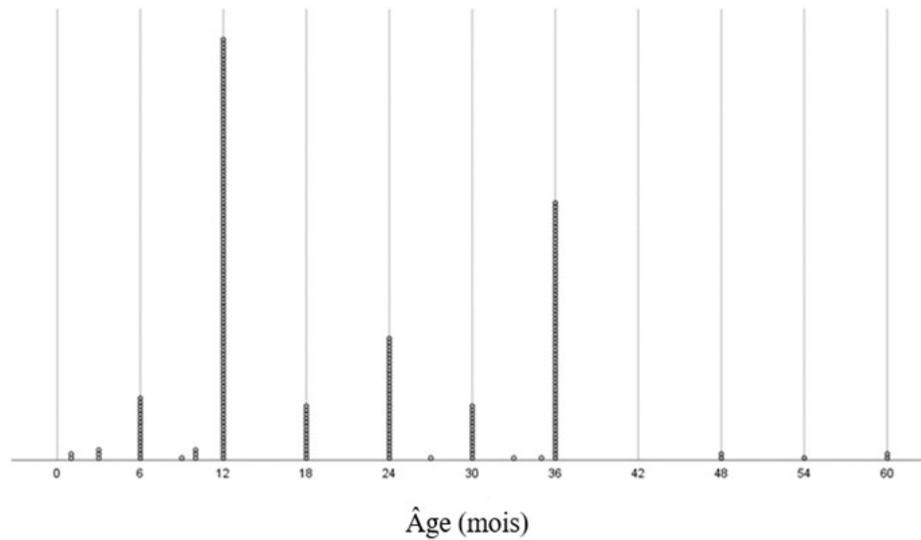


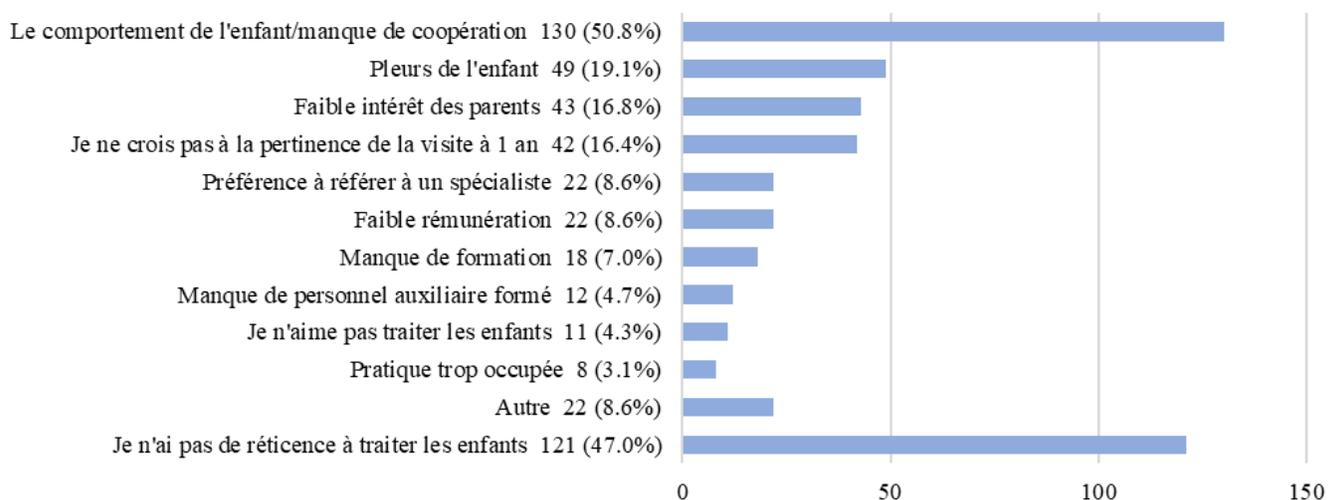
Tableau VI. Distribution de l'âge recommandé pour la première visite dentaire

Âge (mois)	Répondants n=263	Pourcentage	Pourcentage cumulatif
1	2	0,8	0,8
3	3	1,1	1,9
6	16	6,1	8,0
9	1	0,4	8,4
10	3	1,1	9,5
12	106	40,3	49,8
18	14	5,3	55,1
24	31	11,8	66,9
27	1	0,4	67,3
30	14	5,3	72,6
33	1	0,4	73,0
35	1	0,4	73,4
36	65	24,7	98,1
48	2	0,8	98,9
54	1	0,4	99,2
60	2	0,8	100,0

6.3 Réticences à traiter de jeunes enfants

La figure 13 présente les réticences des dentistes à traiter de jeunes enfants. Les dentistes pouvaient répondre plusieurs énoncés et devaient fournir au moins une réponse. Cette question a été répondue par 256 personnes. Plus de la moitié des répondants (50,8%) ont soulevé le comportement de l'enfant et le manque de coopération comme réticence à traiter des jeunes enfants. Il s'agit donc de la réticence la plus fréquente. Près de la moitié des répondants (47,0%) ont répondu ne pas avoir de réticence à traiter de jeunes enfants. D'un autre côté, 16,4% des répondants ont dit ne pas croire à la pertinence de la première visite à un an.

Figure 13. Réticences à traiter de jeunes enfants



6.4 Connaissances, expérience et applications

6.4.1 Connaissance de la recommandation de la première visite à un an

Pour ce qui est de la recommandation pour la première visite dentaire six mois après l'éruption de la première et tout au plus un an, cette question a été répondue par 260 personnes et 233 (89,6%) d'entre elles étaient au fait de cette position.

Tableau VII. Connaissance de la recommandation de la première visite à un an

	Nombre de répondants (%)
Oui	233 (89,6%)
Non	27 (10,4%)

6.4.2 Activités cliniques avec des jeunes enfants durant la formation dentaire

Le tableau VIII présente le nombre et le pourcentage de répondants (n= 259) ayant été exposés à des activités cliniques avec de jeunes enfants durant leur formation en médecine dentaire. Ainsi, plus des trois-quarts de ceux-ci ont soulevé ne pas avoir eu d'exposition à des jeunes patients et environ 5% ne se souvenaient pas. Il y a donc une minorité de répondants (15,8%) qui ont été exposés à des patients de moins de trois ans durant leur formation clinique en médecine dentaire.

Tableau VIII. Activités cliniques avec des enfants de moins de 3 ans durant la formation dentaire

	Nombre de répondants (%)
Oui	41 (15,8%)
Non	204 (78,8%)
Ne se souvient pas	14 (5,4%)

6.4.3 Connaissance et application des éléments abordés lors d'une première visite dentaire

Le tableau IX présente les éléments abordés lors d'une première visite dentaire. Les participants devaient donner une réponse pour chacun des énoncés. La première section concernait la connaissance des différents aspects de la première visite et a été répondue par 254 participants alors que la question sur l'application des éléments de la première visite a été répondue par 252 personnes. On constate que les répondants déclarent connaître des éléments plus qu'ils ne déclarent les appliquer à l'exception de la prévention des traumatismes orofaciaux. L'élément ayant la plus grande différence entre la connaissance (96,5%) et son application (77,4%) est « le traitement des caries, traumatismes et autres pathologies ».

Tableau IX. Connaissance des éléments abordés lors d'une première visite dentaire

Éléments	Nombre de répondants (%)	
	Connaissance n=254	Application n=252
Examen clinique	254 (100,0%)	250 (99,2%)
Instructions d'hygiène	253 (99,7%)	250 (99,2%)
Prophylaxie (si nécessaire)	236 (92,9%)	222 (88,1%)
Évaluation de l'apport en fluor et prescription de suppléments	219 (86,2%)	182 (72,2%)
Conseils nutritionnels	241 (94,9%)	240 (95,2%)
Prévention des traumatismes orofaciaux	157 (61,8%)	170 (67,5%)
Conseils sur les habitudes orales non nutritives	237 (93,3%)	222 (88,1%)
Traitements des caries, traumatismes et autres pathologies	245 (96,5%)	195 (77,4%)
Évaluation du risque carieux et de la fréquence des examens de rappel	249 (98,0%)	247 (98,0%)

6.4.4 Connaissance du concept de la maison dentaire, de la définition de la carie dentaire et de la première cause d'anesthésie générale

Le tableau X présente le nombre de répondants qui déclarent connaître le concept de la maison dentaire, la définition de la carie de la petite enfance et que la première cause d'anesthésie générale chez les enfants au Canada est pour le traitement des caries dentaires. Ces trois questions ont été répondues par 252 participants. Le concept de la maison dentaire ou « dental home » est celui que les répondants connaissent le moins (20,2%). Concernant la carie de la petite enfance, 65,1% des répondants ont dit connaître sa définition alors que plus de la moitié (56,7%) des répondants savaient que les soins dentaires sont la principale cause d'anesthésie générale chez les enfants.

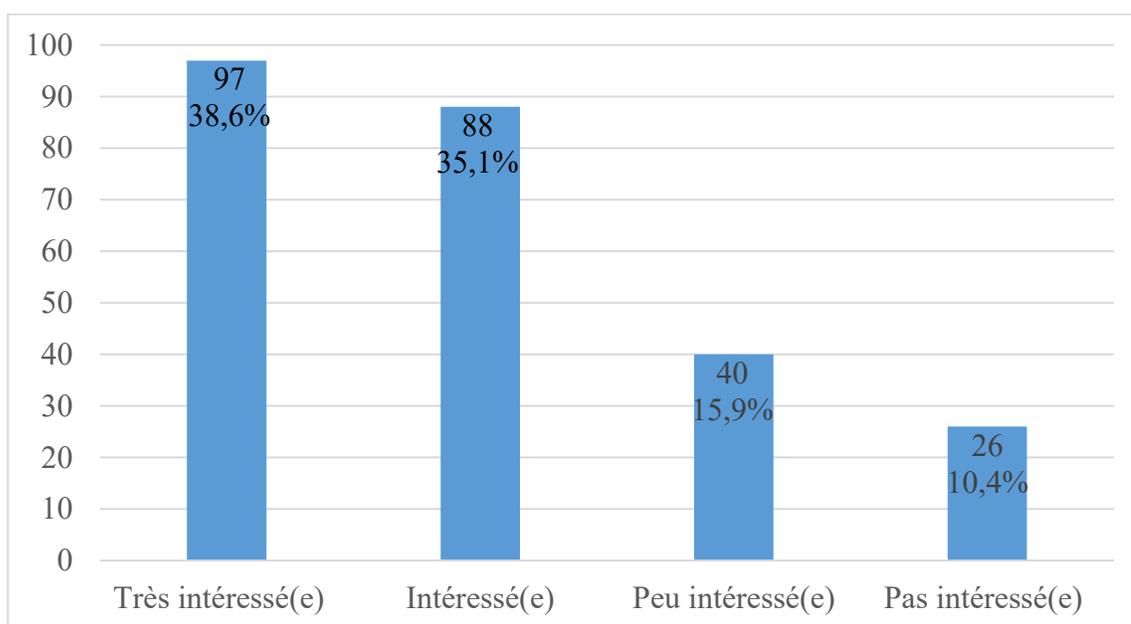
Tableau X. Connaissances

Éléments	Nombre de répondants qui connaissent les éléments (%)
Concept de la maison dentaire	51 (20,2%)
Définition de la carie de la petite enfance	164 (65,1%)
Soins dentaires : première cause d'anesthésie générale	143 (56,7%)

6.5 Intérêt à recevoir des formations supplémentaires

251 participants ont répondu à question concernant leur intérêt à recevoir des formations supplémentaires en dentisterie pédiatrique concernant la prise en charge des patients de moins de trois ans. On remarque dans la figure 14 que la majorité des répondants ont un intérêt à recevoir des formations supplémentaires puisqu'ils étaient 73,7% à être très intéressés (38,6%) ou intéressés (35,1%) à recevoir des formations supplémentaires alors que seulement 26 répondants (10,4%) ont répondu ne pas être intéressés.

Figure 14. Intérêt à recevoir des formations supplémentaires



6.6 Liens entre l'âge recommandé et différents paramètres

6.6.1 Lien entre l'âge recommandé et les caractéristiques des participants

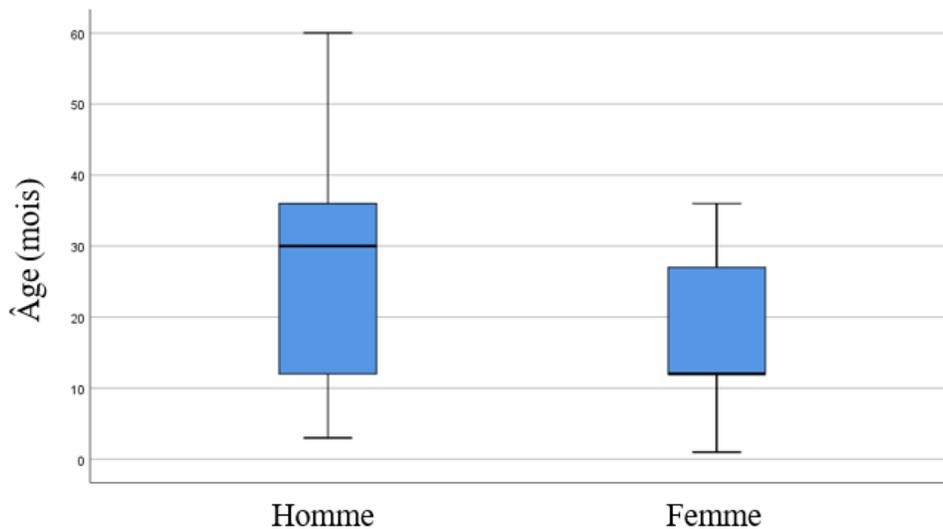
Le tableau XI présente un résumé des liens entre l'âge recommandé pour la première visite dentaire et les caractéristiques des participants.

