



Cellule
Interuniversitaire
d'Epidemiologie

**RAPPORT FINAL DU PROJET :
SYSTEME D'ENREGISTREMENT
ET DE SURVEILLANCE DE LA
SANTE BUCCO-DENTAIRE DE LA
POPULATION BELGE 2008- 2010
JUIN 2011**



A la demande du Comité de l'Assurance Soins de Santé du Service
des soins de Santé de l'INAMI

INHOUDSOPGAVE

PRÉFACE	5
1. INTRODUCTION	6
1.1. But du “Système d’enregistrement et de surveillance de santé bucco-dentaire de la population belge”	6
1.2. Tâches de la CIE.....	7
1.3. Comité d’Ethique de l’Hôpital Universitaire de Gand.....	7
2. EQUIPE DU PROJET	8
3. PARTENAIRES ET INSTITUTIONS CONCERNEES	9
3.1. Institut National d’Assurance Maladie-Invalidité (INAMI).....	9
3.2. Agence Intermutualiste	9
3.3. Registre national	10
3.4. Commission de la Protection de la Vie Privée.....	11
3.5. Banque Carrefour de la Sécurité Sociale	11
3.6. Centre de Biostatistique de la K.U. Leuven	11
3.7. Département de Biostatistique et Informatique Médicale de la VUB. . .	11
4. MATERIEL ET METHODES	12
4.1. Population et échantillon.....	12
4.1.1. Taille de l’échantillon	12
4.1.2. Composition de l’échantillon	12
4.2. Parties de l’enquête de santé bucco-dentaire	14
4.2.1. Questionnaire.....	14
4.2.2. Examen clinique.....	15
4.3. Encodage des données de l’enquête	16
4.3.1. Encodage du questionnaire sur la santé bucco-dentaire . . .	16
4.3.2. Encodage des données cliniques	16
4.4. Administration des données et sécurité	16
4.5. Sélection, formation et calibrage des dentiste-enquêteurs	17
4.5.1. Sélection.....	17
4.5.2. Formation et calibrage.....	17
4.5.3. Statut du dentiste-enquêteur.....	18
4.5.4. Aperçu des documents et matériel utilisés.....	18

4.6. Travail de terrain	19
4.6.1. <i>Secrétariat CIE</i>	19
4.6.2. <i>Annonce de l'enquête</i>	19
4.6.3. <i>Procédure pour contacter les ménages</i>	19
4.6.4. <i>Sélection des membres du ménage</i>	20
4.6.5. <i>Déroulement de l'interview et/ou examen</i>	20
4.7. Banque de données globale	21
4.7.1. <i>Parties A et B: données du module santé bucco-dentaire</i>	22
4.7.2. <i>Partie C: données de l'AIM (2005-2009)</i>	23
4.8. Développement du « codebook » pour l'analyse statistique	23
5. RESULTATS ET DISCUSSION	24
5.1. Description de l'échantillon	24
5.1.1. <i>Distribution selon la nationalité</i>	24
5.1.2. <i>Distribution selon la région</i>	24
5.1.3. <i>Distribution selon l'âge</i>	25
5.1.4. <i>Distribution selon les caractéristiques démographiques</i>	26
5.2. Présentation des résultats	27
5.2.1. <i>Pondération des résultats</i>	27
5.2.2. <i>Présentation des résultats en fonction de différents paramètres sélectionnés</i>	27
5.2.3. <i>Mesures utilisées pour résumer et décrire les résultats</i>	28
5.3. Résultats du questionnaire	28
5.3.1. <i>Comportement concernant l'hygiène bucco-dentaire</i>	28
5.3.2. <i>Soins dentaires</i>	33
5.3.3. <i>Régime alimentaire</i>	37
5.3.4. <i>Plaintes au niveau de la cavité buccale</i>	52
5.3.5. <i>Santé bucco-dentaire et qualité de vie</i>	54
5.3.6. <i>Tabagisme</i>	57
5.3.7. <i>Santé générale</i>	59
5.4. Examen bucco-dentaire	62
5.4.1. <i>Anomalies dento-faciales antérieures</i>	62
5.4.2. <i>Hygiène bucco-dentaire</i>	63
5.4.3. <i>Etat parodontale</i>	64
5.4.4. <i>Usure dentaire</i>	67
5.4.5. <i>Anomalies de développement de l'émail</i>	68
5.4.6. <i>Etat dentaire</i>	69
5.4.7. <i>Prothèses dentaires</i>	75
5.4.8. <i>Contacts fonctionnels occlusaux</i>	77

