

Institut
de la statistique

Québec



ÉTUDE LONGITUDINALE DU DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS DU QUÉBEC (ÉLDEQ 1998-2002)

DE LA NAISSANCE À 29 MOIS

COLLECTION la santé et le bien-être

Comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire des enfants

Volume 2, numéro 6

9



4

0



8

6

5



2

Pour tout renseignement concernant l'ISQ
et les données statistiques qui y sont disponibles,
s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec)
G1R 5T4

Téléphone : (418) 691-2401

ou

Téléphone : 1 800 463-4090
(aucuns frais d'appel)

Site WEB : <http://www.stat.gouv.qc.ca>

Cette publication a été réalisée et produite
par l'Institut de la statistique du Québec.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Deuxième trimestre 2002
ISBN 2-551-21544-7
ISBN 2-551-21549-8

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction est interdite
sans l'autorisation expresse
de l'Institut de la statistique du Québec.

Mai 2002

Avant-propos

La publication de ce second volume de la collection ÉLDEQ 1998-2002 est le fruit d'une collaboration exceptionnelle établie depuis 1996 entre le milieu québécois de la recherche universitaire, le réseau de la santé publique et l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) par l'entremise de la Direction Santé Québec.

Deux ans après la sortie du premier volume de la présente collection, un groupe interdisciplinaire et plurisectoriel constitué de plus de 80 chercheurs et professionnels de recherche propose cette seconde série de publications présentant les résultats des toutes premières analyses longitudinales. Très attendus, ces résultats permettent de décrire l'environnement et le développement des enfants à partir des trois premières mesures, soit celles réalisées lorsqu'ils étaient âgés respectivement de 5 mois, de 17 mois et de 29 mois. Afin de bien saisir l'importance de ces mesures chez le jeune enfant, il faut rappeler l'objectif prioritaire de l'ÉLDEQ 1998-2002 tel qu'il est énoncé dans le volume initial de cette collection : l'ÉLDEQ permettra de mieux connaître les PRÉCURSEURS de l'adaptation sociale des individus, en évaluant en tout premier lieu l'adaptation scolaire des enfants, d'identifier les CHEMINEMENTS de cette adaptation et d'évaluer ses CONSÉQUENCES la vie durant.

Ainsi, en analysant les données des trois premiers volets de l'enquête, l'ISQ est honoré d'être associé à l'élaboration d'un puissant instrument de recherche et d'enquête mais surtout à la réalisation d'une étude qui servira tant à la prévention qu'au développement d'interventions précoces efficaces. À titre de directeur général, je ne peux que m'enorgueillir d'un modèle de partenariat dont les résultats sont aussi fructueux que porteurs d'avenir.

Le directeur général,

Yvon Fortin

Les auteurs du numéro 6 du volume 2 de l'ÉLDEQ 1998-2002 sont :

Ginette Veilleux, Martin Généreux et Jacques Durocher
Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) de Montréal-Centre

Avec l'assistance professionnelle et technique de :

Martin Boivin, au traitement des données et à la vérification des analyses, Direction Santé Québec, Institut de la statistique du Québec (ISQ)
Carl Thibault et Marie-Ève Tremblay, à la vérification des analyses, Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales, ISQ
Marie Olivier, Michel Fournier et Emanuelle Huberdeau, à l'analyse des données, Direction de la santé publique, RRSSS de Montréal-Centre
Mike Benigeri, Michel Lévy, Daniel Picard, Sylvie Gauthier et Nicole Leduc, à des collaborations diverses, Direction de la santé publique, RRSSS de Montréal-Centre
France Lozeau et Lucie Desroches à la mise en page, Direction Santé Québec, ISQ
Linda Lamontagne à la révision linguistique

Les lecteurs et lectrices externes :

Daniel Kandelman, Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal
Stéphane Schwartz, Hôpital de Montréal pour enfants

Le volume 2 de l'ÉLDEQ 1998-2002 est réalisé par :

la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec

L'ÉLDEQ 1998-2002 est subventionnée par :

le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)
les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC ancien PNRDS)
le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSHC)
le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (ancien CQRS)
le Fonds québécois de la recherche sur la nature et les technologies (ancien FCAR)
le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)
la Fondation Molson
le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie (MRST) par le biais du programme Valorisation recherche Québec (VRQ)
Développement des ressources humaines Canada (DRHC)
l'Institut canadien de recherche avancée (ICRA)
Santé Canada
le *National Science Foundation* (NSF des É. U.)
l'Université de Montréal
l'Université Laval
l'Université McGill

L'ÉLDEQ 1998-2002 est sous la direction de :

Mireille Jetté, coordonnatrice, Direction Santé Québec, ISQ
Hélène Desrosiers, Direction Santé Québec, ISQ
Richard E. Tremblay, directeur scientifique, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur le développement de l'enfant, Université de Montréal
Ghyslaine Neill, Direction Santé Québec, ISQ
Josette Thibault, Direction Santé Québec, ISQ
Lucie Gingras, Direction Santé Québec, ISQ

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College
Montréal (Québec) H3B 4J8
Téléphone : (514) 873-4749 ou
Téléphone : 1 877 677-2087 (aucuns frais d'appel)
Télécopieur : (514) 864-9919
Site WEB : <http://www.stat.gouv.qc.ca>

Citations suggérées :

VEILLEUX, G., M. GÉNÉREUX et J. DUROCHER (2002). « Comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire des enfants » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 6.

Ce numéro est aussi disponible en version anglaise. (This analytical paper is also available in English under the title: "Parental Behaviours Related to Children's Dental Health" in *Québec Longitudinal Study of Child Development (QLSCD 1998-2002) – From Birth to 29 Months*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Vol. 2, No. 6).

**Pour les avertissements, les signes conventionnels et les abréviations –
voir la section *Rappel méthodologique et avertissements*.**

Remerciements

Après plus de six ans d'existence du projet ÉLDEQ 1998-2002, l'entreprise de remercier nommément et exhaustivement tous les collaborateurs et collaboratrices pourtant inestimables est devenue périlleuse. Aux partenaires de la première heure, se joignent chaque année de nouveaux collègues prêts à relever les innombrables défis qui jalonnent la première étude de cohorte québécoise, que ces défis soient de nature logistique ou méthodologique, qu'ils concernent le contenu de l'enquête ou qu'ils relèvent d'univers de connaissances en perpétuel développement.

En effet, le réseau de chercheurs universitaires associés à l'ÉLDEQ étend maintenant ses ramifications à davantage d'universités québécoises et même à quelques universités hors Québec, canadiennes et étrangères. C'est ainsi qu'il est permis aux riches données de l'ÉLDEQ d'essaimer soit par l'intermédiaire des jeunes chercheurs qui poursuivent leurs études post-doctorales hors des frontières du Québec, soit par l'entremise des chercheurs aguerris qui multiplient les collaborations internationales à l'heure de la mondialisation du savoir. Cette multiplication des partenariats est très étroitement liée au leadership exceptionnel exercé au fil des ans par le directeur scientifique de l'ÉLDEQ. En plus de servir à l'édification de nouvelles connaissances, ce conglomérat virtuel d'équipes de recherche permet l'injection d'une proportion importante de subventions de recherche destinées à l'analyse de ces précieuses données. Ainsi, cette mise en commun d'importantes subventions, obtenues grâce à l'excellence des chercheurs impliqués, permet d'optimiser l'investissement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), l'unique bailleur de fonds des dix collectes (enquêtes et prétests) prévues dans l'ÉLDEQ 1998-2002.

À ce groupe de chercheurs en évolution s'ajoutent également de nouveaux partenaires provenant du réseau de la santé publique. Les professionnels et professionnelles de réseaux connexes sont également plus nombreux à collaborer activement à l'ÉLDEQ, qu'ils proviennent du réseau du ministère de la Famille et de l'Enfance, du réseau de l'éducation ou d'ailleurs.

Cet accroissement du nombre d'experts externes conjugué à une augmentation de la complexité de cette première étude longitudinale provinciale durent être accompagnés d'une augmentation du nombre de professionnels de l'ISQ qui consacrent désormais leur temps, en tout ou en partie, à l'ÉLDEQ. C'est ainsi qu'à la Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales (DMES) de nouveaux statisticiens sont maintenant associés à l'étude. Ces professionnels ont notamment pour tâche de traiter toutes les questions reliées au plan de sondage, d'analyser les résultats des collectes annuelles pour ce qui est du taux de réponse et de produire les pondérations indispensables pour inférer les résultats à la population d'enfants visés par cette vaste étude. À cela s'ajoute l'appui offert aux chercheurs de l'ÉLDEQ pour la réalisation des analyses statistiques publiées dans le présent rapport. Quant à la Direction Santé Québec (DSQ), maître d'œuvre de l'ÉLDEQ, il a fallu que deux professionnelles expérimentées en analyses longitudinales rejoignent nos rangs afin de permettre la consolidation de la petite équipe qui assure d'année en année la poursuite de cette étude combien intense en termes d'efforts à consentir. C'est en coordonnant le travail des nombreux partenaires, en développant de nouveaux outils qui permettent l'appréhension du réel d'un enfant qui grandit, en travaillant en étroite collaboration avec la firme de collecte de données et en participant à l'élargissement des connaissances par l'entremise de la publication d'analyses originales que les sept membres de l'équipe ÉLDEQ-Santé Québec s'acquittent de manière remarquable de leurs tâches.

Au fil des années, un autre partenariat qui ne s'est jamais démenti est celui établi avec les responsables de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ, Canada). Le fait que ces pionniers acceptent l'utilisation secondaire qui est faite par l'ÉLDEQ des instruments administrés par CAPI (*Computer Assisted Personal Interview*) permet à l'enquête longitudinale québécoise de demeurer, au fil des ans, à la fois comparable et complémentaire à cette grande enquête canadienne, et ce, à des coûts contrôlés.

Les hôpitaux québécois, qui font toujours face aux nombreux défis rendus nécessaires par l'atteinte d'une efficience encore plus grande, sont également des partenaires importants de l'ÉLDEQ, de même que les maisons des naissances. Contre vents et marées, ils continuent chaque année de faire parvenir certaines données qui contiennent les dossiers médicaux des mères et des enfants, données qui nous parviennent à la stricte condition que les mères en aient préalablement autorisé l'obtention par écrit.

Le Bureau d'interviewers professionnels (BIP) demeure un partenaire crucial dans la mise en place et le déroulement de cette première enquête auprès d'une cohorte de bébés québécois. Responsable de l'organisation et du bon déroulement des collectes de données tant des enquêtes que des prétests annuels, le BIP, maison de sondages dirigée de main de maître par sa présidente, est aussi responsable de la qualité des données recueillies et de la fiabilité des banques de données produites semestriellement. Quant à l'équipe d'intervieweuses¹ et de recruteuses, savamment dirigée par une coordonnatrice de terrain chevronnée, elle est passée experte dans l'art de fidéliser les quelques 2 000 familles rencontrées annuellement.

Finalement, nous devons souligner la participation exceptionnelle des familles québécoises. Qu'elles soient assurées que nous avons la conviction profonde que la réussite de l'ÉLDEQ viendra d'abord et avant tout de ce temps précieux qu'elles nous accordent annuellement pour partager des parcelles de vie de leurs *bouts de chou* qui étaient âgés de 2 ½ ans en 2000.

Doutant de remercier comme il se doit toutes ces personnes qui assurent la concrétisation jour après jour de cette grande première québécoise, nous empruntons à Serge Bouchard les propos qui suivent :

« *Le progrès est parfaitement collectif dans le temps et dans l'espace. Nous devons tant aux autres [...]. Nous voulons une société de bonnes personnes [...], car il y a un lien entre l'excellence de soi et l'excellence de tous*² ».

Un grand merci!



Mireille Jetté
Coordonnatrice
Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec

1. Tous les interviewers de cette enquête étant de sexe féminin, nous utiliserons, dans la suite du texte, le terme intervieweuse pour les désigner.

2. BOUCHARD, Serge (2001). « Je ne suis pas seul sur terre », *Le Devoir Édition Internet*, 23 juillet.

Introduction à l'ÉLDEQ 1998-2002

Au moment de publier ce deuxième rapport, les enfants de l'ÉLDEQ auront débuté leur cinquième course autour du soleil. Malgré les mécanismes extraordinaires mis en place pour suivre de près leur développement, il est clair qu'à la petite enfance la croissance est plus rapide que la science.

Notre premier rapport décrivait les observations faites lors de la collecte de données 5 mois après la naissance. La nature transversale de ces observations nous limitait alors à une description des caractéristiques des enfants et de leur famille. Il s'agissait en fait de tracer un portrait de la situation des nourrissons du Québec nés en 1997-1998. Débordants d'enthousiasme et mus par un urgent désir de comprendre, les chercheurs qui, à cette époque, ont esquissé des analyses explicatives des caractéristiques observées savaient très bien qu'il ne s'agissait là que des premières d'une longue série d'analyses devant conduire à une meilleure compréhension du développement de l'enfant.

Ce second rapport, quant à lui, s'appuie sur les données collectées lorsque les enfants étaient respectivement âgés de 5, 17 et 29 mois. Enfin! Nous pouvons maintenant décrire les changements qui surviennent dans la vie des enfants et de leur famille entre la naissance et le milieu de la troisième année de vie. C'est la première fois qu'un échantillon aussi important d'enfants représentant les nouveau-nés du Québec est suivi de façon aussi intensive au cours de la petite enfance. En fait, à notre connaissance, c'est la première fois dans l'histoire des études du développement des enfants que l'on tente de comprendre les facteurs qui conduisent au succès ou à l'échec scolaire, au moyen de collectes de données aussi fréquentes auprès d'un échantillon d'une telle ampleur de si jeunes enfants.

Les chercheurs ont maintenant à leur disposition plus de données qu'ils n'en ont jamais eu sur cette phase de la vie. Mais cette abondance a ses effets pervers. Si avec des études transversales on tire des conclusions sur les causes des problèmes que l'on observe, pourquoi ne pas s'en donner à cœur joie avec des données longitudinales? Lorsque l'on a des données dont personne d'autre ne dispose on peut

facilement oublier les limites de celles-ci. Cependant, les chercheurs qui ont participé à la rédaction de ce rapport, tout en tentant d'exploiter au maximum l'avantage qu'offrent des données longitudinales prospectives collectées à trois moments différents au cours de la petite enfance (à intervalle de 12 mois), ont également accepté de respecter les limites de ces données.

Cette étude longitudinale prospective permet de décrire le changement dans le temps pour chacun des individus sur chacune des variables mesurées. Ainsi, les chercheurs ont tracé les changements au cours des trois premières années de vie des enfants. Des profils d'enfants, de parents et de familles de même que des trajectoires de développement ont donc été esquissés à partir des données recueillies lors de ces trois passages. Ces résultats originaux devraient permettre de discerner le début des cheminements empruntés par les enfants et leur famille. Il faut cependant signaler qu'on ne décrit que les trois premiers temps d'une courbe qui devrait idéalement en compter au moins une quinzaine! Puisque dans la majorité des cas il est peu probable que les comportements soient consolidés à 2 ½ ans, nous avons demandé aux auteurs de se limiter essentiellement à la description de l'évolution des phénomènes. En effet, il est encore trop tôt dans la vie de l'enfant pour se lancer dans des analyses causales pour identifier des déterminants, d'autant plus qu'il ne s'agit que d'associations. Enfin, lorsque nous abordons un problème, nos questions sont généralement beaucoup trop simples. Les études longitudinales telles que l'ÉLDEQ permettent de constater qu'il y a de multiples façons de voir un problème et qu'il est dangereux de tirer des conclusions définitives après les premières analyses, aussi savantes puissent-elles paraître.