Tableau XI. Âge recommandé pour la première visite dentaire selon les caractéristiques des participants

Variable	Nombre de répondants	Âge recommandé à la première visite moy. ± écart-type (en mois)	valeur de p
Type de pratique			
Dentiste généraliste	227	22,0 ± 11,7	0,001
Dentiste pédiatrique	16	13,6 ± 7,9	
Sexe			
Homme	81	25,5 ± 14,0	<0,001
Femme	182	19,1 ± 10,1	
Université de graduation			
Université de Montréal	163	20,7 ± 12,0	1
Université Laval	73	22,5 ± 11,2	
Université McGill	15	18,7 ± 14,6	
Autre université	12	20,3 ± 9,9	
Année de graduation			
Graduation avant 1990	62	23,6 ± 13,5	>0,05
Graduation entre 1990 à 1999	66	22,7 ± 11,9	
Graduation entre 2000 à 2009	71	18,4 ± 10,8	
Graduation entre 2010 à 2018	64	19,8 ± 10,4	
Graduation avant 2000			
Graduation avant 2000	128	23,2 ± 12,7	0,005
Graduation entre 2000 et 2018	135	19,1 ± 10,6	

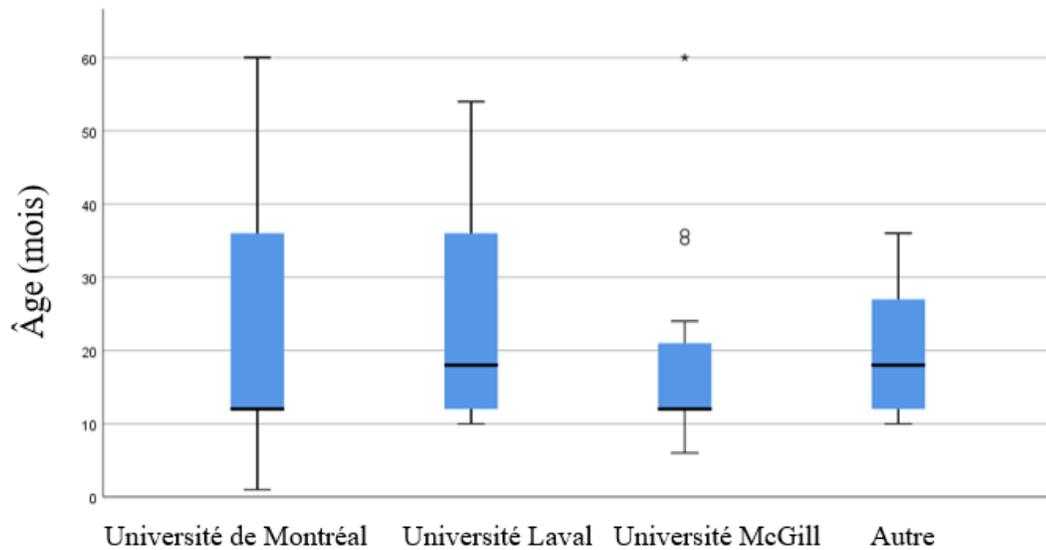
Lorsqu'on analyse l'âge pour la première visite recommandé par les hommes à celui recommandé par les femmes, on note une différence statistiquement significative entre ces groupes tel que présenté dans le tableau XI et la figure 15. Ainsi, les hommes recommandent la première visite à un âge moyen de 25,5 mois (médiane = 30 mois) alors que les femmes la recommandent à un âge moyen de 19,1 mois (médiane = 12 mois). Pour ce qui est de la donnée maximale, elle est de 36 mois pour les femmes, comme l'ancienne recommandation, alors que l'âge maximum recommandé par les hommes est de 60 mois.

Figure 15. Âge recommandé selon le sexe



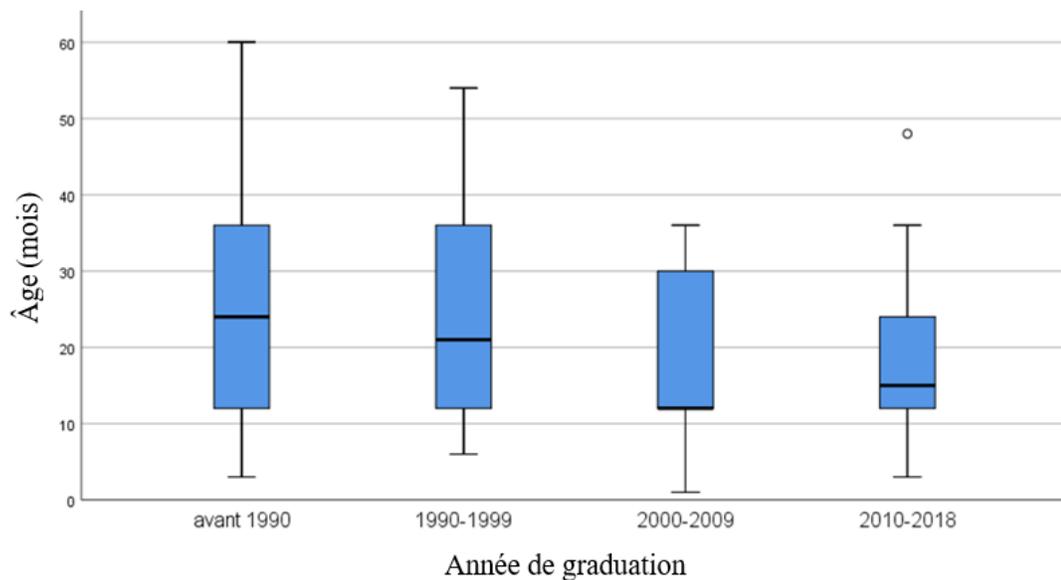
La figure 16 montre la relation entre l'âge recommandé pour la première visite dentaire selon l'université de graduation. Après une correction de Bonferroni, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les quatre groupes ($p=1$). Par ailleurs, on remarque que les diplômés de l'Université de Montréal ont des réponses avec la plus grande étendue (entre 1 et 60 mois). Les anciens étudiants de l'Université de Montréal et de l'Université McGill recommandent la première visite à un âge médian de 12 mois alors que ceux de l'Université Laval et des autres universités la recommandent à un âge médian de 18 mois.

Figure 16. Âge recommandé selon l'université de graduation



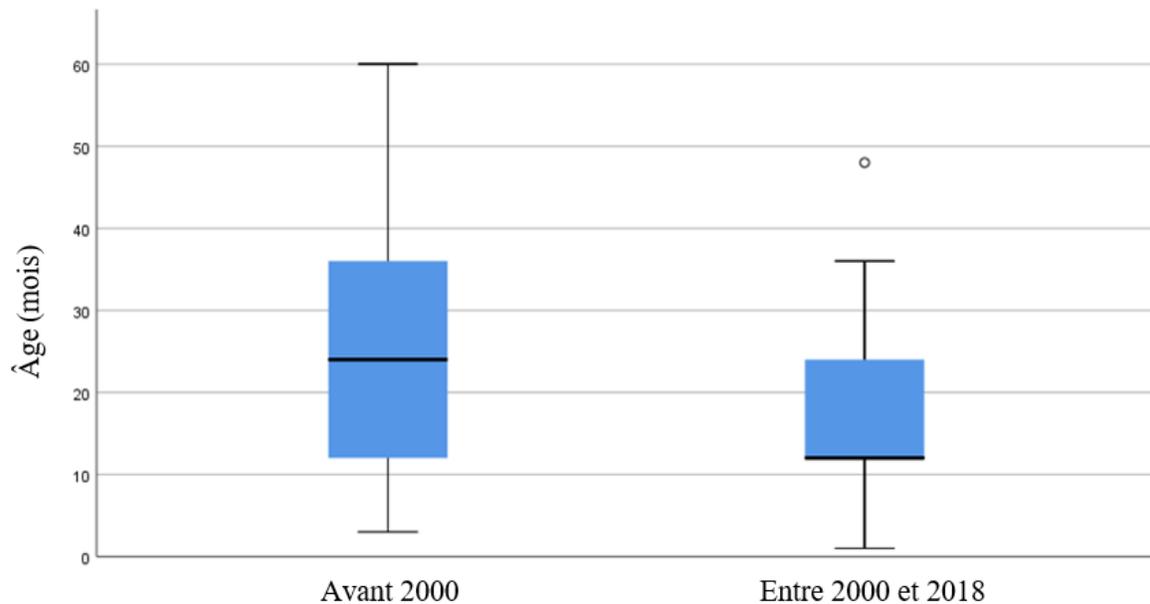
La figure 17 illustre la relation entre l'année de graduation des répondants et l'âge recommandé pour la première visite dentaire. Après une analyse de variance et une correction de Bonferroni, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les quatre groupes ($p > 0,05$). Les dentistes ayant gradué avant 1990 ont les données avec la plus grande étendue puisque leurs réponses varient entre trois et 60 mois. Ce sont aussi eux qui ont la moyenne (23,6 mois) et la médiane (24 mois) les plus élevées. À l'opposé, les dentistes ayant gradué entre 2000 et 2009 ont la moyenne (18,4 mois) et la médiane (12 mois) les plus basses.

Figure 17. Âge recommandé pour la première visite dentaire selon l'année de graduation.



Dans la figure 18, l'âge recommandé pour la première visite dentaire a été séparé en deux groupes, soit avant 2000 et 2000 et plus. Les répondants ayant gradué depuis 2000 recommandent la première visite dentaire à un âge significativement plus jeune (moyenne 19,1 mois et médiane 12 mois) que ceux ayant gradué avant 2000 (moyenne 23,2 mois et médiane 24 mois). On remarque aussi dans que les données comprises dans la boîte à moustaches des gradués depuis 2000 sont plus concentrées alors que les réponses de ceux ayant gradué avant 2000 varient beaucoup plus.

Figure 18. Âge recommandé pour la première visite dentaire selon l'année de graduation



6.6.2 Lien entre l'âge recommandé et les connaissances des participants

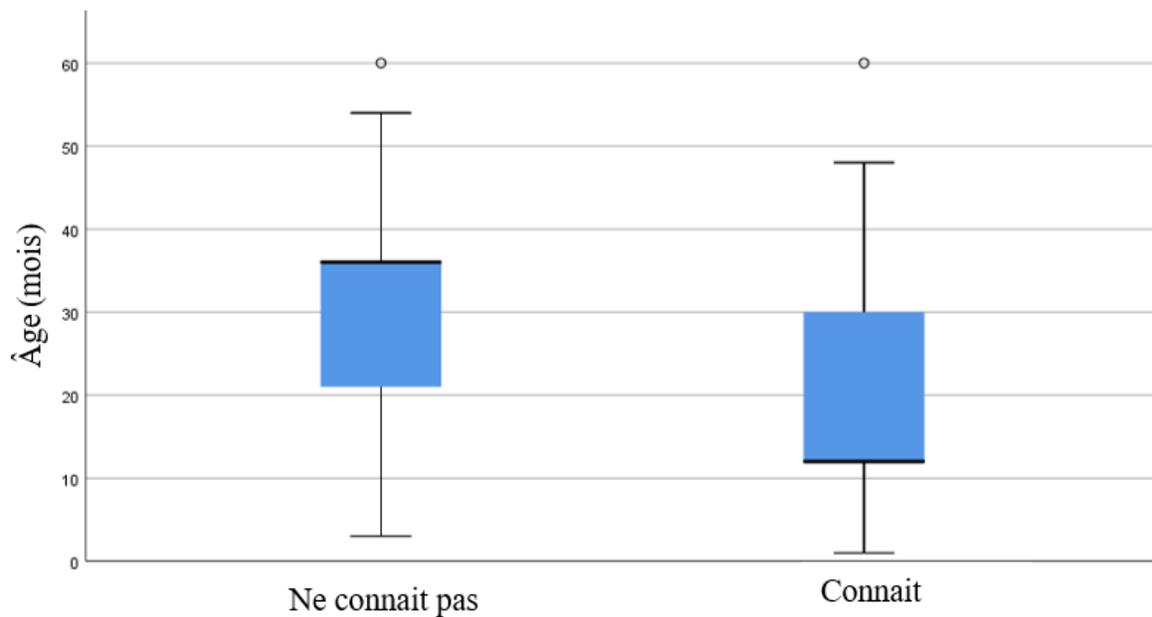
Le tableau XII présente un résumé des liens entre l'âge recommandé pour la première visite dentaire et les connaissances des participants et leur expérience clinique durant leur formation en médecine dentaire.

