

Les disparités urbaines-rurales à l'égard de la santé et des services buccodentaires : Le profil de huit régions du Québec

Elham Emami : DDS, MSc, PhD, Professeure agrégée, Faculté de médecine dentaire et École de santé publique, Université de Montréal

Chantal Galarneau : DMD, MSc, PhD, Professeure associée, Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal; Dentiste conseil, Institut National de Santé Publique du Québec

ISBN

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2016

Bibliothèque nationale du Canada, 2016

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec 2016

REMERCIEMENTS

La présente étude a été réalisée grâce à l'apport considérable de nombreuses personnes impliquées à l'une ou l'autre des étapes de son déroulement. De là, nous exprimons notre profonde reconnaissance aux personnes et organisations suivantes :

- Les parents des étudiants des élèves de 2^{ème} et 6^{ème} année, ayant participé à l'étude, pour leur patience et leur disponibilité dont ils ont fait preuve dans le cadre de cette étude;
- Le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec et l'Institut National de Santé Publique du Québec pour nous avoir donné l'occasion de se joindre à l'Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire (ÉCSBQ) 2012-2013 et d'en utiliser l'infrastructure ;
- La Fondation de l'Ordre des dentistes du Québec, le Réseau de recherche en santé buccodentaire et osseuse ainsi que les Instituts de recherche en Santé du Canada qui ont contribué aux financements directs et indirects de cette étude;
- Les dentistes-conseils et les hygiénistes dentaires des huit régions socio-sanitaires du Québec, Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie, Estrie, Bas-St-Laurent, Outaouais et Abitibi-Témiscamingue, qui par leur collaboration, ont permis de mener à bien cette étude;
- Les directeurs des écoles primaires des régions concernées pour avoir facilité le contact avec les parents des étudiants ayant participé à l'ÉCSBQ 2012-2013;
- M. Denis Hamel, statisticien à l'Institut national de santé publique du Québec, M. Miguel Chagnon et M. Bertrand Saulnier (statisticiens au Service de consultation statistique de l'Université de Montréal) qui ont mis à profit leur expertise et ont su faire preuve de rigueur et d'un grand engagement aux aspects méthodologiques de l'étude et aux analyses des données;
- L'équipe de recherche et les co-chercheurs: Christophe Bedos, Belinda Nicolau, Igor Karp et Jocelyne Feine qui se sont impliqués dans les différentes étapes de réalisation de cette étude dont le développement du protocole, la demande de fonds, la mise en œuvre de l'étude, l'analyse des résultats, la lecture du rapport ainsi que la supervision des étudiants;
- Les professionnels de recherche : Eves Desplats et Pierre Rompré pour avoir contribué aux analyses préliminaires;
- Les auxiliaires de recherche : Sabrina Gravel (MSc), Marla Kabawat (DMD, MSc), Farah Mtayrek (DMD, MSc), Nora Sfihi (MSc), Amal Idrissi Janati (DMD, MSc) et les étudiants Amal Gaber (DMD, MSc), Svetlana Tikhonova (DMD, PhD), Daiane Cerutti (DMD, MSc, PhD), Carl-Patrick Habra (DMD) Charles Rivets (DMD), et Aryan Bayani (MSc) qui ont fait preuve de précision, collaboration et d'un grand engagement.

RÉSUMÉ

Le milieu rural peut agir à la fois comme un facilitateur et comme un accumulateur d'obstacles à l'accès aux soins, conduisant potentiellement à des disparités en santé buccodentaire et à une insatisfaction à l'égard des services offerts dans ces communautés. Par ailleurs, les problèmes dentaires sont considérés comme des « événements sentinelles », qui peuvent être évités par l'amélioration des déterminants modifiables de la santé buccodentaire.

Ce rapport présente les résultats descriptifs d'une étude transversale sur la santé buccodentaire en milieu rural et éloigné. L'objectif de cette étude est de documenter les différences urbaines et rurales concernant la qualité de vie reliée à la santé buccodentaire des parents des élèves des écoles primaires de huit régions du Québec, leur utilisation de services dentaires ainsi que leur satisfaction envers les soins offerts.

La collecte des données, ayant eu lieu durant l'année scolaire 2012-2013, a été réalisée en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec, grâce à l'utilisation de l'infrastructure de l'Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire (ÉCSBQ) 2012-2013 qu'il a menée.

Le modèle comportemental d'Andersen a servi de cadre conceptuel pour la conception d'un questionnaire sur les déterminants de la santé buccodentaire. Nous avons utilisé un échantillonnage aléatoire stratifié à deux degrés (école et élèves) dans chacune des régions socio-sanitaires participantes, avec un sous-échantillonnage de l'ÉCSBQ et un sur-échantillonnage des populations rurales. Les parents des élèves des 2^{ème} et 6^{ème} années du primaire, ayant participé à un examen dentaire dans le cadre de l'ÉCSBQ et vivant dans les régions urbaines et rurales du Québec, ont été alors sollicités. La ruralité a été établie selon la définition de Statistiques Canada, soit en considérant le code postal, la classification des secteurs statistiques et les zones d'influence des régions métropolitaines de recensement et des agglomérations de recensement.

Les analyses de ce rapport ont porté sur un échantillon de 1788 parents, ou tuteurs légaux, d'écoliers dans 8 régions urbaines et rurales du Québec. L'échantillon a été pondéré afin d'être représentatif des huit régions qui ont participé à l'étude. Ainsi, les statistiques descriptives présentées dans ce rapport sont réalisées en appliquant la pondération produite pour le plan de sondage, selon la catégorie de ruralité/urbanité et selon le degré d'influence métropolitaine sur les zones rurales.

Cette étude a révélé certaines différences statistiquement significatives, entre les parents résidant dans les régions urbaines et les parents résidant dans les régions rurales. Ces différences, désormais au détriment des régions rurales, concernent la qualité de vie reliée à la santé buccodentaire, ainsi que certains déterminants de la santé buccodentaire, à savoir:

- 1) Les facteurs pouvant influencer l'état de santé buccodentaire, tels que: i) les caractéristiques sociodémographiques, ii) la consommation du tabac; iii) les connaissances en matière de

fluoration de l'eau potable et iv) l'état des connaissances en matière de prévention de la carie dentaire.

2) Les facteurs facilitant l'accès aux soins dentaires, représentés par : i) la souscription à une assurance dentaire, ii) la facilité à accéder à un moyen de transport iii) la distance raisonnable à parcourir pour accéder aux soins dentaires et iv) les frais déployés pour des soins buccodentaires moins élevés.

Par contre, les différences étaient statistiquement non significatives quant à la perception de la santé générale et de la santé buccodentaire, entre les parents vivant en milieu rural et ceux en milieu urbain. En effet, les parents des élèves des 2^{ème} et 6^{ème} années du primaire se considèrent en bon état de santé général et buccodentaire, quel que soit leur milieu d'appartenance. Les besoins, autant que l'utilisation des services dentaires et la satisfaction envers les soins offerts, sont pareils dans les deux types de milieu. Plus de la moitié des enfants résidant dans les deux types de zones étudiées, soit 64,1% pour le milieu urbain et 65% pour le milieu rural, n'ont déclaré aucune absence à l'école au cours des 12 derniers mois pour une raison dentaire. Aussi, plus de 90% des parents résidant en milieux urbain ou rural ont affirmé que leurs enfants ont consulté un dentiste au cours de la dernière année.

À la lumière de ces résultats, nous suscitons des réflexions sur la mise en place de stratégies, de politiques et d'interventions, afin d'améliorer la qualité de vie reliée à la santé buccodentaire des personnes vivant en zones rurales et éloignées.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	II
RÉSUMÉ.....	III
LISTE DES TABLEAUX, DES FIGURES ET DES ANNEXES	VII
TABLEAUX	VII
FIGURES.....	VIII
ANNEXES.....	VIII
LISTE DES SIGLES.....	IX
1. MISE EN CONTEXTE.....	1
2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	3
OBJECTIFS PRIMAIRES	3
OBJECTIFS SECONDAIRES.....	3
3. OBJECTIFS PRÉSENTÉS DANS LE CADRE DE CE RAPPORT	3
4. MÉTHODOLOGIE.....	4
4.1. POPULATION CIBLE ET PLAN D'ÉCHANTILLONAGE	4
4.2. COLLECTE DES DONNÉES.....	5
4.3 VARIABLES À L'ÉTUDE	6
4.4 ANALYSES STATISTIQUES DES DONNÉES	6
5. RÉSULTATS.....	7
5.1 PARTICIPANTS À L'ÉTUDE ET LEUR RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE.....	7
5.2 DIFFÉRENCES URBAINES-RURALES	11
I. LE PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES PARTICIPANTS.....	11
II. SANTÉ GÉNÉRALE ET SANTÉ BUCCODENTAIRE	13
III. COMPORTEMENTS ET CONNAISSANCES BUCCODENTAIRES.....	15
IV. RECOURS AUX SERVICES DENTAIRE.....	17
V. LA QUALITÉ DE VIE LIÉE À LA SANTÉ BUCCODENTAIRE ET SATISFACTION	19
VI. LE PROFIL DES ENFANTS DES PARTICIPANTS (RURAL/URBAIN).....	22
5.3 DIFFÉRENCES ENTRE LES ZONES D'INFLUENCE MÉTROPOLITAINE	24
I. LE PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES PARTICIPANTS.....	24
II. SANTÉ GÉNÉRALE ET SANTÉ BUCCODENTAIRE	26
III. COMPORTEMENTS ET CONNAISSANCES BUCCODENTAIRES	28

IV. RECOURS AUX SERVICES DENTAIRE.....	30
V. LA QUALITÉ DE VIE LIÉE À LA SANTÉ BUCCODENTAIRE ET LA SATISFACTION	32
VI. LE PROFIL DES ENFANTS DES PARTICIPANTS	34
6. FAITS SAILLANTS:.....	36
7. VOIES DE RÉFLEXION.....	37
BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXES.....	46

LISTE DES TABLEAUX, DES FIGURES ET DES ANNEXES

TABLEAUX

Tableau 1. Répartition des participants selon la région de l'école.....	9
Tableau 2. Répartition selon la classification des secteurs statistiques (CSS) incluant zones d'influence métropolitaine de recensement de l'école.....	10
Tableau 3. Profil sociodémographique des parents (urbain/rural).....	12
Tableau 4. Santé générale et santé buccodentaire des parents (urbain/rural)	14
Tableau 5. Comportements et connaissances buccodentaires des parents (urbain/rural).....	16
Tableau 6. Recours aux services dentaires	18
Tableau 7. Étendue des problèmes buccodentaires (OHIP-14) et satisfaction envers les soins (urbain/rural).....	20
Tableau 8. Profil des enfants des participants (urbain/rural).....	23
Tableau 9. Profil sociodémographique des parents vivant dans les différentes zones d'influence métropolitaine de recensement	25
Tableau 10. Santé générale et buccodentaire des parents (zones d'influence métropolitaine de recensement).....	27
Tableau 11. Comportements et connaissances buccodentaires des parents (zones d'influence métropolitaine de recensement)	29
Tableau 12. Recours aux services dentaires (zones d'influence métropolitaine de recensement)...	31
Tableau 13. Étendue des problèmes buccodentaires (OHIP-14) et satisfaction envers les soins (zones d'influence métropolitaine de recensement).....	33
Tableau 14. Profil des enfants des parents participants (zones d'influence métropolitaine de recensement)...	35

FIGURES

Figure 1: Disparité urbaine-rurale au niveau de la qualité de vie liée à la santé buccodentaire.... 21

Figure 2: Prévalence des problèmes buccodentaires (les 7 dimensions de l'OHIP -14)..... 21

ANNEXES

Annexe 1: Cadre conceptuel basé sur le Modèle comportemental d'Anderson sur l'utilisation de soins de santé..... 105

LISTE DES SIGLES

ÉCSBQ 2012-2013	Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
CSS	Classification des secteurs statistiques
RMR	Régions métropolitaines de recensement
AR	Agglomérations de recensement
ZIM	Zones d'influence métropolitaine de recensement
OHIP-14	Oral Health impact profile-14
DEC	Diplôme d'études collégiales

1. MISE EN CONTEXTE

La ruralité est un mode de vie choisi par plus de 6 millions de Canadiens (1, 2), dont 2 millions de Québécois, désirant demeurer dans une communauté où il existe un fort sentiment d'appartenance, des réseaux sociaux enrichissants et un environnement paisible (3-6). Toutefois, sous cette image idéale de la vie campagnarde, la réalité d'une société de « *biais urbain* » persiste (7, 8). Nos politiques sociales, services et infrastructures sont essentiellement axés sur les populations urbaines, compte tenu de la faible densité et l'isolement géographique de la population rurale canadienne (2, 7, 9-16).