L'objectif principal de l'ÉLDEQ, on le rappelle, est de comprendre les trajectoires, pendant la petite enfance, qui conduisent au succès ou à l'échec lors du passage dans le système scolaire. Pour confirmer l'atteinte de cet objectif, nous devons évidemment attendre de disposer de l'information sur l'entrée à l'école. Les enfants de l'ÉLDEQ termineront leur première année scolaire au printemps 2005. Au

moment de la publication du présent rapport, ils ont l'âge d'entrer à la prématernelle, ce que plusieurs feront en septembre 2002. Des collectes de données sont également prévues à la fin de l'année de prématernelle (printemps 2003) et à la fin de l'année de maternelle (printemps 2004). Si, comme souhaité, ces importantes collectes sont financées, l'information ainsi générée permettra de vérifier le niveau de préparation à l'école au seuil de l'entrée dans le premier cycle de l'élémentaire. Dans la suite de cette étude longitudinale, il est également prévu de décrire les trajectoires de développement de ces enfants pendant leurs années scolaires. Si, à l'instar de nombreux chercheurs du Québec, l'État québécois confirme son implication financière dans la poursuite de l'ÉLDEQ au primaire et au secondaire, nous pourrions améliorer notre compréhension des chemins qui mènent à la réussite scolaire, et donc être dans la meilleure position possible pour améliorer le soutien aux enfants, toujours trop nombreux, pour qui l'école n'est qu'une longue série d'échecs.

Les nouvelles connaissances sur le développement du cerveau humain nous ont fait comprendre qu'il est important d'investir tôt dans le développement des enfants, comme il est important d'investir tôt dans nos fonds de pension. Les études longitudinales du développement des enfants doivent évidemment respecter le même principe. Il faut les commencer le plus tôt possible et c'est ce que le ministère de la Santé et des Services sociaux faisait dès 1997, en investissant près de 5 millions de dollars dans le suivi d'enfants québécois de 5 à 54 mois. Et, évidemment, à l'instar d'un fonds de pension, pour que ces investissements portent fruits et fournissent les meilleurs rendements possible, ils doivent être maintenus, voire augmentés.



Richard E. Tremblay, Ph. D., MSRC
Titulaire de la chaire de recherche du Canada
sur le développement de l'enfant
Université de Montréal

Table des matières

1. Introduction	19
2. État des connaissances	21
2.1 Facteurs comportementaux à risque pour la carie dentaire.....	21
2.2 Facteurs comportementaux de protection contre la carie dentaire.....	22
2.3 Caractéristiques personnelles et familiales des enfants atteints par la carie dentaire	23
2.4 Recommandations professionnelles	24
3. Contribution de l'ÉLDEQ 1998-2002 aux connaissances en santé buccodentaire	27
4. Les comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire des enfants à l'âge de 5 mois, 17 mois et 29 mois	29
4.1 Les modalités d'utilisation du biberon.....	29
4.2 Les collations sucrées	30
4.3 L'utilisation d'une suce.....	30
4.4 Le brossage des dents.....	30
4.5 La prise de suppléments de fluorure (seul ou en association avec des vitamines ou des minéraux)	31
5. L'utilisation du biberon en lien avec le risque carieux	33
5.1 Définition d'une typologie.....	33
5.2 Modalités d'utilisation du biberon selon certaines caractéristiques de l'enfant, de la mère et du ménage.....	34
5.3 Modalités d'utilisation du biberon selon certains comportements alimentaires ou de sommeil et selon certaines caractéristiques de la relation entre le parent et l'enfant.....	35
6. L'âge au début du brossage des dents chez les enfants québécois	37
7. Conclusion.....	39
Annexe	43
Bibliographie.....	47

Liste des tableaux et des figures

Tableaux

4.1 Répartition des enfants âgés d'environ 5 mois, 17 mois et 29 mois selon certains comportements parentaux à l'égard de leur santé buccodentaire, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	29
5.1 Répartition des enfants âgés d'environ 5 mois, 17 mois et 29 mois selon qu'ils utilisent ou non un biberon contenant un produit sucré durant les périodes d'endormissement ou pendant le sommeil, Québec, 1998, 1999 et 2000	33
5.2 Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon qu'ils utilisent ou non un biberon contenant un produit sucré durant les périodes d'endormissement ou pendant le sommeil, et selon certaines caractéristiques sociodémographiques de l'enfant, de la mère ou du ménage, Québec, 2000.....	34
5.3 Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon qu'ils utilisent ou non un biberon contenant un produit sucré durant les périodes d'endormissement ou pendant le sommeil, et selon certains comportements alimentaires et de sommeil, Québec, 2000	35
6.1 Influence de certaines caractéristiques sur l'âge de l'enfant au début du brossage de dents (modèle de régression semi-paramétrique de Cox), Québec, 1998, 1999 et 2000.....	38
A.1 Type de collations prises entre les repas ou immédiatement avant le coucher par les enfants vers l'âge de 29 mois, Québec, 2000.....	43
A.2 Répartition des enfants âgés d'environ 17 mois et 29 mois selon la quantité de dentifrice utilisée, Québec, 1999 et 2000	43

A.3 Résultats de l'analyse bivariée entre l'âge au début du brossage des dents et certaines caractéristiques de l'enfant, de la mère, du ménage, de la relation parent-enfant et selon certains comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire, Québec, 1998, 1999 et 2000	44
---	----

Figure

6.1 Pourcentage cumulé d'enfants ayant déjà débuté le brossage de leurs dents, Québec, 1998, 1999 et 2000.....	37
--	----

Rappel méthodologique et avertissements

L'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec amorcée en 1998, est menée auprès d'une cohorte de près de 2 000 enfants suivis annuellement de l'âge de 5 mois à l'âge d'environ 4 ans. Ce second volume traite des données longitudinales des trois premiers volets soit lorsque les enfants étaient âgés respectivement d'environ 5 mois, 17 mois et 29 mois.

Les analyses longitudinales impliquant des données recueillies aux volets 1998, 1999 et 2000 permettent d'inférer à la population des enfants nés au Québec en 1997 et en 1998 (naissances simples) et qui, en 2000, habitaient toujours le Québec ou ne l'avaient quitté que temporairement. Ainsi, le choix conceptuel et méthodologique de ne pas échantillonner d'enfants parmi le groupe des enfants arrivés au Québec après leur naissance limite l'inférence à cette population.

La participation des familles aux volets 1999 et 2000 de l'ÉLDEQ a été excellente. En effet, 94 % des familles ayant participé au volet 1998 ont continué à participer à l'enquête au second et au troisième volet, pour un taux de réponse longitudinal aux deux principaux questionnaires (Questionnaire informatisé rempli par l'intervieweuse – QIRI et Questionnaire papier rempli par l'intervieweuse - QPRI) de 71 %¹. Quant à la participation aux instruments QAAM et QAAP, elle est demeurée stable du volet 1998 au volet 2000, soit de l'ordre de 96 % pour le QAAM et de 90 % pour le QAAP, et ce, parmi les répondants annuels au QIRI. Toutefois, comme les familles répondantes ne sont pas nécessairement les mêmes d'un volet à l'autre, la proportion pondérée de familles ayant participé à l'ensemble des volets est plus faible, soit de 92 % pour le QAAM et de 83 % pour le QAAP, cette fois parmi les répondants au QIRI des trois premiers volets ($n = 1\,985$). Quant aux taux de réponse longitudinaux à ces instruments, que l'on obtient en multipliant la proportion pondérée de répondants longitudinaux au QAAM ou au QAAP et le taux de réponse longitudinal au QIRI, ils se situaient à 65 % et 59 % respectivement.

1. Le nombre non pondéré de familles répondantes à l'ÉLDEQ est ainsi passé de 2 120 en 1998, à 2 045 en 1999 et à 1 997 en 2000. Quant au nombre de familles qui ont participé aux trois volets de l'enquête, il est de 1 985 familles (soit 94 % des 2 120 familles du volet initial).

Il a été décidé de minimiser les biais potentiels pouvant être induits par la non-réponse au moyen d'un ajustement de la pondération basé sur les caractéristiques différenciant les répondants des non-répondants, et ce, pour les cinq grands instruments de l'ÉLDEQ : le QIRI/QPRI, le QAAM, le QAAP et le test cognitif des enfants désigné par l'acronyme IPO (test d'imitation de placement d'objet). Puisque seuls les répondants du volet 1998 étaient admissibles au suivi longitudinal, la pondération longitudinale est basée sur la pondération transversale du QIRI élaborée au volet 1998. De plus, pour les analyses longitudinales impliquant soit des données du QAAM, du QAAP ou de l'IPO, un ajustement additionnel de la pondération est nécessaire pour tenir compte de la non-réponse globale longitudinale propre à chacun de ces instruments. Malheureusement, au troisième volet comme au premier, même si les taux de réponse des pères non résidants se sont améliorés, il s'avère impossible de pondérer les données recueillies auprès d'eux, le taux de réponse au QAAPABS étant encore trop faible.

De plus, étant donné le plan de sondage complexe de l'ÉLDEQ, il faut s'assurer d'estimer correctement la variance associée aux estimations. Il est donc souhaitable d'avoir recours à un logiciel permettant de tenir compte de ce type de plan de sondage, autrement la variance a tendance à être sous-estimée et par le fait même, le seuil observé des tests statistiques à être trop petit. Dans ce cas-ci, le logiciel SUDAAN (*Survey Data Analysis*; Shah et autres, 1997) a été utilisé pour les estimations de prévalences, les tests du khi-carré, les analyses de variance à mesures répétées, les analyses de régression linéaire, de régression logistique et de régression de Cox. Le seuil de signification pour ces tests statistiques a été fixé à 0,05. Quant aux autres types d'analyse non supportés par SUDAAN (ex. : test de McNemar), le seuil a été abaissé à 0,01 afin d'éviter de déclarer comme étant significatifs des résultats qui ne le seraient pas si on tenait compte du plan de sondage.

Toutes les données présentées qui sont affectées par un coefficient de variation (CV) de plus de 15 % sont accompagnées de un ou deux astérisques pour bien

indiquer aux lecteurs la variabilité de certaines estimations présentées.

NDLR : Pour plus d'information sur la méthodologie d'enquête consulter les numéros 1 des volumes 1 et 2. Des renseignements détaillés sur la source et la justification des questions des trois premiers volets de

l'ÉLDEQ, de même que sur la composition des échelles et des indices utilisés sont également consignés aux numéros 12 des volumes 1 et 2.

Avertissements

Dans les tableaux, à moins d'avis contraire, « n » représente une somme de poids individuels ramenés à la taille de l'échantillon initial. Cette quantité est utilisée pour l'estimation des prévalences et diffère légèrement de l'échantillon réel (soit le nombre d'enfants pour un sous-groupe donné). Dans le texte, lorsqu'un nombre est présenté pour décrire la taille de l'échantillon d'analyse, il désigne aussi, à moins d'indication contraire, la somme des poids des unités d'analyse ramenés à la taille de l'échantillon initial. Cette situation se présente lorsque l'analyse porte sur un sous-groupe particulier. La fréquence pondérée ne sert dans ce cas qu'à faire le lien avec les tableaux. La taille d'échantillon réelle demeure, avec le coefficient de variation, la quantité à interpréter pour avoir une bonne idée de la précision des estimations.

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans ce numéro sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %.

Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et les figures.

Signes conventionnels

- .. Donnée non disponible
- ... N'ayant pas lieu de figurer
- Néant ou zéro
- p < Réfère au seuil de signification

Abréviations

- CV Coefficient de variation
- Non sig. Test non-significatif

Comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire des enfants

En
2002...
J'aurai 5 ans !

1. Introduction

Au Québec, plusieurs études sur la santé buccodentaire des enfants ont été réalisées. Elles portent davantage sur la carie dentaire des enfants âgés de 5 ans et plus et sont de type transversal (Brodeur et autres, 2001; 1999; Corbeil et autres, 1996; Payette et autres, 1991; Payette et autres, 1987). La plus récente (Brodeur et autres, 2001) traite notamment de la dentition primaire des enfants âgés de 5 ans et 6 ans et révèle qu'en 1998-1999, 42 % des enfants de ce groupe d'âge sont atteints par la carie dentaire. Cette proportion se situe à environ 10 % lorsqu'on considère uniquement les quatre dents incisives supérieures (Brodeur et autres, 2001; données non publiées). Les résultats montrent également que les enfants ne sont pas tous atteints avec la même intensité, puisque 24 % d'entre eux cumulent 90 % de toute la carie dentaire dans ce groupe d'âge. Comparativement aux autres, les enfants très atteints sont plus susceptibles d'appartenir à une famille dont le revenu annuel se situe en deçà de 30 000 \$, d'avoir des parents n'ayant pas dépassé un niveau d'études secondaires, d'avoir un de leurs parents qui soit prestataire de la sécurité du revenu, d'avoir un de leurs parents édenté ou de ne pas résider en zone métropolitaine. Ces mêmes enfants sont aussi plus susceptibles d'avoir récemment visité un dentiste et de brosser leurs dents moins de deux fois par jour.

Il est reconnu que le fait d'avoir déjà été atteint par la carie dentaire en prédit les atteintes ultérieures (Demers et autres, 1992; NIH, 2001; Pitts, 1998; Powell, 1998; Tinanoff et Douglass, 2001). Or, le maintien d'une bonne santé buccodentaire chez les enfants d'âge préscolaire est tributaire de pratiques préventives le plus souvent contrôlées par les actions et les attitudes des parents. De façon générale, l'attention accordée par les parents à la santé de leur enfant se définit comme étant tout comportement qui a comme objectif de promouvoir la santé, de prévenir la maladie et d'identifier un problème de santé dans le but d'assurer, de maintenir ou d'améliorer la santé d'un fœtus ou d'un enfant dont il a la responsabilité (Green et Kreuter, 1991). Cette définition peut certes s'appliquer au comportement plus spécifique des parents à l'égard de la santé buccodentaire de leur enfant. Elle reflète à la fois la prévention par les soins

personnels et par le recours aux services dentaires professionnels.

La proportion élevée d'enfants québécois âgés de 5 ans et 6 ans atteints par la carie dentaire interpelle les intervenants et les chercheurs en santé buccodentaire quant à l'importance d'identifier les caractéristiques associées à la carie dentaire le plus tôt possible, soit à l'âge préscolaire. L'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ÉLDEQ 1998-2002) offre une occasion unique puisqu'elle permet de suivre les comportements parentaux relatifs à la santé buccodentaire à partir du moment où les enfants sont âgés d'environ 5 mois.

Les trois premiers volets de l'ÉLDEQ s'intéressent notamment au cheminement ou au changement des comportements parentaux relatifs à la santé buccodentaire alors que l'enfant est âgé d'environ 5 mois, 17 mois et 29 mois. Certains de ces comportements pourraient favoriser le développement de la carie dentaire. À cet effet, les données permettent de définir de façon détaillée les diverses modalités d'utilisation du biberon, dont l'usage de manière inappropriée, à savoir l'utilisation d'un biberon contenant un produit sucré durant les périodes d'endormissement ou pendant le sommeil. Plus accessoirement, l'utilisation d'une suce trempée dans un produit sucré et la fréquence de certaines collations cariogènes sont examinées. D'autres comportements pourraient constituer une protection au regard de la carie dentaire comme le brossage des dents (âge du début, fréquence quotidienne, aide d'un adulte) ainsi que l'utilisation de dentifrices et de suppléments fluorurés.

Les analyses exposées dans le présent numéro visent d'abord à dresser un portrait de l'évolution des comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire des tout-petits entre l'âge de 5 mois et 29 mois environ. Elles visent ensuite à caractériser les enfants âgés d'environ 29 mois selon le type d'usage du biberon et l'âge auquel leurs dents ont été brossées la première fois. Ces comportements en matière de santé buccodentaire seront mis en relation avec d'autres variables mesurées dans le cadre de

l'ÉLDEQ, telles que celles entourant le sommeil et l'alimentation, les caractéristiques de l'enfant et de sa famille ainsi que les modalités de la relation entre le parent et l'enfant. On pourra utiliser les résultats générés afin d'orienter les actions en santé dentaire publique et d'améliorer l'organisation des services dentaires destinés aux tout-petits et à leurs parents.