Tableau XII. Âge recommandé pour la première visite dentaire selon l'expérience et les connaissances des participants

Variable	Nombre de répondants	Âge recommandé à la première visite moy. $\pm\sigma$ (en mois)	valeur de p
Connaissance de la recommandation de la première visite à un an			
Connait la recommandation	233	20,1 \pm 11,2	0,001
Ne connait pas la recommandation	27	30,2 \pm 13,2	
Concept de la maison dentaire			
Connait le concept de la maison dentaire	51	16,5 \pm 11,2	0,01
Ne connait pas le concept de la maison dentaire	201	22,4 \pm 11,6	
Activités cliniques avec des jeunes enfants durant la formation en médecine dentaire			
Activités cliniques durant la formation	41	18,3 \pm 11,6	0,11
Pas d'activité clinique durant la formation	204	21,6 \pm 11,8	
Ne se souvient pas	14	22,3 \pm 12,8	
Définition de la carie de la petite enfance			
Connait la définition	164	21,0 \pm 11,8	0,77
Ne connait pas la définition	88	21,5 \pm 11,9	
Carie de la petite enfance est la première cause d'anesthésie générale			
Sait	143	19,4 \pm 10,7	0,006
Ne sait pas	109	23,6 \pm 12,8	

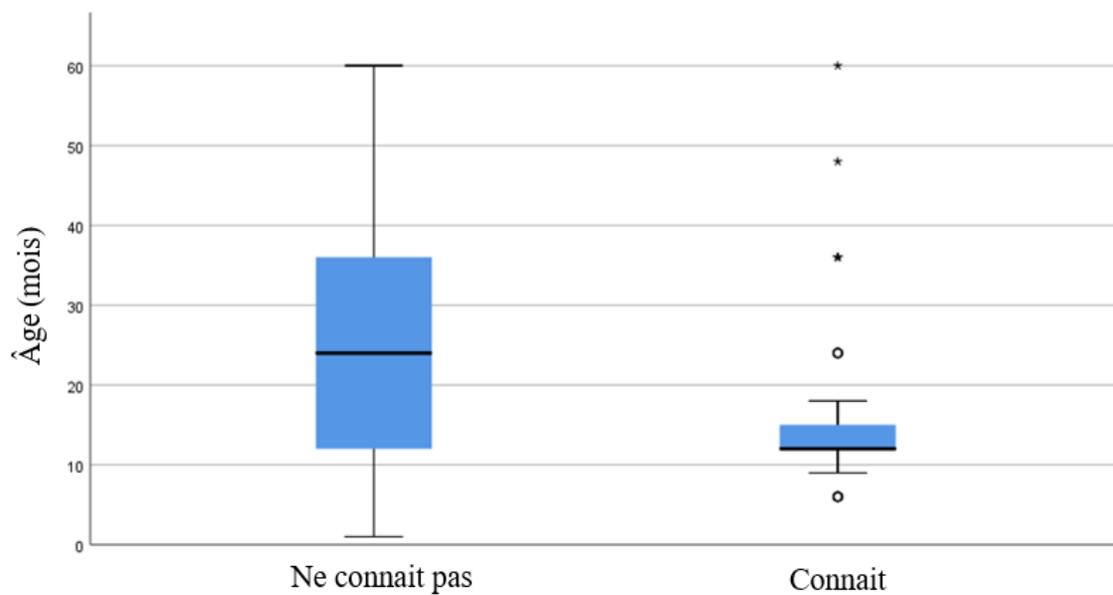
Dans le tableau XII et la figure 19, on met en relation l'âge recommandé pour la première visite selon la connaissance de la recommandation pour la première visite à un an. On constate qu'il y a une différence significative entre ces deux groupes ($p=0,001$). Les dentistes qui déclarent connaître la recommandation pour la première visite à un an recommandent une première visite à l'âge moyen de 20,1 mois (médiane 12 mois) alors que les autres la recommandent à 30,2 mois (médiane 36 mois).

Figure 19. Âge recommandé pour la première visite dentaire selon la connaissance de la recommandation de la première visite à un an



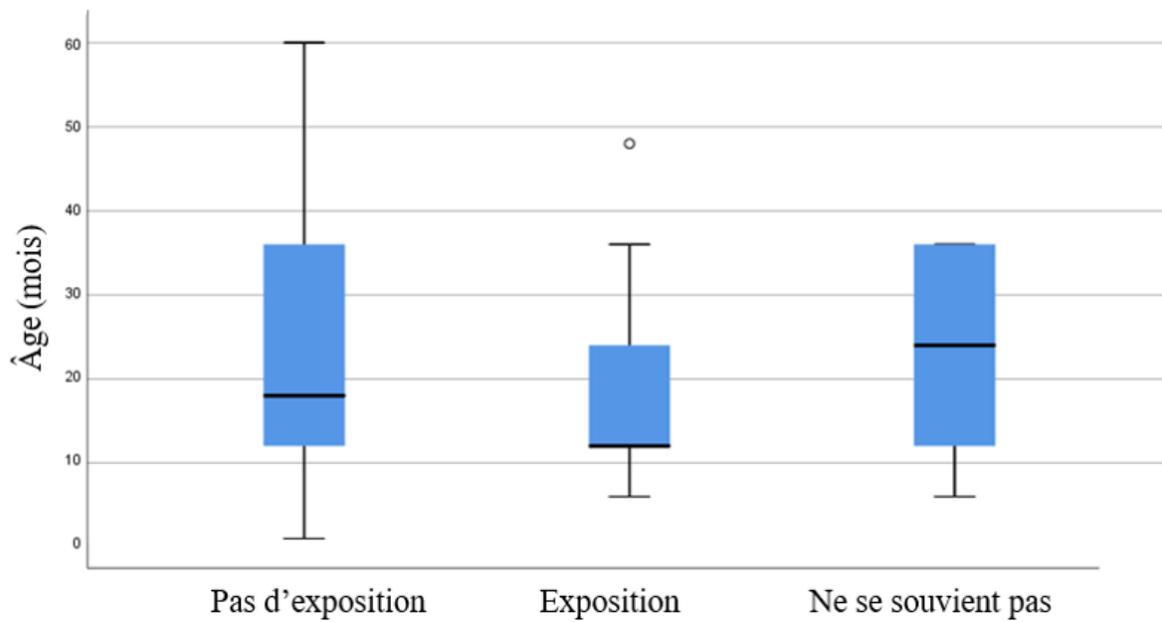
La figure 20 met en relation l'âge recommandé pour la première visite dentaire et la connaissance du concept de la maison dentaire. Il y avait une différence significative entre les deux groupes ($p=0,01$). Ainsi, ceux qui déclarent connaître le concept de la maison dentaire recommandent, en moyenne, une première visite dentaire à un âge plus tôt (16,5 mois) que les autres répondants (22,4 mois). On remarque aussi que les boîtes à moustaches des deux groupes sont très différentes dans la figure 20. Les répondants qui déclarent connaître le concept de la maison dentaire ont des réponses beaucoup plus concentrées autour de l'âge d'un an comparativement à ceux qui ne connaissent pas cette recommandation.

Figure 20. Âge recommandé pour la première visite dentaire selon la connaissance du concept de la maison dentaire



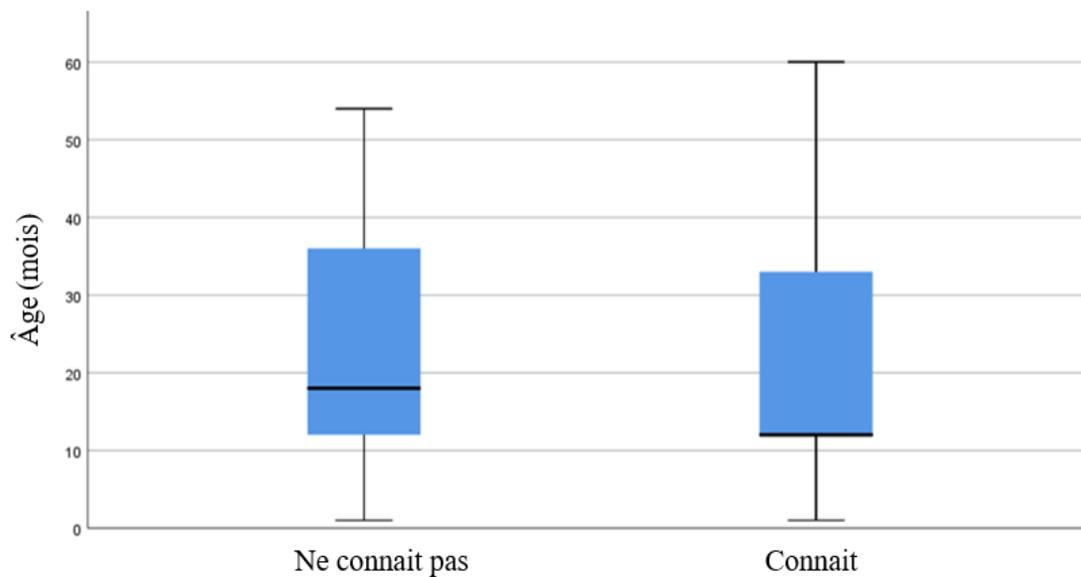
Dans le tableau XII et la figure 21, nous n'avons pas eu de différence significative entre les répondants selon s'ils avaient traité ou pas des enfants de moins de trois ans durant leur formation en médecine dentaire ($p=0,11$). On note, par contre, que ceux ayant été exposés recommandent la première visite dentaire à un âge moyen de 18,3 mois (médiane 12 mois) comparativement à 21,6 mois (médiane 18 mois) pour ceux n'ayant pas été exposés. Le groupe n'ayant pas été exposé avait une plus grande variabilité des réponses et tous les répondants (2) ayant recommandé une première visite dentaire à l'âge de cinq ans se retrouvent dans ce groupe. Le groupe des répondants ne se souvenant pas s'ils avaient eu ou pas des activités avec des jeunes enfants recommande la première visite à un âge moyen le plus élevé à 22,3 mois (médiane 24 mois).

Figure 21. Âge recommandé pour la première visite dentaire selon l'exposition clinique avec des jeunes enfants durant la formation



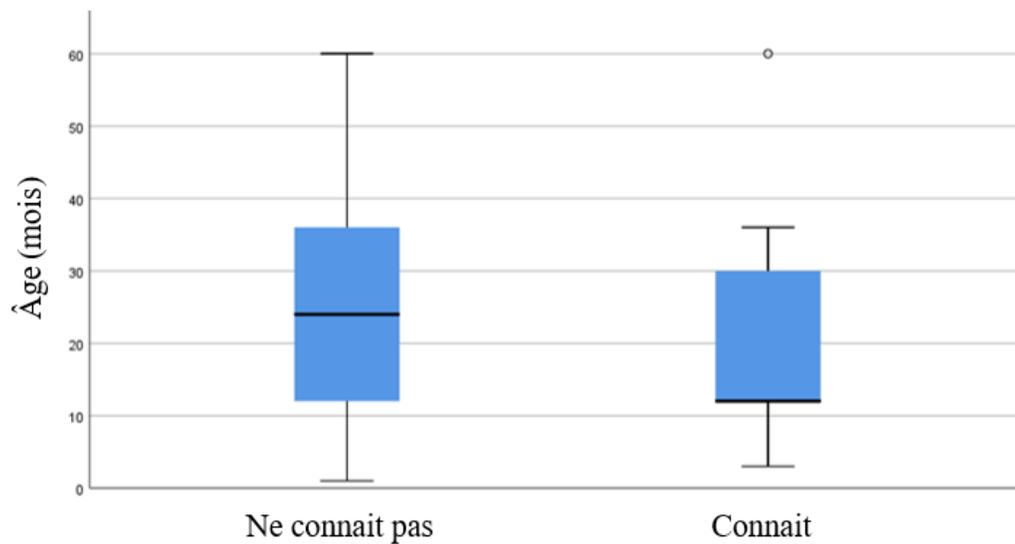
La figure 22 présente l'âge recommandé pour la première visite dentaire selon la connaissance de la définition de la carie de la petite enfance. Ceux qui déclarent connaître la définition de la CPE recommandent la première visite dentaire à un âge moyen de 21,0 mois (médiane 12 mois) comparativement à 21,5 mois (médiane 18 mois) pour les autres répondants. Il n'y avait pas de différence significative entre ces deux groupes ($p=0,77$).

Figure 22. Âge recommandé pour la première visite dentaire selon la connaissance de la définition de la carie de la petite enfance



La figure 23 présente l'âge recommandé par les participants selon s'ils savaient que la première cause d'anesthésie générale chez les enfants canadiens est la carie dentaire. Les répondants qui ont dit connaître ce fait recommandent une première visite dentaire à un âge significativement moins élevé à 19,4 mois (médiane 12 mois) que les autres répondants à 23,6 mois (médiane 24 mois) ($p=0,006$). On remarque aussi que la boîte à moustache des données des répondants qui ne connaissaient pas cet élément est plus étendue que celle de ceux qui la connaissaient.

Figure 23. Âge recommandé pour la première visite dentaire selon la connaissance des soins dentaires comme étant la première cause d'anesthésie générale



6.6.3 Lien entre l'âge recommandé et l'intérêt à recevoir des formations supplémentaires avec de jeunes enfants

Le tableau XIII et les figures 24 et 25 présentent l'âge recommandé pour la première visite dentaire selon l'intérêt à recevoir des formations supplémentaires concernant la prise en charge des enfants de moins de trois ans. On remarque dans le tableau XIII que plus les répondants sont intéressés, plus l'âge recommandé pour la première visite dentaire est bas, tout comme l'écart-type qui y est associé. Ainsi les répondants très intéressés recommandent une première visite dentaire à 16,8 mois comparativement à 28,3 mois pour ceux qui ne sont pas intéressés. Il y avait une différence statistiquement significative entre l'âge recommandé par ceux « très intéressés » par rapport aux trois autres groupes ($p < 0,05$). Dans la figure 25, les groupes « très intéressé » et « intéressé » ont été regroupés ensemble de même que les groupes « peu intéressé » et « pas intéressé ». Les répondants intéressés recommandent une première visite à 19,2 mois alors que ceux peu ou pas intéressés recommandent la visite à 26,6 mois. Il y avait donc une différence statistiquement significative entre ces deux groupes ($p < 0,001$). On note aussi dans la figure 25 que les données des répondants très intéressés ou intéressés sont plus concentrées dans la boîte à moustaches et la médiane est 12 mois.