5.5. Consommation de soins enregistrés	79
5.5.1. <i>Soins dentaires</i>	79
5.5.2. <i>Soins médicaux</i>	83
5.5.3. <i>Statuts VIPO et OMNIO</i>	83
5.6. Résumé	84
6. EVALUATION DE LA PROCEDURE	86
6.1. Communication avec les commanditaires et les enquêteurs	86
6.1.1. <i>Groupe de Direction Promotion de la Qualité de l'Art Dentaire</i> .	86
6.1.2. <i>Communication avec les dentistes enquêteurs</i>	87
6.2. Evaluation de la procédure	87
6.2.1. <i>Méthodologie</i>	87
6.2.2. <i>Résultats</i>	88
6.3. DISCUSSION	93
6.3.1. <i>Réponse</i>	93
6.3.2. <i>Représentativité de l'échantillon</i>	94
7. BULLETIN FINANCIER	95
8. RÉFÉRENCES	98
9. ANNEXES	99

PRÉFACE

Le « Système d'enregistrement et d'évaluation de la santé bucco-dentaire de la population belge » constitue un projet majeur pour la politique de santé bucco-dentaire belge. Celui-ci nous permettra de prendre des décisions politiques plus fondées dans l'organisation des soins.

Tout d'abord, nous souhaitons remercier le Groupe de Direction Promotion de la Qualité « Praticiens de l'Art Dentaire » et Dr. Ri De Ridder et le Comité de l'Assurance des Soins Médicaux de l'INAMI pour la confiance accordée à la Cellule Inter-universitaire d'Epidémiologie (CIE). Le travail préparatoire, notamment sur base d'une étude de faisabilité, trouve son prolongement dans la première collecte à grande échelle de données de santé bucco-dentaire de la population belge.

La CIE a obtenu la collaboration efficace de M Pieter Van Meenen et de M Kris Van De Velde de l'INAMI, du Dr Jean-Pierre Bronckaerts, de Mme Véronique de Vooght et de Mme Ragna Preal de l'IMA, de Mme Rita Van Nuffelen (Comité Sectoriel du Registre National) et de M Chris Brijs (Comité Sectoriel de la Sécurité Sociale et de la Santé).

Nous souhaitons remercier le Dr Jean Tafforeau, le Dr Johan Van der Heyden et M Stefan Demarest de l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISSP) pour leur collaboration lors de la préparation de différents documents employés dans le présent projet. Nous remercions aussi Prof Marc Nyssen (VUB) et M John Kellen (VUB) pour leur collaboration lors du développement et la mise en œuvre du système électronique de collecte de données de l'examen bucco-dentaire.

Nos remerciements s'adressent également au Dr Kris Bogaerts du Centre de Biostatistique de la K.U. Leuven, qui a assuré le traitement statistique des données du présent projet.

D'autres personnes ont contribué à ce projet: LSD Cédric Jurysta (ULB), Mme Britt Keyaert (K.U. Leuven) et Mme Jenny Rembaut (VUB).

Enfin, nous ne pouvons pas oublier de remercier les dentistes-enquêteurs, dont les efforts ont permis de mener à bien cet important projet jusqu'à sa fin. Les modifications qui ont dû être apportées au cours du projet ont causé une surcharge de tâches pour les dentistes-enquêteurs. Nous voulons ici témoigner notre reconnaissance à ceux, qui ont bien voulu prendre en charge ces tâches supplémentaires.

Nous sommes persuadés qu'avec ce rapport nous disposons d'un instrument permettant de suivre la santé bucco-dentaire de la population belge, ainsi que les aspects concernant le financement et l'organisation de la consommation de soins.

1. INTRODUCTION

La santé bucco-dentaire fait partie intégrale de la santé générale. Il est de plus en plus probant que la santé bucco-dentaire influence non seulement la qualité de vie, mais a également un fort impact sur la santé générale d'un individu. L'inverse est aussi vrai, les affections générales ou leur traitement, peuvent avoir des répercussions dans la cavité orale. Étant donné que le traitement des affections orales comporte des implications financières, aussi bien pour le patient que pour la société, et que la plupart de ces affections peuvent, en grande partie, être prévenues, il est important de suivre et de contrôler attentivement cet aspect de la santé publique.

Dans les objectifs fixés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour les prochaines décennies, il est proposé que chaque pays contribuera de manière continue à la collecte de données de santé bucco-dentaire pour les différents groupes cibles d'âge.

Afin de pouvoir disposer d'un instrument permettant de suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire de la population belge, le Groupe de Direction Promotion de la Qualité « Praticiens de l'Art Dentaire » et le Comité de l'Assurance des Soins Médicaux de l'INAMI ont confié, à la Cellule Interuniversitaire d'Epidémiologie (CIE), la mission de développer un système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge.

En 2007, pour préparer la mise en œuvre de ce projet, une étude de faisabilité, validant les instruments de mesure proposés et évaluant le processus du projet, a été effectuée. Le rapport final de cette étude de faisabilité a été présenté le 1er septembre 2008 au comité de l'assurance de l'INAMI.

Sur base de ce rapport, il a été décidé de passer à la mise en application du système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire. Le présent rapport rassemble la méthode de travail et la description des résultats.