2. État des connaissances

Les travaux portant sur la carie dentaire chez les jeunes enfants se sont avérés fort prolifiques au cours des quinze dernières années. Certains auteurs ont porté un regard critique sur divers aspects de ces études, en ont identifié les limites et ont proposé différentes pistes de recherche (Burt et Pai, 2001a et 2001b; Ismail, 1998; Ismail et Sohn, 1999; Milnes, 1996; Reisine et Douglass, 1998; Reisine et Psoter, 2001; Ripa, 1988; Tinanoff et Douglass, 2001; Valaitis et autres, 2000). Les constats mettent en évidence plusieurs difficultés, dont : celles d'obtenir des données sur la carie en dentition primaire, représentatives des enfants en bas âge; celles de joindre les jeunes enfants en vue d'une observation clinique de leur dentition; et celles qui concernent l'absence de critères, acceptés universellement, permettant d'estimer la prévalence de la maladie (Ismail et Sohn, 1999; Milnes, 1996; Reisine et Psoter, 2001; Ripa, 1988). Aussi, la plupart des études sont réalisées auprès de groupes spécifiques d'enfants et sont de type transversal avec des échantillons de petite taille et des groupes d'âge étendus (Ismail et Sohn, 1999; Reisine et Douglass, 1998).

Aux États-Unis, on estime à environ 1 % le nombre d'enfants âgés de 1 an à 2 ans atteints de carie dentaire sur les incisives supérieures (Kaste et autres, 1996). D'autres études auprès de groupes d'enfants âgés de 5 ans ou moins (Barnes et autres, 1992; Broderick et autres, 1989; Johnsen et autres, 1984; Kelley et Bruerd, 1987; Powell, 1976) révèlent que cette atteinte de carie dentaire peut varier de moins de 5 % à plus de 70 % chez certaines populations indigènes. Au Canada, Locker et Matear (2001) rapportent que de 6 % à 8 % des enfants d'âge préscolaire résidant en milieu urbain en sont atteints, alors que cette proportion se situe à 65 % chez des enfants âgés de 4 ans dans les Territoires du Nord-Ouest. Au Québec, environ 10 % des enfants âgés de 5 à 6 ans sont atteints par la carie dentaire lorsqu'on considère uniquement les quatre dents incisives supérieures (Brodeur et autres, 2001; données non publiées). En ce qui concerne l'ensemble de la dentition primaire, les résultats de Kaste et autres (1996) ont montré que 17 % des enfants américains âgés de 2 ans à 4 ans

sont atteints par la carie dentaire. Rappelons que 42 % des enfants québécois âgés de 5 ans et 6 ans présentent la maladie (Brodeur et autres, 2001).

De manière générale, on observe une évolution de la terminologie de la carie de la dentition primaire. La carie du nourrisson, par exemple, découlerait de l'usage inapproprié du biberon ou des pratiques d'allaitement maternel pouvant favoriser le développement de la carie dentaire, principalement au niveau des premières dents exposées, soit les incisives supérieures (Milnes, 1996; Ripa, 1988). Par ailleurs, la carie de la petite enfance refléterait mieux le processus étiologique multifactoriel de la maladie (Ismail, 1998; Ismail et Sohn, 1999; Reisine et Douglass, 1998; Valaitis et autres, 2000). L'atteinte des quatre incisives supérieures constituerait une forme sévère de la carie de la petite enfance (Ismail et Sohn, 1999).

Les études qui ont été faites sur les liens entre la carie dentaire et certains comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire des enfants ou diverses caractéristiques de leur environnement familial ne font pas consensus. Seul le niveau socioéconomique semble associé de façon inverse à l'atteinte de carie dentaire chez les enfants âgés de moins de 12 ans (Reisine et Psoter, 2001).

2.1 Facteurs comportementaux à risque pour la carie dentaire

Des auteurs ont passé en revue plusieurs études montrant que l'utilisation d'un biberon la nuit s'avère aussi fréquente chez les jeunes enfants atteints de carie dentaire que chez ceux qui en sont exempts (Ismail et Sohn, 1999; Reisine et Douglass, 1998). Deux de ces études (Hinds et Gregory, 1995; Kaste et Gift, 1995) semblent plus valides puisqu'on y mesure l'utilisation courante du biberon au lit à partir d'un échantillon aléatoire représentatif d'une population d'enfants. On y rapporte des prévalences d'utilisation du biberon au lit d'environ 20 %, chez des enfants âgés respectivement de 32 mois à 42 mois et de 6 mois à 60 mois. L'utilisation du biberon au lit

semble significativement plus fréquente notamment lorsque le parent n'a pas complété d'études secondaires ou est d'origine hispanique et lorsque le revenu familial est insuffisant. De plus, la propension à utiliser un biberon au lit augmenterait chez les enfants âgés de 24 mois à 35 mois (Kaste et Gift, 1995). Les liquides impliqués peuvent être du lait, du jus ou tout autre produit sucré. C'est le contact fréquent et prolongé avec les dents ainsi que la durée de l'habitude, au-delà de la période de sevrage (en général vers l'âge de 1 an, bien que le sevrage puisse être prolongé ou réduit à cause des normes sociales ou des influences culturelles), qui seraient impliqués dans le développement de la carie dentaire. Or, la notion même d'utilisation du biberon au lit varie d'une étude à l'autre (Reisine et Douglass, 1998). D'ailleurs, Reisine et Psoter (2001) rapportent que l'association entre le risque de carie dentaire et la durée de l'utilisation du biberon, son utilisation au lit et son contenu est loin d'être constante d'une étude à l'autre, quel que soit le type d'analyse réalisé (analyses bivariées ou multivariées). Par contre, ces mêmes auteurs remarquent que les études s'inscrivant dans une perspective longitudinale révèlent que le contenu du biberon est significativement associé au risque de carie mais que la durée de l'habitude ne l'est pas. Les résultats de Litt et autres (1995) révèlent cependant que l'utilisation du biberon la nuit est associée à une plus grande consommation de sucre chez des enfants âgés de 3 ans à 4 ans.

L'allaitement au sein, prolongé ou à la demande la nuit, semble un facteur de risque, quoique, encore une fois, peu d'études épidémiologiques valides existent (Valaitis et autres, 2000). Comme autre facteur de risque, l'habitude de tremper une suce dans un produit sucré (miel, sucre, etc.) pour apaiser l'enfant a été rapportée (Eronat et Eden, 1992; Ripa, 1988).

En ce qui concerne le lien entre la consommation de sucre et la carie dentaire, il apparaît assez clairement que le sucre (ou des aliments qui contiennent des hydrates de carbone comme la farine) joue un rôle fondamental dans le développement de la carie dentaire. Or, il semble que cette association soit plus faible aujourd'hui étant donné l'exposition à diverses sources de fluorures telles que l'eau fluorurée, les pâtes dentifrices fluorurées, les applications

professionnelles de fluorure et sa présence dans les aliments et breuvages (Burt et Pai, 2001a; Tinanoff et Douglass, 2001). Le contrôle de la consommation de sucre demeure toutefois très justifiable dans la prévention de la carie dentaire (Burt et Pai, 2001a).

2.2 Facteurs comportementaux de protection contre la carie dentaire

En amont des facteurs comportementaux, selon l'évidence scientifique, la fluoruration de l'eau est bénéfique pour prévenir la carie de la dentition primaire (Ismail, 1998; NIH, 2001; Tinanoff et Douglass, 2001). Les suppléments de fluorure constituent aussi une méthode de prévention alternative qui peut être utilisée chez les enfants à risque de carie dentaire. L'efficacité réelle (*effectiveness*) de cette mesure, qui dépend de l'assiduité quotidienne des parents, demeure cependant inconnue (Ismail, 1998).

Il en est de même pour d'autres approches préventives personnelles. Selon Ismail (1998), peu d'études ont examiné leur efficacité réelle auprès des tout-petits (0-3 ans). Le dentifrice fluoruré est toutefois reconnu efficace dans la prévention de la carie dentaire (O'Mullane, 1994; Stamm, 1993) et le brossage régulier des dents doit être favorisé comme une méthode de distribution du fluorure (Tinanoff et Douglass, 2001). Un usage contrôlé de deux fois par jour est maintenant considéré une approche privilégiée visant à réduire la carie dentaire. Toutefois, chez les enfants, seulement une quantité de dentifrice équivalente à un petit pois doit être utilisée et le brossage des dents doit être supervisé (Tinanoff et Douglass, 2001). L'efficacité du brossage des dents dépendrait de l'attention et des soins des mères ou de leurs substituts (Karjalainen et autres, 1994). Une fréquence élevée de brossage des dents et l'implication des parents semblent associées à une diminution de la carie dentaire des faces lisses (Paunio et autres, 1993; Persson et autres, 1985; Schroder et Granath, 1983; Wendt et autres, 1994; Winter et autres, 1971). Une absence de brossage peut ne pas s'avérer associée à une plus grande atteinte de carie dentaire au niveau des incisives (Winter et autres, 1971), alors que d'autres études ne montrent pas d'association entre la fréquence de brossage et la carie dentaire (Febres et autres, 1997; Grytten et autres, 1988).

Certains auteurs n'observent pas d'association entre l'âge au début du brossage des dents et l'atteinte de carie dentaire (Serwint et autres, 1993; Silver, 1992; Williams et Hargreaves, 1990), alors que d'autres en rapportent une (Hinds et Gregory, 1995; Winter et autres, 1971). En Angleterre, la proportion d'enfants âgés de 1 ½ an à 4 ½ ans atteints par la carie dentaire varie significativement selon que le brossage des dents a commencé avant l'âge de 1 an (12 %), à l'âge de 1 an et avant 2 ans (19 %) ou à partir de l'âge de 2 ans (34 %) (Hinds et Gregory, 1995). Le brossage des dents débute avant l'âge de 1 an chez 49 % de l'ensemble des enfants et cette proportion varie selon que la principale source de revenu du ménage est un travail non manuel (55 %) ou manuel (44 %). Par contre, chez un sous-groupe de ces enfants, âgés de 18 mois à 30 mois, cet écart s'amenuise (travail non manuel 55 %; travail manuel 51 %). Ces auteurs ont retenu ces catégories de travail comme indicateurs de la classe sociale du ménage. Au Québec, une étude réalisée en 1983-1984 révèle que 25 % des parents d'enfants âgés de 5 ans ont indiqué que le brossage des dents de leur enfant a débuté à l'âge de 12 mois et moins (Leduc, 1992).

2.3 Caractéristiques personnelles et familiales des enfants atteints par la carie dentaire

Certaines caractéristiques des jeunes enfants atteints par la carie dentaire ont été mises en évidence. Il ressort que la majorité de ces enfants sont plus susceptibles de présenter un problème de santé (Johnsen, 1982) et d'avoir un tempérament difficile (*strong temper*), ces derniers irritant davantage leurs parents (Marino et autres, 1989; Weinstein et autres, 1992). Afin d'identifier les enfants à risque de développer la carie dentaire, certains chercheurs ont proposé de prendre en compte leur tempérament et leur comportement (Quinonez et autres, 2001) et, à cette fin, diverses mesures ont été utilisées, comme le *Toddler Temperament Scale (TTS)*, le *Behavior Style Questionnaire (BSQ)* et le *Emotionality, Sociability, Activity (EAS) Temperament Survey for Children* (Kendrick et autres, 1998; Lochary et autres, 1993; Moy, 1992; Quinonez et autres, 1997). Le développement de ces mesures est basé sur les travaux de Thomas et Chess (1977), qui définissent le tempérament comme la « façon dont l'enfant

réagit ». Selon le modèle qu'ils proposent, des enfants au tempérament difficile correspondent à ceux qui deviennent facilement agités, présentent un fonctionnement biologique irrégulier et démontrent des réactions négatives intenses et fréquentes au changement de leur environnement. Prendre soin de ces enfants est difficile et peut amener des modalités d'allaitement et d'utilisation du biberon inappropriées susceptibles de favoriser la carie dentaire. Cela dit, les travaux de Quinonez et autres (2001) ont montré que le tempérament ne prédit pas la durée d'utilisation du biberon ou de l'allaitement, quoique la timidité et la durée de ces habitudes soient associées à la carie dentaire chez de jeunes enfants âgés en moyenne de 43 mois.

Les jeunes enfants atteints par la carie dentaire peuvent également avoir des problèmes de sommeil (Marino et autres, 1989). Par exemple, le fait pour un enfant de dormir moins d'heures la nuit a déjà été associé à la carie dentaire. Il en est ainsi concernant le fait d'allaiter ou de donner un biberon pour arrêter les pleurs de l'enfant la nuit au lieu de le tenir, le bercer, lui parler ou le distraire (Lopez Del Valle et autres, 1998; Shantinath et autres, 1996).

Les résultats de certaines études suggèrent que le fait d'être le plus jeune enfant de la famille est relié à une augmentation de l'atteinte carieuse (Dilley et autres, 1980; Elarabi et autres, 2001; Muller, 1996), alors que d'autres montrent qu'une atteinte plus faible (Kinirons et McCabe, 1995) surviendrait chez le deuxième et le troisième enfant. Le faible poids à la naissance a été suggéré comme un indicateur de risque de carie en dentition primaire, soit parce qu'il est associé à un défaut d'émail (susceptibilité accrue à la carie dentaire) ou indirectement parce qu'il est un marqueur de statut socioéconomique plus faible (Tinanoff et Douglass, 2001). Or, les études disponibles ne permettent pas de conclure à un lien entre le faible poids à la naissance et l'atteinte future de carie dentaire (Burt et Pai, 2001b).

Parmi les caractéristiques du milieu familial, à l'exception du niveau socioéconomique, qui semble inversement associé à l'atteinte de carie dentaire chez les enfants âgés de moins de 12 ans (Reisine et Psoter, 2001), il n'y a pas de profil unique qui prédispose à la carie dentaire chez les jeunes enfants. Des auteurs ont suggéré le rôle de l'attitude trop

indulgente des parents (Johnsen, 1982; Johnsen et autres, 1984). Toutefois, alors que certains parents cèdent à la demande de l'enfant pour avoir un biberon pour la nuit ou la sieste, d'autres prennent la décision consciemment de donner un biberon pour endormir l'enfant en l'enlevant pour la nuit afin d'éviter le stress associé aux pleurs (Milnes, 1996). Bien que d'autres caractéristiques ne soient pas significatives dans toutes les études, il semble ressortir que les parents des jeunes enfants atteints par la carie dentaire sont moins éduqués (Johnsen, 1982; Marino et autres, 1989), davantage obèses (Johnsen, 1982; Johnsen et autres, 1984), plus pessimistes envers leur condition dentaire et méconnaissants des méfaits du lait ou d'un autre liquide sucré dans un biberon la nuit (Dilley et autres, 1980; Johnsen, 1982; Johnsen et autres, 1984). Ils élèvent plus souvent leurs enfants seuls (Marino et autres, 1989) et ont moins d'aide pour le soin des enfants (Weinstein et autres, 1992) ou le délèguent à un substitut (Dilley et autres, 1980). L'influence des facteurs culturels sur les modalités d'allaitement a également été suggérée (Febres et autres, 1997). Par exemple, il a été rapporté que les parents asiatiques sont plus susceptibles de donner à leurs enfants un biberon au contenu sucré pendant plusieurs années (Davies et autres, 2001).

Parmi les facteurs cognitifs, rappelons que le sentiment d'efficacité ou les croyances des parents quant à leur capacité d'accomplir leur tâche de parents, ainsi que leurs attentes face à l'impact de leur action (Bandura, 1989), seraient au cœur de la qualité de l'implication parentale et de la dynamique parent-enfant au cours de la petite enfance (Boivin et autres, 2000). Selon Bandura (1989), les croyances d'un individu relatives à sa capacité d'effectuer une tâche (*self-efficacy*) et ses attentes positives quant aux résultats de son action (*outcome expectations*) sont les premiers déterminants de la réussite à une tâche donnée. Reisine et Douglass (1998) ont observé que le sentiment d'efficacité des parents à l'égard de leur rôle parental n'a pas été beaucoup étudié en lien avec la carie dentaire chez les jeunes enfants. Ce concept serait important pour identifier les parents dont les enfants sont à risque de carie dentaire et ceux pouvant bénéficier d'interventions en vue d'améliorer leur perception d'efficacité. Ces auteurs font référence aux résultats de Litt et autres (1995), qui montrent que l'efficacité personnelle est un

prédicteur significatif de la consommation de sucre. En effet, les parents d'enfants âgés de 3 ans à 4 ans qui se percevaient comme étant peu efficaces à prendre soin des dents de leur enfant rapportaient une plus forte consommation de sucre chez ces derniers.