Des études ont démontré que les facteurs contextuels, tels que l'éloignement géographique, le manque de développement socioéconomique, la déficience des infrastructures, la rareté des transports publics et l'accès insuffisant aux soins influencent négativement la perception, les comportements et les indicateurs de santé dans les zones rurales et éloignées (17-21). Les disparités en matière de santé buccodentaire et la sous-utilisation des soins buccodentaires en milieu rural ont été rapportées dans les pays et régions industrialisés du monde (22-39). En 2009, le ratio dentiste/population au Canada était 3,5 fois inférieur en milieu rural qu'en zones urbaines (40). Selon l'enquête de 2001 sur la santé dans les collectivités canadiennes, les proportions d'individus couverts par une assurance dentaire et des personnes utilisant des services dentaires d'urgence sont différentes entre les régions urbaines et rurales (41). Les résultats de l'enquête suggèrent que les résidents des régions rurales sont moins enclins à utiliser les services dentaires que ceux des zones urbaines (41). Les résultats de deux publications provenant de la même étude ont noté une mauvaise qualité de vie liée à la santé buccodentaire et un niveau élevé des besoins pour les soins dentaires dans la population rurale canadienne (42, 43).

De même, au Québec, la cartographie de la distribution des professionnels dentaires en 2009 a montré une concentration d'environ 90% dans les zones urbaines (44). Il a de plus été rapporté que la communauté rurale fait face à de nombreux problèmes, tels que le choix restreint de dentistes traitants, le manque de dentistes spécialistes, leur réticence à soigner de nouveaux patients, le manque de compassion du personnel dans la prise en charge de patients avec besoins particuliers, les barrières linguistiques et le manque d'informations sur la santé buccodentaire (45). Par ailleurs, les problèmes dentaires ont été identifiés comme des « événements sentinelles » (événements à conséquence majeure, ou dont la survenue présente un risque important d'entraîner des résultats défavorables importants) qui pourraient être prévenus par l'amélioration des déterminants modifiables de la santé buccodentaire (24-27, 46-53).

En 2002, la commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a souligné que la géographie est un déterminant de la santé. Elle a aussi soutenu le développement de la recherche qui permettrait de documenter les performances des systèmes de soins de santé dans les régions rurales et éloignées, dans la perspective d'équité en santé (16).

Au Canada, il n'existe actuellement aucune étude clinique ou épidémiologique permettant d'évaluer l'influence des dimensions compositionnelles, contextuelles et collectives de la ruralité

sur la santé buccodentaire ainsi que sur l'accès aux soins dentaires. Jusqu'à ce que de telles données soient produites, il est difficile d'élaborer des programmes de prévention et d'intervention pour améliorer les services aux communautés rurales et éloignées.

Le projet de recherche présenté dans le cadre de ce rapport s'inscrit dans une recherche programmatique intitulée « Dent ma région ». Ce projet comprend une série de recherches de type participative, qualitative, quantitative, de synthèse et de transfert de connaissances, dont l'objectif est d'améliorer la santé buccodentaire et le bien-être des individus vivant dans des communautés rurales et éloignées du Québec (44, 45, 54, 55).

2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

OBJECTIFS PRIMAIRES

L'objectif principal de l'étude est de documenter les différences entre les régions urbaines et rurales, chez les parents d'enfants fréquentant des écoles primaires, dans huit régions du Québec, concernant :

- ✓ la qualité de vie liée à la santé buccodentaire;
- ✓ la satisfaction envers les soins dentaires offerts;
- ✓ l'utilisation des services dentaires.

OBJECTIFS SECONDAIRES

Les objectifs secondaires de cette étude consistent à :

- Étudier la contribution des facteurs suivants à la détérioration de l'état de santé buccodentaire: i) les caractéristiques individuelles, ii) les barrières structurelles et iii) les besoins.
- Étudier l'impact de ces mêmes facteurs sur l'utilisation de services dentaires et la satisfaction envers les soins offerts.
- Déterminer si l'utilisation de services dentaires et la satisfaction envers les soins offerts expliquent les différences urbaines-rurales.

3. OBJECTIFS PRÉSENTÉS DANS LE CADRE DE CE RAPPORT

Ce rapport présente les différences entre les zones urbaines et rurales dans 8 régions du Québec. Ces différences portent essentiellement sur:

- les déterminants de la santé buccodentaire chez les parents ou tuteurs légaux des élèves des écoles primaires;
- l'utilisation des services de santé buccodentaire par les parents/tuteurs légaux et leurs enfants;
- la qualité de vie liée à la santé buccodentaire et la satisfaction envers les soins dentaires reçus, des parents/tuteurs légaux.

Ces mêmes données seront ensuite présentées, sous forme de tableaux annexés au document, pour chacune des régions participantes à l'étude.

4. MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude transversale qui a été réalisée parallèlement à l'ÉCSBQ 2012-2013, réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

4. 1. POPULATION CIBLE ET PLAN D'ÉCHANTILLONNAGE

La population cible est formée des parents des élèves de 2^{ème} et 6^{ème} années du primaire (écoles privées et publiques, francophones et anglophones), ayant participé à un examen dentaire dans le cadre de l'ÉCSBQ et vivant parmi les 8 régions urbaines et rurales participantes à l'étude ¹ (Bas-Saint-Laurent, Estrie, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie). Pour une bonne représentativité de cette population, un sous-échantillonnage de l'ÉCSBQ 2012-2013 a été effectué. Cette procédure a reproduit le plan d'échantillonnage de l'ÉCSBQ 2012-2013 en se basant sur un plan d'échantillonnage stratifié à deux degrés dans chaque région (6).

La définition des zones urbaines et rurales est basée sur la classification des secteurs statistiques (CSS), de Statistiques Canada (57). Ainsi :

- les zones urbaines correspondent aux: i) régions métropolitaines de recensement (RMR), dont les populations totalisant 100 000 individus ou plus et ii) aux agglomérations de recensement (AR), dont les populations se situant entre 10 000 et 100 000 individus.
- les zones rurales correspondent aux villes de moins de 10 000 habitants. Selon le recensement canadien de 2011, 19% des québécois vivaient dans les zones rurales.

Selon la proximité des zones urbaines, les zones rurales sont ensuite réparties en zones d'influence métropolitaine de recensement (ZIM): forte, modérée, faible et aucune influence.

À partir du recensement de 2011, de la CSS et du fichier de conversion des codes postaux de Statistique Canada (PCCF4F+) (60), les écoles ont été sélectionnées dans chacune des zones rurales et urbaines avec un souci de sur-échantillonner les populations rurales pour chacun des deux groupes d'âge afin d'augmenter la précision des estimations de ce groupe.

Un processus de pondération des données a été produit par l'INSPQ afin d'assurer la représentativité de l'échantillon par rapport à la population des huit régions rurales/urbaines visées. Cette stratégie tient compte des poids initiaux des élèves pour le volet national/régional de l'ÉCSBQ 2012-2013, du taux de participation dans les différentes strates de défavorisation, des zones géographiques et de la langue d'enseignement à l'intérieur des grandes régions. Finalement, un calage aux marges, assurant la représentativité du nombre d'élèves selon la CSS, le niveau scolaire et le sexe, a été réalisé sur ces poids.

L'échantillon final à l'étude porte sur un total de 1788 participants.

¹ dont la direction régionale de santé publique a accepté de collaborer à la collecte des données pour l'étude de la santé buccodentaire en milieu rural

4. 2. COLLECTE DES DONNÉES

Le recrutement des parents ou des tuteurs légaux a été effectué par les hygiénistes dentaires responsables des écoles dans chaque région. La collecte de données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire auto-administré, qui a été conçu sur la base du modèle comportemental d'Andersen (Annexe 1) relatif à l'utilisation des services de santé (59-62). Ce cadre conceptuel a permis d'identifier les déterminants de la santé buccodentaire en les groupant sous 3 catégories: 1) les facteurs prédisposants, 2) les ressources facilitant l'accès aux soins et 3) les besoins perçus en matière de soins de santé buccodentaire.

Plusieurs questionnaires auto-administrés validés ont été utilisés pour élaborer les sections du questionnaire de la présente étude. Ceux-ci proviennent de différentes sources, soit les questionnaires de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé buccodentaire, les questionnaires de surveillance de la santé buccodentaire au Québec, *WHO International Collaborative Study of Oral Health Status (ICS-II)* ainsi que le questionnaire d'*Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14)* (63-69; 32). Les comportements et les connaissances en santé buccodentaire ont été mesurés sur une échelle de Likert basée sur cinq points (excellent à mauvais) (70,71).

La qualité de vie liée à la santé buccodentaire a été mesurée par le questionnaire OHIP-14. Cet instrument valide (Cronbach alpha = 0,88) comporte 14 items. Les réponses à ces items suivent l'échelle de Likert: 0 = jamais; 1 = rarement; 2 = parfois; 3 = souvent; 4 = toujours. Ainsi, le score total de l'OHIP-14 varie entre 0 et 56 points et est inversement proportionnel à la qualité de vie liée à la santé buccodentaire: elle est meilleure quand le score de l'OHIP-14 est le plus bas.

Étant un concept multidimensionnel, la satisfaction l'égard des soins a été évaluée à l'aide d'un instrument valide (Cronbach alpha = 0,87) utilisé dans l'étude *WHO International Collaborative Study of Oral Health Outcomes (ICS-II)*. Ce questionnaire comporte 12 items avec des échelles de Likert basées sur 4 points (67).

Les versions française et anglaise du questionnaire ont été testées auprès de 30 Québécois bilingues et traduites réciproquement pour assurer une uniformité du sens du lexique utilisé. Le questionnaire est simple et compréhensible dans le contexte de littératie buccodentaire. Il est composé de deux volets portant sur la santé buccodentaire du parent/tuteur légal d'une part, et celle de l'enfant d'autre part. Le formulaire de consentement et le questionnaire auto-administré ont été remplis, en français ou en anglais, par l'un des deux parents ou tuteurs légaux, des élèves sélectionnés.

4.3 VARIABLES À L'ÉTUDE

Dans le but de simplifier la lecture de ce rapport, certaines variables ont été regroupées (comme le montrent les tableaux des résultats de ce rapport) :

- I. ***Les facteurs sociodémographiques*** incluant le sexe, l'âge, le pays de naissance, la langue maternelle, l'état civil actuel, le revenu annuel total du ménage, la taille de la famille vivant du revenu annuel familial, le niveau de scolarité, l'occupation principale et le moyen de transport.
- II. ***L'état de santé général et l'état de santé buccodentaire*** incluant le nombre de dents naturelles, le port des prothèses, la perception des besoins en santé buccodentaire, le temps d'absentéisme au travail ou aux activités quotidiennes, pour des raisons dentaires, durant la dernière année et la perception de l'état de santé général et de santé buccodentaire.
- III. ***Les comportements et les connaissances en matière de santé buccodentaire*** ont été examinés à partir des questions sur la consommation du tabac, les connaissances sur la fluoruration de l'eau du robinet et des moyens de prévention de la carie dentaire.
- IV. ***L'utilisation des services dentaires et des ressources qui facilitent l'accès aux soins dentaires*** comprennent le nombre des visites dans une clinique dentaire au cours des 12 derniers mois, le suivi par un dentiste de famille, la souscription à une assurance dentaire, la distance (en kilomètres) entre le lieu de résidence et le lieu où se déroulent les visites dentaires, la facilité de trouver un dentiste en cas de besoin et les dépenses annuelles déployées pour les soins dentaires.
- V. ***La qualité de vie liée à la santé buccodentaire*** concerne sept domaines distincts des problèmes buccodentaires: la limitation fonctionnelle, la douleur physique, l'inconfort psychologique, l'incapacité physique ou psychologique, l'invalidité sociale et l'handicap.
- VI. ***La satisfaction à l'égard des soins dentaires.***

4.4 ANALYSES STATISTIQUES DES DONNÉES

En premier lieu, des statistiques descriptives ont été réalisées en appliquant la pondération produite pour le plan de sondage par catégorie de ruralité/urbanité ainsi que selon trois catégories ZIM de ruralité.