1.1. But du "Système d'enregistrement et de surveillance de santé bucco-dentaire de la population belge"

Le but du projet a été de donner une image actuelle et représentative de la santé bucco-dentaire de la population belge, ainsi que du comportement et de la qualité de vie qui y sont associés, pendant la période 2008-2010. En outre, une évaluation des données de consommation de soins médicaux et bucco-dentaires pertinents a été faite. L'analyse des données couplées constitue une base scientifique pour les recommandations futures en matière de politique de santé bucco-dentaire en Belgique.

1.2. Tâches de la CIE

Le développement et la mise en application du « Système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge » comprend différentes étapes :

- A. Demandes, autorisations et accords préalables
- B. Sélection d'échantillon
- C. Développement et validation des instruments de mesure (module questionnaire et examen clinique)
- D. Préparation du protocole de recherche et de la procédure de travail de terrain
- E. Sélection, formation et calibration des dentistes-enquêteurs
- F. Développement du « codebook » pour la préparation de l'analyse statistique
- G. Exécution et suivi de l'enquête
- H. Développement d'une base de données et encodage.
- I. Suivi du couplage des données
- J. Analyse des résultats de l'enquête
- K. Exécution du processus d'évaluation
- L. Préparation du rapport final

En complément des tâches confiées à l'origine à la CIE, un site Web (www.ice.ugent.be) a été développé. Sur ce site, les informations et les développements récents à propos du projet pouvaient être consultés. La CIE a également allégé la charge de travail d'encodage de données en développant une application en ligne, via laquelle les dentistes-enquêteurs pouvaient introduire directement les données cliniques.

Pour une définition plus complète de la mission de la CIE, il faut se référer à l'accord entre le Comité de l'Assurance des Soins Médicaux de l'INAMI et l'UGent, qui représente l'équipe d'enquête de la CIE du 10 décembre 2007.

1.3. Comité d'Éthique de l'Hôpital Universitaire de Gand

Le protocole du projet et les documents correspondants ont été soumis pour avis et approbation au Comité d'Éthique de l'Hôpital Universitaire Gantois. Le Comité d'Éthique a souligné les points prioritaires suivants :

- dans le formulaire de consentement éclairé, un ordre de représentation précis des personnes incapables de participer par elles-mêmes à l'enquête a été recommandé (voir aussi 4.5.5).
- des formulaires d'information et de consentement éclairé soient rédigés spécifiquement pour les mineurs participant à l'enquête, dans un langage compréhensible pour eux. Finalement, seul le formulaire d'information a été adapté et le formulaire de consentement éclairé conservé car, à l'avis de la CIE, les mineurs participants avaient eu suffisamment d'informations via leur formulaire d'information et via le consentement éclairé de leurs parents.

Après une évaluation ultérieure du protocole, le Comité d'Éthique a émis un avis favorable (numéro de projet EC UZG 2007/474) (annexe 1).

2. EQUIPE DU PROJET

Le groupe de travail « Enregistrement de données » au sein du Groupe de Direction Promotion de la Qualité « Praticiens de l'Art Dentaire » de l'INAMI a donné aux représentants des différentes Ecoles de Médecine Dentaire en Belgique la mission de développer un système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge. Dans ce but, la Cellule Interuniversitaire d'Epidémiologie (CIE) a été créée. Un accord de coopération entre les différentes universités a été établi en date du 18 février 2008.

La CIE coordonne cette mission et est composée des membres ci-dessous :

- Prof Peter Bottenberg (VUB)
- Prof Dominique Declerck (K.U. Leuven)
- Prof Astrid Vanden Abbeele (ULB)
- Prof Jean-Pierre Van Nieuwenhuysen (UCL)
- Prof Jacques Vanobbergen (UGent)

L'UGent représente la CIE dans les relations avec tous les partenaires, y compris les instances institutionnelles comme décrit dans le chapitre ci-dessous.

Les personnes suivantes font également partie de l'équipe du projet:

- Dr Joana Carvalho (UCL)
- Mme Catherine Declerck (K.U. Leuven)
- Mme Marie Daems (UGent)
- LSD Eddy De Vos (UGent)

Les visites à domicile ont été menées par une équipe de dentistes-enquêteurs spécialement formés pour le projet (voir la liste des noms dans l'annexe 2).

3. PARTENAIRES ET INSTITUTIONS CONCERNEES

3.1. Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI)

Le groupe de travail "Enregistrement de données" au sein du Groupe de Direction Promotion de la Qualité « Praticiens de l'Art Dentaire » de l'INAMI était le mandataire et interlocuteur du projet « Système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge ». Dans ce but, un contrat a été rédigé entre l'INAMI d'une part et l'université de Gand, représentant la CIE, d'autre part.