Par ailleurs, le fait pour les mères de percevoir un faible impact de leurs comportements sur le développement de leur enfant s'avère lié à un score plus élevé sur l'échelle de surprotection (Boivin et autres, 2000), c'est-à-dire à une plus grande tendance à adopter des conduites reflétant une préoccupation excessive pour la sécurité et la protection de l'enfant. À cet égard, certains auteurs suggèrent que la carie dentaire chez les jeunes enfants est un problème de manque de limites de la part des parents (*lack of parental restraint*) dans leur façon de s'occuper de leur enfant et non pas un problème de négligence (Febres et autres, 1997).

Les constats qui ressortent de l'état des connaissances mettent en évidence la nécessité d'établir une définition acceptée universellement de la carie dentaire chez les jeunes enfants (carie de la petite enfance), ainsi que de développer des outils diagnostiques et des procédures d'examen. De plus, on soulève non seulement la nécessité d'avoir recours à des échantillons plus grands et représentatifs, mais aussi celle de réaliser des études longitudinales prospectives pour évaluer l'histoire naturelle de la maladie. Cela permettrait de réduire le biais de mémoire des parents concernant leurs comportements en matière de santé buccodentaire. Des organisations de la santé ont récemment examiné l'état des connaissances sur la carie de la petite enfance et proposé des avenues de recherche pertinentes dans le même sens (NIH, 2001).

2.4 Recommandations professionnelles

Des recommandations destinées aux parents concernant la santé buccodentaire sont diffusées par des organismes dentaires, tels que l'Ordre des dentistes du Québec (ODQ, 2002) et l'Association dentaire canadienne (ADC, 2002). Il est ainsi recommandé de nettoyer les gencives du bébé avant l'apparition des premières dents, de brosser les dents deux fois par jour, d'utiliser moins que la grosseur

d'un petit pois de dentifrice fluoruré, de faire le brossage pour l'enfant lorsqu'il est très jeune et de le faire avec lui jusqu'à ce qu'il soit âgé de 6 ans ou 7 ans. Sauf exception, il n'est pas recommandé de donner des suppléments fluorurés avant l'âge de 6 ans. Concernant les pratiques alimentaires, il est conseillé de ne pas laisser dormir un enfant avec un biberon contenant autre chose que de l'eau, de limiter la fréquence de consommation d'aliments et de collations sucrés ainsi que de ne jamais mettre du sucre ou un autre produit sucré sur une suce. Afin de prévenir des problèmes de positionnement des dents permanentes, on suggère aux parents de faire cesser les habitudes de succion avant l'âge de 5 ans.

Différents guides sont disponibles pour conseiller les parents et les intervenants auprès des tout-petits. Mentionnons le guide pratique *Mieux vivre avec son enfant de la naissance à deux ans* (Doré et Le Hénaff, 2001), qui est remis gratuitement à toutes les mères d'un bébé né dans un centre hospitalier ou dans une maison des naissances et *La santé des enfants... en services de garde éducatifs* (ministère de la Famille et de l'Enfance, 2000). Ces guides portent sur les habitudes préventives à adopter à l'égard des enfants : le brossage des dents, les fluorures, l'utilisation du biberon, etc. Notons que les parents de la présente étude ont pu être exposés à des messages différents de ceux-ci étant donné les délais inhérents à la mise à jour scientifique des documents qui leur sont destinés.

3. Contribution de l'ÉLDEQ 1998-2002 aux connaissances en santé buccodentaire

On rappelle que l'ÉLDEQ comporte une série de cinq mesures annuelles amorcée auprès de 2 120 parents de nourrissons simples âgés d'environ 5 mois. Un premier numéro a permis de documenter l'utilisation du biberon, la disponibilité de la suce au moment de l'endormissement et plus accessoirement la prise de suppléments fluorurés par les nourrissons (Veilleux et autres, 2000). Le présent numéro dresse d'abord un portrait de certains comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire des 1 985 enfants ayant participé aux trois premiers volets de l'ÉLDEQ alors qu'ils étaient âgés d'environ 5 mois, 17 mois et 29 mois. Selon l'âge de l'enfant, les comportements suivants sont examinés : l'utilisation du biberon, l'utilisation d'une suce trempée dans un produit sucré, la prise de collations sucrées, le brossage des dents et la prise de suppléments de fluorure.

Les facteurs associés à deux comportements parentaux en matière de santé buccodentaire sont ensuite examinés : l'un pouvant favoriser le développement de la carie dentaire chez l'enfant (l'utilisation inappropriée du biberon) et l'autre pouvant l'en protéger (le brossage des dents lorsqu'il est effectué avec un dentifrice fluoruré). À partir de données portant sur le contenu du biberon et ses principales modalités d'utilisation, une typologie est d'abord élaborée. Cette dernière est ensuite mise en relation avec diverses variables se rapportant à l'enfant, à son environnement familial, à des comportements parentaux entourant son sommeil et son alimentation ainsi qu'à des caractéristiques de sa relation avec le parent alors qu'il est âgé d'environ 29 mois. Quant au brossage des dents, l'introduction de cette habitude dans la vie de l'enfant est examinée à l'aide d'une analyse de survie. L'objectif étant de cerner les facteurs qui permettent en quelque sorte de « prédire » l'âge au début du brossage des dents dans une perspective d'intervention précoce auprès des parents, on a retenu, en grande partie, des caractéristiques de l'enfant, de la mère, du ménage ainsi que de la relation entre le parent et l'enfant, mesurées à l'âge d'environ 5 mois. D'autres comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire tels que les modalités d'utilisation du

biberon et la prise de suppléments de fluorure, par exemple, sont étudiés afin de vérifier le degré d'association entre ces comportements et l'âge au début du brossage.

Les données relatives à l'utilisation du biberon et à la prise de suppléments de fluorure sont recueillies à l'aide du Questionnaire papier rempli par l'intervieweuse (QPRI) au domicile de la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM)¹ alors que celui-ci est âgé d'environ 5 mois, 17 mois et à 29 mois. Les questions se rapportant au brossage des dents, à 17 mois et à 29 mois, ainsi qu'à la fréquence des collations sucrées à 29 mois sont tirées du même questionnaire. Enfin, les questions portant sur la succion d'une suce sont comprises dans le Questionnaire autoadministré de la mère (QAAM) lorsque l'enfant est âgé de 17 mois et de 29 mois.

Alors que les modalités d'utilisation du biberon et l'âge au début du brossage des dents constituent des variables dépendantes de la présente étude, elles deviennent des variables intermédiaires ou indépendantes par rapport à la carie dentaire. Les variables de croisement incluses dans les analyses qui suivent découlent essentiellement de l'état des connaissances sur la carie dentaire chez les jeunes enfants. Les données portant sur certaines de ces variables de croisement ont été obtenues pour la mère et le père de l'enfant présent dans le ménage. Mais comme des associations similaires ont été observées dans la plupart des cas, seules les analyses effectuées en fonction des caractéristiques de la mère, qu'elle vive en couple ou non, sont présentées. Les données proviennent du Questionnaire informatisé rempli par l'intervieweuse (QIRI), du Questionnaire papier rempli par l'intervieweuse (QPRI) s'adressant à la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM) et du Questionnaire autoadministré de la mère (QAAM). Elles concernent des caractéristiques de l'enfant telles que le sexe, la prématurité,

1. Comme la quasi-totalité des personnes qui connaissent le mieux l'enfant (PCM) sont les mères biologiques des enfants, nous utiliserons, dans la suite du texte, le terme « mères » pour les désigner.

l'insuffisance de poids et le rang à la naissance ainsi que l'état de santé perçu par la mère. Parmi les aspects sociodémographiques, la scolarité et le statut d'immigration de la mère, de même que le type de familles et le niveau de suffisance de revenu ont été retenus. D'autres comportements, par exemple ceux entourant les habitudes de sommeil et alimentaires, sont également étudiés en lien avec les pratiques parentales en matière de santé buccodentaire.

Quant aux modalités de la relation entre le parent et l'enfant, elles sont examinées à l'aide d'échelles validées et traitées par d'autres chercheurs dans le cadre de l'ÉLDEQ (Boivin et autres, 2000; Japel et autres, 2000a et 2000b) : 1) l'Échelle des cognitions et des conduites parentales à l'égard du nourrisson (ÉCOPAN), dont les mesures basées sur une évaluation par les mères reflètent la qualité de leur implication auprès de l'enfant (le sentiment d'efficacité, la perception d'impact des conduites maternelles ainsi que la tendance à la surprotection); 2) l'échelle de tempérament difficile construite à partir de sept questions du *Infant Characteristics Questionnaire* (ICQ) de Bates et autres (1979), administrées à la mère alors que l'enfant est âgé d'environ 17 mois; 3) enfin, l'échelle des interactions positives entre le parent et le nourrisson, qui regroupe cinq questions concernant les pratiques parentales positives posées à la personne qui connaît le mieux l'enfant, est également prise en compte. L'ensemble des résultats présentés dans le présent numéro illustrent la situation des enfants nés au Québec en 1997-1998 et qui, à l'âge de 29 mois, n'avaient pas quitté la province de manière définitive.

4. Les comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire des enfants à l'âge de 5 mois, 17 mois et 29 mois

4.1 Les modalités d'utilisation du biberon

Le tableau 4.1 trace le portrait des comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire des enfants alors qu'ils sont âgés d'environ 5 mois, 17 mois et 29 mois. Il ressort que l'utilisation du biberon à l'âge d'environ 5 mois est un phénomène répandu puisque 91 % des nourrissons le prennent de façon exclusive ou non. Les enfants sont encore relativement nombreux à prendre un biberon à l'âge de 17 mois (72 %), alors que c'est le cas du tiers des enfants vers l'âge de 2 ½ ans (29 %).

On rappelle qu'un mode inapproprié d'utilisation d'un biberon, à savoir l'utilisation d'un biberon durant les périodes d'endormissement ou pendant le sommeil le jour ou la nuit, pourrait jouer un rôle dans le

développement de la carie dentaire lorsqu'il contient autre chose que de l'eau. On estime que 14 % des bébés d'environ 5 mois prennent un biberon aux périodes d'endormissement. Cette proportion est plus élevée lorsque l'enfant atteint 17 mois (59 %) et un enfant sur quatre a encore cette habitude vers l'âge de 29 mois.

Les enfants utilisent un biberon pendant le sommeil dans des proportions de 19 % à 17 mois et de 10 % à 29 mois. Le biberon est également utilisé en période d'éveil (ex. : pendant le jeu, devant la télévision, en se promenant, etc.) par 43 % des enfants de 17 mois et par 17 % de ceux de 29 mois. Notons que cette variable n'a pas été mesurée auprès des nourrissons de 5 mois.

Tableau 4.1

Répartition des enfants âgés d'environ 5 mois, 17 mois et 29 mois selon certains comportements parentaux à l'égard de leur santé buccodentaire, Québec, 1998, 1999 et 2000

	5 mois		17 mois		29 mois	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	%					
L'utilisation du biberon	90,6	9,4	71,5	28,5	28,6	71,4
Pour endormir l'enfant au moment de la ou des siestes le jour ou la nuit	13,7	86,3	59,1	40,9	24,5	75,5
Pendant le sommeil de l'enfant au moment de la ou des siestes le jour ou la nuit	..	..	19,2	80,8	10,2	89,8
En période d'éveil ¹	...	...	42,9	57,1	16,8	83,2
Les collations sucrées						
Au moins deux collations par jour, au cours de la semaine précédant l'entrevue	...	...	..	..	25,7	74,3
L'utilisation d'une suce	..	..	45,5	54,5	23,4	76,6
Le brossage des dents	4,3	95,7	84,4	15,6	99,2	0,8 **
Au moins deux fois, le jour précédant l'entrevue	...	...	28,8	71,2	47,7	52,3
Brossage par un adulte	...	...	44,6	55,4	26,6	73,4
Brossage avec un dentifrice	...	...	44,3	55,7	90,4	9,6
La prise de suppléments de fluorure (seul ou en association avec des vitamines ou des minéraux)	1,7 *	98,3	14,9	85,1	7,6	92,4

1. En période d'éveil (ex. : pendant le jeu, devant la télévision, en se promenant, etc.)

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Le biberon donné aux périodes d'endormissement ou pendant le sommeil contient rarement de l'eau, soit dans une proportion de 2 % ou moins, peu importe l'âge. Les mères déclarent qu'il contient le plus souvent une formule de lait pour bébé à 5 mois (plus de 75 % des mères dont l'enfant utilise un biberon aux périodes d'endormissement ou pendant le sommeil). Par contre, c'est le lait de vache qui se donne davantage à 17 mois et à 29 mois (plus de 80 % des mères dont l'enfant reçoit un biberon aux périodes d'endormissement ou pendant le sommeil) (données non présentées).

Les mères révèlent que c'est du jus (ou du jus dilué avec de l'eau) qui se retrouve dans le biberon de leur nourrisson dans moins de 1 % des cas, aux périodes d'endormissement ou pendant le sommeil. Cette proportion passe à 5 % chez les enfants âgés de 17 mois et à environ 2 %, 12 mois plus tard. D'autres contenus cariogènes sont mentionnés dans des proportions variables ne totalisant pas 1 % à chacune des trois périodes d'observation (données non présentées).

Les modalités d'utilisation du biberon en lien avec le risque carieux, à l'âge de 29 mois, sont traitées de façon plus approfondie à la section 5 du présent document.

4.2 Les collations sucrées

Bien que les questions portant sur la consommation de collations sucrées ne soient posées qu'au troisième volet de l'ÉLDEQ, il a tout de même été possible d'examiner la consommation quotidienne de deux catégories de produits de nature cariogène à l'âge de 17 mois, soit le jus ou les boissons aux fruits ainsi que les pâtisseries, friandises, biscuits et croustilles. Ainsi, plus de la moitié des mères (53 %) révèlent que leur enfant a pris deux fois et plus par jour, en moyenne, au cours de la semaine précédant l'entrevue, du jus ou des boissons aux fruits. Elles sont beaucoup moins nombreuses proportionnellement (6 %) à déclarer une même fréquence de consommation de pâtisseries, friandises, biscuits et croustilles par leur enfant au cours de la période de référence (données non présentées).

Chez les enfants âgés de 29 mois, c'est à partir d'une liste d'aliments de nature cariogène présentée à la mère au moment de l'entrevue (tableau A.1 en annexe) qu'il a été possible d'en estimer leur consommation en guise de collation, entre les repas ou immédiatement avant le coucher. Selon les données recueillies, plus du quart des enfants ont consommé au moins deux fois par jour, en moyenne, au cours de la semaine précédant l'entrevue, une ou plusieurs de ces collations (tableau 4.1).

4.3 L'utilisation d'une suce

L'utilisation d'une suce est documentée aux volets 1999 et 2000. Il ressort que 46 % des enfants utilisent une suce à l'âge de 17 mois tandis que 23 % le font à 29 mois (tableau 4.1). L'habitude de la tremper dans un produit sucré s'avère très peu fréquente étant donné qu'environ 1 % seulement des mères dont l'enfant de 17 mois utilise une suce y ont recours (données non présentées).

4.4 Le brossage des dents

Vers l'âge de 29 mois, le brossage des dents est une pratique amorcée auprès de la presque totalité des enfants (99 %). Pour environ 4 % d'entre eux, le brossage a déjà débuté à 5 mois alors qu'à 17 mois, 84 % des enfants s'y adonnaient (tableau 4.1). Par ailleurs, seulement 29 % des mères des enfants d'environ 1 ½ an déclarent une fréquence de brossage d'au moins deux fois, le jour précédant l'entrevue, cette proportion passant à 48 % au moment où l'enfant atteint environ 29 mois. Enfin, 45 % des enfants âgés de 17 mois se font brosser les dents par un adulte alors que c'est le cas de 27 % seulement des enfants un an plus tard (tableau 4.1).