Tableau XIII. Lien entre l'âge recommandé et l'intérêt à recevoir des formations supplémentaires avec de jeunes enfants

Intérêt	Nombre de répondants n = 251	Âge recommandé à la première visite moy. ± écart-type (en mois)
Très intéressé(e)	97	16,8 ± 9,5
Intéressé(e)	88	21,8 ± 10,7
Peu intéressé(e)	40	25,6 ± 12,2
Pas intéressé(e)	26	28,3 ± 16,0
<hr/>		
Très intéressé(e) ou intéressé(e)	185	19,2 ± 10,3
Peu ou pas intéressé(e)	66	26,6 ± 13,7

Figure 24. Âge recommandé pour la première visite dentaire selon l'intérêt à recevoir des formations supplémentaires

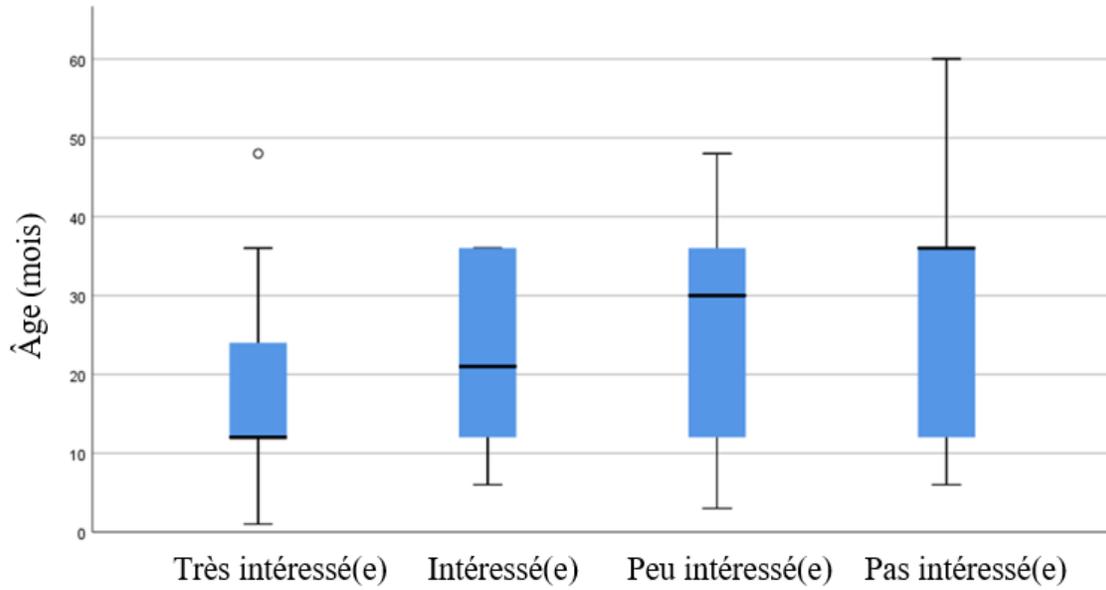
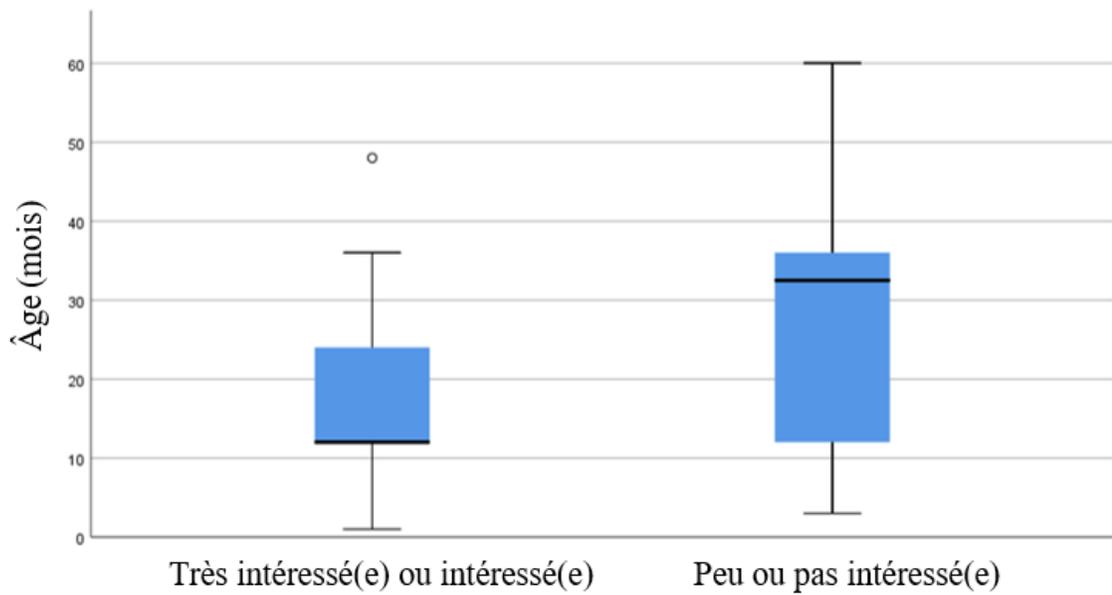
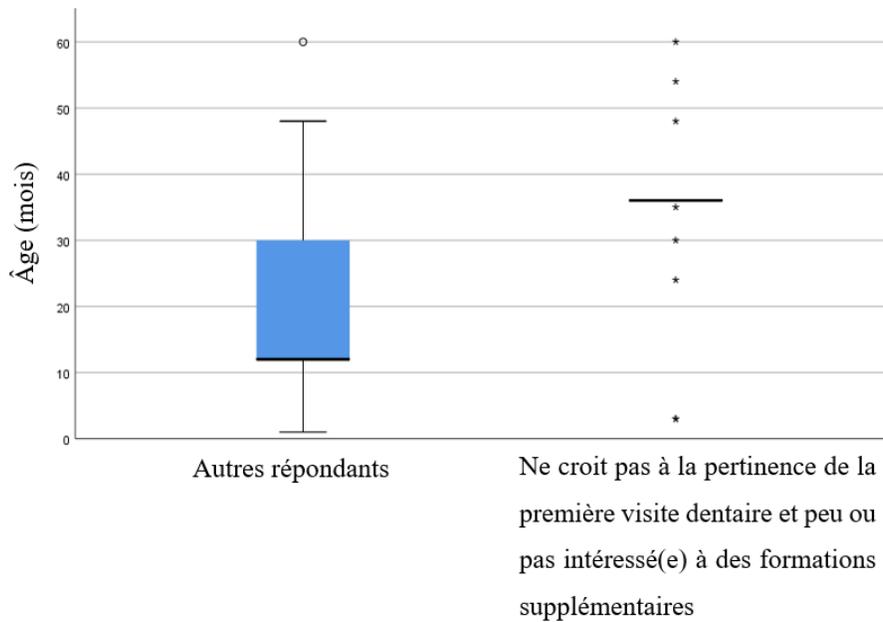


Figure 25. Âge recommandé pour la première visite dentaire selon si les répondants sont intéressés et peu ou pas à recevoir des formations supplémentaires



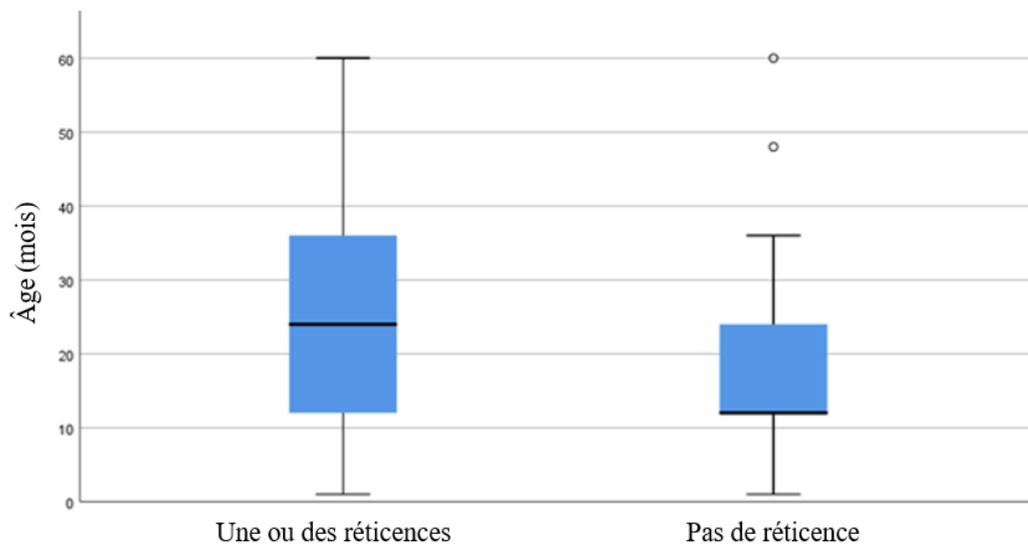
La figure 26 compare l'âge recommandé pour la première visite dentaire par les répondants qui ne croient pas à la pertinence et qui sont peu ou pas intéressés à recevoir des formations supplémentaires (moyenne $19,4 \pm 10,8$ mois) avec les autres répondants (moyenne $34,8 \pm 11,6$ mois). Il y avait une différence statistiquement significative entre ces deux groupes ($p < 0,001$). On remarque dans la figure 26 que les réponses des répondants qui sont peu ou pas intéressés et qui ne croient pas à la pertinence de la première visite à un an sont tellement concentrés autour de 36 mois que l'on perd de l'apparence classique de la boîte à moustache.

Figure 26. Âge recommandé par les répondants ne croyant pas à la pertinence de la première visite et peu ou pas intéressé à recevoir des formations supplémentaires



La figure 27 compare l'âge recommandé pour la première visite dentaire selon l'énoncé stipulant ne pas avoir de réticence à traiter de jeunes enfants. Ainsi les dentistes n'ayant pas de réticence recommandent la première visite à un âge moyen de 17,8 mois (médiane = 12 mois) alors que les autres dentistes recommandent la première visite à 23,9 mois (médiane = 24 mois). Il y avait une différence significative entre ces deux groupes ($p < 0,001$).

Figure 27. Âge recommandé pour la première visite dentaire selon l'absence de réticence à traiter de jeunes enfants



7 Discussion

7.1 Retour sur les principaux résultats

263 dentistes québécois ayant gradué entre 1960 et 2018 ont participé à l'étude. Concernant l'âge recommandé pour la première visite dentaire, l'intervalle de confiance à 95% que nous avons calculé est un minimum de 19,6 mois et un maximum de 22,5 mois. L'âge moyen recommandé est de 21,1 mois alors que la médiane est de 18 mois. Cliniquement parlant, toutes ces données sont en deçà de deux ans et sont plus près de deux ans que de l'âge d'un an tel que recommandé par l'ADC. Un t-test a ainsi permis de rejeter l'hypothèse nulle selon laquelle il n'y a pas de différence entre l'âge recommandé par les dentistes et celui des associations dentaires, soit douze mois.

7.2 Signification des résultats

Bien que la taille de l'échantillon soit petite, nos résultats sont similaires à ceux de l'étude manitobaine sur la première visite dentaire et ayant obtenu un taux de réponse de 63%. En effet, nous avons obtenu un âge moyen de 21,1 mois avec un écart-type de 11,8 alors qu'ils ont obtenu un âge moyen (recommandé par les dentistes généralistes) de 25,2 mois et un écart-type de 10,9. (92)

Dans le tableau VI, on remarque que 49,8% des répondants ont dit recommander la première visite dentaire à un âge égal ou inférieur à un an alors que 66,9% la recommandent à deux ans ou moins. Cela soulève un paradoxe entre ce que les répondants disent recommander et les données concernant les services prodigués. En effet, selon l'Observatoire des tout-petits, seulement 6,7% des enfants québécois de moins de deux ans ont eu un examen dentaire couvert par la RAMQ en 2016. (8) Cela nous emmène à nous demander comment se fait-il qu'aussi peu d'enfants de moins de deux ans soient examinés chaque année alors que les participants de cette étude sont nombreux à recommander une première visite avant cet âge.

Comme c'est le cas dans les autres études, les dentistes pédiatriques recommandent la première visite dentaire plus tôt que les dentistes généralistes, soit à 13,6 mois comparativement

à 22,0 mois. (92, 93) Cela peut être dû au fait que les dentistes pédiatriques et leur personnel sont mieux entraînés à prendre en charge des jeunes enfants ou encore parce qu'ils reconnaissent la pertinence de ces visites préventives précoces.

Les dentistes qui déclarent connaître la recommandation pour la première visite dentaire au plus tard à un an recommandent une première visite à l'âge moyen de 20,1 mois (médiane 12 mois) alors que les autres la recommandent à 30,2 mois (médiane 36 mois). Il est intéressant de constater que les médianes correspondent respectivement à la nouvelle et à l'ancienne recommandation. Cela démontre la pertinence d'informer les dentistes concernant la première visite à tout au plus un an. En 2010, le Manitoba a fait une campagne pour la promotion pour la première visite dentaire gratuite à un an. Trois ans plus tard, une étude s'est penchée sur les bénéfices de cette campagne en comparant les résultats avec une étude de 2008 sur la première visite dentaire. Suite à cette campagne, ils ont observé une diminution significative de l'âge recommandé pour la première visite dentaire et une augmentation significative de la connaissance de la recommandation pour la première visite à tout au plus un an. (92, 109) Il pourrait être pertinent qu'au Québec, l'ODQ fasse des campagnes de sensibilisation et de promotion de la première visite dentaire avant l'âge d'un an comme l'a fait l'ADC avec la campagne « Première dent, première visite ». (7)

Pour ce qui est de l'analyse de l'âge recommandé pour la première visite dentaire selon l'université de graduation présentée au tableau XI et à la figure 16, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les groupes. L'université de graduation ne serait donc pas un facteur qui influence l'âge auquel les dentistes recommandent la première visite.