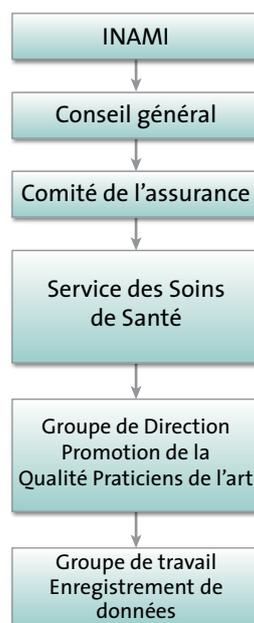


Figure 1. Organes de gestion de l'INAMI concernés par ce projet

3.2. Agence Intermutualiste

L'Agence Intermutualiste (AIM) est une association sans but lucratif qui a été fondée par les unions nationales des organismes assureurs (OA). L'AIM a pour objectif de rassembler et d'analyser les données en provenance des différentes unions nationales, sous leur propre initiative et dans le cadre de missions spécifiques commanditées, entre autres, par l'Etat.

L'AIM a accepté de coopérer et de soutenir le projet en mettant à disposition de la CIE les données de consommation de soins médicaux et dentaires.

L'INAMI a conclu un accord séparé avec les OA, via l'Agence Intermutualiste, concernant la mise à disposition et le couplage des données de consommation de soins des personnes sélectionnées pour l'enquête.

Une attention toute particulière a été prêté à la sécurité des données et à la protection des données personnelles. Les discussions à ce sujet ont mené à l'intégration des procédures dans un schéma « Transfert et couplage des données » (Fig. 3). Le protocole et le traitement des données ont été testés de manière détaillée et satisfaisante pendant l'étude de faisabilité. Au cours du projet, le protocole a été légèrement adapté. Vu le retard pris par le projet, la préoccupation principale de la CIE fut le peu de temps disponible pour développer la base de données après l'étude de terrain. Ceci a mené à trois options:

- L'AIM reçoit au début de l'étude de terrain une liste avec les numéros de registre national de toutes les personnes sélectionnées pour ce projet et fournit les données. Seulement à la fin de l'étude de terrain les numéros non-utilisés seront supprimés.
- L'AIM reçoit par trimestre la liste avec les numéros de registre national réellement utilisés et pour lesquels une autorisation de couplage de données a été obtenue.
- La CIE procure l'AIM à la fin de l'étude de terrain une liste révisée de numéros de registre national.

La première option a été rejetée à cause d'une probable charge de travail inutile pour la CIE. L'AIM préférant libérer un membre du personnel pour une courte durée et transmettre les données en une seule fois, la troisième option a été choisie. L'AIM recode les données de soins enregistrées et les envoie à la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) pour couplage avec les données de la CIE.

3.3. Registre national

Le registre de population est un système d'enregistrement systématique de la population, qui, au départ avait comme but de faciliter les premiers recensements scientifiques de la population. Ceci implique, dans chaque commune, la tenue de registres de la population contenant les principales données d'identification des personnes qui y sont répertoriées, le critère d'inscription étant la résidence principale dans la commune. Le numéro de Registre national (NRN) est un identifiant unique propre à chaque personne résidant en Belgique.

Suite à l'accord avec le Comité sectoriel du Registre national, il a été possible de procéder à la sélection d'un échantillon et d'utiliser le numéro de Registre national dans le cadre du présent projet.

3.4. Commission de la Protection de la Vie Privée

Le Comité sectoriel du Registre national a donné l'autorisation d'utiliser le NRN pour l'échantillonnage. L'approbation a été obtenue le 18 février 2009 (Nr. 13/2009 ; annexe 3a).

Le Comité sectoriel de la Sécurité Sociale et de la Santé a été créé au sein de la Commission de la Protection de la Vie Privée (CPVP). Il est chargé de veiller à ce que les traitements de données à caractère personnel ne mettent pas en péril la vie privée des assurés sociaux. Il remplit par ailleurs une mission de contrôle portant plus particulièrement sur la communication de données relatives à la santé.

Le Comité sectoriel de la Sécurité Sociale et de la Santé a mandaté après délibération en date du 19 mai 2009 la plateforme eHealth pour transmettre des données personnelles codées au Centre de Biostatistique de la K.U. Leuven, responsable pour l'analyse des données pour la CIE (annexe 3b).

Le présent projet a également dû être enregistré dans la banque de données de la CPVP.

3.5. Banque Carrefour de la Sécurité Sociale

La Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) est une institution publique de sécurité sociale créée auprès du Service public fédéral de la Sécurité Sociale. Elle a traité la demande du Comité sectoriel de la Sécurité Sociale et de la Santé pour transmettre des données médicales au Centre de Biostatistique de la K.U. Leuven.

La plate-forme eHealth est un système pour l'échange électronique sécurisé de données dans la Sécurité Sociale. Ce système a été développé et est géré par la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS). Il offre de solides garanties sur le plan de la sécurité, de la protection des données et il permet de répondre aux besoins basés sur l'échange de données tout en respectant la répartition des compétences entre les acteurs. Pour des raisons pratiques et logistiques, eHealth est située dans le même bâtiment que la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale. Sur le plan informatique et technique, la plate-forme eHealth est toutefois totalement indépendante de la BCSS.