Les estimés de totaux et de proportions ont été rapportés pour les variables catégorielles tandis

que des estimés de moyennes et marges d'erreurs sont calculés pour les variables continues. Des tests du Khi-deux ont été effectués pour déceler une différence de distribution entre les régions rurales et urbaines ou entre les catégories de ZIM pour chacune des variables catégorielles. Pour les variables continues, des tests-t ont été menés pour déceler une différence de moyennes entre les régions rurales et urbaines, ainsi que des analyses de variance à un facteur pour comparer les groupes ruraux selon les trois catégories de ZIM. En plus des tests de significativité statistique, les valeurs p ajustées pour l'effet de plan, évalué à 1,5 par l'INSPQ, sont présentées.

Ainsi, pour répondre aux objectifs de l'étude, cités précédemment, nous avons exposé les différences urbaines et rurales à travers :

1. La comparaison des proportions des caractéristiques de la santé buccodentaire chez les parents répondants;
2. La comparaison entre les proportions d'utilisation des services dentaires par les enfants et les parents;
3. La comparaison entre les moyennes du score total de la satisfaction envers les soins;
4. La comparaison de la qualité de vie liée à la santé buccodentaire chez les parents, à travers la comparaison de **l'étendue**, de **la prévalence** et de **la sévérité des problèmes buccodentaires** mesurés par l'OHIP-14 (limitation fonctionnelle, douleur physique, inconfort psychologique, incapacité physique, incapacité psychologique, incapacité sociale et handicap) (72). Ainsi :
 - l'étendue a été définie par le nombre de questions de l'OHIP-14 dont la réponse était «souvent» ou «toujours» (72);
 - la prévalence a été définie par la proportion des personnes qui ont répondu au moins une fois par «souvent» ou «toujours» à l'OHIP-14 (72);
 - la sévérité a été définie par la somme des réponses aux 14 questions de l'OHIP-14 (score total de l'OHIP-14), dont les valeurs varient de 0 à 56 (72).

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SAS Version 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC) en utilisant le seuil de signification statistique de 0,05.

5. RÉSULTATS

5.1 PARTICIPANTS À L'ÉTUDE ET LEUR RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Au total, 1906 parents ou tuteurs légaux sollicités ont accepté de participer à l'étude et ont retourné le questionnaire dûment rempli. Après un jumelage des participants avec ceux de l'étude clinique de l'INSPQ, le nombre final de participants se chiffre à 1788. Ceci a été réalisé en respectant la méthodologie et les analyses statistiques déjà planifiées dans le protocole préliminaire de l'étude.

Les 1788 participants à l'étude constituaient les parents/tuteurs légaux de 828 élèves de 2^{ème} année et de 960 élèves de 6^{ème} année. Les zones urbaines rassemblaient 806 participants pour les

régions métropolitaines de recensement et 425 pour les AR. Ce qui donne un total de 1231 participants en zones urbaines, soit une proportion de 68,8%. Quant aux zones rurales, elles comptaient 557 participants repartis sur les différentes ZIM, soit une proportion de 31,2%.

Le taux de participation à l'étude était variable par région avec un taux de participation moyen de 34,2% (Tableau 1).

Tableau 1. Répartition des participants selon la région de l'école

Région	Pour les élèves de 2 ^{ème} année			Pour les élèves de 6 ^{ème} année			Total Dent ma région (parents)
	Dent ma région (parents)	Étude clinique (élèves)	% participant (%)	Dent ma région (parents)	Étude clinique (élèves)	% participant (%)	
Bas-Saint-Laurent	152	382	39,8	147	383	38,4	299
Estrie	39	85	45,9	205	464	44,4	244
Outaouais	20	104	19,2	22	102	21,6	42
Abitibi-Témiscamingue	136	324	42,0	165	321	51,4	301
Laval*	15	65	23,1	16	65	24,6	31
Lanaudière	212	490	43,3	207	487	42,5	419
Laurentides	164	493	33,3	77	472	16,3	241
Montréal	90	497	18,1	121	491	24,4	211
Total	828	2440	33,9	960	2785	34,5	1788

Effectifs non pondérés.

* Pour la région de Laval, les questionnaires ont été transmis uniquement aux élèves de l'échantillon provincial de l'étude clinique.

Tableau 2. Répartition selon la classification des secteurs statistiques (CSS) (incluant ZIM) de l'école

Urbain/rural	CSS	Nombre d'élèves 2 ^{ème} année	Nombre d'élèves 6 ^{ème} année	Total
URBAIN	Régions métropolitaines de recensement (RMR)	380	426	806
	Agglomérations de recensement (AR)	200	225	425
RURAL	ZIM	248	309	557
	ZIM forte	64	82	146
	ZIM modérée	122	146	268
	ZIM faible	56	73	129
	ZIM nulle	6	8	14
Total		828	960	1788
CSS : Classification des secteurs statistiques ; ZIM: Zones d'influence métropolitaine de recensement				

5. 2 DIFFÉRENCES URBAINES-RURALES

I. LE PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES PARTICIPANTS

La différence est statistiquement significative entre les régions rurales et urbaines quant à l'âge des participants ($p=0,005$), le pays de naissance ($p=0,028$), la langue maternelle ($p=0,026$), l'état civil ($p=0,007$), le niveau de scolarité ($p<0,0001$), le revenu annuel total du ménage ($p<0,0001$) et le moyen de transport ($p=0,0045$) (Tableau 3).

De façon générale, les parents vivant en régions rurales sont plus jeunes, avec une plus grande proportion de personnes nées au Canada, parlent le français comme langue maternelle et ont un niveau de scolarité plus bas que ceux vivant en régions urbaines.

Tableau 3. Profil sociodémographique des parents (urbain/rural)

		Urbain (%)	Rural (%)	Total (%)	Valeur-p (brute)	Valeur-p* (ajustée)
Sexe	Femme	86,8	90,4	87,5	0,0759	0,1472
	Homme	13,2	9,6	12,6		
Âge	Moins de 35 ans	15,3	22,3	16,6	0,0004	0,0052
	35 à 44 ans	68,1	68,0	68,1		
	45 ans et plus	16,6	9,7	15,3		
Pays de naissance	Canada	92,4	96,5	93,1	0,0073	0,0285
	Autre	7,6	3,5	6,9		
Langue maternelle	Français	88,6	93,7	89,6	0,0064	0,0260
	Autre	11,4	6,3	10,4		
État civil actuel	Marié	48,0	36,3	45,9	0,0006	0,0073
	Conjoint de fait	40,0	48,5	41,6		
	Célibataire	11,9	15,2	12,5		
Revenu annuel total du ménage	≤ 29 999 \$	5,5	7,2	5,9	<0,0001	<0,0001
	≤ 49 999 \$	12,2	17,3	13,1		
	≤ 69 999 \$	9,3	30,1	13,3		
	≤ 89 999 \$	17,1	12,3	16,2		
	≤109 999\$	17,0	17,8	17,2		
	≥110 000\$	38,8	15,3	34,4		
Personnes vivant sur le revenu annuel	Moins de 4	17,9	16,8	17,7	0,1899	0,3304
	4 personnes	47,3	43,1	46,5		
	Plus de 4	34,8	40,1	35,8		
Niveau de scolarité	DES ou moins	16,1	31,8	19,0	<0,0001	<0,0001
	DEC/équivalent	32	34,7	32,5		
	Université	51,9	33,6	48,5		
Situation/occupation principale	Travailleur	88,8	84,1	87,9	0,0190	0,0554
	Autre	11,2	15,9	12,1		
Moyen de transport	Voiture	89,9	96,0	91,0	0,0005	0,0045
	Autre	10,1	4,0	9,0		

* : ajusté pour l'effet du sondage

II. SANTÉ GÉNÉRALE ET SANTÉ BUCCODENTAIRE

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les parents vivant en régions rurales et ceux vivant en régions urbaines relativement à l'édentement, au port de prothèses, aux besoins perçus pour des traitements dentaires et au sujet de leurs perceptions de la santé générale et buccodentaire. La plus grande proportion des parents vivant en milieux urbains et ruraux, soit 95,4% et 94,6% respectivement, se considèrent bénéficiaire d'un bon, très bon ou excellent état de santé buccodentaire.

Tableau 4. Santé générale et santé buccodentaire des parents (urbain/rural)

		Urbain	Rural	Total	Valeur-p (brute)	Valeur-p* (ajustée)
Nombre de dents naturelles	moyenne \pm erreur-type	27,9 \pm 4,0	28,2 \pm 2,6	28,0 \pm 3,7	0,1921	0,2868
	Port de prothèse amovible inférieure (%)					
	Partielle/complète	2,2	2,1	2,2	0,8509	0,8780
	Aucune	97,8	97,9	97,8		
Port de prothèse amovible supérieure (%)	Partielle/complète	2,6	3,6	2,8	0,3327	0,4290
	Aucune	97,4	96,4	97,2		
Perception du besoin pour un traitement dentaire (%)	Oui	35,9	33,6	35,5	0,4285	0,5180
	Non	64,1	66,4	64,5		
Absentéisme au travail pour besoins dentaires (%)	Oui	20,6	18,2	20,1	0,3380	0,4340
	Non	79,4	81,8	79,9		
État de santé buccodentaire (%)	Bon/très bon/excellent	95,4	94,6	95,2	0,5494	0,6250
	Passable/mauvais	4,6	5,4	4,8		
État de santé général (%)	Bon/très bon/excellent	98,0	98,4	98,1	0,5929	0,6625
	Passable/mauvais	2,0	1,6	1,9		

*: ajusté pour l'effet de plan du sondage

III. COMPORTEMENTS ET CONNAISSANCES BUCCODENTAIRES

Les résultats montrent une différence statistiquement significative entre les deux régions au niveau du statut de tabagisme. Presque 70% des parents vivant en milieu urbain n'ont jamais fumé contre 60% en milieu rural. La proportion des fumeurs anciens et occasionnels est plus élevée chez les parents résidant en milieu rural, soit 40% à peu près. Cependant, toutes proportions gardées, les fumeurs réguliers sont plus nombreux en milieu urbain qu'en milieu rural.

En dehors du statut de tabagisme, la consommation de tabac n'est pas significativement différente entre les deux types de région, comme le montre le tableau 5.

Les parents vivant en régions rurales ont une meilleure connaissance quant à la fluoration ou non de leur eau du robinet. La différence est statistiquement significative à ce niveau ($p < 0,0001$). En effet, 62,5% des parents vivant dans les régions rurales déclarent ne pas avoir d'eau du robinet fluorée, alors que 54% de leurs homologues en milieu urbain ne savent pas si l'eau du robinet est fluorée ou non.

Les proportions obtenues ne montrent pas de différence statistiquement significative entre les zones rurales et urbaines en ce qui concerne les connaissances des parents sur les méthodes de prévention de la carie dentaire ($p = 0,6495$). Elles sont faibles dans les deux types de région étudiés, avoisinant les 10%.