La figure 17 présente la relation entre l'âge recommandé par les répondants et leur année de graduation. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les quatre groupes. Par contre, dans la figure 18, on remarque qu'il y a une différence significative pour l'âge recommandé pour la première visite dentaire lorsqu'on sépare les groupes avant 2000 et 2000 et plus. Il est possible que cela soit dû au fait que l'ADC supporte la recommandation de la première visite dentaire au plus tard à un an depuis 2001 et que cela a probablement été enseigné aux dentistes ayant gradué depuis cette année-là. (32, 34)

Les principaux obstacles à traiter de jeunes enfants soulevés par les dentistes sont le comportement de l'enfant/ le manque de coopération (50,8%) ainsi que les pleurs de l'enfant (19,1%). Malheureusement, ces obstacles sont attribuables aux comportements des enfants et sont difficilement modifiables et prévisibles. En effet, il est normal pour un jeune enfant d'avoir peur des étrangers et de pleurer et/ou crier lorsqu'il est contrarié. (36) Ce sont aussi les deux obstacles les plus souvent soulevés par les dentistes manitobains et ceux du Connecticut (enfants trop jeunes pour coopérer). (92, 93) La figure 27 présente l'âge recommandé par les dentistes qui ont au moins une réticence à traiter des jeunes enfants et ceux qui n'en ont pas. Il y avait une différence significative entre ces deux groupes puisque ceux qui n'ont pas de réticence recommandent la première visite dentaire en moyenne six mois plus tôt que les autres dentistes. On peut ainsi croire que les réticences des dentistes à voir de jeunes enfants les poussent à ne pas traiter ces patients. En effet, il est possible d'avoir des réticences, mais d'en faire fi et de tout de même reconnaître qu'il est important de voir les enfants à un jeune âge ou encore de recommander la première visite à un an avec un collègue qui est plus confortable avec les bambins.

Parmi les autres obstacles à voir de jeunes enfants, seulement 8,6% des répondants ont répondu qu'ils préféreraient référer à un dentiste pédiatrique. Cela est peu lorsqu'on compare à deux études américaines dans lesquelles entre 20% et 42% des dentistes préférèrent référer à un autre praticien/dentiste pédiatrique. Il s'agit même de la raison la plus fréquente (20%) pour laquelle les dentistes de l'Iowa ne voient pas d'enfants de moins deux ans. (93, 94) Cette différence peut possiblement s'expliquer par le fait qu'il y a proportionnellement beaucoup moins de dentistes pédiatriques au Québec que dans ces deux états américains tel que démontré dans le tableau XIII. Ainsi, au Québec, il y a plus de 150 000 habitants pour chaque dentiste pédiatrique ce qui est près de 100 fois plus que le ratio pour chaque dentiste généraliste. L'Iowa et le Connecticut ont pour leur part respectivement 53 617 et 20 319 habitants pour chaque dentiste pédiatrique. Cela illustre bien que l'accès à un dentiste pédiatrique est plus difficile au Québec que dans ces états américains. D'autant plus que le tableau XIII ne prend pas en considération la distribution géographique de la population générale et de celle des dentistes pédiatriques. On peut alors se demander si peu de dentistes ont répondu préférer référer les jeunes enfants à un dentiste pédiatrique parce que pour plusieurs d'entre eux, l'accès est trop

difficile. Il est donc primordial que les dentistes généralistes, à travers la province, soient confortables de traiter ces jeunes enfants et qu'ils intègrent cette patientèle dans leur pratique. En plus des dentistes généralistes, il est important de sensibiliser médecins omnipraticiens et pédiatres à l'importance des visites dentaires préventives et à identifier les premiers signes de la carie de la petite enfance. En effet, il y a une grande accessibilité aux médecins, car selon l'Observatoire des tout-petits, 88,8% des enfants québécois de moins de cinq ans ont un pédiatre ou un médecin de famille. (8) Ces professionnels peuvent donc servir de premier intervenant en matière de santé dentaire et doivent être en mesure de référer les enfants qui ont besoin de traitements ou ayant un risque carieux élevé à des dentistes. Encore faut-il que ceux-ci acceptent de les traiter.

Tableau XIV. Démographie

	Population	Dentistes généralistes		Dentistes pédiatriques		Ratio dentistes pédiatriques/ 1 000 dentistes généralistes
		Nombre	Habitants/ Dentiste généraliste	Nombre	Habitants/ Dentiste pédiatrique	
Québec	8 390 499	5 350	1 568	54	155 380	10
Connecticut	3 576 073	1 744	2 051	176	20 319	101
Iowa	3 163 382	1 012	3 126	59	53 617	58

Source : (110-112)

Concernant la connaissance et l'application des éléments de la première visite dentaire, la plus grande différence observée était de près de 20% pour l'élément « traitement des caries, traumatismes et autres pathologies ». Il semble donc que les répondants soient moins à l'aise d'effectuer des traitements chez les jeunes enfants. On peut se demander si cela est dû au fait que les dentistes reçoivent peu de formation clinique avec des enfants de moins de trois ans. En effet, seulement 15,8% des répondants ont dit avoir eu une telle exposition durant leur formation

en médecine dentaire. Cela est bien peu lorsqu'on sait que cela peut encourager les dentistes à voir des enfants de moins de deux ans, tel que présenté dans la section 2.7.

Pour ce qui est du concept de la maison dentaire, les dentistes qui le connaissaient recommandaient une première visite dentaire à un âge plus tôt (16,5 mois) que les autres répondants (22,4 mois) ($p=0,01$). Par contre, ce n'est pas parce que les répondants ne connaissent pas le concept qu'ils n'appliquent pas les différents principes et caractéristiques qui lui sont associés. Ainsi, pour avoir des résultats plus précis concernant la connaissance et l'application des principes fondamentaux de la maison dentaire, nous aurions pu faire un questionnaire similaire à une étude de l'Ohio qui s'est penchée exclusivement sur la maison dentaire. (95) On aurait pu croire que plus de répondants connaissaient ce concept puisqu'il est enseigné dans toutes les universités canadiennes selon une étude effectuée en 2012. (34) Il est donc possible que les répondants qui connaissent la maison dentaire soient ceux ayant gradué plus récemment et ceux qui ont un plus grand intérêt pour la dentisterie pédiatrique.

Selon nos résultats, les répondants qui disent savoir que les soins dentaires sont la première cause d'anesthésie générale chez les enfants canadiens recommandent la première visite dentaire significativement plus tôt que les autres (19,4 mois par rapport à 23,6 mois). D'un autre côté, il n'y avait pas de différence entre ceux qui connaissaient ou pas la définition de la carie de la petite enfance. Ainsi, ce n'est pas simplement la connaissance ou non d'un élément qui semble influencer l'âge auquel les dentistes recommandent la première visite dentaire, mais aussi la gravité et les répercussions qui y sont associées, comme c'est le cas pour l'anesthésie générale. En effet, les soins dentaires sous anesthésie générale sont associés à des coûts financiers importants et comportent certains risques pour la santé de l'enfant. (1)

La figure 22 présente l'âge recommandé par les participants selon s'ils savaient que la première cause d'anesthésie générale chez les enfants canadiens est la carie dentaire. Les répondants qui ont dit connaître ce fait recommandent une première visite dentaire à un âge significativement moins élevé à 19,4 mois (médiane 12 mois) que les autres répondants à 23,6 mois (médiane 24 mois) ($p=0,006$). On remarque aussi que la boîte à moustache des données des répondants qui ne connaissaient pas cet élément est plus étendue que ceux qui la connaissaient.

Lorsqu'on étudie l'intérêt des répondants à recevoir des formations supplémentaires sur la prise en charge des jeunes enfants, on constate que ceux qui sont le plus intéressés sont aussi ceux qui recommandent la première visite dentaire à un plus jeune âge. À l'opposé, ceux qui recommandent l'âge le plus élevé sont ceux les moins intéressés, comme le démontre la figure 24. L'écart est encore plus marqué à la figure 26 où on compare les répondants qui sont peu ou pas intéressés et qui ne croient pas à la pertinence de la première visite à un an. La notion d'intérêt semble donc avoir un impact sur la propension des dentistes à recommander la première visite à un âge se rapprochant d'un an. Cela amène une question : comment susciter l'intérêt des dentistes concernant la prise en charge des jeunes enfants de moins de trois ans? L'augmentation de l'exposition clinique avec des jeunes enfants durant la formation en médecine dentaire pourrait être bénéfique. L'exemple des cliniques de bambins à risque carieux élevés de l'Iowa décrites à la section 2.7 apparaît comme un modèle intéressant qui pourrait être implanté dans les universités québécoises en collaboration avec des organismes communautaires.(104) (34) Un programme similaire existe à Montréal la « Clinique bébé-dent ». Il s'agit d'une clinique de prévention auprès des enfants de six mois à trois ans vivant dans deux quartiers défavorisés de Montréal qui se déroule une fois par mois. (113) (114)

7.3 Limites et rigueur

Concernant l'âge recommandé pour la première visite dentaire, les réponses variaient entre un et 60 mois. Il est possible que certains répondants n'aient pas bien lu la question et ont écrit leur réponse en année plutôt qu'en mois tel que précisé dans la question. Ainsi, deux personnes ont répondu un mois et trois personnes ont répondu trois mois. Nous avons décidé de conserver ces réponses puisque certaines écoles de pensée préconisent des visites dentaires dès le plus jeune âge voire dans la période prénatale tel que discuté précédemment. Nous avons fait l'exercice d'exclure ces données et nous obtenons un âge moyen de 21,4 mois avec un écart-type de 11,6 et une médiane de 18 mois. Cliniquement, la différence notée entre les données utilisées dans notre étude n'est pas significative. Donc, même si certaines données sont possiblement biaisées cela a eu peu d'impact sur les résultats obtenus.

Aussi, quand on compare la distribution selon le sexe de nos répondants par rapport aux données de l'ODQ, on constate qu'il y a une grande disparité. En effet, 69,2% des répondants à notre sondage étaient des femmes alors qu'elles représentent 48,3% des membres de l'ODQ. (111) Cela peut avoir influencé les résultats en diminuant l'âge recommandé pour la première visite dentaire puisque dans des études similaires les femmes recommandent la première visite dentaire à un âge plus jeune que les hommes. (92, 94) Cela a aussi pu augmenter l'intérêt des participants à recevoir des formations supplémentaires en dentisterie pédiatrique puisque les femmes ont un plus grand intérêt pour la pédiatrie et sont plus nombreuses dans ce domaine. (99) La profession de dentiste se féminise et on remarque cette tendance dans la figure 10 qui présente la distribution des sexes des répondants selon l'année de graduation. Ainsi, on constate que près de la moitié des hommes (45,6%) ayant répondu au sondage ont gradué avant 1990. (100)

Ce biais de sélection s'illustre aussi lorsqu'on s'intéresse à la répartition du type de pratique des répondants. En effet, la grande majorité était des dentistes généralistes (82,5%). Les dentistes pédiatriques étaient proportionnellement plus nombreux à répondre étant donné que 16 (3,8%) alors qu'avec 54 spécialistes, ils représentent à peine 1% de tous les dentistes québécois. À l'opposé, seulement huit dentistes de toutes les autres spécialités ont participé à l'étude. Ainsi, ce sont 29,6% des dentistes pédiatriques qui ont répondu ce qui est une surreprésentation importante de ce groupe. On retrouve aussi cette tendance dans une étude au Connecticut où 84% des dentistes pédiatriques ont répondu alors que le taux de réponse était de 42% chez les dentistes généralistes. (93) Cela peut s'expliquer par le fait que les dentistes qui avaient un intérêt pour la dentisterie pédiatrique ont été plus nombreux à participer à l'étude puisque le sujet de l'étude était annoncé avant même de commencer le sondage. Cela nous pousse donc à croire que les répondants de notre étude ne sont pas représentatifs de l'ensemble des dentistes du Québec.

La plupart des répondants (62,0%) ont gradué de l'Université de Montréal. Cela peut s'expliquer par le fait que l'Université de Montréal a des cohortes d'étudiants plus grandes que les autres universités québécoises. L'Université McGill est la moins représentée avec seulement 5,7% des répondants. On peut se demander si le fait que le questionnaire était uniquement en français ait pu décourager des dentistes anglophones de participer à l'étude. Nous croyons que

cela est peu probable puisque le sondage s'adressait aux dentistes québécois et le français est la seule langue officielle de la province. (115) De plus, la loi sur les dentistes stipule qu'un dentiste doit « prouv[er] sa connaissance d'usage de la langue officielle du Québec, conformément aux dispositions de la Charte de la langue française » afin d'obtenir un permis de pratique de l'ODQ. (116)

Notre étude comporte donc un biais de sélection important. Les sujets de notre étude ne sont pas représentatifs de l'ensemble des dentistes du Québec. On constate cela lorsqu'on compare plusieurs caractéristiques (sexe, type de pratique et université de graduation). Il aurait été possible d'obtenir un échantillon plus représentatif si on avait utilisé un échantillonnage stratifié plutôt que de convenance. Pour ce faire, nous aurions pu acheter les adresses courriel ou postales auprès de l'ODQ et envoyer des invitations personnalisées à des dentistes dont le sexe, l'année et l'université de graduation ainsi que l'intérêt pour la dentisterie pédiatrique auraient été plus représentatifs de l'ensemble des dentistes québécois. Cela nous aurait aussi permis d'envoyer des courriels ou lettres de rappel aux dentistes n'ayant pas répondu. Nous aurions aussi pu avoir un incitatif monétaire (exemple : 2\$) comme c'est le cas dans une étude similaire faite en Ohio. (95) Cependant, il aurait fallu avoir une approbation éthique différente et nous aurions dû trouver du financement pour l'achat des listes de coordonnées de dentistes et/ou de la papeterie et des timbres pour les envois postaux.

Une autre des limitations de cette étude concerne le type de questionnaire utilisé. En effet, il s'agit d'un questionnaire informatisé où les répondants devaient cocher leurs réponses. Nous aurions pu incorporer des questions ouvertes afin de recueillir des éléments que nous n'avions pas parmi nos choix de réponses. Il est par ailleurs possible que les réponses des participants représentent leurs connaissances, mais qu'elles ne reflètent pas l'application de celles-ci dans leur pratique quotidienne. Il se peut aussi que les répondants plus jeunes étaient plus familiers avec l'informatique et c'est pour cette raison qu'ils ont été plus nombreux ayant gradué de puis 2000 à répondre à notre étude tel qu'illustré à la figure 9. Cela augmente donc le nombre de répondants qui sont au fait de la position pour la première visite avant un an tel que recommandé par l'ADC depuis 2001.