La plate-forme eHealth est intervenue en tant qu'organisation intermédiaire pour le couplage et le transfert des données de santé bucco-dentaire et des données de consommation de soins enregistrés.

3.6. Centre de Biostatistique de la K.U. Leuven

Le centre de Biostatistique (L-Biostat) fait partie de la Faculté de Médecine et du département de Sciences Biomédicales de la K.U. Leuven.

L-Biostat était responsable pour l'analyse statistique des données récoltées lors du projet. Les données étaient traitées via un serveur sécurisé de L-Biostat.

3.7. Département de Biostatistique et Informatique Médicale de la VUB

Pendant la préparation du travail de terrain, l'idée était venue d'élaborer un système d'encodage online des résultats cliniques afin de réduire les données erronées ou contradictoires. Le Département de Biostatistique et Informatique de la VUB a développé une telle application web (annexe 4) et était également responsable pour le stockage de la banque de données sur un serveur sécurisé. A partir de la version papier du formulaire clinique, une application web a été développée.

4. MATERIEL ET METHODES

4.1. Population et échantillon

Le projet « Système d'enregistrement des données de santé bucco-dentaire en Belgique 2008-2010 » visait à évaluer la santé bucco-dentaire de toutes personnes résidant à ce moment en Belgique, et ceci sans restrictions de nationalité, d'âge ou de statut légal.

Le cadre d'échantillonnage le plus complet pour atteindre cette population est le Registre National de Population. Les individus qui ne sont pas enregistrés au Registre National, comme les personnes « Sans Domicile Fixe » ou les immigrés clandestins, ne peuvent dès lors pas être sélectionnés pour participer à l'enquête. Pour des raisons pragmatiques, certaines catégories de personnes sont également exclues de l'échantillon: les personnes de moins de 5 ans, celles qui résident (et sont domiciliées) en prison ou dans une communauté religieuse de plus de 8 personnes, ainsi que les personnes vivants en institution, à l'exception des maisons de repos ou de repos et de soins pour personnes âgées. Ces dernières font bien partie de l'échantillon et représentent même un groupe auquel l'enquête porte un intérêt particulier.

4.1.1. Taille de l'échantillon

La même méthode d'échantillonnage a été utilisée comme pour l'Enquête nationale de la santé. Initialement 11250 personnes ont été sélectionnées (10000 plus 1150 personnes âgées, intégrées à l'échantillon de base afin d'obtenir des résultats représentatifs pour la population belge). Les personnes sélectionnées étaient réparties selon les régions (3950 en Région flamande, 3950 en Région wallonne et 3350 en Région bruxelloise).

4.1.2. Composition de l'échantillon

Un échantillon représentatif pour la population belge a été tiré au sort en utilisant la technique de stratification par étapes. Le processus de sélection (Figure 2) comprenait les étapes suivantes:

1. Stratification régionale. Pour chacune des trois régions du pays le nombre de personnes à sélectionner a été déterminé.
2. Stratification provinciale. Cette deuxième stratification a été utilisée afin d'améliorer la qualité de l'échantillon. Le nombre de personnes à sélectionner dans une province a été calculé en fonction de la taille (proportionnelle) de la population de cette province. La province de Liège a été scindée en deux strates: la Communauté Germanophone et le reste de la province.

3. Enfin, les strates étaient sélectionnées en deux (pour les ménages) ou trois (pour les individus) étapes:
 - a. Le nombre de communes sélectionnées par province est basé sur la taille (nombre d'habitants) de la province et des communes/villes au sein de cette même province. Ces communes sont appelées « Primary Sampling Units ». La sélection totale comprenait 159 communes (voir l'annexe 5).
 - b. Dans chaque commune, un échantillon de ménages ("Secondary Sample Units") a été choisi afin d'obtenir 50 participants, la taille de la province déterminant le nombre de groupes (de 50 personnes) qui devaient être sélectionnées. Les ménages étaient stratifiés en 3 strates d'âge: une strate avec les ménages qui comprennent au moins une personne de 85 ans ou plus, une strate avec les ménages qui comprennent au moins une personne de 75 ans ou plus, mais aucune de 85 ans ou plus, une strate avec les ménages qui ne comprennent que des personnes âgées de moins de 75 ans. Cette stratification fait en sorte qu'un suréchantillonnage des personnes âgées (plus de 85 ans) dans l'enquête soit obtenu.
 - c. Finalement, maximum 4 personnes ont été choisies dans chaque ménage (« Tertiary Sample Units »). Pour les ménages composés au maximum de 4 personnes, toutes sont sélectionnées pour participer à l'enquête. Pour les ménages de plus de 4 personnes, la règle suivante est utilisée. La personne de référence du ménage est toujours sélectionnée pour participer à l'enquête. Au cas où cette personne de référence a un/e partenaire au sein du ménage, il/elle sera également sélectionné(e) pour participer à l'enquête. Les autres membres du ménage, soit deux d'entre eux (dans le cas où la personne de référence a un/e partenaire au sein du ménage) ou trois d'entre eux (dans le cas où la personne de référence est sans partenaire) sont sélectionnés selon une technique aléatoire basée sur la règle des naissances: les 2 ou 3 personnes qui ont le plus rapidement leur anniversaire après la date de visite de l'enquêteur sont sélectionnées pour participer à l'enquête.