Tableau 5. Comportements et connaissances buccodentaires des parents (urbain/rural)

		Urbain	Rural	Total	Valeur-p (brute)	Valeur-p* (ajustée)
Statut du tabagisme (%)	Non fumeur	69,9	60,3	68,1	0,0002	0,0044
	Ancien fumeur	22,7	26,7	23,5		
	Fumeur occasionnel	7,0	13,1	8,1		
	Fumeur régulier	0,5	0,0	0,4		
Nombre de cigarettes par jour	moyenne ± erreur- type	11,6 ± 5,8	11,1 ± 5,0	11,5 ± 5,5	0,5521	0,6273
Eau du robinet fluorée (%)	Oui	18,8	9,5	17,1	<0,0001	<0,0001
	Non	27,2	62,5	33,7		
	Je ne sais pas	54,0	28,0	49,2		
Information pour prévenir la carie (%)	Oui	10,1	11,1	10,3	0,5778	0,6495
	Non	89,9	88,9	89,7		
*: ajusté pour l'effet de plan du sondage						

IV. RECOURS AUX SERVICES DENTAIRES

Il y a des différences statistiquement significatives entre les régions urbaines et rurales quant à : i) la distance à parcourir pour rejoindre les prestataires de soins buccodentaires ($p < 0,0001$); ii) la souscription à une assurance dentaire ($p < 0,0001$); ainsi que iii) la moyenne des dépenses annuelles défrayées pour les services dentaires ($p < 0,0150$). Ainsi, pour recevoir des services ou soins dentaires, les personnes vivant en régions rurales doivent parcourir le double de la distance comparativement aux personnes résidant en milieu urbain. Ils sont aussi moins nombreux, en proportion, à profiter d'une assurance dentaire et dépensent plus de frais pour les soins buccodentaires. Le tableau 6 montre que 71,5% des parents de la zone urbaine sont couverts par une assurance dentaire, contre 47,2% seulement en zones rurales.

Le revenu annuel total du ménage et le mode de transport utilisé sont considérés comme des moyens favorisant l'accès aux soins dentaires. Pour ces deux variables, les résultats ont confirmé la présence de différences statistiquement significatives entre les régions urbaines et rurales (Tableau 3). La proportion des parents à revenu élevé est en effet plus grande en milieu urbain qu'en milieu rural. Environ 38,8% des parents en milieu urbain ont un revenu annuel total de \$110000 ou plus, contre 15,3% seulement en milieu rural. Aussi, 96% des parents résidant en milieu rural utilisent leur propre voiture comme moyen de transport. Cette proportion est de 90% pour les parents des zones urbaines.

A partir des données recueillies au cours de ce projet de recherche, nous n'avons pas constaté d'importants obstacles au sujet de la disponibilité des services de soins buccodentaires pour les zones à l'étude. La majorité des parents vivant en milieu urbain (93,6%) et rural (91,8%) ont déclaré ne pas avoir de problèmes pour trouver un dentiste. En réalité, 94,1% des parents qui résident dans une zone urbaine et 92,4% de ceux qui résident dans une zone rurale déclarent bénéficier d'un suivi par un dentiste de famille. Les deux populations à l'étude reçoivent majoritairement leurs soins dans une clinique privée.

Tableau 6. Recours aux services dentaires

		Urbain	Rural	Total	Valeur-p (brute)	Valeur- p* (ajustée)
Nombre de visites dentaires au cours des 12 derniers mois	moyenne ± erreur- type	1,8 ± 2,1	1,6 ± 0,7	1,8 ± 1,8	0,0246	0,0663
Suivi par un dentiste de famille (%)	Oui	94,8	95,2	94,9	0,7971	0,8337
	Non	5,2	4,8	5,1		
Lieu des visites chez le dentiste (%)	Clinique privée	95,5	94,4	95,3	0,3708	0,4650
	Autre	4,5	5,7	4,7		
Distance vers le lieu de la visite dentaire (Km)	moyenne ± erreur-type	12,2 ± 22,9	21,7 ± 19,5	14,0 ± 22,2	<0,0001	<0,0001
Facilité à trouver un dentiste (%)	Facile/très facile	94,1	92,4	93,8	0,2534	0,3510
	Difficile/très difficile	5,9	7,6	6,2		
Souscription à une assurance dentaire (%)	Oui	71,5	47,2	67,0	<0,0001	<0,0001
	Non	27,7	52,4	32,3		
	Ne sait pas	0,8	0,4	0,7		
Dépenses annuelles pour ses soins dentaires (\$)	moyenne ± erreur-type	201,6 ± 508,7	320,5 ± 662,5	224,1 ± 563,3	0,0029	0,0150
*: ajusté pour l'effet de plan du sondage						

V. LA QUALITÉ DE VIE LIÉE À LA SANTÉ BUCCODENTAIRE ET SATISFACTION

L'analyse des données du questionnaire OHIP-14 (dont les variables ont été définies précédemment à la page 5 et la page 7) montre qu'il existe certaines différences statistiquement significatives au niveau de la qualité de vie liée à la santé buccodentaire entre les parents des régions rurales et ceux des régions urbaines. Ces différences concernent :

- L'étendue des problèmes buccodentaires qui est, en général, significativement plus élevée chez les personnes vivant en régions rurales ($p=0,04$) (Tableau 7 et Figure 1).
- La prévalence des problèmes buccodentaires est aussi significativement plus élevée en milieu rural ($p=0,02$). Les parents en milieu rural semblent éprouver significativement plus de douleur physique, d'inconfort psychologique et d'incapacité sociale que les parents en milieu urbain. (Figures 1 et 2).

Par contre, la sévérité des problèmes buccodentaires (moyenne du score total d'OHIP-14) n'a pas marqué d'importantes différences entre les personnes vivant dans des zones rurales et urbaines (Figure 4).

L'analyse du score moyen de satisfaction envers les soins dentaires chez les parents des deux régions ne montre pas de différence statistiquement significative (Tableau 7).

Tableau 7. Étendue des problèmes buccodentaires (OHIP-14) et satisfaction envers les soins (urbain/rural)

		Urbain	Rural	Total	Valeur-p (brute)	Valeur-p* (ajustée)
OHIP: Limitation fonctionnelle	moy ± erreur-type	0,2 ± 0,7	0,2 ± 0,5	0,2 ± 0,7	0,5490	0,6246
OHIP: Douleur physique	moy ± erreur-type	1,5 ± 1,7	1,7 ± 1,3	1,5 ± 1,6	0,0282	0,0731
OHIP: Inconfort psychologique	moy ± erreur-type	0,8 ± 1,4	0,8 ± 1,07	0,8 ± 1,3	0,4738	0,5586
OHIP: Incapacité physique	moy ± erreur-type	0,3 ± 0,9	0,4 ± 0,8	0,3 ± 0,9	0,1340	0,2210
OHIP: Incapacité psychologique	moy ± erreur-type	0,6 ± 1,3	0,6 ± 0,8	0,57 ± 1,1	0,9343	0,9464
OHIP: Incapacité sociale	moy ± erreur-type	0,3 ± 0,9	0,4 ± 0,7	0,3 ± 0,9	0,3982	0,4903
OHIP: Handicap	moy ± erreur-type	0,3 ± 0,9	0,2 ± 0,6	0,3 ± 0,8	0,3734	0,4673
OHIP: Score total	moy ± erreur-type	0,2 ± 0,9	0,3 ± 0,7	0,2 ± 0,9	0,0140	0,0446
Satisfaction	moy ± erreur-type	1,5 ± 0,4	1,5 ± 0,28	1,5 ± 0,4	0,6570	0,7169

*: ajusté pour l'effet de plan du sondage; moy : moyenne

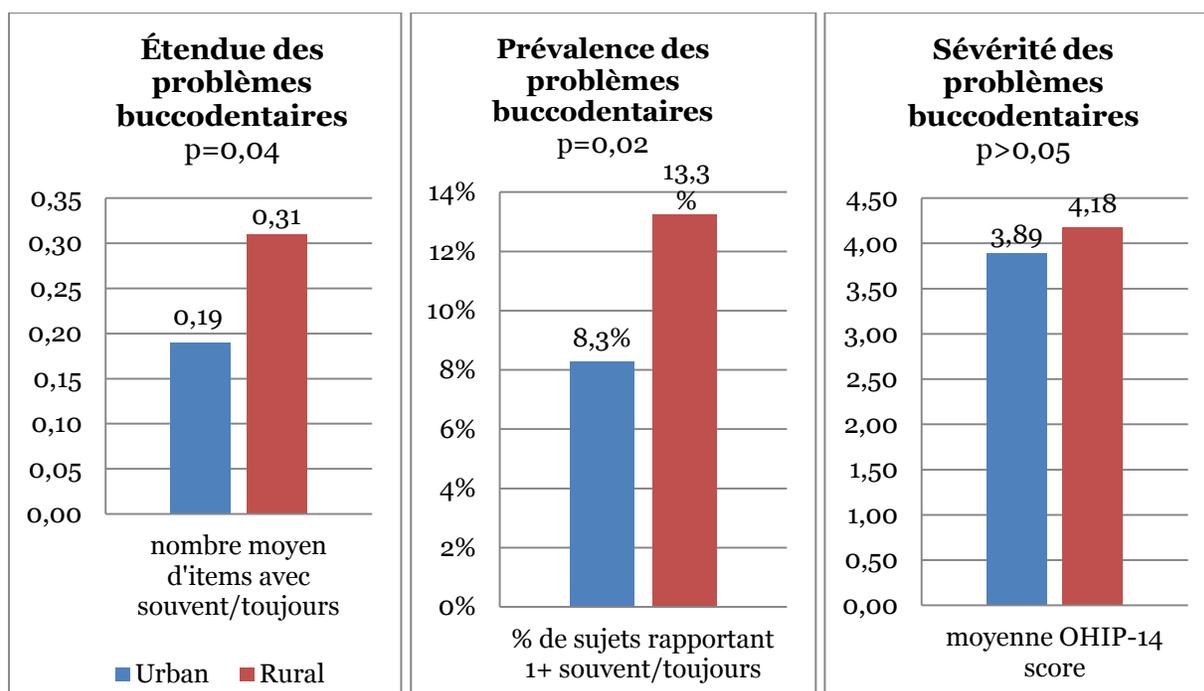
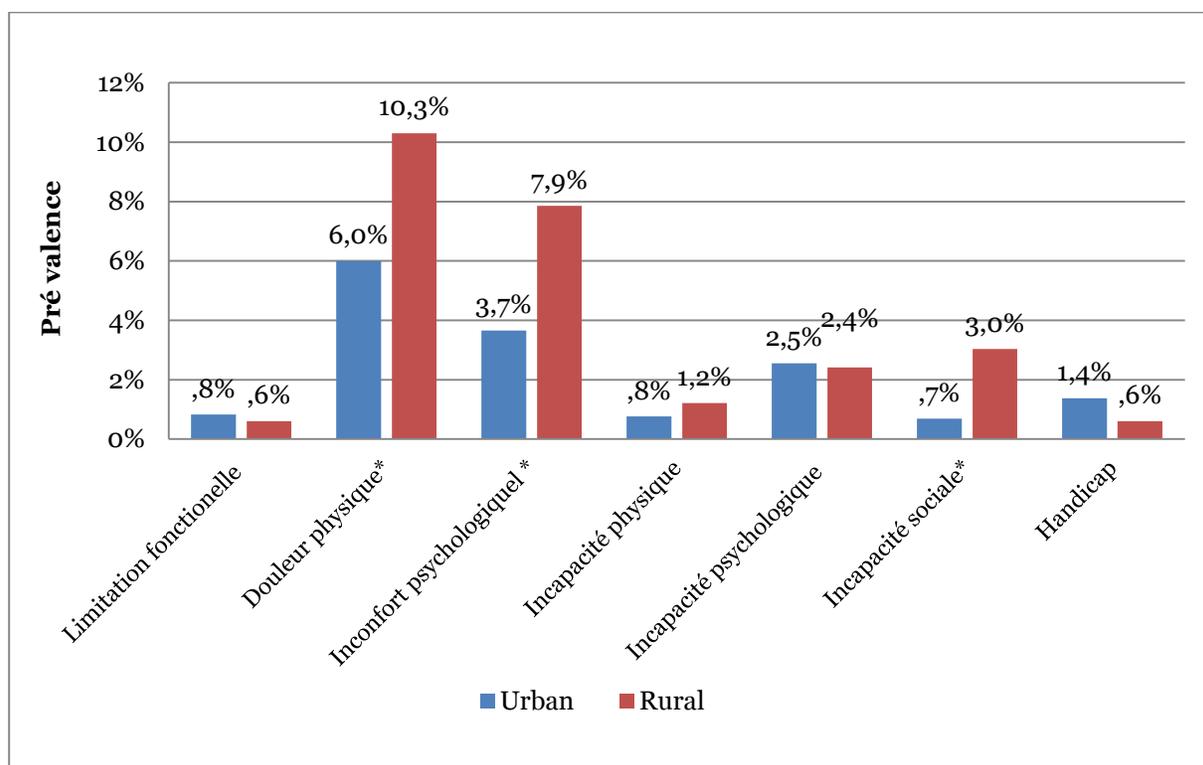


Figure 1: Disparité urbaine-rurale au niveau de la qualité de vie liée a la santé buccodentaire



* p ≤ 0,05

Figure 2: Prévalence des problèmes buccodentaires (les 7 dimensions de l'OHIP -14)

VI. LE PROFIL DES ENFANTS DES PARTICIPANTS (RURAL/URBAIN)

Nous n'avons pas relevé de différence statistiquement significative, entre les enfants vivant en régions rurales et ceux vivant en régions urbaines, au niveau de: 1) l'âge ($p=0,9429$); 2) la fréquence des visites dentaires ($p=0,8745$); 3) l'absentéisme à l'école, au cours des 12 derniers mois, à cause d'un besoin pour un traitement dentaire ($p=0,8745$) et du nombre de ces absences ($p=0,1131$); 4) la consultation ou non d'un dentiste, au cours des 12 derniers mois ($p=0,9461$) et du nombre de ces visites dentaires ($p=0,1310$); ainsi que 5) les dépenses défrayées pour les soins dentaires de l'enfant au cours des 12 derniers mois ($p=0,1161$).