En continuation de cette étude, il pourrait être pertinent de faire une étude qualitative. Par exemple, on pourrait rencontrer des groupes de dentistes avec leur personnel auxiliaire, des

parents et autres intervenants comme des médecins, infirmières, sages-femmes, travailleurs sociaux, etc. Cela permettrait de mieux comprendre pourquoi encore très peu de jeunes enfants québécois ont des visites préventives chez le dentiste.

7.4 Transfert de connaissance

Les résultats de l'étude ont été présentés lors d'une soirée conférence organisée pour les membres de l'Association des dentistes pédiatriques du Québec en mai 2019. Une affiche scientifique résumant le projet de recherche a aussi été présentée dans le cadre des Journées dentaires internationales du Québec en mai 2019 ainsi qu'aux Journées de santé dentaire publique du Québec en juin 2019. Par la suite, un article pourrait être rédigé dans le but d'être publié dans un journal dentaire national.

8. Conclusion

Cette enquête a été réalisée auprès de dentistes québécois et en moyenne, les participants à cette étude recommandent la première visite dentaire à l'âge de 21,1 mois ce qui est supérieur à l'âge recommandé qui est six mois après l'éruption de la première et tout au plus un an. Les répondants ne sont pas représentatifs de l'ensemble des dentistes québécois, puisque les dentistes pédiatriques y sont sur-représentés de même que les femmes et les répondants récemment gradués. Cela peut expliquer en partie pourquoi l'âge recommandé par les répondants ne se reflète pas dans la pratique générale, puisque seulement 6,7% des enfants québécois de moins de deux ans ont eu un examen dentaire en 2016. (8)

Les participants qui recommandent une visite dentaire plus tôt sont les femmes, les dentistes pédiatriques, les dentistes ayant gradué depuis 2000, les répondants qui déclarent connaître la recommandation de la première visite à un an, le concept de la maison dentaire, ceux qui ont répondu que la carie dentaire est la principale cause d'anesthésie générale, ceux qui ont répondu ne pas avoir de réticence à traiter de jeunes enfants et ceux très intéressés à recevoir des formations supplémentaires en dentisterie pédiatrique. Le comportement et le manque de coopération sont les principaux obstacles qui freinent les dentistes québécois à voir de jeunes enfants. Les connaissances en dentisterie pédiatrique de même que l'intérêt pour ce domaine semblent donc influencer l'âge auquel les dentistes recommandent la première visite dentaire. Certaines mesures pourraient être entreprises afin d'informer les dentistes de la pertinence de la première visite dentaire avant un an. Par exemple, il pourrait y avoir des formations continues offertes sur ce sujet et l'ODQ pourrait faire une campagne nationale de sensibilisation auprès des dentistes et du public québécois. Il serait aussi pertinent de revoir la formation des étudiants en médecine dentaire afin que tous soient exposés à des activités cliniques avec des enfants de moins de deux ans.

Bibliographie

1. Schroth RJ, Quiñonez C, Shwart L, Wagar B. Treating Early Childhood Caries Under General Anesthesia: a National Review of Canadian Data. *J Can Dent Assoc.* 2016;82(g20):1488-2159.
2. Benjamin RM. Oral health: the silent epidemic. *Public health reports (Washington, DC : 1974).* 2010;125(2):158-9.
3. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet.* 2007;369(9555):51-9.
4. OMS. Santé bucco dentaire: Organisation mondiale de la santé; 24 septembre 2018 [Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>].
5. Pediatrics AAO. Children's Oral Health - Dental Visits. 2016.
6. pédiatrie Scd. Les soins buccodentaires des enfants - un appel à l'action. 2013.
7. ADC. Première dent, première visite Association dentaire canadienne: Association dentaire canadienne; 2017 [Available from: <http://www.firstvisitfirsttooth.ca/>].
8. tout-petits IOd. Comment se portent les tout-petits québécois? : l'Observatoire des tout-petits; 2017.
9. Galarneau C AS, Boiteau V, Dubé MA, Hamel D, Wassef N. . Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 (ÉCSBQ) – Rapport national. 2e éd. . Montréal: Institut national de santé publique du Québec;; 2018.
10. ADC. La première visite chez le dentiste: Association dentaire canadienne; 2012 [updated mars 2012. Available from: https://www.cda-adc.ca/fr/about/position_statements/firstvisit/].

11. Dentistry AAoP. Guideline on Periodicity of Examination, Preventive Dental Services, Anticipatory Guidance/Counseling, and Oral Treatment for Infants, Children, and Adolescents. 2013.
12. Carr H. Première dent, première visite - Une formation continue qui a du succès. *L'essentiel de l'ADC*. 2018;5(1):48.
13. ODQ Mbes. La première visite chez le dentiste.
14. maboucheensante.com. Il est important d'habituer l'enfant au protocole du nettoyage tout en maintenant sa bouche aussi propre que possible. Facebook2019
15. Pirie M, Cooke I, Linden G, Irwin C. Dental manifestations of pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2007;9(1):21-6.
16. Santé buccodentaire et grossesse: Santé Canada; [updated 2 août 2019. Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/grossesse/sante-buccodentaire-et-grossesse.html>.
17. Rigo L, Dalazen J, Garbin RR. Impact of dental orientation given to mothers during pregnancy on oral health of their children. *Einstein (Sao Paulo)*. 2016;14(2):219-25.
18. Larsen CD, Larsen MD, Ambrose T, Degano R, Gallo L, Cardo Jr VA, et al. Efficacy of a Prenatal Oral Health Program Follow-up with Mothers and their Children. *N Y State Dent J*. 2016;82(3):15-20.
19. Milgrom P, Sutherland M, Shirtcliff RM, Ludwig S, Smolen D. Children's tooth decay in a public health program to encourage low-income pregnant women to utilize dental care. *BMC Public Health*. 2010;10:76.
20. Nowak AJ, Casamassimo PS, Scott J, Moulton R. Do early dental visits reduce treatment and treatment costs for children? *Pediatr Dent*. 2014;36(7):489-93.

21. Kolstad CZ, Athanasios; Yoon, Richard K. Cost-Benefit Analysis of the Age One Dental Visit for the Privately Insured. *Pediatr Dent*. 2015;37(4):376-80.
22. Bhaskar V, McGraw KA, Divaris K. The importance of preventive dental visits from a young age: systematic review and current perspectives. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2014;6:21-7.
23. Marinho VCC, Higgins J, Logan S, Sheiham A. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003(1).
24. Weintraub J, Ramos-Gomez F, Jue B, Shain S, Hoover C, Featherstone J, et al. Fluoride Varnish Efficacy in Preventing Early Childhood Caries. *J Dent Res*. 2006;85(2):172-6.
25. Garvin J. Fluoride varnish may help prevent early childhood caries: study results 'support bringing children for the first dental visit at age one'. *American Dental Association News*. 2006;37(9):10-.
26. Grzesiak-Gasek I, Kaczmarek U. Retrospective Evaluation of the Relationship Between the First Dental Visit and the Dental Condition of Six- and Seven-Year-Old Children. *Adv Clin Exp Med*. 2016;25(4):767-73.
27. Ismail AI, Sohn W. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. *The Journal of the American Dental Association*. 2001;132(3):295-303.
28. Williamson J-MBMOMB CBS. Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans In: publique Dgdl, editor. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2001. p. 152.
29. Darmawikarta D, Chen Y, Carsley S, Birken CS, Parkin PC, Schroth RJ, et al. Factors associated with dental care utilization in early childhood. *Pediatrics*. 2014;133(6):e1594-600.
30. Dentistry AAoP. Policy on the Dental Home 2015.

31. Nowak AJ, Casamassimo PS. The dental home: a primary care oral health concept. *J Am Dent Assoc.* 2002;133(1):93-8.
32. Nowak AJ, Quinonez RB. Visionaries or dreamers? The story of infant oral health. *Pediatr Dent.* 2011;33(2):144-52.
33. ADC. La carie de la petite enfance 2010 [Available from: https://www.cda-adc.ca/fr/about/position_statements/ecc/].
34. Schroth RJ, Quinonez RB, Yaffe AB, Bertone MF, Hardwick FK, Harrison RL. What are Canadian Dental Professional Students Taught about Infant, Toddler and Prenatal Oral Health *J Can Dent Assoc.* 2015;81:f15.
35. Thompson CL, McCann AL, Schneiderman ED. Does the Texas First Dental Home Program Improve Parental Oral Care Knowledge and Practices? *Pediatr Dent.* 2017;39(2):124-9.
36. Nowak A, Christensen JR, Mabry TR, Townsend JA, Wells MH. *Pediatric Dentistry: Infancy through adolescence.* 6th Edition ed. Philadelphia: Elsevier; 2019. 634 p.
37. Casamassimo PS, Nowak AJ. *The Handbook of Pediatric Dentistry.* 5th ed. ed. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry; 2018.
38. OMS. Allaitement maternel: Organisation mondiale de la santé; [Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/fr/].
39. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2012;129(3):e827-41.
40. Critch JN, Société canadienne de p, comité de nutrition et de g. La nutrition du nourrisson né à terme et en santé, de six à 24 mois : un aperçu. *Paediatr Child Health.* 2014;19(10):550-2.
41. Policy on Dietary Recommendations for Infants, Children, and Adolescents. *Pediatr Dent.* 2017;39(6):64-6.

42. La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations pour l'enfant âgé de 6 à 24 mois: Santé Canada; 2015 [updated 2015-01-19. Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/guide-alimentaire-canadien/ressources/nutrition-nourrisson/nutrition-nourrisson-terme-sante-recommandations-naissance-six-mois/6-24-mois.html#a9>.
43. For the dental patient. From baby bottle to cup. Choose training cups carefully, use them temporarily. J Am Dent Assoc. 2004;135(3):387.
44. L'utilisation des fluorures pour la prévention des caries: Association dentaire canadienne; 2003 [updated Mars 2012. Available from: https://www.cda-adc.ca/fr/about/position_statements/fluoride/.
45. Québec Oddd. Le brossage des dents d'un bébé - Soins d'hygiène pour les tout-petits. 2015.
46. ADC. Nettoyage des dents: Association dentaire canadienne; 2019 [updated 2019. Available from: http://www.cda-adc.ca/fr/oral_health/cfyt/dental_care_children/cleaning.asp.
47. de Oliveira KMH, Nemezio MA, Romualdo PC, da Silva RAB, de Paula ESWFG, Kuchler EC. Dental Flossing and Proximal Caries in the Primary Dentition: A Systematic Review. Oral Health Prev Dent. 2017;15(5):427-34.
48. Wright GZ, Banting DW, Feasby WH. Effect of interdental flossing on the incidence of proximal caries in children. J Dent Res. 1977;56(6):574-8.
49. SC. Fluorure et santé buccodentaire: Santé Canada; 2017 [updated 8 septembre 2017. Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/vie-saine/votre-sante-vous/environnement/fluorures-sante-humaine.html>.

50. Iheozor-Ejiofor Z, Worthington HV, Walsh T, O'Malley L, Clarkson JE, Macey R, et al. Water fluoridation for the prevention of dental caries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015(6).
51. L'état de la fluoration de l'eau au Canada. Agence de la santé publique du Canada; 2017. p. 11.
52. MSSS. Fluoration de l'eau potable - Position du directeur national de santé publique. In: *socials Mdlseds*, editor. 2012.
53. CTETS. Villes fluorées: CTETS: Coalition trifluvienne pour une eau très saine; 2015 [Available from: <http://www.ctets.org/villes-fluorees.html>].
54. WHO Expert Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries: report of a meeting, Bangkok, Thailand, 26–28 January 2016. Genève: World Health Organization; 2017 2017.
55. INSPQ. Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans: Premières dents: Institut national de santé publique du Québec; 2019 [Available from: <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/sante/bebe-en-sante/premieres-dents>].
56. dos Santos AP, Nadanovsky P, de Oliveira BH. A systematic review and meta-analysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013;41(1):1-12.
57. Les recommandations sur l'usage des sucettes. *Paediatr Child Health*. 2003;8(8):523-8.
58. For the dental patient. Thumb sucking and pacifier use. *J Am Dent Assoc*. 2007;138(8):1176.

59. Borrie FR, Bearn DR, Innes NP, Ihezor-Ejiofor Z. Interventions for the cessation of non-nutritive sucking habits in children. The Cochrane database of systematic reviews. 2015(3):Cd008694.
60. Les sucettes et la succion du pouce: Association dentaire canadienne; [Available from: http://www.cda-adc.ca/fr/oral_health/cfyt/dental_care_children/pacifiers.asp.
61. Proffit WR, Henry W. Fields, and David M. Sarver. Contemporary orthodontics. St. Louis, Mo 2013 5th
62. Medeiros R, Ximenes M, Massignan C, Flores-Mir C, Vieira R, Porporatti AL, et al. Malocclusion prevention through the usage of an orthodontic pacifier compared to a conventional pacifier: a systematic review. Eur Arch Paediatr Dent. 2018;19(5):287-95.
63. Petti S, Glendor U, Andersson L. World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis-One billion living people have had traumatic dental injuries. Dent Traumatol. 2018;34(2):71-86.
64. Figueiredo R, Rattai J, Fournier K, Levin L. Emergency department visits for dental problems associated with trauma in Alberta: A report between the years 2011 and 2017. Dent Traumatol. 2018;34(6):421-8.
65. Al-Dajani M, Quinonez C, Macpherson AK, Clokie C, Azarpazhooh A. Epidemiology of maxillofacial injuries in Ontario, Canada. J Oral Maxillofac Surg. 2015;73(4):693.e1-9.
66. Natalie L Yanchar LJW, Pamela Fuselli. La prévention des blessures chez les enfants et les adolescents : une démarche de santé publique: Société canadienne de pédiatrie; 2012 [updated 7 août 2019.