Suite à l'accord nr. 13/2009 émanant du Comité sectoriel du Registre national du 18 février 2009, l'Université de Gand a reçu du Registre national un certain nombre de données de 11250 personnes de plus de 5 ans, sélectionnées par un échantillonnage aléatoire. Ces données sont stipulées dans l'article 3, première alinéa, 1°, 2° (seulement année de naissance), 5° et 9° de la loi du 8 août 1983 organisant un registre national des personnes physiques, notamment: nom et prénoms, année de naissance, lieu de résidence principale et composition du ménage.

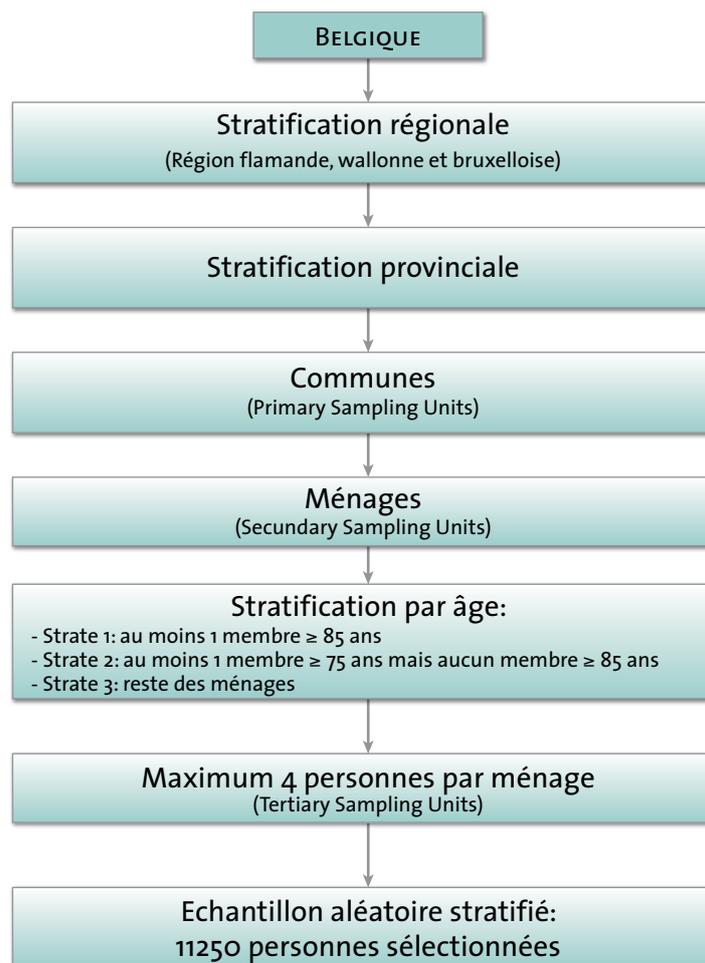


Figure 2. Schéma de l'échantillonnage

4.2. Parties de l'enquête de santé bucco-dentaire

Une première partie consistait en un questionnaire à remplir par écrit par les personnes elles-mêmes (de plus de 5 ans). Une deuxième partie consistait en un examen bucco-dentaire, effectué par un dentiste-enquêteur sélectionné et formé par la CIE. L'examen clinique a eu lieu au domicile de la personne sélectionnée.

4.2.1. Questionnaire

Le questionnaire a été mis au point lors de l'étude de faisabilité de ce projet, afin d'évaluer le comportement des participants vis-à-vis de la santé bucco-dentaire et l'impact de celle-ci sur la qualité de vie.

Le questionnaire comprenait 34 questions (combinaison de questions à choix multiple et questions ouvertes) sur les thèmes suivants: l'hygiène dentaire, les soins dentaires, l'alimentation, les plaintes concernant la santé bucco-dentaire, la santé orale et la qualité de vie, le tabagisme, la santé générale, l'éducation et l'emploi. Les questions ont été basées sur la littérature internationale (instruments de mesures existants, validés et fiables). Ainsi, les questions à propos de l'impact de la santé orale sur la qualité de vie, par exemple, sont basées sur le 'Oral Health Impact Profile' (OHIP-14). Certaines questions étaient en conformité avec l' "European Global Oral Health Indicators Project – EGOHIP"². Un seul questionnaire a été rédigé pour toutes les catégories d'âge.