En fait, 51,8% des enfants résidant en zones urbaines et 53,9% de ceux vivant en zones rurales déclarent visiter un dentiste à une fréquence d'une fois par an. En effet, plus que 90% des enfants, que ce soit en zones urbaines ou rurales, ont affirmé avoir consulté un dentiste au cours de l'année dernière.

Plus de la moitié des enfants, quel que soit le type de région habitée, n'ont déclaré aucune absence pour une raison dentaire, au cours des 12 derniers mois, soit 64,5% pour le milieu urbain et 65,1% pour le milieu rural (Tableau 8).

Tableau 8. Profil des enfants des participants (urbain/rural)

		Urbain	Rural	Total	Valeur-p (brute)	Valeur-p* (ajustée)
Sexe (%)	Féminin	52,0	44,9	50,7	0,0189	0,0554
	Masculin	48,0	55,1	49,3		
Âge (%)	Moins de 9 ans	51,0	50,8	51,0	0,9301	0,9429
	Plus de 9 ans	49,0	49,3	49,0		
Lien avec l'enfant (%)	Mère	86,2	88,8	86,7	0,2204	0,3171
	Autre	13,8	11,3	13,3		
Fréquence des visites chez le dentiste (%)	Aux 6 mois	44,8	43,1	44,4	0,7693	0,8396
	Chaque année	51,8	53,9	52,1		
	Autre	3,5	3,1	3,4		
Absentéisme à l'école pour raisons dentaires les 12 derniers mois (%)	Oui	35,5	34,9	35,4	0,8466	0,8745
	Non	64,5	65,1	64,6		
Nombre d'absences pour raisons dentaires les 12 derniers mois	moyenne ± erreur - type	1,8 ± 1,5	1,6 ± 1,1	1,8 ± 1,4	0,0525	0,1131
Consultation d'un dentiste les 12 derniers mois (%)	Oui	94,4	94,6	94,4	0,9203	0,9461
	Non	5,7	5,4	5,6		
Nombre de visites dentaires des 12 derniers mois	moyenne ± erreur - type	1,8 ± 1,3	1,7 ± 1,0	1,8 ± 1,2	0,0645	0,1310
Dépenses pour soins dentaires de l'enfant les 12 derniers mois (\$)	moyenne ± erreur - type	174,6 ± 572,9	275,3 ± 821,3	193,5 ± 661,2	0,0544	0,1161
*: ajusté pour l'effet de plan du sondage						

5. 3 DIFFÉRENCES ENTRE LES ZONES D'INFLUENCE MÉTROPOLITAINE

Les régions rurales à l'étude ont été divisées en trois catégories selon la définition de Statistiques Canada, soit en considérant le code postal des régions métropolitaines de recensement et des agglomérations de recensement. Les zones rurales ont été alors classées selon une influence métropolitaine forte, modérée ou faible. Des analyses statistiques descriptives ont eu lieu afin de déceler les différences entre les différentes zones d'influence. Ces analyses ont concerné les déterminants de la santé buccodentaire, l'utilisation des services de santé buccodentaire chez les parents ou tuteurs légaux, la qualité de vie reliée à la santé buccodentaire et la satisfaction à l'égard des soins dentaires offerts.

I. LE PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES PARTICIPANTS

Le tableau 9 montre une différence statistiquement significative entre les zones d'influence métropolitaine en ce qui concerne la situation/occupation principale ($p=0,047$) et le moyen de transport ($p=0,0399$): 90,8% des parents résidant dans une zone d'influence métropolitaine modérée occupent un emploi. Cette proportion est plus faible pour les parents résidant dans une zone d'influence métropolitaine forte et ceux résidant dans une zone d'influence métropolitaine faible, soit 74% et 75,1% respectivement. Par contre, la différence n'est pas statistiquement significative entre les parents des trois zones pour ce qui est de l'âge ($p=0,3205$), le pays d'origine ($p=0,8501$), la langue maternelle ($p=0,2334$), l'état civil ($p=0,9411$), le revenu annuel du ménage ($p=0,3801$), le nombre de personnes vivant sur le revenu annuel ($p=0,8983$) et le niveau de scolarité ($p=0,2388$).

Tableau 9. Profil sociodémographique des parents vivant dans les différentes zones d'influence métropolitaine

		Zones d'influence métropolitaine			Total (%)	Valeur-p (brute)	Valeur-p* (ajustée)
		Forte (%)	Modérée (%)	Faible/nulle (%)			
Sexe	Femme	95,8	87,6	91,4	90,0	0,0885	0,1986
	Homme	4,2	12,4	8,6	9,6		
Âge	Moins de 35 ans	22,4	19,7	33,3	21,8	0,1339	0,3205
	35 à 44 ans	72,1	69,4	53,4	66,4		
	45 ans et plus	5,5	10,9	13,3	9,5		
Pays de naissance	Canada	97,6	96,0	96,5	96,3	0,7838	0,8501
	Autre	2,4	4,0	3,5	3,5		
Langue maternelle	Français	96,9	91,4	97,3	93,6	0,1127	0,2334
	Autre	3,1	8,6	2,7	6,3		
État civil actuel	Marié	36,1	37,2	32,8	35,5	0,8829	0,9411
	Conjoint de fait	49,1	48,6	46,7	47,4		
	Célibataire	14,8	14,2	20,5	14,9		
Revenu annuel total du ménage	≤ 29 999 \$	7,3	5,0	17	6,7	0,0976	0,3801
	≤ 49 999 \$	19,2	14,8	24,5	16,1		
	≤ 69 999 \$	29,2	34,3	13,6	28,1		
	≤ 89 999 \$	13,0	12,8	8,2	11,4		
	≤ 109 999 \$	20,0	16,5	19,1	16,6		
	≥ 110 000 \$	11,3	16,6	17,6	14,2		
Personnes vivant sur le revenu annuel	Moins de 4	19,4	16,3	13,7	16,6	0,8067	0,8983
	4 personnes	38,3	45,2	44,0	42,6		
	Plus de 4	42,3	38,5	42,4	39,6		
Niveau de scolarité	DES ou moins	28,7	31,2	41,0	31,2	0,0823	0,2388
	DEC/équivalent	45,1	30,8	29,7	34,0		
	Université	26,2	38,0	29,3	32,9		
Situation/occupation principale	Travailleur	74,0	90,8	75,1	82,3	0,0003	0,0047
	Autre	26,0	9,2	24,9	15,6		
Moyen de transport	Voiture	96,7	97,6	87,5	94,6	0,0080	0,0399
	Autre	3,3	2,4	12,5	4,0		

*: ajusté pur l'effet de plan du sondage

II. SANTÉ GÉNÉRALE ET SANTÉ BUCCODENTAIRE

Le tableau 10 montre qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les parents vivant dans les différentes zones d'influence métropolitaine en ce qui concerne leur santé générale et buccodentaire. Les proportions des parents qui se jugent en bonne, très bonne ou excellente santé générale dans les zones d'influence forte, modérée et faible sont respectivement de 97,2 %, 98,9% et 98,8%. Les proportions des parents qui considèrent leur état de santé buccodentaire bon, très bon ou excellent sont respectivement 95,6%, 94,2% et 94,3%.

Tableau 10. Santé générale et buccodentaire des parents (zones d'influence métropolitaine)

		Zones d'influence métropolitaine			Total	Valeur-p (brute)	Valeur-p* (ajustée)
		Forte	Modérée	Faible/nulle			
Nombre de dents naturelles	moyenne \pm erreur-type	28,2 \pm 1,7	28,2 \pm 3,2	27,6 \pm 1,9	28,2 \pm 2,6	0,1206	0,2418
Port de prothèse amovible inférieure (%)	Partielle/complète	2,4	1,4	4,5	2,0	0,4102	0,5521
	Aucune	97,6	98,6	95,5	96,8		
Port de prothèse amovible supérieure (%)	Partielle/complète	4,7	2,8	4,5	3,5	0,6760	0,7703
	Aucune	95,3	97,2	95,6	95,4		
Perception du besoin pour un traitement dentaire (%)	Oui	30,9	34,1	37,4	33,6	0,7398	0,8180
	Non	69,1	65,9	62,6	66,3		
Absentéisme au travail pour besoins dentaires (%)	Oui	15,9	20,2	14,4	17,4	0,5316	0,6563
	Non	84,1	79,8	85,7	78,4		
État de santé buccodentaire (%)	Bon/très bon/excellent	95,6	94,2	94,3	94,6	0,8748	0,9147
	Passable/mauvais	4,4	5,8	5,7	5,4		
État de santé général (%)	Bon/très bon/excellent	97,2	98,9	98,8	97,2	0,5295	0,6545
	Passable/mauvais	2,8	1,1	1,2	1,6		

*: ajusté pour l'effet de plan du sondage

III. COMPORTEMENTS ET CONNAISSANCES BUCCODENTAIRES

Il paraît que plus de la moitié des parents résidant en zones d'influence métropolitaine forte, modérée et faible n'ont jamais été fumeurs (68,5 %, 55,7% et 63,1% respectivement). La situation est la même pour les connaissances sur la fluoration de l'eau du robinet. En effet, 58%, 65,4%, et 58,6% des parents vivant respectivement dans les zones d'influence métropolitaine forte, modérée et faible n'ont pas de connaissance sur la fluoration de l'eau du robinet. Aussi, plus des trois quarts des parents n'ont pas assez d'informations sur les moyens de prévenir la carie dentaire (Tableau 11).