67. Borges TS, Vargas-Ferreira F, Kramer PF, Feldens CA. Impact of traumatic dental injuries on oral health-related quality of life of preschool children: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(2):e0172235.
68. Antunes LA, Gomes IF, Almeida MH, Silva EA, Calasans-Maia Jde A, Antunes LS. Increased overjet is a risk factor for dental trauma in preschool children. *Indian J Dent Res*. 2015;26(4):356-60.
69. Bardellini E, Amadori F, Pasini S, Majorana A. Dental Anomalies in Permanent Teeth after Trauma in Primary Dentition. *J Clin Pediatr Dent*. 2017;41(1):5-9.
70. Être en sécurité, c'est sécurisant - Guide de prévention des blessures destiné aux enfants. Wendake: Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.
71. Child Safety: Preventing Falls: HealthLink British Columbia; [updated 28 mars 2018]. Available from: <https://www.healthlinkbc.ca/health-topics/ue5136>.
72. Lavelle CL. A note on the variation in the timing of deciduous tooth eruption. *J Dent*. 1975;3(6):267-70.
73. Viscardi RM, Romberg E, Abrams RG. Delayed primary tooth eruption in premature infants: relationship to neonatal factors. *Pediatr Dent*. 1994;16(1):23-8.
74. Croissance des dents: Association dentaire canadienne; [Available from: http://www.cda-adc.ca/fr/oral_health/cfytdental_care_children/development.asp].
75. Massignan C, Cardoso M, Porporatti AL, Aydinov S, Canto Gde L, Mezzomo LA, et al. Signs and Symptoms of Primary Tooth Eruption: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20153501.
76. Perinatal and Infant Oral Health Care. *Pediatr Dent*. 2017;39(6):208-12.

77. Memarpour M, Soltanimehr E, Eskandarian T. Signs and symptoms associated with primary tooth eruption: a clinical trial of nonpharmacological remedies. *BMC Oral Health*. 2015;15:88.
78. Risk of serious and potentially fatal blood disorder prompts FDA action on oral over-the-counter benzocaine products used for teething and mouth pain and prescription local anesthetics: U.S. Food and Drug Administration 2018 [updated 31 mai 2018. Available from: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/risk-serious-and-potentially-fatal-blood-disorder-prompts-fda-action-oral-over-counter-benzocaine>.
79. Produits à base de benzocaïne : nouveaux énoncés des risques à ajouter sur l'étiquette de produits: Santé Canada; 2012 [updated 5 avril 2012. Available from: <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2012/13671a-fra.php>.
80. Logan BK, Gordon AM. Death of an infant involving benzocaine. *J Forensic Sci*. 2005;50(6):1486-8.
81. Ip EJ, Patel PB, Chi JJ, Shah-Manek B, Lau B. What are pharmacists recommending for infant teething treatment? *J Am Pharm Assoc (2003)*. 2018;58(1):79-83.e1.
82. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *Pediatr Dent*. 2016;38(6):52-4.
83. Dye BA, Tan S, Smith V, Lewis BG, Barker LK, Thornton-Evans G, et al. Trends in oral health status: United States, 1988-1994 and 1999-2004. *Vital Health Stat 11*. 2007(248):1-92.
84. Almeida AG, Roseman MM, Sheff M, Huntington N, Hughes CV. Future caries susceptibility in children with early childhood caries following treatment under general anesthesia. *Pediatr Dent*. 2000;22(4):302-6.

85. CDA. The State of Oral Health in Canada. In: Association CD, editor.: Canadian Dental Association; 2017.
86. Acs G, Shulman R, Ng MW, Chussid S. The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. *Pediatr Dent*. 1999;21(2):109-13.
87. Sachdev J, Bansal K, Chopra R. Effect of Comprehensive Dental Rehabilitation on Growth Parameters in Pediatric Patients with Severe Early Childhood Caries. *International journal of clinical pediatric dentistry*. 2016;9(1):15-20.
88. Acs G, Lodolini G, Kaminsky S, Cisneros GJ. Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. *Pediatr Dent*. 1992;14(5):302-5.
89. Adair SM. A shock to the system: deaths of two children and a good friend. *Pediatr Dent*. 2007;29(2):95.
90. Hibberd CE, Nguyen TD. Brain abscess secondary to a dental infection in an 11-year-old child: case report. *J Can Dent Assoc*. 2012;78:c49.
91. Colak H, Dulgergil CT, Dalli M, Hamidi MM. Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments. *J Nat Sci Biol Med*. 2013;4(1):29-38.
92. Stijacic TL, Herenia P; Schroth, Robert J. Are Manitoba Dentists Aware of the Recommendation for a First Visit to the Dentist by Age 1 year? *Journal of Canadian Dental Association*. 2008.
93. Santos CL, Douglass JM. Practices and opinions of pediatric and general dentists in Connecticut regarding the age 1 dental visit and dental care for children younger than 3 years old. *Pediatr Dent*. 2008;30(4):348-51.
94. Wolfe JD, Weber-Gasparoni K, Kanellis MJ, Qian F. Survey of Iowa general dentists regarding the age 1 dental visit. *Pediatr Dent*. 2006;28(4):325-31.

95. Hammersmith KJ, Siegal MD, Casamassimo PS, Amini H. Ohio dentists' awareness and incorporation of the dental home concept. *The Journal of the American Dental Association*. 2013;144(6):645-53.
96. McWhorter AGSS, N.; King, Silvia A. Infant oral health education in U.S. dental school curricula. *Pediatr Dent*. 2001;23(5).
97. Schroth RJ, Quiñonez RB, Yaffe AB, Bertone MF, Hardwick F, Harrison RL. What are Canadian dental professional students taught about Infant, Toddler, and Prenatal Oral Health. *J Can Dent Assoc*. 2015;81:f15.
98. Santos MA, Grosseman S, Morelli TC, Giuliano IC, Erdmann TR. Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil. *International journal of medical education*. 2016;7:149.
99. Jagsi R, Griffith KA, DeCastro RA, Ubel P. Sex, role models, and specialty choices among graduates of US medical schools in 2006-2008. *J Am Coll Surg*. 2014;218(3):345-52.
100. McKay JCQ, Carlos R. La féminisation de la dentisterie: Répercussions sur la profession. *J Can Dent Assoc (Tor)*. 2012;78:c1_f.
101. ODQ. Exercer au Québec [Available from: <http://www.odq.qc.ca/%C3%89tudesetdemandesdepermis/HorsQu%C3%A9bec/ExercerauQu%C3%A9bec/tabid/374/language/fr-CA/Default.aspx>].
102. BNED. Compétences pour un dentiste nouvellement diplômé au Canada: Le Bureau national d'examen dentaire du Canada; 2005 [
103. CADC. Recherchez les programmes d'enseignement dentaire agréés: Commission de l'agrément dentaire canadien [Available from: https://www.cda-adc.ca/cdacweb/fr/Recherchez_les_programmes_denseignement_dentaire_agrees/].

104. Weber-Gasparoni K, Kanellis MJ, Qian F. Iowa's public health-based infant oral health program: a decade of experience. *J Dent Educ.* 2010;74(4):363-71.
105. Prakash P, Lawrence HP, Harvey BJ, McIsaac WJ, Limeback H, Leake JL. Early childhood caries and infant oral health: Paediatricians' and family physicians' knowledge, practices and training. *PAEDIATRICS AND CHILD HEALTH.* 2006;11(3):151.
106. RAMQ. Manuel des dentistes (no200). 2012.
107. Cook C, Heath F, Thompson RL. A Meta-Analysis of Response Rates in Web- or Internet-Based Surveys. *Educ Psychol Meas.* 2000;60(6):821-36.
108. Doctorat de 1er cycle en médecine dentaire: Université de Montréal; [updated 5 février 2019. Available from: <https://admission.umontreal.ca/programmes/doctorat-de-1er-cycle-en-medecine-dentaire/admission-et-exigences/>.
109. Schroth RJ, Yaffe AB, Edwards JM, Hai-Santiago K, Ellis M, Moffatt M. Dentists' views on a province-wide campaign promoting early dental visits for young children. *J Can Dent Assoc.* 2014;79:d138.
110. Dentagraphics - Dental Demographics: Dentagraphics; [Available from: <https://dentagraphics.com/>.
111. ODQ. Fiche sur la profession de dentiste au Québec: Ordre des dentistes du Québec; 2019 [Available from: <http://www.odq.qc.ca/Publications/Statistiques/tabid/290/language/fr-CA/Default.aspx>.
112. Population du Québec, 1971-2018: Institut de la statistique du Québec; [updated 27 septembre 2018. Available from: http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/qc_1971-20xx.htm.

113. Clinique Bébé-dent: CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal; 2019 [updated 1er mars 2019. Available from: <https://www.ciusscentreouest.ca/programmes-et-services/enfant-parent-et-famille/clinique-bebe-dent/>].
114. Défavorisation: Réseau réussite Montréal; [updated 15 mars 2019. Available from: <https://www.reseautreussitemontreal.ca/defavorisation/>].
115. L.R.Q. chapitre C-11 Charte de la langue française, (1977).
116. L.R.Q. chapitre D-3, r. 7 Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des dentistes du Québec.

Annexe 1 – Approbation scientifique



FACULTÉ DE MÉDECINE DENTAIRE

Le 27 février 2017

Docteure Sarah Adriamanjay
Faculté de médecine dentaire
Université de Montréal

Objet: Évaluation scientifique
L'opinion des dentistes québécois sur la première visite dentaire

Chère Docteure Adriamanjay,

Le Comité scientifique facultaire a évalué votre projet. La cotation globale attribuée au projet est de 3.6/5, ce qui témoigne d'une recherche bien articulée et significative. Cette cote permet à votre projet de recevoir l'approbation du comité scientifique facultaire et vous autorise à soumettre votre projet au comité d'éthique de l'Université.

Veuillez agréer, Docteure Adriamanjay, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Pierre Rompré, MSc
Président, Comité Scientifique
Faculté de Médecine dentaire

c.c. Dr Duy Dat Vu, directeur des travaux
Dr Félix Girard, codirecteur
Dr Pierre Blanchet, vice-doyen à la recherche et aux affaires hospitalières
Anne Castelas, technicienne en coordination du travail de bureau

C.P. 6128, Succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7
Canada

Téléphone : (514) 343-2388
Télécopie : (514) 343-2233
Courriel : pierre.rompre@umontreal.ca

Commentaires des évaluateurs afin d'améliorer votre projet avant de le soumettre au comité d'éthique:

- 1- « Il faudrait faire la distinction entre les connaissances des dentistes, et l'application de ces connaissances dans leur pratique. (un dentiste peut connaître une recommandation, mais ne pas l'appliquer pour différentes raisons). »
- 2- Plusieurs commentaires des évaluateurs portaient sur les dentistes qui seront inclus et exclus. Serait-il possible d'ajouter une question déterminant si le dentiste est spécialiste en dentisterie pédiatrique ou généraliste?
« Je crois qu'il serait plus clair de ne pas exclure les dentistes qui ne traitent pas d'enfants, car leur connaissances peuvent être à jour, mais leur intérêt pas porté vers les enfants, ce qui serait une autre variable indépendante. ». « Si les dentistes pédiatriques sont inclus, les résultats de ces derniers risquent de fausser les résultats, leur formation étant différente de tous les généralistes. Comme les données sont anonymes... vous ne saurez pas si le répondant est un dentiste pédiatrique ou généraliste ». « Si les dentistes qui ne traitent pas d'enfants sont déjà exclus, est-il vraiment nécessaire d'exclure les dentistes qui travaillent exclusivement en milieu universitaire? »
- 3- « Ce qui nous importe et a des retombées spécifiques c'est de déterminer ce qui inciterait les dentistes québécois à établir cette maison dentaire au sein de leur cabinet par la 1^{ère} visite avant l'âge de 1 an. L'étude nous permettra de cristalliser quels sont les enjeux au Québec, quels sont ceux que l'on peut améliorer (intérêt des parents, rémunération, manque de formation et de connaissances quant à la pertinence de la visite) »
- 4- Dans la section analyses statistiques prévues, il serait important d'ajouter qu'un test de t unilatéral à un échantillon sera effectué pour tester spécifiquement l'hypothèse nulle, i.e. si l'âge recommandé est d'au plus un an.

C.P. 6128, Succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7
Canada

Téléphone : (514) 343-2388
Télécopie : (514) 343-2233
Courriel : pierre.rompre@umontreal.ca

Annexe 2 – Certificat éthique



N^o de certificat
17-179-CERES-D

Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	L'opinion des dentistes québécois sur la première visite dentaire
Étudiante requérante	Sarah Andriamanjay <input type="text"/> Candidate à la maîtrise en médecine dentaire (option dentisterie pédiatrique), Faculté de médecine dentaire
Sous la direction de	Duy-Dat Vu, professeur agrégé, Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal & Félix Girard, professeur adjoint, Faculté de médecine dentaire - Département de santé buccale, Université de Montréal.

Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au Comité

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du Comité.

Dominique Langelier, présidente
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)
Université de Montréal

23 octobre 2018
Date de délivrance

1er novembre 2019
Date de fin de validité

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3333 Queen-Mary
2^e étage, bur. 220-3
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

Annexe 3 - Questionnaire

Resize font: 

L'opinion des dentistes québécois sur la première visite dentaire

Page 1 of 10

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles en contactant Sarah Andriamanjay, étudiante-chercheuse.