Entre 17 mois et 29 mois, la proportion d'enfants utilisant un dentifrice passe de 44 % à 90 % (tableau 4.1). En ce qui concerne la quantité de dentifrice utilisée², environ 43 % des enfants de 17 mois utilisent la grosseur d'un petit pois ou d'un mince ruban de dentifrice et cette quantité est rarement plus grande (1 %), alors que 40 % d'entre

2. C'est à partir d'illustrations que la mère, au moment de la rencontre avec l'intervieweuse, identifie la quantité de dentifrice utilisée pour son enfant.

eux n'utilisent pas de dentifrice. Un an plus tard, même si le brossage a commencé pour presque tous les enfants, 9 % des mères révèlent ne pas avoir recours à un dentifrice pour leur enfant; près de 84 % indiquent n'utiliser que la grosseur d'un petit pois ou d'un mince ruban de dentifrice et 7 % une quantité un peu plus importante (tableau A.2 en annexe).

Les données de l'ÉLDEQ permettent d'analyser de façon plus approfondie l'âge au début du brossage des dents, comme on le verra à la section 6 du présent document.

4.5 La prise de suppléments de fluorure (seul ou en association avec des vitamines ou des minéraux)

Rappelons qu'à l'âge de 5 mois, c'est à partir des noms du ou des suppléments de vitamines ou minéraux indiqués par les mères qu'il a été possible de dresser une liste des produits reconnus comme contenant des fluorures³. Lorsque les enfants sont âgés d'environ 17 mois et 29 mois, l'intervieweuse présente à la mère un tableau des noms des principaux produits avec fluorure tout en complétant l'information par le nom inscrit sur le contenant du produit.

Comme l'indiquent les données du tableau 4.1, environ 2 % des nourrissons de 5 mois prennent des suppléments de fluorure (seul ou en association avec des vitamines ou minéraux). Ils sont proportionnellement plus nombreux à en prendre à l'âge de 17 mois (15 %) alors qu'environ 8 % en reçoivent à 29 mois. Notons qu'à cet âge il n'y a qu'une proportion infime d'enfants (0,3 %) qui prennent des suppléments fluorurés tout en résidant dans une ville où l'eau de consommation est fluorurée (données non présentées).

3. Afin d'identifier adéquatement le nom des suppléments de fluorure (seul ou en association avec des vitamines ou minéraux) donnés à l'enfant, l'intervieweuse demande à la mère de lui montrer le produit au moment de l'entrevue à domicile.

5. L'utilisation du biberon en lien avec le risque carieux

5.1 Définition d'une typologie

À partir des travaux portant sur les facteurs associés à la carie dentaire chez les jeunes enfants, une typologie de l'utilisation du biberon a été élaborée. C'est en fonction de son contenu et des modalités d'utilisation que les enfants ont été classés.

Lorsque le biberon contient uniquement de l'eau ou n'est pas utilisé au lit la nuit ou au moment de la ou des siestes le jour, que ce soit pour l'endormir ou pendant son sommeil, ou que l'enfant ne prend pas de biberon (allaitement exclusif ou a cessé le biberon), l'enfant est classé dans la catégorie « Non à risque ». Cette première catégorie regroupe donc les enfants qui ne font pas usage du biberon ainsi que ceux qui en font usage de manière appropriée.

Quand le biberon contient un produit sucré : du lait (formule de lait pour bébé, lait de vache, autres laits et produits cariogènes mélangés à du lait) ou du jus (dilué ou non avec de l'eau), c'est l'estimation d'un contact plus ou moins prolongé avec les dents qui constitue notre principal critère de classification. Dans ce cas, l'enfant auquel on donne le biberon seulement pour l'endormir (durée moins prolongée) est classé dans la catégorie « Risque 1 », tandis que celui qui reçoit le biberon pour s'endormir et le garde pendant son sommeil, ou encore qui le reçoit seulement durant son sommeil, est classé dans la catégorie « Risque 2 ».

Les résultats présentés au tableau 5.1 montrent qu'à l'âge de 5 mois, 13 % des enfants sont classés comme pouvant être à risque de développer un problème de carie dentaire, étant donné les comportements parentaux entourant l'utilisation du biberon. Vers l'âge de 17 mois, cette catégorie augmente considérablement et atteint 59 %. Au troisième volet de l'étude, il y a encore près du quart des enfants qui sont classés dans la catégorie « À risque ». Les résultats obtenus pour ces enfants âgés de 29 mois montrent aussi l'existence d'un sous-groupe « Risque 2 » (environ 10 %) pour lequel la durée d'utilisation est plus grande, étant donné

qu'ils reçoivent un biberon non seulement pour s'endormir mais aussi durant leur sommeil.

Les données permettent d'affirmer qu'il existe une association entre l'habitude de prendre un biberon en période d'éveil (ex. : pendant le jeu, devant la télévision, en se promenant, etc.) et l'utilisation d'un biberon contenant un produit sucré durant les périodes d'endormissement ou pendant le sommeil, à l'âge de 29 mois. En effet, les enfants qui prennent un biberon en période d'éveil sont entre cinq et six fois plus nombreux à avoir ces modalités d'utilisation du biberon que ceux qui ne l'utilisent pas (77 % c. 14 %) (données non présentées).

Tableau 5.1
Répartition des enfants âgés d'environ 5 mois, 17 mois et 29 mois selon qu'ils utilisent ou non un biberon contenant un produit sucré durant les périodes d'endormissement ou pendant le sommeil, Québec, 1998, 1999 et 2000

	5 mois	17 mois	29 mois	
	%			
« Non à risque » ¹	86,7	41,0	75,6	
« À risque » ²				
« Risque 1 » ³	} 13,3	} 59,0	14,5	} 24,4
« Risque 2 » ⁴			9,9	

1. Modalité d'utilisation du biberon « appropriée » ou biberon non utilisé.

2. Biberon la nuit ou au moment de la ou des siestes le jour selon qu'il est utilisé pour endormir ou pendant le sommeil et qu'il contient un produit sucré : du lait (formule de lait pour bébé, lait de vache, autres laits et produits cariogènes mélangés à du lait) ou du jus (ou du jus dilué avec de l'eau).

3. Le biberon se donne seulement pour endormir l'enfant.

4. Le biberon se donne pour endormir l'enfant et pour toute la durée de son sommeil ou seulement pendant son sommeil.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Afin de mieux cerner le profil des enfants classés « À risque » au regard de l'utilisation du biberon, on a effectué des croisements en fonction des caractéristiques de l'enfant, de la mère, du ménage, de certaines habitudes alimentaires et de sommeil ainsi que de certains aspects de la relation entre le parent et l'enfant.

5.2 Modalités d'utilisation du biberon selon certaines caractéristiques de l'enfant, de la mère et du ménage

Parmi les caractéristiques sociodémographiques présentées au tableau 5.2, on constate que les enfants de mères immigrantes non européennes ont recours à un biberon contenant un produit sucré aux périodes d'endormissement ou pendant le sommeil dans une plus grande proportion que ceux nés de mères non immigrantes ou immigrantes européennes (58 % c. 20 %). Alors que ces derniers se situent près de la fréquence attendue dans la population pour les deux sous-catégories « À risque », les enfants de mères immigrantes non européennes sont proportionnellement environ deux fois plus nombreux à utiliser un biberon contenant un produit sucré pour s'endormir seulement (« Risque 1 ») et environ trois fois plus nombreux à en utiliser un pour s'endormir et

pendant leur sommeil (« Risque 2 ») (données non présentées). On observe également un écart dans les modalités d'utilisation du biberon selon le niveau de suffisance de revenu du ménage. En effet, les enfants vivant dans un ménage à faible revenu sont significativement plus nombreux à utiliser un biberon contenant un produit sucré, soit 31 % comparativement à 23 % en situation inverse. Cet écart est surtout attribuable au fait que les utilisateurs d'un biberon classés « Risque 2 » sont proportionnellement plus nombreux chez les enfants vivant en situation d'insuffisance de revenu (15 % c. 9 %) (données non présentées).

Aucune différence significative n'a toutefois été observée en fonction de caractéristiques telles que le niveau de scolarité atteint par la mère, son groupe d'âge, le type de familles, ou encore le rang de naissance de l'enfant.

Tableau 5.2

Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon qu'ils utilisent ou non un biberon contenant un produit sucré durant les périodes d'endormissement ou pendant le sommeil¹, et selon certaines caractéristiques sociodémographiques de l'enfant, de la mère ou du ménage, Québec, 2000

	Oui	Non	χ^2
	%		
Rang de naissance de l'enfant			
Premier	22,3	77,7	Non sig.
Deuxième ou plus	25,6	74,4	
Scolarité de la mère			
Sans diplôme d'études secondaires	25,4	74,6	Non sig.
Diplôme d'études secondaires, d'études professionnelles ou d'une école de commerce	26,5	73,5	
Diplôme collégial ou universitaire	22,4	77,6	
Statut d'immigrante de la mère			
Non immigrante ou immigrante européenne	20,1	79,9	p < 0,001
Immigrante non européenne	57,9	42,1	
Groupe d'âge de la mère			
Moins de 25 ans	19,3 *	80,7	Non sig.
25 ans et plus	25,3	74,7	
Niveau de suffisance de revenu du ménage ²			
Oui	22,5	77,5	p < 0,01
Non	30,8	69,2	
Type de familles à l'enquête			
Biparentale	23,6	76,4	Non sig.
Monoparentale	30,4	69,6	
Total	24,4	75,6	

1. Biberon la nuit ou au moment de la ou des siestes le jour selon qu'il est utilisé pour endormir ou pendant le sommeil et qu'il contient un produit sucré : du lait (formule de lait pour bébé, lait de vache, autres laits et produits cariogènes mélangés à du lait) ou du jus (ou du jus dilué avec de l'eau).

2. Le niveau de suffisance de revenu du ménage est établi d'après les seuils de faible revenu de Statistique Canada (Desrosiers, 2000).

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Concernant certaines caractéristiques de l'enfant, l'état de santé de l'enfant, tel qu'il est perçu par la mère, s'avère cependant associé de façon significative aux modalités d'utilisation du biberon. Les enfants perçus comme n'étant pas en excellente santé sont proportionnellement plus nombreux que les autres à utiliser un biberon contenant un produit sucré aux périodes d'endormissement ou pendant le sommeil (30 % c. 22 %) (données non présentées). Par ailleurs, les données ne permettent pas d'observer de différence dans les modalités d'utilisation du biberon selon le sexe de l'enfant ou selon certaines particularités à sa naissance (la prématurité et l'insuffisance de poids) (données non présentées).

5.3 Modalités d'utilisation du biberon selon certains comportements alimentaires ou de sommeil et selon certaines caractéristiques de la relation entre le parent et l'enfant

Les résultats présentés au tableau 5.3 montrent d'abord que l'allaitement maternel est significativement associé au fait d'être classé dans la catégorie « À risque ». En effet, 30 % des enfants ayant déjà été allaités sont classés dans la catégorie « À risque », alors que c'est le cas de 22 % de ceux ne l'ayant jamais été. Au regard de certains comportements alimentaires, on remarque qu'une proportion plus élevée d'enfants prenant plus de deux collations sucrées par jour sont classés dans la catégorie « À risque » (29 % c. 23 %).

Tableau 5.3

Répartition des enfants âgés d'environ 29 mois selon qu'ils utilisent ou non un biberon contenant un produit sucré durant les périodes d'endormissement ou pendant le sommeil¹, et selon certains comportements alimentaires et de sommeil, Québec, 2000

	Oui %	Non	χ^2
Allaitement maternel			
A déjà été allaité	30,1	69,9	p < 0,001
Jamais allaité	21,5	78,5	
Collations sucrées par jour ²			
Moins de deux collations	22,6	77,4	p < 0,05
Au moins deux collations	29,2	70,8	
Temps à s'endormir			
Moins de 30 minutes	23,6	76,4	p < 0,05
30 minutes et plus	30,5	69,5	
Durée du sommeil			
Fait ses nuits	22,5	77,5	p < 0,001
Ne fait pas ses nuits	40,8	59,2	
Au moment d'éveils nocturnes			
Donne à boire ou à manger	53,8	46,2	p < 0,001
Laisse pleurer	24,1 **	75,9	
Réconforte l'enfant dans ou hors du lit ou le couche avec lui	22,9	77,1	
L'enfant ne se réveille pas	14,7 *	85,3	
Total	24,4	75,6	

1. Biberon la nuit ou au moment de la ou des siestes le jour selon qu'il est utilisé pour endormir ou pendant le sommeil et qu'il contient un produit sucré : du lait (formule de lait pour bébé, lait de vache, autres laits et produits cariogènes mélangés à du lait) ou du jus (ou du jus dilué avec de l'eau).

2. Nombre de collations, entre les repas ou immédiatement avant le coucher, en moyenne, la semaine précédant l'entrevue.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Trois caractéristiques des comportements du sommeil de l'enfant, présentées au tableau 5.3, sont associées de façon significative aux modalités d'utilisation du biberon. Ainsi, on observe que les enfants prenant 30 minutes ou plus pour s'endormir utilisent davantage un biberon contenant un produit sucré aux périodes d'endormissement ou pendant le sommeil (31 % c. 24 %). On note également que les enfants qui ne font pas leurs nuits sont plus susceptibles d'avoir recours à ce type de biberon, soit dans une proportion de 41 % comparativement à 23 % chez les autres. Ce dernier écart est surtout marqué chez les enfants classés dans la catégorie « Risque 2 » (22 % c. 9 %) (données non présentées). En ce qui concerne les comportements parentaux envers les enfants qui se réveillent la nuit, on constate qu'au-delà de la moitié des enfants à qui on donne à boire ou à manger au moment des éveils nocturnes sont classés dans la catégorie « À risque » (« Risque 1 » : 16 %, « Risque 2 » : 38 %) (données non présentées). Par comparaison, c'est le cas d'environ le quart des enfants qu'on laisse pleurer (24 %) ou qu'on réconforte dans ou hors du lit (23 %) et de seulement 15 % de ceux qui ne se réveillent pas.

Nous avons examiné certaines caractéristiques de la relation entre le parent et l'enfant perçues par les mères, à savoir le sentiment d'efficacité, la perception d'impact et la tendance à la surprotection. Les mères dont l'enfant reçoit un biberon contenant un produit sucré aux périodes d'endormissement ou pendant le sommeil semblent se percevoir comme étant moins efficaces et ayant moins d'impact sur le développement de leur enfant que celles dont l'enfant n'en prend pas. On observe aussi une association entre ce comportement et la tendance à la surprotection, les mères dont l'enfant prend un biberon au contenu sucré présentant un score plus élevé sur l'échelle de surprotection que les autres mères (données non présentées).

Bien que cette mesure ne soit pas disponible lorsque l'enfant est âgé de 29 mois, l'échelle n'ayant pas été administrée, il est intéressant d'observer que les enfants appartenant à la catégorie « À risque » à l'âge de 29 mois étaient perçus par leur mère comme ayant un tempérament plus difficile à l'âge de 17 mois. Par contre, les données ne permettent pas d'observer d'écart dans le niveau d'interactions

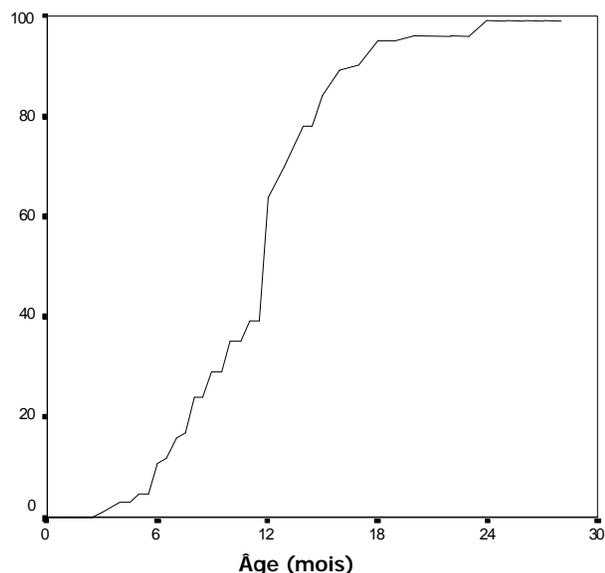
positives entre la PCM et l'enfant lorsqu'il est âgé de 17 mois, selon les modalités d'utilisation du biberon un an plus tard (données non présentées).