Tableau 11. Comportements et connaissances buccodentaires des parents (zones d'influence métropolitaine)

		Zones d'influence métropolitaine			Total	Valeur-p (brute)	Valeur-p* (ajustée)
		Forte	Modérée	Faible/nulle			
Statut du tabagisme (%)	Non fumeur	68,5	55,7	63,1	59,4	0,2181	0,4285
	Ancien fumeur	24,1	28,9	22,2	26,3		
	Fumeur occasionnel	7,4	15,4	14,8	12,9		
Nombre de cigarettes par jour	moyenne \pm erreur- type	17,0 \pm 6,6	9,5 \pm 4,6	12,3 \pm 3,3	11,1 \pm 5,0		
Eau du robinet fluorée (%)	Oui	11,5	8,3	10,9	9,3	0,7561	0,8682
	Non	58,0	65,4	58,6	60,7		
	Je ne sais pas	30,5	26,3	30,5	27,2		
Information pour prévenir la carie (%)	Oui	14,2	7,6	20,3	11,0	0,0292	0,0949
	Non	85,8	92,4	79,7	87,6		

*: ajusté pour l'effet de plan du sondage

IV. RECOURS AUX SERVICES DENTAIRES

Le tableau 12 montre que les différences sont statistiquement significatives entre les parents vivant dans les différentes zones d'influence métropolitaine quant à la distance entre le lieu de résidence et les prestataires des soins dentaires ($p=0,0069$), la souscription à une assurance dentaire ($p=0,0381$) ainsi que la moyenne des dépenses annuelles défrayées pour les services dentaires ($p=0,0039$). Les parents résidant en zones d'influence métropolitaine modérée sont moins proches des prestataires dentaires et aussi moins nombreux à profiter d'une assurance dentaire que les résidants des autres zones. D'autre part, les parents résidant dans les zones à forte influence métropolitaine dépensent plus de frais annuellement pour les services bucco-dentaires. Cependant, on n'a pas noté de différence statistiquement significative entre les différentes zones d'influence métropolitaine quant au nombre de visites dentaires au cours des 12 derniers mois ($p=0,4844$), à la fréquentation ou non d'un dentiste de famille ($p=0,9557$), à la nature du lieu de prestation dentaire fréquenté ($p=0,7190$), ni au niveau de la facilité ou non à trouver un dentiste ($p=0,6675$). Dans les trois zones d'influence métropolitaine, la majorité des parents trouvent facilement un dentiste et sont suivis par leur dentiste familial.

Tableau 12. Recours aux services dentaires (zones d'influence métropolitaine)

		Zones d'influence métropolitaine				Valeur-p (brute)	Valeur- p* (ajustée)
		Forte	Modérée	Faible/nulle	Total		
Nombre de visites dentaires au cours des 12 derniers mois	moyenne ± erreur-type	1,7 ± 0,6	1,6 ± 0,8	1,6 ± 0,6	1,6 ± 0,7	0,3386	0,4844
Suivi par un dentiste de famille (%)	Oui	94,7	95,2	96,2	95,2	0,9343	0,9557
	Non	5,3	4,8	3,8	4,8		
Lieu des visites chez le dentiste (%)	Clinique privée	92,7	95,4	93,1	94,2	0,6097	0,7190
	Autre	7,3	4,6	6,9	5,7		
Distance vers le lieu de la visite dentaire (Km)	moyenne ± erreur-type	17,4 ± 15,0	24,1 ± 22,7	19,1 ± 15,8	21,7 ± 19,5	0,0007	0,0069
Facilité à trouver un dentiste (%)	Facile/très facile	94,1	92,5	88,8	91,8	0,5453	0,6675
	Difficile/très difficile	5,9	7,6	11,2	7,5		
Souscription à une assurance dentaire (%)	Oui	62,6	38,8	52,4	47,1	0,0043	0,0381
	Non	36,9	61,0	47,0	52,3		
	Ne sait pas	0,5	0,3%	0,7	0,4		
Dépenses annuelles pour ses soins dentaires (\$)	moyenne ± erreur-type	517,6 ± 1109,5	238,4 ± 430,0	306,1 ± 327,2	320,5 ± 662,5	0,0003	0,0039

*: ajusté pour l'effet de plan du sondage

V. LA QUALITÉ DE VIE LIÉE À LA SANTÉ BUCCODENTAIRE ET LA SATISFACTION

Les trois ZIM ne montrent pas de différences statistiquement significatives au niveau de l'étendue des problèmes buccodentaires, à l'exception de la limitation fonctionnelle, qui est significativement plus élevée en zone d'influence métropolitaine faible/nulle ($p=0,011$) (Tableau 13).

Nous constatons aussi une différence statistiquement significative pour ce qui est de la satisfaction des parents à l'égard des soins dentaires reçus ($p=0,0219$), et ce, en faveur des parents résidant dans une zone à faible influence métropolitaine.

Tableau 13. Étendue des problèmes buccodentaires (OHIP-14) et satisfaction envers les soins (zones d'influence métropolitaine)

		Zones d'influence métropolitaine				Valeur-p (brute)	Valeur-p* (ajustée)
		Forte	Modérée	Faible/nulle	Total		
OHIP: Limitation fonctionnelle	moyenne \pm erreur-type	0,2 \pm 0,6	0,2 \pm 0,5	0,4 \pm 0,5	0,2 \pm 0,5	0,0013	0,0110
OHIP: Douleur physique	moyenne \pm erreur-type	1,8 \pm 1,4	1,7 \pm 1,5	1,5 \pm 0,8	1,7 \pm 1,3	0,5638	0,6820
OHIP: Inconfort psychologique	moyenne \pm erreur-type	0,7 \pm 1,0	0,8 \pm 1,2	0,8 \pm 0,8	0,8 \pm 1,1	0,9370	0,9576
OHIP: Incapacité physique	moyenne \pm erreur-type	0,3 \pm 0,6	0,4 \pm 1,0	0,35 \pm 0,4	0,4 \pm 0,8	0,2856	0,4323
OHIP: Incapacité psychologique	moyenne \pm erreur-type	0,6 \pm 0,7	0,6 \pm 0,9	0,6 \pm 0,7	0,57 \pm 0,8	0,5367	0,6599
OHIP: Incapacité sociale	moyenne \pm erreur-type	0,2 \pm 0,6	0,4 \pm 0,9	0,3 \pm 0,5	0,4 \pm 0,7	0,0682	0,1645
OHIP: Handicap	moyenne \pm erreur-type	0,2 \pm 0,5	0,3 \pm 0,7	0,2 \pm 0,4	0,2 \pm 0,6	0,2688	0,4151
OHIP: Score total	moyenne \pm erreur-type	0,3 \pm 0,6	0,3 \pm 0,9	0,3 \pm 0,5	0,3 \pm 0,7	0,8121	0,8704
Satisfaction	moyenne \pm erreur-type	1,5 \pm 0,3	1,4 \pm 0,3	1,6 \pm 0,2	1,5 \pm 0,3	0,0036	0,0219

*: ajusté pour l'effet de plan du sondage

VI. LE PROFIL DES ENFANTS DES PARTICIPANTS

Le tableau 14 révèle une différence statistiquement significative entre les enfants des trois zones d'influence métropolitaine quant au nombre de visites dentaires annuelles et des dépenses défrayées pour les soins dentaires au cours des 12 derniers mois.

En effet, même si les enfants des trois régions n'ont pas été significativement différents à propos de la fréquence des visites dentaires (aux 6 mois, ou à l'année), du niveau d'absentéisme à l'école pour des raisons dentaires, leur nombre de visites dentaires durant la dernière année était significativement différent ($p=0,028$). Il en va de même pour leurs dépenses attribuables aux soins dentaires ($p=0,007$).

Ainsi, les résultats montrent que: i) presque la moitié ou plus des enfants, quel que soit le type de zone, visitent leur dentiste 1 fois par an, (respectivement 50,1%, 52,6% et 66,9% en zones à influence métropolitaine forte, modérée et faible), ii) les enfants, peu importe le type de zone habitée, sont moins nombreux, toutes proportions gardées, à s'absenter de l'école pour des raisons dentaires; et iii) ce sont les enfants des zones à forte influence métropolitaine qui comptent significativement le plus grand nombre de visites et les dépenses les plus élevés pour les services buccodentaires.

Tableau 14. Profil des enfants des parents participants (zones d'influence métropolitaine)

		Zones d'influence métropolitaine				Total	Valeur-p (brute)	Valeur- p* (ajustée)
		Forte	Modérée	Faible/nulle				
Sexe (%)	Féminin	39,8	47,0	46,1	44,8	0,5139	0,6415	
	Masculin	60,2	53,1	53,9	55,0			
Âge (%)	Moins de 9 ans	47,8	54,0	42,6	50,6	0,3179	0,4658	
	Plus de 9 ans	52,2	46,1	57,4	49,1			
Lien avec l'enfant (%)	Mère	92,8	86,3	91,5	88,6	0,2203	0,3647	
	Autre	7,2	13,7	8,5	11,2			
Fréquence des visites chez le dentiste (%)	Aux 6 mois	47,9	44,1	28,4	43,0	0,2626	0,4779	
	Chaque année	50,1	52,6	66,9	53,7			
	Autre	2,0	3,3	4,7	3,1			
Absentéisme à l'école pour raisons dentaires les 12 derniers mois (%)	Oui	33,5	37,7	25,6	34,8	0,2938	0,4419	
	Non	66,6	62,3	74,4	65,0			
Nombre d'absences pour raisons dentaires les 12 derniers mois	moyenne ± erreur- type	2,2 ± 1,6	1,3 ± 0,9	1,6 ± 0,4	1,6 ± 1,1	0,7800	0,8195	
Consultation d'un dentiste les 12 derniers mois (%)	Oui	94,4	94,8	93,9	94,2	0,9720	0,9812	
	Non	5,6	5,2	6,1	5,4			
Nombre de visites dentaires des 12 derniers mois	moyenne ± erreur- type	2,0 ± 1,3	1,6 ± 1,0	1,6 ± 0,5	1,7 ± 1,0	0,0053	0,0287	
Dépenses pour soins dentaires de l'enfant les 12 derniers mois (\$)	moyenne ± erreur- type	593,6 ± 1321,5	166,0 ± 634,0	121,7 ± 132,8	275,3 ± 821,3	0,0007	0,0070	

*: ajusté pour l'effet de plan du sondage

6. FAITS SAILLANTS

- Une grande proportion des parents/tuteurs légaux participants à cette étude est représentée par des femmes, âgées de 35 à 45 ans, avec un niveau de scolarité équivalent à un DEC ou plus et actives sur le marché du travail.
- La plupart des ménages sont composés de 4 membres ou plus et décrivent leur état de santé général et buccodentaire comme bon ou même excellent.
- La majorité des participants consultent leur dentiste de famille dans un cabinet privé une fois par an.
- La majorité des enfants des participants à cette étude (élèves de 2^{ème} et 6^{ème} années scolaires) visitent le dentiste au moins une fois tous les 6 mois, ou une fois par an. Ils s'absentent de l'école, en moyenne, deux jours/an pour des visites dentaires.
- L'étude a révélé des différences entre les deux milieux, urbain et rural, au niveau de plusieurs déterminants de la santé buccodentaire, à savoir les caractéristiques sociodémographiques, les comportements et connaissances en matière de santé buccodentaire, l'utilisation des services dentaires et la qualité de vie liée à la santé buccodentaire. Ainsi:
 - Les parents vivant en régions rurales sont plus jeunes, possèdent un revenu total plus faible et ont un niveau de scolarité plus bas que les parents vivant en milieu urbain. La composition démographique de la population rurale fait état d'une moindre diversité culturelle que celle du milieu urbain. Les parents en milieu rural sont, pour une grande proportion, nés au Canada et parlent le français comme langue maternelle.
 - Il y a plus de fumeurs parmi les parents résidant en régions rurales que ceux vivant en régions urbaines. Cependant, il n'y a pas de différence statistiquement significative concernant l'intensité du tabagisme entre les deux milieux.
 - Les parents vivant en régions rurales possèdent plus de connaissances sur l'état de fluoruration de l'eau du robinet.
 - Les connaissances en matière de moyens de prévention de la carie dentaire sont similairement faibles chez les parents des deux milieux, rural et urbain.
 - Le lieu le plus fréquent pour recevoir des soins dentaires est les cliniques dentaires privées pour les parents des deux régions. Cependant, les parents vivant en régions rurales sont contraints à traverser une plus grande distance pour rejoindre les cliniques dentaires que leurs homologues en régions urbaines. Les résidents du milieu rural sont, du fait, plus nombreux en proportion à se déplacer en voiture pour recevoir leurs soins dentaires que les résidents du milieu urbain.
 - Les parents vivant en régions rurales sont moins nombreux, toutes proportions gardées, à bénéficier d'une assurance dentaire que les parents du milieu urbain. Ce qui expliquerait probablement la différence notée au niveau des dépenses allouées aux soins buccodentaires entre les deux milieux. Les parents en milieu rural dépensent plus que les parents du milieu urbain pour les soins dentaires.