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal

Équipe de recherche

Étudiante-chercheur: Dre Sarah Andriamanjay
Candidate à la maîtrise - option dentisterie pédiatrique
Faculté de médecine dentaire- Département de santé buccale, Université de Montréal
Téléphone : (514) 343-6051
Courriel : sarah.andriamanjay@umontreal.ca

Directeur: Dr Duy-Dat Vu
Professeur agrégé et directeur du programme de maîtrise en médecine dentaire, option dentisterie pédiatrique, Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal,
Téléphone : (514) 343-6700
Courriel : duy.dat.vu@umontreal.ca

Co-directeur: Dr Félix Girard
Félix Girard Professeur adjoint, département de santé buccale, Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal,
Téléphone : 514 343-6700
Courriel : felix.girard@umontreal.ca

Ce projet n'est pas financé.

Les membres de l'équipe de recherche n'ont pas de conflit d'intérêt.

Présentation du projet

Le but de cette étude est d'évaluer l'âge auquel les dentistes québécois recommandent la première visite dentaire chez les enfants. Cette étude permettra de mieux comprendre la situation actuelle au Québec concernant les visites dentaires chez les jeunes enfants. Ce questionnaire informatisé prendra une dizaine de minutes à répondre.

Notez que vous ne pouvez répondre qu'une seule fois.

Confidentialité

Les informations seront recueillies de façon sécuritaire sur la plateforme REDCap. Les données seront exportées de façon à ce qu'on ne puisse associer les réponses avec les adresses courriels fournies, permettant ainsi de conserver la confidentialité des réponses. Les seules personnes ayant accès aux données sur la plate-forme REDCap sont Dr Félix Girard et Sarah Andriamanjay. Une fois les données extraites, Dr Duy-Dat Vu et Pierre Rompré (statisticien) y auront aussi accès et seront par la suite conservées dans un classeur verrouillé par Dr Duy-Dat Vu pour une durée de 7 ans.

Risques et inconvénients

L'équipe de recherche est d'avis que la participation à ce projet de recherche comporte peu de risque pour vous. Le principal inconvénient est la durée de complétion du questionnaire.

Avantages et bénéfices

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances concernant la première visite dentaire ainsi qu'aux facteurs qui influencent l'opinion des dentistes

Communication des résultats

Les répondants qui le souhaitent pourront fournir leur adresse courriel de façon confidentielle afin de recevoir un résumé des résultats de l'étude.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison, simplement en cessant de répondre au questionnaire. Les questionnaires incomplets seront tout de même conservés à des fins d'analyse.

Responsabilité de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter :

Dre Sarah Andriamanjay
Candidate à la maîtrise - option dentisterie pédiatrique
Faculté de médecine dentaire- Département de santé buccale, Université de Montréal
Téléphone : (514) 343-6051
Courriel : sarah.andriamanjay@umontreal.ca

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) :

Courriel: ceres@umontreal.ca
Téléphone au (514) 343-6111 poste 2604
Site Web: <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Engagement du chercheur

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assurée de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Sarah Andriamanjay

Attachment: [Formulaire d'information et de consentement.docx](#) (0.08 MB)

1) Déclaration du participant

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche de façon confidentielle.

- J'accepte
 Je refuse

[reset](#)

[Next Page >>](#)

L'opinion des dentistes québécois sur la première visite dentaire Resize font: [] []

Page 2 of 10

2) Vous êtes membre de l'Ordre des Dentistes du Québec et vous êtes

- Dentiste généraliste traitant des enfants
- Dentiste généraliste ne traitant pas d'enfants
- Dentiste pédiatrique
- Dentiste spécialiste
- Résident
- Autre

reset

3) Vous êtes

- Un homme
- Une femme

reset

4) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme en médecine dentaire? (ex: 1987)

5) Vous avez complété votre doctorat en médecine dentaire à

- Université de Montréal
- Université Laval
- Université McGill
- Autre

reset

Next Page >>

L'opinion des dentistes québécois sur la première visite dentaire Resize font: [] []

Page 3 of 10

6) À quel âge vous et votre personnel recommandez la première visite dentaire à vos patients?

en mois

Next Page >>

L'opinion des dentistes québécois sur la première visite dentaire Resize font: [] []

Page 4 of 10

7) Saviez-vous que la première visite dentaire devrait être dans les 6 mois après l'éruption de la première dent ou à l'âge d'un an?

- Oui
- Non

reset

Next Page >>

L'opinion des dentistes québécois sur la première visite dentaire Resize font: [] []

Page 5 of 10

8) Durant vos études en médecine dentaire, avez-vous été exposé(e) à des activités cliniques avec des enfants âgés de moins de 3 ans?

- Oui
- Non
- Je ne me souviens pas

reset

Next Page >>

L'opinion des dentistes québécois sur la première visite dentaire

Resize font

Page 6 of 10

9) Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous réticent(e) à traiter des jeunes patients (moins de 3 ans) ? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Le comportement de l'enfant/manque de coopération
- Pleurs de l'enfant
- Faible intérêt des parents
- Faible rémunération
- Pratique trop occupée
- Manque de personnel auxiliaire formé
- Préférence à référer à un spécialiste
- Manque de formation
- Je ne crois pas à la pertinence de la visite à 1 an
- Je n'aime pas traiter les enfants
- Autre
- Je n'ai pas de réticence à traiter les enfants

Next Page >>

L'opinion des dentistes québécois sur la première visite dentaire

Resize font

Page 7 of 10

Saviez-vous que les éléments suivants doivent être abordés lors de la première visite dentaire ?

	Je sais	Je ne sais pas	
10) Examen clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
11) Instructions d'hygiène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
12) Prophylaxie (si nécessaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
13) Évaluation de l'apport en fluor et prescription de suppléments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
14) Conseils nutritionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
15) Prévention des traumas oro-faciaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
16) Conseils sur les habitudes orales non-nutritives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
17) Traitements des caries, traumas et autres pathologies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
18) Évaluation du risque carieux et de la fréquence des examens de rappel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset

Next Page >>

L'opinion des dentistes québécois sur la première visite dentaire

Resize font

Page 8 of 10

Êtes-vous confortable à procéder aux interventions suivantes lors de la première visite dentaire ?

	Oui	Non	
19) Examen clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
20) Instructions d'hygiène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
21) Prophylaxie (si nécessaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
22) Évaluation de l'apport en fluor et prescription de suppléments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
23) Conseils nutritionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
24) Prévention des traumas oro-faciaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
25) Conseils sur les habitudes orales non-nutritives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
26) Traitement des caries, traumas et autres pathologies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
27) Évaluation du risque carieux et de la fréquence des examens de rappel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset

Next Page >>

L'opinion des dentistes québécois sur la première visite dentaire Resize font:

Page 9 of 10

28) Êtes-vous familier(ère) avec le concept de maison dentaire (dental home)?

Oui
 Non reset

29) Saviez-vous qu'on parle de carie de la petite enfance lorsqu'il y a présence d'au moins une face dentaire cariée (avec ou sans cavitation) ou d'une dent obturée ou absente à cause de la carie chez un enfant de moins de 6 ans?

Oui
 Non reset

30) Saviez-vous qu'au Canada les soins dentaires sont la principale cause d'anesthésie générale chez les enfants?

Oui
 Non reset

[Next Page >>](#)

L'opinion des dentistes québécois sur la première visite dentaire Resize font:

Page 10 of 10

Très intéressé(e) Intéressé(e) Peu intéressé(e) Pas intéressé(e)

31) Seriez-vous intéressé(e) à recevoir des formations supplémentaires en dentisterie pédiatrique concernant la prise en charge des jeunes enfants (moins de 3 ans)?

reset

32) Si vous êtes intéressé(e) à recevoir un résumé des résultats de cette étude, veuillez s'il-vous-plait fournir une adresse courriel

[Submit](#)

[Close survey](#)

Merçi d'avoir participé au sondage!

Si vous avez des commentaires, n'hésitez pas à communiquer avec notre équipe à l'adresse courriel suivante:
sarah.andriamanjary@umontreal.ca

Annexe 4 – Retour aux participants



L'opinion des dentistes québécois sur la première visite dentaire

S. Andriamanjay, DMD; D. Vu, DMD MSc FRCD; F. Girard DMD MSc; P. Rompré Msc
Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

Résumé

Cette étude s'intéresse à la première visite dentaire et aux facteurs qui peuvent influencer l'âge recommandé par les dentistes québécois. 263 dentistes québécois ont répondu à un questionnaire informatisé. L'âge moyen recommandé pour la première visite dentaire est de 21.1 mois (±11.8) ce qui est supérieur à un an (âge recommandé par l'Association dentaire canadienne).

Introduction

La carie est une infection qui touche 53% des enfants québécois de deuxième année et est la principale raison pour laquelle les enfants canadiens subissent une anesthésie générale. (1). Une des façons de prévenir la carie est la visite dentaire dès un jeune âge et l'établissement de la maison dentaire. Ainsi, on recommande que la première visite dentaire soit 6 mois après l'éruption de la première dent ou à l'âge d'un an. Des études s'intéressant à la première visite dentaire et/ou au concept de la maison dentaire ont été conduites au Manitoba, au Connecticut, en Iowa et en Ohio, mais jamais au Québec.

Objectifs

- Objectif principal:**
Connaître l'âge auquel les dentistes québécois recommandent la première visite dentaire chez les enfants
- Objectifs secondaires:**
- Identifier des facteurs qui peuvent influencer l'âge auquel les dentistes recommandent la première visite dentaire
 - Identifier les facteurs qui freinent les dentistes à voir de jeunes enfants
 - Vérifier les connaissances des dentistes concernant la prise en charge des jeunes patients

Méthodologie

- Hypothèse nulle:** Pas de différence entre l'âge recommandé par les dentistes et celui des associations dentaires (tout au plus à 1 an)
- Type de recherche:** Questionnaire informatisé confidentiel sur la plate-forme sécurisée REDcap avec un échantillonnage de convenance
- Recrutement des participants:**
- Infollettre de l'Ordre des dentistes du Québec (rappel 2 mois plus tard)
 - Invitation sur le groupe Facebook « Dentistes du Québec »
- Critère d'inclusion :**
- Être membre de l'Ordre des dentistes du Québec
- Critères d'exclusion:**
- Les dentistes qui ne maîtrisent pas la langue française
 - Les questionnaires incomplets dont la question concernant l'âge recommandé pour la première visite n'est pas répondue
- Statistiques:**
- Variable dépendante numérique: âge moyen recommandé de la première visite (en mois)
 - Niveau de signification p<0.05
 - T-test unilatéral, analyse de variance avec une correction de Bonferroni

Caractéristiques	Nombre des répondants (%)
Sexe	
Homme	81 (30.8%)
Femme	182 (69.2%)
Titulaire de diplôme	
Dentiste généraliste traitant des enfants	217 (82.5%)
Dentiste généraliste ne traitant pas d'enfants	32 (12.0%)
Dentiste pédiatrique	16 (6.0%)
Dentiste spécialiste	8 (3.0%)
Non-spécifié	1 (0.4%)
Autre	2 (0.7%)
Université de graduation en médecine dentaire	
Université de Montréal	189 (82.0%)
Université Laval	39 (14.5%)
Université McGill	15 (5.7%)
Autre	12 (4.8%)
Année de graduation en médecine dentaire	
avant 1990	62 (23.6%)
1990 à 1999	86 (32.3%)
2000 à 2009	71 (27.0%)
2010 à 2019	64 (24.1%)

Tab. 1: Caractéristiques des répondants n=263

Moyenne	21.1
Écart-type	11.8
Médiane	18.0
Minimum	1.0
Maximum	60.0
Interval de confiance 95%	min 19.6 max 22.5

Tab. 2: Variable dépendante: âge recommandé pour la première visite dentaire (en mois) n=263



Fig. 1: Répartition des réponses à l'âge recommandé pour la première visite dentaire (en mois) n=263

Résultats



Fig. 2 et Tab. 3: Connaissance de la recommandation de la première visite 6 mois après l'éruption de la première dent ou à un âge d'un an n=260



Fig. 3: Obstacles à traiter de jeunes enfants n=256

Obstacle	Nombre de dentistes	Âge recommandé à l'heure de la prise en charge (en mois)	p
Dentiste généraliste	217	20.1 ± 11.2	0.001
Dentiste pédiatrique	16	18.6 ± 7.9	
Autre	16	25.9 ± 8.2	<0.001
Université de Montréal	179	19.9 ± 10.1	
Université Laval	39	22.5 ± 11.2	2
Université McGill	15	18.7 ± 10.4	
Autre université	12	20.8 ± 9.9	
Année de graduation de la médecine dentaire			
avant 1990	51	16.5 ± 11.2	0.01
1990 à 1999	101	22.4 ± 11.6	
2000 à 2009	204	18.9 ± 11.6	
2010 à 2019	41	21.8 ± 11.8	0.11
Ne se souvient pas	14	22.8 ± 12.8	

Fig. 3: Obstacles à traiter de jeunes enfants n=256

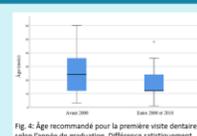


Fig. 4: Âge recommandé pour la première visite dentaire selon l'année de graduation. Différence statistiquement significative entre les deux groupes p<0.005 n=263



Fig. 5: Âge recommandé pour la première visite dentaire selon l'intention à recevoir des formations supplémentaires concernant la prise en charge des jeunes enfants, p<0.05 entre le groupe « très intéressé » et les autres groupes, n=251

Conclusion

- En moyenne, les participants recommandent la première visite dentaire à l'âge de 21.1 mois
- Les participants qui recommandent une visite dentaire plus tôt sont les femmes, les dentistes pédiatriques, ceux ayant gradué depuis 2000, ceux qui connaissent la recommandation de la visite à un an, le concept de la maison dentaire et ceux très intéressés à recevoir des formations supplémentaires
- Le comportement et le manque de coopération est le principal obstacle qui freine les dentistes à voir de jeunes enfants

Références

1. Schmitt RJ, Quilley C, Stewart L, Wager B. Treating Early Childhood Caries Under General Anesthesia: a National Review of Canadian Data. J Can Dent Assoc. 2016;42(6):1488-1493