6. L'âge au début du brossage des dents chez les enfants québécois

On rappelle que les données concernant l'âge au début du brossage des dents ont été obtenues à partir du Questionnaire papier rempli par l'intervieweuse (QPRI) au domicile de la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM), soit la mère biologique dans la majorité des cas⁴.

La figure 6.1 illustre la répartition des enfants selon l'âge au début du brossage des dents. On y constate d'abord, comme on l'a vu à la section 4.4, que la quasi-totalité des enfants québécois visés par l'étude ont presque tous débuté le brossage de leurs dents avant l'âge de 29 mois.

Figure 6.1 :
Pourcentage cumulé d'enfants ayant déjà débuté le brossage de leurs dents, Québec, 1998, 1999 et 2000



Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

4. Au total, 1 985 PCM ont répondu à deux reprises à cette question, soit lorsque leur enfant était âgé d'environ 17 mois et 29 mois. L'âge indiqué lors de la première réponse positive par la PCM a été retenu. Notons qu'occasionnellement une première réponse positive contredisait une réponse négative faite précédemment. En effet, parmi les PCM qui ont déclaré que le brossage des dents n'avait pas encore débuté à l'âge de 17 mois (16 %), environ le tiers indique qu'il avait débuté avant cet âge au moment de la collecte de données à 29 mois. On remarque également que l'on obtient des modes locaux de réponse à tous les six mois; cela s'explique sans doute par le fait que les mères ont souvent tendance à arrondir leurs réponses, à six mois près d'un événement.

Comme le montre la courbe, seulement environ 4 % des mères ont indiqué que le brossage des dents de leur enfant a débuté vers l'âge de 5 mois ou moins. Pour plus de la moitié des enfants québécois (58 %), les dents ont été brossées pour la première fois entre l'âge de 6 mois et 12 mois (notons que 26 % des mères ont mentionné l'âge de 12 mois). Cette proportion augmente ensuite graduellement pour atteindre 90 % à l'âge de 18 mois et près de 99 % vers l'âge de 24 mois.

Afin de cerner les principaux facteurs associés à l'âge au début du brossage des dents, on a d'abord examiné, à l'aide d'analyses bivariées⁵, les liens entre l'introduction de cette habitude et certaines caractéristiques de l'enfant, de ses parents, de son environnement familial ou d'autres habitudes à l'égard de la santé buccodentaire de l'enfant (tableau A.3 en annexe). Seules les variables significatives au seuil de 0,15 au test du *log-rank* ont été retenues pour les analyses réalisées à l'aide d'un modèle de régression semi-paramétrique (modèle de Cox⁶) (Hosmer et Lemeshow, 1999). Cette procédure statistique s'avère plutôt robuste à la présence de modes locaux caractérisant les données.

Le modèle final comprend sept variables (tableau 6.1) et permet d'isoler la contribution individuelle de chacune à la rapidité avec laquelle le brossage des dents débute dans la vie de l'enfant. Le taux de non-réponse partielle pour le modèle est d'environ 5 %.

5. Tests d'association univariée entre la variable de durée et les variables indépendantes.

6. Le modèle de régression semi-paramétrique de Cox permet de modéliser la durée en fonction de variables explicatives de différentes natures (continues, catégorielles, etc.). Si le choix des variables explicatives retenues pour les analyses présentées au tableau 6.1 repose sur les résultats des tests du *log-rank* obtenus lors des analyses bivariées, ceux des tests de Wilcoxon sont également présentés en annexe au tableau A.3.

Tableau 6.1

Influence de certaines caractéristiques sur l'âge de l'enfant au début du brossage de dents (modèle de régression semi-paramétrique de Cox), Québec, 1998, 1999 et 2000

Variables ¹	Rapports de risque ²	p
Caractéristiques de l'enfant		
Rang de naissance		
Premier	1,09	p < 0,05
(Deuxième ou plus)	1,00	
Naissance prématurée < 37 semaines		
Oui	0,81	p < 0,05
(Non)	1,00	
Caractéristiques de la mère (5 mois)		
Groupe d'âge		
Moins de 25 ans	1,16	p < 0,01
(25 ans et plus)	1,00	
Scolarité		
Sans diplôme d'études secondaires	0,84	Non sig.
Diplôme d'études secondaires, d'études professionnelles ou d'une école de commerce	0,98	
(Diplôme collégial ou universitaire)	1,00	
Caractéristiques du ménage (5 mois)		
Niveau de suffisance de revenu		
Oui	1,11	Non sig.
(Non)	1,00	
Caractéristiques de la relation parent-enfant (5 mois)		
Pratiques parentales positives (PCM)		
Interactions positives	1,08	p < 0,001
Échelle de 0 à 10		
Perceptions et conduites maternelles		
Perception d'impact parental	1,03	p < 0,05
Échelle de 0 à 10		
Test d'ajustement du modèle : khi-carré 57,59 avec 8 dl		p < 0,000

1. La catégorie de référence est indiquée entre parenthèses.

2. Un rapport de risque > 1 indique que le brossage de dents débute plus hâtivement, alors qu'un rapport de risque < 1 indique que le brossage de dents débute plus tardivement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

On observe d'abord que les premiers-nés et ceux dont la mère est âgée de moins de 25 ans sont plus susceptibles de débiter tôt le brossage de dents. À l'inverse, les enfants nés prématurément commencent à le faire plus tardivement.

Les données portant sur les caractéristiques de la relation entre le parent et l'enfant, soit les interactions positives et la perception d'impact, révèlent que les enfants dont la mère obtient un score plus élevé sur ces échelles ont plus de chances d'avoir débuté cette pratique tôt.

Bien que ces résultats ne soient pas significatifs, les enfants dont la mère ne détient pas de diplôme

d'études secondaires seraient moins susceptibles d'avoir débuté le brossage de dents à un jeune âge. À l'inverse, on observe une tendance à amorcer plus rapidement le brossage des dents chez les enfants vivant dans un ménage présentant un niveau de revenu suffisant.

7. Conclusion

Les données de l'ÉLDEQ permettent des constats d'intérêt en ce qui concerne deux comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire, soit l'utilisation inappropriée d'un biberon à l'âge de 29 mois associée à un risque accru de carie dentaire chez les jeunes enfants, et l'âge au début du brossage des dents, qui constitue un facteur de protection lorsqu'il est effectué avec un dentifrice fluoruré.

Concernant l'âge au début du brossage des dents des enfants, il est intéressant de constater que le brossage des dents a commencé pour presque tous les enfants avant l'âge de 29 mois, ce qui témoigne de l'attention accordée par les parents à la santé buccodentaire de leur enfant. La profession dentaire recommande de le faire aussitôt que les dents apparaissent en bouche.

Étant donné que les premières dents antérieures apparaissent vers l'âge de 6 mois à 10 mois (ADC, 2002), il est toutefois étonnant de constater qu'environ quatre enfants sur dix seulement ont eu les dents brossées pour la première fois avant l'âge de 12 mois. Cette proportion monte cependant rapidement à 63 % à 12 mois et à 99 % lorsque l'enfant atteint l'âge de 24 mois.

Une étude réalisée en Angleterre auprès de plus de 1 500 enfants représentatifs de la population d'âge préscolaire révèle aussi qu'à l'âge de 24 mois le brossage des dents avait déjà débuté pour une grande majorité d'enfants (95 %). Cette étude montre également que 54 % des 497 parents d'un sous-groupe d'enfants âgés de 18 mois à 30 mois ont déclaré avoir commencé le brossage des dents de leur enfant avant l'âge de 12 mois (Hinds et Gregory, 1995). On pourrait penser que cette pratique s'amorce moins hâtivement chez les enfants québécois, étant donné que seulement 37 % des mères ont déclaré qu'elle a débuté avant l'âge de 1 an.

Une étude réalisée en 1983-1984 dans une des régions du Québec auprès d'un échantillon représentatif d'enfants âgés de 5 ans fréquentant la maternelle (n = 391) donne une estimation de l'âge

au début du brossage des dents. Ainsi, 25 % des parents ont répondu que le brossage des dents a débuté à l'âge de 12 mois et moins, 40 % entre 13 mois et 24 mois et 35 % à plus de 24 mois (Leduc, 1992). Malgré les limites associées à la nature transversale et rétrospective de cette étude ainsi qu'à l'absence de représentativité de l'ensemble des enfants québécois, ces données expriment une tendance que l'on peut mettre en relation avec les données de l'ÉLDEQ. On peut faire l'hypothèse que le brossage des dents débute plus tôt à la fin des années 1990 et avancer des explications à ce phénomène. On peut penser que lorsqu'ils étaient jeunes, une bonne proportion des parents des enfants d'aujourd'hui ont eu accès à de l'information concernant la prévention de la carie dentaire dans le cadre du Programme de services dentaires pour les enfants, administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec et entré en vigueur en 1974 (RAMQ, 2000). Ils ont également pu être exposés à des services préventifs gratuits fournis par les CLSC, aussi implantés au milieu des années 1970, alors qu'ils fréquentaient l'école primaire. De plus, on peut considérer que le guide pratique *Mieux vivre avec son enfant de la naissance à deux ans*, dont la première édition remonte à 1977, rejoint davantage de parents, vingt ans plus tard, puisqu'il est remis gratuitement à toutes les mères qui donnent naissance à un bébé dans un centre hospitalier ou dans une maison des naissances au Québec (Doré et Le Hénaff, 2001).

La recommandation professionnelle concernant la fréquence de brossage des dents semble peu observée puisque seulement 29 % des enfants âgés de 17 mois ont brossé leurs dents deux fois et plus, le jour précédant l'entrevue, et que cette proportion n'atteint pas encore 50 % chez les enfants de 29 mois.

La présence de fluorure dans le dentifrice n'est pas précisée mais comme les dentifrices en contiennent presque tous, on peut penser qu'un dentifrice fluoruré est utilisé. Il est à noter que les parents des enfants visés par l'ÉLDEQ ont été exposés à des messages différents, étant donné les délais inhérents à la mise à jour scientifique des documents d'information qui leur sont destinés. Par exemple, les versions antérieures

du guide pratique *Mieux vivre avec son enfant de la naissance à deux ans* (Doré et Le Hénaff, 2001) conseillaient d'utiliser un dentifrice fluoruré seulement après l'âge de 2 ans. Il est intéressant de constater qu'à l'âge de 17 mois, près de 45 % des enfants en utilisent et que la quantité recommandée (soit la grosseur d'un petit pois ou d'un mince ruban de dentifrice) est presque toujours respectée.

Concernant l'utilisation du biberon, la recommandation professionnelle stipule de ne pas laisser dormir un enfant avec un biberon contenant autre chose que de l'eau (ADC, 2002; ODQ, 2002). Ainsi, il est inquiétant de réaliser que vers l'âge de 29 mois, un enfant sur quatre utilise un biberon contenant un produit sucré aux périodes d'endormissement ou pendant le sommeil. En effet, cette pratique est souvent identifiée comme un facteur de risque associé à la carie dentaire chez les jeunes enfants. Des proportions similaires ont été rapportées dans des études populationnelles dans lesquelles 35 % d'enfants âgés de 1 ½ à 2 ½ ans, en Angleterre, utilisent couramment un biberon contenant surtout du lait pendant la nuit (Hinds et Gregory, 1995). Aux États-Unis, Kaste et Gift (1995) ont observé que 20 % d'enfants âgés de 6 mois à 60 mois utilisent un biberon au lit. Le fait que 24 % des enfants québécois utilisent un biberon de façon inappropriée à l'âge d'environ 29 mois amènera à poursuivre l'observation de ce phénomène au cours des prochaines collectes de données de l'ÉLDEQ. Les données actuelles permettent tout de même de caractériser ces enfants.

En ce qui a trait aux deux caractéristiques de l'enfant à sa naissance, le rang et la prématurité, aucune différence quant aux modalités d'utilisation du biberon (contenant un produit sucré aux périodes d'endormissement ou pendant le sommeil) n'a pu être observée. Par contre, la perception par la mère d'un état de santé moins optimal chez son enfant s'avère associée à l'utilisation d'un biberon contenant un produit sucré aux périodes d'endormissement ou pendant le sommeil. Il s'agit d'une caractéristique déjà mise en évidence chez les jeunes enfants atteints de carie dentaire (Milnes, 1996). Une telle utilisation du biberon vers l'âge de 29 mois est également associée à la perception d'un tempérament plus difficile chez les enfants alors qu'ils sont âgés de 17 mois. On peut penser que prendre soin de ce

genre d'enfants est contraignant et peut amener des modalités d'allaitement et d'utilisation du biberon pouvant favoriser la carie dentaire. C'est surtout la présence d'un tempérament difficile (*strong temper*) qui a déjà été mentionnée comme caractéristique des jeunes enfants atteints de carie dentaire (Marino et autres, 1989; Weinstein et autres, 1992).

Les données ne permettent pas d'observer d'écart selon le niveau de scolarité de la mère, alors que tout comme les résultats de Kaste et Gift (1995), les enfants vivant dans une famille dont le revenu est insuffisant sont plus fréquemment classés dans la catégorie « À risque » en regard du mode d'utilisation du biberon. On peut donc penser que cette pratique n'est pas étrangère au stress et aux contraintes pouvant être engendrés par une situation économique défavorable. On peut également supposer qu'un tel biberon constitue une façon peu coûteuse pour les parents de s'assurer que leur enfant est bien nourri.

Aucun lien n'a pu être établi entre l'utilisation d'un biberon contenant un produit sucré aux périodes d'endormissement ou durant le sommeil et l'âge de la mère, alors qu'il y a une association entre cette modalité d'utilisation du biberon et le statut d'immigrante de la mère. Les enfants dont la mère est immigrante non européenne sont proportionnellement plus nombreux à l'utiliser. Le statut d'immigrante de la mère étant souvent associé au niveau de revenu, on peut songer à une interprétation similaire pour l'écart observé selon ce statut. On peut également suggérer une influence des facteurs culturels sur les pratiques d'allaitement (Febres et autres, 1997), certains ayant rapporté, à cet égard, le cas des parents asiatiques plus susceptibles de donner un biberon au contenu sucré pendant plusieurs années à leurs enfants (Davies et autres, 2001). Étant donné la diversité des associations suggérées entre des caractéristiques socioéconomiques ou socioculturelles et la carie dentaire chez les jeunes enfants dans la littérature (NIH, 2001), il ne semble pas ressortir de portrait définitif des parents d'enfants qui en sont atteints. Cette diversité n'est pas étonnante puisque chacune de ces sous-cultures, économique ou culturelle, possède son propre système de croyances, d'attitudes et de valeurs à l'égard de la santé et de la maladie (Helman, 1990). Ainsi, la culture résultante de ces sous-cultures dicte des normes alimentaires,

vestimentaires, etc. (Massé, 1995). On peut supposer que les comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire de leur enfant, tels que l'âge au début du brossage des dents et l'utilisation d'un biberon contenant un produit sucré aux périodes d'endormissement ou durant le sommeil, sont également dictés par ces normes.

Rappelons que les jeunes enfants atteints par la carie dentaire sont plus susceptibles d'avoir une forte incidence de problèmes de sommeil (Marino et autres, 1989). Le fait pour un enfant de dormir moins d'heures est associé à la carie dentaire (Lopez Del Valle et autres, 1998; Shantinath et autres, 1996). Les données de l'ÉLDEQ 1998-2002 permettent d'observer des associations entre l'utilisation d'un biberon contenant un produit sucré aux périodes d'endormissement ou pendant le sommeil, et le temps mis à s'endormir ainsi que le fait de ne pas faire ses nuits. Les résultats mettent également en évidence que 54 % des enfants qui reçoivent à boire ou à manger lorsqu'ils se réveillent la nuit sont classés parmi les utilisateurs d'un biberon contenant un produit sucré aux périodes d'endormissement ou pendant le sommeil comparativement à environ 23 % pour ceux qu'on laisse pleurer ou qu'on reconforte dans ou hors du lit et à 15 % pour ceux qui ne se réveillent pas. Or, le fait d'allaiter ou de donner un biberon pour arrêter les pleurs de l'enfant la nuit au lieu de le tenir, le bercer, lui parler ou le distraire a déjà été associé à la carie dentaire (Lopez Del Valle et autres, 1998).