- Les personnes vivant en régions rurales ont une qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire moins favorable que les personnes vivant en régions urbaines: l'étendue et la prévalence des problèmes buccodentaires sont plus élevées chez les parents en milieu rural. Ceux-ci semblent éprouver significativement plus de douleur physique, d'inconfort psychologique et d'incapacité sociale en rapport avec leur état de santé buccodentaire que les parents en milieu urbain.

On rappelle que ces résultats ne sont représentatifs que du continuum urbain-rural des huit régions participantes du Québec, et non de tout le Québec.

7. VOIES DE RÉFLEXION

Dans le but de garantir une équité en matière de soins de santé et de bénéficier d'un système de soins efficace, il est nécessaire de cibler les décisions stratégiques dans le domaine des soins de santé. Pour accomplir cette mission, nous devons fournir, aux décideurs politiques et aux prestataires de soins, les informations nécessaires sur les besoins réels de la population ainsi que d'identifier les facteurs modifiables à améliorer par des changements relatifs aux politiques en matière de soins de santé. Le travail dans un cadre multidisciplinaire et multisectoriel et suivant une approche des facteurs de risque communs pourrait être efficace pour agir sur les facteurs modifiables. L'échange et le partage de connaissances et d'expériences permettra de mettre en place des services de santé dentaire publique, des interventions en éducation de la santé et autres programmes de prévention basés sur les besoins des populations défavorisées.

En consultant les résultats de l'enquête canadienne sur les mesures de la santé buccodentaire (2009) (72), nous avons remarqué un manque de données sur la santé buccodentaire des populations rurales. Tant que ces données ne sont pas générées, il s'avère impossible de planifier des programmes d'interventions populationnelles pour ces communautés défavorisées. À cet effet, des approches collaboratives et des initiatives qui réunissent les chercheurs, les intervenants en santé dentaire publique et les responsables des politiques de santé sont pertinentes. Ils permettent de soutenir la capacité de recherche et minimiser la duplication des efforts et des coûts.

Cette étude a pu bénéficier de l'infrastructure existante de l'ÉCSBQ 2012-2013. Cette opportunité ainsi que les conseils des chercheurs de l'INSPQ ont rendu cette étude à la fois réalisable et profitable. De notre part, nous avons pu apporter de l'information complémentaire aux données cliniques générées par l'ÉCSBQ sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé buccodentaire. Malgré les inquiétudes au sujet de la santé buccodentaire des Canadiens vulnérables sur le plan de la santé, il n'existe actuellement aucune étude clinique ou épidémiologique canadienne permettant d'évaluer l'influence des dimensions contextuelles ou collectives de la ruralité sur la santé buccodentaire ainsi que sur l'accès aux soins. Dans ce contexte, notre étude est une pionnière, d'où son originalité dans le sujet abordé. Cette étude a

aussi permis de promouvoir la recherche en santé communautaire et implanter un engagement social dans la recherche.

Ainsi, la compréhension apportée par cette étude, quant aux différents déterminants et indicateurs de la santé buccodentaire des populations rurales, constitue une étape importante en santé dentaire communautaire. Le recours au modèle comportemental d'Anderson, comme cadre de référence pour la collecte de données, nous a permis de donner une structure organisée aux déterminants potentiels de la santé buccodentaire spécialement en ce qui concerne les facteurs prédisposants et les ressources favorisant l'accès aux soins. Ce cadre a été utilisé plusieurs fois pour analyser les facteurs d'utilisation des services dans beaucoup de domaines de la santé, y compris la santé buccodentaire.

Les résultats de cette étude mettent en évidence les différences urbaines-rurales en ce qui a trait à la qualité de vie liée à la santé buccodentaire chez les populations rurales. Les résidents des zones rurales signalent des aspects négatifs de leur santé buccodentaire plus importants, particulièrement au niveau de la douleur, de l'inconfort psychologique et du dysfonctionnement social.

Les communautés rurales sont définies comme des collectivités sécuritaires et calmes, ayant un fort sentiment d'appartenance. Elles sont aussi caractérisées par un environnement paisible et des réseaux sociaux en plein essor. Cependant, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, en 2002, a révélé un accroissement des inégalités dans l'accès aux soins de santé dans les régions. Il a été noté que la géographie est un déterminant de la santé et a recommandé que les politiques de santé en milieu rural encouragent l'équité en santé.

Plusieurs modèles conceptuels plausibles ont été utilisés pour analyser les chaînes de causalité pouvant lier l'environnement physique aux résultats en matière de santé (73, 74). Ces modèles se distinguent à travers les impacts suivants: 1) la détermination rurale qui suggère que les milieux ruraux engendrent, de manière indépendante, des différences psychologiques sociales et culturelles entre les populations rurales et urbaines; 2) la composition rurale propose que la variation démographique peut expliquer les différences rurales versus urbaines; et finalement 3) la sélection rurale suggère que le choix de l'endroit pour vivre serait en corrélation avec les résultats en matière de santé (17).

Nos résultats s'accordent avec la littérature sur le fait que la ruralité implique des barrières pour une bonne santé buccodentaire, telles que l'absence des assurances dentaires et du transport public ainsi que la nécessité de traverser de longues distances pour accéder aux soins (17). Malgré ces disparités, les deux populations à l'étude se rencontrent sur plusieurs points positifs, Les parents résidant en milieu urbain et rural jugent avoir un bon état de santé général et buccodentaire. Les différences ne sont pas significatives quant à l'utilisation des services de soins buccodentaires, concernant la fréquence des visites chez le dentiste, notamment au cours des 12 derniers mois. Ces résultats sont contradictoires par rapport à ce que la littérature affirme, Selon l'enquête sur la santé des communautés canadiennes (2001), un plus grand nombre de

résidents en milieu urbain, comparés aux résidents en milieu rural, utilisent une couverture médicale pour soins dentaires et font usage des services dentaires d'urgence (45). Les personnes vivant en milieu rural sont également connus pour moins consulter les dentistes que leurs semblables urbains (17, 41, 45).

Notre étude a montré que les parents des élèves vivant en régions rurales dépensent plus pour obtenir des services buccodentaires étant donné qu'ils n'ont pas nécessairement d'assurance dentaire et qu'ils utilisent plus leur voiture comme moyen de transport, comparés aux parents vivant en régions urbaines. Ceci pourrait expliquer la non-différence en ce qui a trait à l'utilisation des services de soins buccodentaires. Selon la littérature, la patience et la résilience des populations qui vivent en milieu rural augmentent leur capacité à contourner les obstacles et à s'adapter à leur environnement, pour maintenir des niveaux de vie relativement standard (75).

Certains facteurs prédisposants jouent en défaveur de la santé buccodentaire chez les personnes vivant en milieu rural, comme le faible revenu annuel du ménage et un niveau de scolarité relativement plus bas comparé à celui des parents vivant en milieu urbain. Le mauvais accès à des aliments de bonne qualité, l'insécurité alimentaire et les mauvaises habitudes de nutrition découlant d'un faible revenu du ménage sont des facteurs de risque pour la santé générale ainsi que la santé buccodentaire. La consommation du tabac est un comportement à risque pour la santé buccodentaire qui est significativement plus répandu chez les résidents en milieu rural. La littérature affirme que vivre en milieu rural semblerait aggraver les comportements reliés à une mauvaise santé comme la consommation du tabac et de l'alcool qui peuvent affecter négativement la santé buccodentaire et la qualité de vie reliée à la santé buccodentaire (17,75-81).

Le manque de connaissances en matière de prévention de la carie dentaire a été également observé pour les deux populations à l'étude. Ce manque de connaissances nous indique le besoin d'augmenter des stratégies de transfert de connaissances en utilisant des méthodes innovatrices en matière de cyber-santé.

Quelques limites seront prises en considération lors de l'interprétation des résultats. La collecte de données de notre étude a été effectuée en collaboration et à partir de l'infrastructure de l'ÉCSBQ. Malgré les points forts qui en découlent, certains points restent à discuter. Cette opportunité nous a cependant contraint à respecter la démarche que l'enquête a suivie notamment pour le choix de l'échantillon. L'échantillonnage a été limité aux parents des étudiants en 2^{ème} et 6^{ème} années du primaire. La plupart des parents/tuteurs participants à l'étude sont des femmes, ce qui a empêché de bien documenter l'impact de la différence du sexe sur les différences urbaines-rurales en ce qui a trait à la perception de la santé buccodentaire, l'utilisation de soins et la satisfaction envers les soins. De plus, des populations du nord du Québec ont été exclues pour des raisons logistiques. Il est important de noter que, parmi les 10 régions qui ont participé à l'ÉCSBQ, la région de Montréal et de la capitale nationale ont décliné l'invitation à participer à

cette étude. Nous étions aussi restreints dans l'utilisation des différentes stratégies pour augmenter le taux de participation afin de ne pas nuire au taux de participation de l'ÉCSBQ.

Il serait également important de rappeler que la compréhension du questionnaire de l'étude a été testée auprès de patients de la clinique de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal. Cette clientèle pourrait posséder une littératie dentaire différente de celle des parents qui ont été sollicités à participer à l'étude. Également, certains biais auraient pu avoir lieu dans l'étude, à savoir le biais de répondant.

En conclusion, cette étude a généré des données empiriques sur la santé buccodentaire en milieu rural. En se basant sur les résultats générés, cette étude soutient la planification et le développement des stratégies en vue d'atteindre l'équité pour les populations défavorisées au Québec, surtout ceux qui vivent dans les régions rurales et éloignées.

Pour répondre aux besoins cités ci-dessus, nous proposons certaines perspectives d'action et de recherche dont :

- Encourager la mise en place des stratégies et des programmes intersectoriels et interdisciplinaires qui favorisent la santé dentaire publique et l'accès aux services buccodentaires, tels que les stages en milieu défavorisés et éloignés et les programmes des résidences professionnelles en région.
- Mobiliser et soutenir l'intégration de la médecine dentaire aux services et soins de première ligne.
- Promouvoir la recherche participative et engager la population dans la recherche qui améliore leur qualité de vie reliée à la santé buccodentaire.
- Fournir l'information nécessaire aux cliniciens, pour qu'ils puissent offrir des soins et services plutôt centrés sur les besoins des patients.
- Assurer le processus de transfert des connaissances aux niveaux micro (public), meso (profession) et macro (politique).

BIBLIOGRAPHIE

1. Bollman R.D., Reimer W. Demographics, employment, income, and networks: differential characteristics of rural populations. *J Agromedicine*. 2009;14(2):132-41.
2. Ministerial Advisory Council on Rural Health. *Rural Health in Rural Hands: Strategic Directions for Rural, Remote, Northern and Aboriginal Communities*. Ottawa: Health Canada; 2002.
3. Romans S., Cohen M., Forte T. Rates of depression and anxiety in urban and rural Canada. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011; cf (7):567-75.
4. Young A.F., Russell A., Powers J.R. The sense of belonging to a neighbourhood: can it be measured and is it related to health and well being in older women? *Soc Sci Med*. 2004;59(12):2627-37.
5. Harvey D.J. Understanding Australian rural women's ways of achieving health and wellbeing - a metasynthesis of the literature. *Rural Remote Health*. 2007;7(4):823.
6. Turcotte M. Social engagement and civic participation: Are rural and small town populations really at an advantage? *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin*, Statistic Canada. 2005;6(4).
7. Nagarajan K.V. Rural and remote community health care in Canada: beyond the Kirby Panel Report, the Romanow Report and the federal budget of 2003. *Can J Rural Med*. 2004;9(4):245-51.
8. Lipton M. *Why Poor People Stay Poor: Urban Bias in World Development*. Cambridge, MA Harvard University Press. 1977.
9. Butler G.C. Delivery of health care in Northern Canada. *Can J Ophthalmol*. 1973;8(2):188-95.
10. Leipert B.D., Matsui D., Rieder M.J. Women and pharmacologic therapy in rural and remote Canada. *Canadian journal of rural medicine*. 2006;11(4):296-300.
11. Forbes D.A., Janzen B.L. Comparison of rural and urban users and non-users of home care in Canada. *Canadian journal of rural medicine*. 2004;9(4):227-35.
12. Mathews M., Edwards A.C. Having a regular doctor: rural, semi-urban and urban differences in Newfoundland. *Canadian journal of rural medicine*. 2004;9(3):166-72.
13. Emami E., Feine J.S. Focusing on oral health for the Canadian rural population. *Canadian journal of rural medicine*. 2008;13(1):36-8.
14. Kirby MJ, LeBreton M. *The health of Canadians — the federal role. Volume two: current trends and future challenges*. Ottawa: Parliament of Canada 2002.
15. Kirby MJ, LeBreton M. *The health of Canadians — the federal role. Volume six: recommendations for reform*. Ottawa: Parliament of Canada 2002.
16. Romanow R.J. *Building on Values: The Future of Health Care in Canada. Final report. The Romanow Commission Report*. Health Canada, Ottawa (ON). 2002.
17. Glasgow N., Morton L.W., Johnson N. *Critical issues in rural health*. Iowa: Blackwell Publishing; 2004.