En premier lieu un questionnaire en Anglais a été élaboré. Afin d'obtenir des versions néerlandophones, francophones et germanophones équivalentes en contenu et conceptuellement, la méthode de traduction/traduction inverse a été utilisée. La validité et fiabilité des questionnaires étaient testées lors de l'étude de faisabilité; les adaptations nécessaires ont été réalisées.

Les versions définitives des questionnaires sur la santé bucco-dentaire (francophones, néerlandophones) se trouvent en annexe 6. Une version en anglais et en allemand est disponible sur demande.

4.2.2. Examen clinique

Le but du module clinique d'examen bucco-dentaire était de fournir, combiné au questionnaire rempli par la personne sélectionnée, une description fiable de l'état de santé bucco-dentaire de la population belge et des facteurs en rapport avec cet état. L'examen clinique enregistrait les conditions dentaires et parodontales: les anomalies dento-faciales, l'hygiène bucco-dentaire, l'état parodontal, l'usure dentaire, les défauts de développement de l'émail, l'état de la dentition, l'état prothétique et les contacts occlusaux fonctionnels. Les données ont été enregistrées sur un formulaire d'évaluation bucco-dentaire conçu à cet effet.

Selon la littérature courante, les méthodes et les critères choisis pour le module clinique d'examen sont valables et fiables^{3,4,5,6,7,8}. La plupart de ces méthodes ont été validées dans des études précédentes. Elles sont recommandées par l'organisation mondiale de la santé - OMS et permettent des comparaisons avec d'autres pays⁹. Le Dutch Periodontal Screening Index, développé récemment, est la seule méthode sans validation⁷. Les variables choisies pour le module clinique d'examen étaient conformes à celles « du projet européen d'indicateurs de santé bucco-dentaire » (EGOHIP)².

Le formulaire d'examen clinique a été élaboré en Anglais et ensuite traduit en Français, Néerlandais et Allemand. La validité et fiabilité du formulaire clinique a été testé par les membres académiques des différentes universités Belges au sein de la CIE. Les adaptations requises après évaluation de l'étude de faisabilité ont été faites.

Une brochure a été spécialement conçue pour aider les dentiste-enquêteurs à réaliser l'examen clinique bucco-dentaire en rapport avec le projet d'enregistrement de données. Cette brochure illustrée contient la description détaillée des méthodes, des critères et des variables sélectionnés illustrés par des photos cliniques.

La brochure ainsi qu'une brève description du projet ont été remises à l'INAMI, qui en a fait référence sur son site web (en format PDF pouvant être téléchargé)¹⁰.

Les versions définitives du formulaire d'examen clinique telles qu'elles ont été utilisées se trouvent en annexe 7). Une versions en anglais et allemand est disponible sur demande.

4.3. Encodage des données de l'enquête

4.3.1. Encodage du questionnaire sur la santé bucco-dentaire

Une base de données en Excel, élaborée en collaboration avec le Centre de Biostatistique de la K.U. Leuven, a été utilisée pour l'encodage des données. La base de données a été conçue de manière à limiter le nombre d'erreurs d'encodage (validations de données, signalisation des erreurs d'encodage). Deux personnes travaillant au sein de la CIE étaient responsables pour l'encodage des questionnaires.

4.3.2. Encodage des données cliniques

Les données cliniques, recueillies sous la forme « papier », étaient ensuite réencodées dans une base de données. La CIE estimait qu'il était nécessaire de développer un système de collecte plus efficace que la collecte manuelle. L'utilisation d'un système d'encodage électronique conviendrait pour être plus efficace et permettrait un encodage en temps réel à partir d'emplacements géographiquement dispersés. L'idée étant que, dans le futur, l'enregistrement de données reposerait exclusivement sur des systèmes électroniques. Cinquante-deux dentistes représentant 40 communes belges ont validé cette hypothèse.

L'accès à l'application online se faisait via un nom d'utilisateur et un mot de passe. Nonobstant le gain de temps d'encodage pour le secrétariat, ce logiciel permettait aussi de contrôler l'intégrité des formulaires encodés (message d'alerte en cas de formulaire incomplet), l'exactitude des numéros de registre national introduits, ainsi que d'éviter l'introduction de codes inexistantes.

Les deux méthodes, encodage électronique et manuel, étaient précises, néanmoins la performance des dentistes était meilleure pour l'encodage électronique. Le pourcentage d'erreur et le temps moyen requis pour l'encodage électronique étaient significativement plus bas que pour l'encodage manuel. Les dentistes participant à la validation estimaient que l'encodage électronique était plus difficile que l'encodage manuel.

4.4. Administration des données et sécurité

Après réception, les formulaires de consentement concernant la santé bucco-dentaire, sont gardés pendant 30 ans dans un local non accessible au public (secrétariat de la CIE). Après contrôle des erreurs d'encodage, les questionnaires et formulaires étaient conservés en lieu sûr et détruits après l'analyse statistique. De cette façon l'identification des personnes sélectionnées était impossible. De plus, aucune donnée individuelle identifiable ne figurait dans la banque de données: âge présenté en années, plutôt que par la date de naissance de l'individu, adresse présentée par commune, plutôt que par rue.