L'allaitement maternel est associé à l'utilisation d'un biberon contenant un produit sucré aux périodes d'endormissement ou pendant le sommeil. Cela traduit sans doute en partie le lien déjà observé entre le statut d'immigrante de la mère et les modalités d'utilisation du biberon, la pratique de l'allaitement maternel étant aussi plus répandue chez les immigrantes non européennes. Quant aux collations sucrées, on observe qu'une consommation d'au moins deux collations sucrées par jour est associée au fait qu'un enfant utilise un biberon contenant un produit sucré aux périodes d'endormissement ou pendant le sommeil, ce qui suggère un cumul de facteurs de risque comportementaux. Il a déjà été démontré que les mères qui ont plus tendance à donner un biberon le soir sont plus susceptibles de proposer une

alimentation riche en sucre à leur enfant (Litt et autres, 1995).

On constate que l'enfant dont la mère se perçoit comme ayant moins d'impact ou étant moins efficace utilise davantage un biberon contenant un produit sucré aux périodes d'endormissement ou pendant le sommeil. Le fait pour les mères de percevoir leurs comportements comme ayant peu d'impact sur le développement de leur enfant s'avère lié à un score plus élevé sur l'échelle de surprotection (Boivin et autres, 2000). Cette tendance à la surprotection peut amener des conduites reflétant une préoccupation excessive pour la sécurité et la protection de l'enfant. L'utilisation d'un biberon contenant un produit sucré aux périodes d'endormissement ou pendant le sommeil pourrait alors correspondre à un moyen de prévenir les éveils nocturnes ou les pleurs de l'enfant lorsqu'il est séparé de sa mère, etc. Certains auteurs ont suggéré que la carie dentaire chez les jeunes enfants est liée à l'incapacité des parents d'imposer des contraintes à l'enfant (*lack of parental restraint*) et non pas à un problème de négligence (Febres et autres, 1997). Par ailleurs, Litt et autres (1995) ont déjà montré que les parents qui se percevaient comme étant peu efficaces à prendre soin des dents de leurs enfants rapportaient une plus forte consommation de sucre chez ces derniers.

Le début du brossage des dents chez les enfants québécois est un phénomène complété à l'âge de 29 mois. Il était donc opportun de procéder à une analyse multivariée mettant en évidence l'influence de certaines variables sur la rapidité avec laquelle le brossage de dents débute chez les enfants. Les résultats de cette analyse montrent que, parmi les caractéristiques de l'enfant, le fait d'être le deuxième enfant ou plus ou d'être né prématurément augmente le risque que le brossage de dents débute plus tardivement. On peut penser que le petit dernier de la famille, bien qu'il bénéficie d'une attention particulière, augmente également le fardeau des tâches familiales. Il est plausible que certaines pratiques soient ainsi reportées dans le temps. Les études ayant porté sur le lien entre le rang de naissance et la carie dentaire chez les jeunes enfants ont obtenu des résultats variables. En ce qui concerne la naissance prématurée (< 37 semaines), on peut supposer que les mères sont davantage préoccupées par la santé générale du bébé que par sa santé

buccodentaire. Soulignons également qu'une fois prises en compte les autres caractéristiques, les enfants dont la mère est âgée de 25 ans et plus risquent aussi de voir la pratique du brossage de dents s'introduire plus tardivement dans leur vie. Des tendances à un brossage de dents plus tardif ont été observées chez les enfants vivant dans une famille à faible revenu et chez ceux dont la mère est moins scolarisée. Ainsi, on peut poser l'hypothèse que les contraintes inhérentes à un faible revenu, souvent associé à un niveau moindre de scolarité, reportent à plus tard l'adoption de comportements comme le brossage des dents d'un enfant. Hinds et Gregory (1995) avaient déjà observé un lien similaire entre la classe sociale du ménage et l'âge au début du brossage des dents.

Lorsque la mère perçoit avoir peu d'impact sur le développement de son enfant âgé de 5 mois, le brossage des dents risque de débiter plus tardivement. Alors que les deux premiers déterminants de la réussite d'une tâche ont été testés, à savoir la perception d'impact et le sentiment d'efficacité (Bandura, 1989), il est intéressant de constater que notre modèle n'a retenu qu'un seul des deux. Enfin, un faible niveau d'interactions positives (ex. : féliciter, jouer, parler, rire), à l'âge de 5 mois, entre la mère et son enfant, augmente aussi le risque que le brossage des dents chez ce dernier débute tardivement.

En terminant, on peut se demander s'il est pertinent, dans un contexte d'intervention en santé dentaire publique, d'administrer un ensemble de questions mesurant les comportements parentaux, au lieu de prendre en compte des caractéristiques sociodémographiques et culturelles évidentes. On pourrait se poser la même question au sujet des échelles mesurant des caractéristiques de la relation entre le parent et l'enfant (perception d'impact ou interactions positives). Les perceptions et les comportements sont en effet liés à l'âge de la mère, à son niveau de scolarité, au revenu du ménage et à d'autres variables servant souvent à identifier des clientèles cibles. Toutefois, la connaissance de certaines caractéristiques de la relation entre la mère et l'enfant, comme le montrent nos résultats sur l'âge au début du brossage des dents, permet d'enrichir le contenu des interventions. En effet, l'intervention actuelle en santé dentaire publique se résume trop souvent à

conseiller les parents, cette approche ne tenant pas compte des dimensions psychologiques et sociales à l'origine des comportements parentaux. En cela, les données de l'ÉLDEQ pourraient conduire à la mise en place d'interventions plus efficaces et mieux ciblées.

Tableau A.1

Type de collations prises entre les repas ou immédiatement avant le coucher par les enfants vers l'âge de 29 mois, Québec, 2000

Type de collations

Fruits séchés (ex. : raisins, dattes, abricots, etc.)
 Crème glacée, sorbet, yogourt glacé, popsicle
 Boissons aux fruits, boissons gazeuses
 Biscuits sucrés, pâtisseries, barres granolas
 Bonbons, confitures, sirop, miel

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Tableau A.2

Répartition des enfants âgés d'environ 17 mois et 29 mois selon la quantité de dentifrice utilisée, Québec, 1999 et 2000

	17 mois	29 mois
	%	
En général, quelle quantité de dentifrice est utilisée au moment du brossage des dents de l'enfant?		
Aucun dentifrice	40,1	8,8
Une toute petite quantité équivalente à la grosseur d'un petit pois	37,2	71,6
Une toute petite quantité équivalente à un mince ruban	5,7	12,3
Plus qu'un petit pois	0,9 **	5,1
Sur toute la longueur de la brosse	0,5 **	1,5 *
Les dents n'ont jamais été brossées	15,6	0,8 **

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Tableau A.3

Résultats de l'analyse bivariée entre l'âge au début du brossage des dents et certaines caractéristiques de l'enfant, de la mère, du ménage, de la relation parent-enfant et selon certains comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire, Québec, 1998, 1999 et 2000

Variables	Log-rank	Wilcoxon
	χ^2	
Caractéristiques de l'enfant		
Sexe	0,1251	0,0597
Féminin		
Masculin		
Rang de naissance	0,0009	0,0001
Premier		
Deuxième ou plus		
Naissance prématurée < 37 semaines	0,0954	0,0205
Oui		
Non		
Poids à la naissance < 2 500 grammes	0,2788	0,0575
Oui		
Non		
Caractéristiques de la mère (5 mois)		
Groupe d'âge	0,0960	0,0175
Moins de 25 ans		
25 ans et plus		
Scolarité	0,0082	0,0307
Sans diplôme d'études secondaires		
Diplôme d'études secondaires, d'études professionnelles ou d'une école de commerce		
Diplôme collégial ou universitaire		
Statut d'immigrante	0,0112	0,0046
Non immigrante ou immigrante européenne		
Immigrante non européenne		
Travaille au moment de l'enquête	0,2955	0,2624
Non		
Oui		
A travaillé au cours des 12 derniers mois	0,1800	0,4366
Non		
Oui		
Caractéristiques du ménage (5 mois)		
Type de familles à l'enquête	0,5000	0,4784
Biparentale		
Monoparentale		
Niveau de suffisance de revenu	0,0085	0,0484
Oui		
Non		
Fonctionnement familial (PCM)	0,0191	0,0010
Échelle de 0 à 10		
Caractéristiques de la relation parent-enfant (5 mois)		
Perceptions et conduites maternelles (ÉCOPAN)		
Échelles de 0 à 10		
• sentiment d'efficacité	0,0186	0,0013
• perception d'impact	0,0006	0,0001
• tendance à la surprotection	0,1982	0,0314
Perception d'un tempérament difficile par la mère	0,7390	0,4611
Échelle de 0 à 10		
Pratiques parentales positives selon la PCM	0,0001	0,0001
Interactions positives		
Échelle de 0 à 10		

suite à la page suivante...

Variables	Log-rank	Wilcoxon
	χ^2	
Comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire		
Modalités d'utilisation du biberon (17 mois)	0,0984	0,1276
« À risque »		
« Non à risque »		
Prise de suppléments de fluorure, seul ou en association avec des vitamines ou minéraux (29 mois)	0,0950	0,0594
Oui		
Non		
Pratiques alimentaires		
Allaitement maternel (5 mois)	0,6112	0,6909
Oui		
Non		
Jus, boissons sucrées par jour (17 mois)	0,4961	0,3250
Moins de deux fois par jour		
Au moins deux fois par jour		
Collations sucrées par jour (29 mois)	0,0576	0,0284
Moins de deux collations sucrées par jour		
Au moins deux collations sucrées par jour		

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Bibliographie

ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE (ADC) (Page consultée le 25 mars 2002). *Site de l'Association dentaire canadienne, Votre santé dentaire, Dents des enfants* (<http://www.cda-adc.ca>).

BANDURA, A. (1989). « Social cognitive theory », *Annals of Child Development*, vol. 6, p. 1-60, cité dans BOIVIN et autres (2000), *opus cit.*

BARNES, G. P., W. A. PARKER, T. C. LYON, M. A. DRUM et G. C. COLEMAN (1992). « Ethnicity, location, age and fluoridation factors in baby bottle tooth decay and carie prevalence of Head Start », *Public Health Reports*, vol. 107, p. 167-172, cité dans REISINE et DOUGLASS (1998), *opus cit.*

BATES, J. E., C. A. FREELAND et M. L. LOUNSBURY (1979). « Measures of infant difficulty », *Child Development*, vol. 50, p. 794-803, cité dans JAPÉL et autres (2000a), *opus cit.*

BOIVIN, M., D. PÉRUSSE, V. SAYSSSET, N. TREMBLAY et R. E. TREMBLAY (2000). « Conduites parentales et relations familiales, section I - Les cognitions et les conduites parentales » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 10, 62 p.

BRODERICK, E., J. MARBY, D. ROBERTSON et J. THOMPSON (1989). « Baby bottle tooth decay in native American children in Head Start centers », *Public Health Reports*, vol. 104, p. 50-54, cité dans REISINE et DOUGLASS (1998), *opus cit.*

BRODEUR, J. M., M. OLIVIER, M. BENIGERI, C. BEDOS et S. WILLIAMSON (2001). *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, vol. 18, 152 p. (Collection analyses et surveillance).

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

BURT, B. A., et S. PAI (2001a). « Sugar consumption and caries risk: A systematic review », *Journal of Dental Education*, vol. 65, n° 10, p. 1017-1023.

BURT, B. A., et S. PAI (2001b). « Does low birthweight increase the risk of caries? A systematic review », *Journal of Dental Education*, vol. 65, n° 10, p. 1024-1027.

CORBEIL, P., J. M. BRODEUR et M. NOISEUX (1996). *Enquête sur la santé dentaire des écoliers de maternelle, deuxième et sixième année en Montérégie 1994-1995*, Greenfield Park, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique.

DAVIES, G. M., F. A. BLINKHORN et J. T. DUXBURY (2001). « Caries among 3-year-olds in Greater Manchester », *British Dental Journal*, vol. 190, n° 7, p. 381-384.

DEMERS, M., J. M. BRODEUR, C. MOUTON, P. L. SIMARD, L. TRAHAN et G. VEILLEUX (1992). « A multivariate model to predict caries increment in Montreal children aged 5 years », *Community Dental Health*, vol. 9, p. 273-281.

DESROSIERS, H. (2000). « Milieux de vie : la famille, la garde et le quartier » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 2, 62 p.

DILLEY, G. J., D. H. DILLEY et J. B. MACHEN (1980). « Prolonged nursing habit: A profile of patients and their families », *Journal of Dentistry for Children*, vol. 47, n° 2, p. 102-108, cité dans MILNES (1996), *opus cit.*

DORÉ, N., et D. LE HÉNAFF (2001). *Mieux vivre avec son enfant de la naissance à deux ans*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 432 p.

ELARABI, S., A. ELHAMID, J. HARCHAOUI, A. TAABOUZ et S. MSEFER (2001). « La polycarie infantile : facteurs de risque », *Journal dentaire du Québec*, vol. 38, p. 363-371.

ERONAT, N., et E. EDEN (1992). « A comparative study of some influencing factors of rampant or nursing caries in preschool children », *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, vol. 16, n° 4, p. 275-279.

FEBRES, C., E. A. ECHEVERRI et H. J. KEENE (1997). « Parental awareness, habits, and social factors and their relationship to baby bottle tooth decay », *Pediatric Dentistry*, vol. 19, n° 1, p. 22-27, cité dans REISINE et DOUGLASS (1998), *opus cit.*