18. Perkins D., Lyle D. Rural and remote public health in Australia: an introduction to the special issue. *Aust J Rural Health*. 2008;16(2):51.
19. Pullen C., Walker S.N., Fiandt K. Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Fam Community Health*. 2001;24(2):49-72.
20. Pullen C., Fiandt K., Walker S.N. Determinants of preventive services utilization in rural older women. *J Gerontol Nurs*. 2001;27(1):40-51.
21. Jackson J.E., Doescher M.P., Hart L.G. Problem drinking: rural and urban trends in America, 1995/1997 to 2003. *Prev Med*. 2006;43(2):122-4.
22. Waldman H.B., Perlman S.P. Rural health issues. *ASDC J Dent Child*. 2002;69(1): 96-9, 14.
23. Eberhardt M.S., Ingram D.D., Makuc D.M., Pamuk E.R., Fried V.M., Harper S.B., Schoenborn C.A., Xia H. *Health United States, Urban and Rural Health Chartbook*. Hyattsville, Md: National Center for Health Statistics; 2001.
24. Adams C., Slack-Smith L., Larson A., O'Grady M. Dental visits in older Western Australians: a comparison of urban, rural and remote residents. *Aust J Rural Health*. 2004;12(4):143-9.
25. Varenne B., Petersen P.E., Ouattara S. Oral health behaviour of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. *Int Dent J*. 2006;56(2):61-70.
26. Kassim B.A., Noor M.A., Chindia M.L. Oral health status among Kenyans in a rural arid setting: dental caries experience and knowledge on its causes. *East Afr Med J*. 2006;83(2):100-5.
27. Heaton L.J., Smith T.A., Raybould T.P. Factors influencing use of dental services in rural and urban communities: considerations for practitioners in underserved areas. *J Dent Educ*. 2004;68(10):1081-9.
28. Vargas C.M., Yellowitz J.A., Hayes K.L. Oral health status of older rural adults in the United States. *Journal of the American Dental Association*. 2003;134(4):479-86.
29. Vargas C.M., Ronzio C.R., Hayes K.L. Oral health status of children and adolescents by rural residence, United States. *J Rural Health*. 2003;19(3):260-8.
30. Vargas C.M., Dye B.A., Hayes K. Oral health care utilization by US rural residents, National Health Interview Survey 1999. *J Public Health Dent*. 2003;63(3):150-7.
31. Vargas C.M., Dye B.A., Hayes K.L. Oral health status of rural adults in the United States. *Journal of the American Dental Association*. 2002;133(12):1672-81.
32. Benigeri M., Brodeur J.M., Olivier M., Bedos C. Knowledge and perceptions of adolescents regarding oral health. *Can J Public Health*. 2002;93(1):54-8.
33. National Rural Health Association. *Meeting Oral Health Care Needs in Rural America*. 2005.
34. Cane R., Walker J. Rural public dental practice in Australia: perspectives of Tasmanian government-employed dentists. *Aust J Rural Health*. 2007;15(4):257-63.
35. Griffith J. Establishing a dental practice in a rural, low-income county health department. *J Public Health Manag Pract*. 2003;9(6):538-41.
36. Mouradian W.E., Huebner C., DePaola D. Addressing health disparities through dental medical collaborations, Part III: Leadership for the public good. *J Dent Educ*. 2004;68(5):505-12.
37. Thind A., Hewlett E.R., Andersen R.M., Bean C.Y. The Pipeline program at The Ohio State University College of Dentistry: Oral Health Improvement through Outreach (OHIO) Project. *J Dent Educ*. 2009;73(2 Suppl):S96-106; discussion S-7.

38. Andersen R.M., Davidson P.L., Atchison K.A., Crall J.J., Friedman J.A., Hewlett E.R., Thind A. Summary and implications of the Dental Pipeline program evaluation. *J Dent Educ.* 2009;73(2 Suppl):S319-30.
39. Williams S.D., Parker E.D., Jamieson L.M. Oral health-related quality of life among rural dwelling indigenous Australians. *Aust Dent J.* 2010;55(2):170-6.
40. Canadian Dental Association. *Dental Statistics.* Ottawa: CDA; 2010 [18 Feb 2011]
41. Pampalon R., Martinez J., Hamel D. Does living in rural areas make a difference for health in Quebec? *Health Place.* 2006;12(4):421-35.
42. Walter M.H., Woronuk J.I., Tan H.K., Lenz U., Koch R., Boening K.W., Pinchbeck Y.J. Oral health related quality of life and its association with sociodemographic and clinical findings in 3 northern outreach clinics. *Journal.* 2007;73(2):153.
43. Woronuk J.I., Pinchbeck Y.J., Walter M.H. University of Alberta dental students' outreach clinical experience: an evaluation of the program. *Journal.* 2004;70(4):233-6.
44. Emami E, Khiyani MF, Habra CP, Chassé V, Rompré PH. Mapping the Quebec dental workforce: ranking rural oral health disparities. *Rural Remote Health.* 2016 Jan-Mar;16(1):3630.
45. Emami E, Wootton J, Galarneau C, Bedos C. Oral health and access to dental care: a qualitative exploration in rural Quebec. *Can J Rural Med.* 2014;19(2):63-70.
46. Brodeur J.M., Payette M., Bedos C. Socioeconomic variables and the prevalence of dental caries in second and sixth grade Quebec children in 1989-90. *Can J Public Health.* 1998; 89(4):274-9.
47. Adams C., Slack-Smith L.M., Larson A., O'Grady M.J. Edentulism and associated factors in people 60 years and over from urban, rural and remote Western Australia. *Aust Dent J.* 2003;48(1):10-4.
48. Varenne B., Petersen P.E., Ouattara S. Oral health status of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. *Int Dent J.* 2004;54(2):83-9.
49. Brennan D.S., Spencer A.J., Slade G.D. Provision of public dental services in urban, rural and remote locations. *Community Dent Health.* 1996;13(3):157-62.
50. Silva M., Phung K., Huynh W., Wong H., Lu J., Aijaz A., Hopcraft M. Factors influencing recent dental graduates' location and sector of employment in Victoria. *Aust Dent J.* 2006; 51(1):46-51.
51. Skaret E., Weinstein P., Milgrom P., Kaakko T., Getz T. Factors related to severe untreated tooth decay in rural adolescents: a case-control study for public health planning. *Int J Paediatr Dent.* 2004;14(1):17-26.
52. Jamieson L.M., Paradies Y.C., Gunthorpe W., Cairney S.J., Sayers S.M. Oral health and social and emotional well-being in a birth cohort of Aboriginal Australian young adults. *BMC Public Health.* 2011;11(1):656.
53. Wetterhall S., Burrus B., Shugars D., Bader J. Cultural context in the effort to improve oral health among Alaska Native people: the dental health aide therapist model. *Am J Public Health.* 2011;101(10):1836-40.
54. Dent ma region. Disponible au: <http://www.ruraldentistry.com/en/>.
55. E. SNE. *Pratique dentaire en milieu rural: perspectives des étudiants en médecine dentaire du Québec.* Montreal University; 2015.

56. Galarneau C, Arpin S, Boiteau V, Dubé MA, Hamel D. Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 (ÉCSBQ). Montréal: Institut national de santé publique du Québec; 2015.
57. McNiven C., Puderer H., Darryl J. Census metropolitan area and census agglomeration influenced zones(MIZ): a description of the methodology. 92F0138MIE2000002. Ottawa: Statistics Canada; 2000.
58. Wilkins R. PCCF+ Version 4F User's Guide. Ottawa: Health Analysis and Measurement Group; 2005.
59. Andersen R.M., Davidson P.L. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res.* 1997;11(2):203-9.
60. Ahn S., Burdine J.N., Smith M.L., Ory M.G., Phillips C.D. Residential rurality and oral health disparities: influences of contextual and individual factors. *J Prim Prev.* 2011;32(1):29-41.
61. Andersen R. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36(1):1-10.
62. Baker S.R. Applying Andersen's behavioural model to oral health: what are the contextual factors shaping perceived oral health outcomes? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009;37(6):485-94.
63. Oral Health Status Data Collection. Oral Health and the Canadian Health Measures Survey (CHMS). [database on the Internet]. Health Canada.
64. Brodeur J.M., Payette M., Benigeri M., Olivier M., Chabot D., Williamson S. Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec. Résultats du sondage. Montréal :Direction de la santé publique de Montréal-Centre;1995
65. Brodeur J.M., Payette M., Benigeri M., Olivier M., Chabot D., Williamson S. Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes Québécois de 35 à 44 ans. Québec :Ministère de la santé et des services sociaux ; 1998. Report No :8
66. Brodeur J.M., Olivier M., Benigeri M., Bedos C., Williamson S. Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2001. Report No.: 18.
67. Lois K. Cohen, Howard L. Bailit, David E. Barmes. International Collaborative Study of Oral Health Outcomes. *International Sociology.* 1987; 2 (4): 419-426.
68. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health.* 1994;11(1):3-11.
69. Slade G.D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997;25(4):284-90.
70. Hamilton ME1, Coulby WM. Oral health knowledge and habits of senior elementary school students. *J Public Health Dent.* 1991; 51(4):212-9.
71. Grembowski D1, Spiekerman C, Milgrom P. Racial and ethnic differences in a regular source of dental care and the oral health, behaviors, beliefs and services of low-income mothers. *Community Dent Health.* 2009; 26(2):69-76.

72. Slade G, Nuttall N, Sanders A, Steele J, Allen P, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent J.* 2005;198(8):489-93.
73. Macintyre S., Ellaway A., Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Soc Sci Med.* 2002;55(1):125-39.
74. Wakerman J. Innovative rural and remote primary health care models: what do we know and what are the research priorities? *Aust J Rural Health.* 2009;17(1):21-6.
75. Martinez J., Pampalon R., Hamel D., Raymond G. Vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en matière de santé et de bien-être? Québec: Institut national de la santé publique du Québec; 2004.
76. Luo Z.C., Wilkins R., Kramer M.S. Fetal, Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance S. Effect of neighbourhood income and maternal education on birth outcomes: a population-based study. *CMAJ.* 2006;174(10):1415-20.
77. Vanasse A., Courteau J., Cohen A.A., Orzanco M.G., Drouin C. Rural-urban disparities in the management and health issues of chronic diseases in Quebec (Canada) in the early 2000s. *Rural Remote Health.* 2010;10(4):1548.
78. DesMeules M., Pong R. How healthy are rural Canadians? An assessment of their health status and health determinants. Ottawa: Canadian Institutes for health information; 2006.
79. Reimer B. Space to Place: Bridging the Gap. In: Halseth G, Sean Markey and David Bruce, editor. *The Next Rural Economies: Constructing Rural Place in a Global Economy.* Oxfordshire, UK: CABI International; 2010. p. 263-74.
80. Li F.X., Robson P.J., Ashbury F.D., Hatcher J., Bryant H.E. Smoking frequency, prevalence and trends, and their socio-demographic associations in Alberta, Canada. *Can J Public Health.* 2009;100(6):453-8.
81. Huot I., Paradis G., Receveur O., Ledoux M., Quebec Heart Health Demonstration Project Research G. Correlates of diet quality in the Quebec population. *Public Health Nutr.* 2004;7(8):1009-16.

ANNEXES

Annexe 1 : Cadre conceptuel basé sur le Modèle comportemental d'Anderson sur l'utilisation de soins de santé