- GREEN, L. W., et M. W. KREUTER (1991). *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach*, Second Edition, Mayfield Publishing Company, 506 p.
- GRYTTEN, J., I. ROSSOW, D. HOLST et L. STEELE (1988). « Longitudinal study of dental health behaviors and other caries predictors in early childhood », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 16, p. 356-359, cité dans REISINE et DOUGLASS (1998), *opus cit.*
- HELMAN, C. G. (1990). *Culture, Health and Illness*, London, Wright.
- HINDS, K., et J. R. GREGORY (1995). « National diet and nutrition survey: Children aged 1 ½ to 4 ½ years », *Report of the Dental Survey*, London, HMSO, vol. 2.
- HOSMER, D. W., et S. LEMESHOW (1999). *Applied Survival Analysis: Regression Modeling of Time to Event Data*, John Wiley and Son, 408 p.
- ISMAIL, A. I. (1998). « Prevention of early childhood caries », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 26, supplément 1, p. 49-61.
- ISMAIL, A. I., et W. SOHN (1999). « A systematic review of clinical diagnostic criteria of early childhood caries », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 59, n° 3, p. 171-191.
- JAPEL, C., R. E. TREMBLAY, P. McDUFF et M. BOIVIN (2000a). « Le tempérament » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 7, 46 p.
- JAPEL, C., R. E. TREMBLAY et P. McDUFF (2000b). « Conduites parentales et relations familiales, section II - Le milieu familial » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 10, 62 p.
- JOHNSEN, D. C. (1982). « Characteristics and backgrounds of children with 'nursing caries' », *Pediatric Dentistry*, vol. 4, p. 218-224, cité dans RIPA (1988), *opus cit.*
- JOHNSEN, D. C., J. H. GERSTENMAIER, E. SCHWARTZ, B. C. MICHAEL et S. PARRISH (1984). « Background comparisons of pre- 3 ½-year-old children with nursing caries in four practice settings », *Pediatric Dentistry*, vol. 6, p. 50-54, cité dans RIPA (1988), *opus cit.*
- KARJALAINEN, S., A. L. ERIKSSON, M. RUOKOLA et A. TOIVONEN (1994). « Caries development after substitution of supervised fluoride rinses and toothbrushings by unsupervised use of fluoride toothpaste », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 22, p. 421-424, cité dans ISMAIL (1998), *opus cit.*
- KASTE, L. M., R. H. SELWITZ, R. J. OLDKOWSKI, J. A. BRUNELLE, D. M. WINN et L. J. BROWN (1996). « Coronal caries in the primary and permanent dentition of children and adolescents 1-17 years of age: United States, 1988-1991 », *Journal of Dental Research*, vol. 75 (Special Issue), p. 631-641, cité dans REISINE et DOUGLASS (1998), *opus cit.*
- KASTE, L. M., et H. C. GIFT (1995). « Inappropriate infant bottle feeding. Status of the healthy people 2000 objective », *Archive of Pediatric and Adolescence Medicine*, vol. 149, p. 786-791, cité dans REISINE et DOUGLASS (1998), *opus cit.*
- KELLY, M., et B. BRUERD (1987). « The prevalence of baby bottle tooth decay among two Native American populations », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 47, p. 94-97, cité dans REISINE et DOUGLASS (1998), *opus cit.*
- KENDRICK, F., S. WILSON, D. COURY et I. PREISCH (1998). « Comparison of temperaments of children with and without baby bottle tooth decay », *Journal of Dentistry for Children*, vol. 65, p. 198-203, cité dans QUINONEZ et autres (2001), *opus cit.*
- KINIRONS, M., et M. MCCABE (1995). « Familial and maternal factors affecting the dental health and dental attendance of preschool children », *Community Dental Health*, vol. 12, n° 4, p. 226-229.
- LEDUC, N. (1992). *Les déterminants individuels et familiaux de l'utilisation des services dentaires durant la période d'âge préscolaire*, Thèse de doctorat, Université de Montréal, Faculté des études supérieures, Faculté de médecine, Département d'administration de la santé, 129 p.
- LITT, M. D., S. REISINE et N. TINANOFF (1995). « Multidimensional causal model of dental caries development in low-income preschool children », *Public Health Reports*, vol. 110, p. 607-617, cité dans REISINE et DOUGLASS (1998), *opus cit.*
- LOCHARY, M., S. WILSON, A. GRIFFEN et D. COURY (1993). « Temperament as a predictor for conscious sedation in dentistry », *Pediatric Dentistry*, vol. 15, p. 348-352, cité dans QUINONEZ et autres (2001), *opus cit.*

- LOCKER, D., et D. MATEAR (2001). *Oral disorders, systemic health, well-being and the quality of life. A summary of recent research evidence*, University of Toronto, Faculty of Dentistry, Community Health Services Research Unit, 34 p.
- LOPEZ DEL VALLE, L., Y. VELAZQUEZ-QUINTANA, P. WEINSTEIN, P. DOMOTO et B. LEROUX (1998) « Early childhood caries and risk factors in rural Puerto Rican children », *Journal of Dentistry For Children*, vol. 65, n° 2, p. 132-135.
- MARINO, R., K. BOMZE, T. O. SCHOLL et H. ANHALT (1989). « Nursing bottle caries: characteristics of children at risk », *Clinical Paediatrics*, vol. 28, p. 129-131, cité dans MILNES (1996), *opus cit.*
- MASSÉ, R. (1995). *Culture et santé publique*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 499 p.
- MILNES, A. R. (1996). « Description and epidemiology of nursing caries », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 56, n° 1, p. 38-50.
- MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE (2000). *La santé des enfants... en services de garde éducatifs*, Québec, Les publications du Québec, Gouvernement du Québec, 271 p. (Collection petite enfance).
- MOY, C. (1992). *The relationship of dental caries and child temperament in preschool children*, Master's Thesis, The Ohio State University, cité dans QUINONEZ et autres (2001), *opus cit.*
- MULLER, M. (1996). « Nursing-bottle syndrome: Risk factors », *Journal of Dentistry for Children*, vol. 63, n° 1, p. 42-50.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH) (2001). « National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement, March 26-28, 2001, Diagnosis and management of dental caries throughout life », *Journal of Dental Education*, vol. 65, n° 10, p. 1162-1168.
- O'MULLANE, D. M. (1994). « Introduction and rationale for the use of fluoride for caries prevention », *International Dental Journal*, vol. 44, p. 257-261, cité dans ISMAIL (1998), *opus cit.*
- ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC (ODQ) (Page consultée le 1^{er} février 2002). *Site de l'Ordre des dentistes du Québec*, Information au public, Les Info-Capsules, Coup d'œil sur la dentisterie préventive, Tout sur la carie du biberon (<http://www.odq.qc.ca>).
- PAUNIO, P., P. RAUTAVA, H. HELENIUS, P. ALANEN et M. SILLANPAA (1993). « The Finnish family competence study: The relationship between caries, dental health habits and general health in 3-year-old Finnish children », *Caries Research*, vol. 27, p. 154-160, cité dans REISINE et DOUGLASS (1998), *opus cit.*
- PAYETTE, M., J. M. BRODEUR, Y. LEPAGE et R. PLANTE (1991). *Enquête santé dentaire Québec 1989-1990 : portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans*, rapport final, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, Réseau des départements de santé communautaire, Centre de coordination de santé communautaire, 260 p.
- PAYETTE, M., J. B. L'HEUREUX et Y. LEPAGE (1987). *Enquête santé dentaire Québec 1983-1984*, rapport complémentaire, volet provincial, Montréal, Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Association des hôpitaux du Québec, Division CH-DSC, 310 p., annexes I, II et III.
- PERSSON, L. A., A. K. HOLM, S. ARVIDSSON et G. SAMUELSON (1985). « Infant feeding and dental caries - a longitudinal study of Swedish children », *Swedish Dental Journal*, vol. 9, p. 201-206, cité dans REISINE et DOUGLASS (1998), *opus cit.*
- PITTS, N. B. (1998). « Risk assessment and caries prediction », *Journal of Dental Education*, vol. 62, n° 10, p. 762-770.
- POWELL, L. V. (1998). « Caries prediction: A review of the literature », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 26, p. 361-371.
- POWELL, D. (1976). « Milk... is it related to rampant caries of the early primary dentition? », *Journal of California Dental Association*, vol. 4, n° 1, p. 58-63, cité dans REISINE et DOUGLASS (1998), *opus cit.*
- QUINONEZ, R., R. G. SANTOS, S. WILSON et H. CROSS (2001). « The relationship between child temperament and early childhood caries », *Pediatric dentistry*, vol. 23, n° 1, p. 5-10.
- QUINONEZ, R., R. SANTOS, R. BOYAR et H. CROSS (1997). « Temperament and trait anxiety as predictors of disruptive behavior in non-premedicated children prior to general anesthesia », *Pediatric Dentistry*, vol. 19, p. 427-431, cité dans QUINONEZ et autres (2001), *opus cit.*
- RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ) (2000). « Les services dentaires », *Statistiques annuelles*, Québec, RAMQ.

- REISINE, S. T., et W. PSOTER (2001). « Socioeconomic status and selected behavioral determinants as risk factors for dental caries », *Journal of Dental Education*, vol. 65, n° 10, p. 1009-1016.
- REISINE, S., et J. M. DOUGLASS (1998). « Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 26, supplément 1, p. 32-44.
- RIPA, L. W. (1988). « Nursing caries: A comprehensive review », *Pediatric Dentistry*, vol. 10, n° 4, p. 268-282.
- SCHRODER, U., et L. GRANATH (1983). « Dietary habits and oral hygiene as predictors of caries in 3-year-old children », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 11, p. 308-311, cité dans REISINE et DOUGLASS (1998), *opus cit.*
- SERWINT, J. R., R. MUNGO, V. F. NEGRETE, A. K. DUGGAN et B. M. KORSCH (1993). « Child rearing practices and nursing caries », *Pediatrics*, vol. 92, p. 233-237, cité dans REISINE et DOUGLASS (1998), *opus cit.*
- SHANTINATH, S. D., D. BREIGER, B. J. WILLIAMS et J. E. HASAZI (1996). « The relationship of sleep problems and sleep-associated feeding to nursing caries », *Pediatric Dentistry*, vol. 18, n° 5, p. 375-378.
- SILVER, D. H. (1992). « A comparison of 3-year-olds' caries experience in 1973, 1981 and 1989 in a Hertfordshire town, related to family behaviour and social class », *British Dental Journal*, vol. 172, n° 5, p. 191-197, cité dans REISINE et DOUGLASS (1998), *opus cit.*
- STAMM, J. W. (1993). « The value of dentifrices and mouthrinses in caries prevention », *International Dental Journal*, vol. 43, p. 517-527, cité dans ISMAIL (1998), *opus cit.*
- THOMAS, A., et S. CHESS (1977). *Temperament and Development*, New York, Brunner/Mazel, cité dans QUINONEZ et autres (2001), *opus cit.*
- TINANOFF, N., et J. M. DOUGLASS (2001). « Clinical decision-making for caries management in primary teeth », *Journal of Dental Education*, vol. 65, n° 10, p. 1133-1142.
- VALAITIS, R., R. HESCH, C. PASSARELLI, D. SHEEHAN et J. SINTON (2000). « A systematic review of the relationship between breastfeeding and early childhood caries », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 91, n° 6, p. 411-417.
- VEILLEUX, G., M. OLIVIER, J. DUROCHER, M. GÉNÉREUX et M. LÉVY (2000). « Habitudes reliées à la santé buccodentaire » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 6, 42 p.
- WEINSTEIN, P., P. DOMOTO, K. WOHLERS et M. KODAY (1992). « Mexican-American parents with children at risk for baby bottle tooth decay: Pilot study at a migrant farmworkers clinic », *Journal of Dentistry for Children*, vol. 59, n° 5, p. 376-383, cité dans MILNES (1996), *opus cit.*
- WENDT, L. K., A. L. HALLONSTEN, G. KOCH et D. BIRKHED (1994). « Oral hygiene in relation to caries development and immigration status in infants and toddlers », *Scandinavian Journal of Dental Research*, vol. 102, p. 269-273, cité dans REISINE et DOUGLASS (1998), *opus cit.*
- WILLIAMS, S. A., et J. A. HARGREAVES (1990). « An inquiry into the effects of health related behaviour on dental health among young Asian children resident in a fluoridated city in Canada », *Community Dental Health*, vol. 7, p. 413-420, cité dans REISINE et DOUGLASS (1998), *opus cit.*
- WINTER, G. B., D. C. RULE, G. P. MAILER, P. M. C. JAMES et P. H. GORDON (1971). « The prevalence of dental caries in pre-school children aged 1 to 4 years », *British Dental Journal*, vol. 130, p. 434-436, cité dans REISINE et DOUGLASS (1998), *opus cit.*

Liste des numéros inclus dans le volume 2 de la collection

Ce document fait partie d'une série de numéros composant le volume 2 d'un rapport cité comme suit : JETTÉ, M., H. DESROSIERS, R. E. TREMBLAY, G. NEILL, J. THIBAUT et L. GINGRAS (2002). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2.

Voici la liste de tous les numéros disponibles :

JETTÉ, M. (2002). « Enquête : description et méthodologie, section I – Logistique d'enquête et collectes longitudinales » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 1.

PLANTE, N., R. COURTEMANCHE et L. DESGROSEILLIERS (2002). « Enquête : description et méthodologie, section II – Méthodologie statistique : aspects longitudinaux des volets 1998 à 2000 » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 1.

DESROSIERS, H., G. NEILL, L. GINGRAS et N. VACHON (2002). « Grandir dans un environnement en changement » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 2.

Vol. 2 , n° 3 (À paraître au printemps 2003).

PETIT, D., É. TOUCHETTE, J. PAQUET et J. MONTPLAISIR (2002). « Le sommeil : évolution et facteurs associés » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 4.

DUBOIS, L., et M. GIRARD (2002). « Évolution des comportements et des pratiques alimentaires » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 5.

VEILLEUX, G., M. GÉNÉREUX et J. DUROCHER (2002). « Comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire des enfants » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 6.

BAILLARGEON, R. H., R. E. TREMBLAY, M. ZOCCOLILLO, D. PÉRUSSE, M. BOIVIN, C. JAPÉL et H.-X. WU (2002). « Changement intra-individuel du comportement entre 17 mois et 29 mois. » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 7.

BROUSSEAU, J., R. H. BAILLARGEON et H.-X. WU (2002). « Le développement cognitif des enfants de 17 mois à 29 mois » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 8.

BOIVIN, M., I. MORIN-OUELLET, N. LEBLANC, G. DIONNE, É. FRÉNETTE, D. PÉRUSSE et R.E. TREMBLAY (2002). « Évolution des perceptions et des conduites parentales » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 9.

Vol. 2 , n° 10 (À paraître au printemps 2003).

BÉGIN, C., S. SABOURIN, M. BOIVIN, É. FRÉNETTE et H. PARADIS (2002). « Le couple, section I – Détresse conjugale et facteurs associés à l'évaluation de la relation entre conjoints » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 11.

MARCIL-GRATTON, N., C. LE BOURDAIS et É. LAPIERRE-ADAMCYK (2002). « Le couple, section II – Les ruptures parentales dans la vie des tout-petits : un premier regard » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) - De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 11.

Vol. 2 , n°12 (À paraître au printemps 2003).

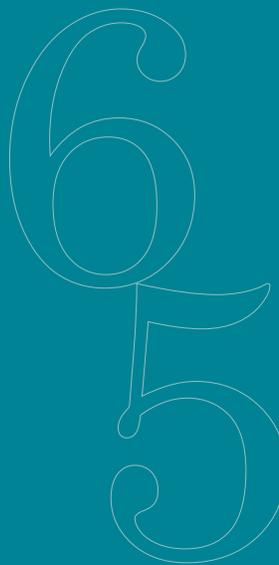
Vol. 2 , n° 13 (À paraître au printemps 2003).

« L'Institut a pour mission de fournir des informations statistiques qui soient fiables et objectives sur la situation du Québec quant à tous les aspects de la société québécoise pour lesquels de telles informations sont pertinentes. L'Institut constitue le lieu privilégié de production et de diffusion de l'information statistique pour les ministères et organismes du gouvernement, sauf à l'égard d'une telle information que ceux-ci produisent à des fins administratives. Il est le responsable de la réalisation de toutes les enquêtes statistiques d'intérêt général. »

Loi sur l'Institut de la statistique du Québec (L.R.Q., c. I-13.011) adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 19 juin 1998.

À mi-chemin de la première Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002), le présent numéro brosse un portrait de certains comportements des parents à l'égard de la santé buccodentaire de leur enfant alors qu'il est âgé d'environ 5 mois, 17 mois et 29 mois. Suivant l'âge de l'enfant, il s'agit de l'utilisation du biberon ou d'une suce trempée dans un produit sucré, de la prise de collations sucrées, du brossage des dents et de la prise de suppléments fluorurés.

Deux de ces comportements sont examinés de façon plus détaillée. Le premier, l'utilisation d'un biberon contenant un produit sucré durant les périodes d'endormissement ou pendant le sommeil le jour ou la nuit, pourrait favoriser le développement de la carie dentaire chez l'enfant alors que le second, le brossage des dents avec un dentifrice fluoruré, pourrait l'en protéger. Une typologie de l'utilisation du biberon basée sur son contenu et ses modalités d'utilisation a d'abord été élaborée. Par la suite, cette typologie est mise en relation avec diverses caractéristiques de l'enfant âgé d'environ 29 mois, de son environnement familial, des comportements parentaux entourant son sommeil et son alimentation ainsi qu'avec des caractéristiques de sa relation avec le parent. Le deuxième comportement retenu concerne le brossage des dents. Une analyse de survie permet d'identifier les variables associées à l'âge au début du brossage des dents, tandis que les facteurs associés à l'introduction plus ou moins rapide de cette habitude dans la vie de l'enfant sont ensuite examinés à l'aide d'un modèle de régression semi-paramétrique (modèle de Cox).



**Institut
de la statistique**

Québec



ISBN : 2-551-21549-8

7,95 \$
Site Web : www.stat.gouv.qc.ca
Imprimé au Québec, Canada