L'analyse des résultats était effectuée par le Centre de Biostatistique de la K.U. Leuven et ainsi physiquement séparé du secrétariat où les données personnelles étaient gardées temporairement.

4.5. Sélection, formation et calibrage des dentiste-enquêteurs

4.5.1. Sélection

Tous les dentistes belges ont été informés du projet Enregistrement des données de la Santé bucco-dentaire par un courrier de l'INAMI et des associations professionnelles. Six sessions d'informations ont été réalisées entre 10/01/2008 et 19/02/2009; sur 154 dentistes présents à ces sessions, 71 ont pris part à une session de formation et de calibrage.

4.5.2. Formation et calibrage

Pendant les sessions de formation et de calibrage, réparties de manière géographique dans le pays (annexe 8), trois présentations Powerpoint ont été présentées. La première expliquait le concept. Ensuite le questionnaire et la manière de le remplir était expliqué en détail. Pendant la troisième présentation, les conditions bucco-dentaires à enregistrer, ainsi que la méthode et les critères utilisés étaient expliqués. Les dentistes-enquêteurs étaient encouragés à poser des questions à propos des présentations. Ainsi toutes les parties de l'enquête sur la santé bucco-dentaire pouvaient être enregistrées d'une manière standardisée. Les aspects déontologiques de l'enquête ont également été discutés avec les dentistes-enquêteurs.

Pendant la session de calibrage, les dentistes-enquêteurs ont dû effectuer des examens à partir de photos de six cas cliniques, préalablement « scorés » par les membres de la CIE. Ce « score CIE » a été utilisé comme benchmark. Les résultats de l'analyse qualitative ont été communiqués aux dentistes-participants aux différentes sessions de calibrage (annexe 9). Les résultats montraient que quelques conditions cliniques restaient à clarifier; il s'agissait de difficultés à interpréter certains critères:

- Certains scores étaient attribués à des dents non présentes
- Certains scores étaient sous-estimé, d'autres surestimés
- Quelques scores n'étaient pas remplis
- Confusion entre les scores "extraite pour caries", "absente pour d'autres raisons" et "dent incluse"
- Difficultés de déterminer les contacts occlusaux fonctionnels.

Les cas cliniques utilisés et le benchmark ont été mis à disposition des dentiste-enquêteurs via le site web de la CIE (www.ice.ugent.be). Pour des raisons de sécurité, les dentistes devaient s'enregistrer sur le site web à l'aide d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe attribués par la CIE.

4.5.3. Statut du dentiste-enquêteur

Le dentiste-enquêteur effectuait ses activités dans le cadre de l'Enquête de santé bucco-dentaire, en tant que sous-traitant indépendant de l'Université de Gand. L'Université ne pouvait en aucun cas être considérée comme employeur du dentiste-enquêteur et ne pouvait en aucun cas être tenue responsable pour les obligations existantes ou paiements obligés en ce qui concerne les impôts, assurances sociales ou autre.

Le dentiste-enquêteur avait droit à une rémunération de 70 € par dossier complet comprenant le formulaire de consentement, le questionnaire, le formulaire d'examen clinique et le formulaire de réception; 25 € par dossier partiel comprenant le formulaire de consentement, le questionnaire ou le formulaire d'examen clinique et le formulaire de réception; 10 € par adresse quand le ménage ne participait pas à l'enquête et que la visite n'avait pas abouti ni à un examen clinique, ni à un questionnaire rempli.

Le paiement des dentistes-enquêteurs s'effectuait par trimestre, c'est-à-dire lorsque tous les ménages du trimestre avaient été réellement interrogés/examinés et que tous les documents nécessaires (les questionnaires, formulaires de consentements, formulaires d'examen clinique, formulaire de communication et formulaires de réception) avaient été remis au secrétariat de l'Enquête sur la santé bucco-dentaire.

4.5.4. Aperçu des documents et matériel utilisés

Chaque dentiste-enquêteur a reçu un paquet comprenant tous les documents concernant l'enquête ainsi que le matériel et les instruments nécessaires pour effectuer l'examen clinique. La liste complète des documents et du matériel est mentionnée ci-dessous:

- Guide du dentiste-enquêteur comprenant « Les obligations du dentiste-enquêteur en ce qui concerne le traitement des données personnelles et les dispositions contractuelles »
- Certificat CIE et carte de contact du dentiste-enquêteur CIE
- Copie du dépliant et de la lettre d'accompagnement pour les ménages
- Lettre d'information pour les personnes sélectionnées
- Formulaire de consentement
- Formulaire de réception
- Questionnaire
- Formulaire d'examen clinique
- Guide illustré pour l'examen clinique
- Set d'examen dentaire jetable
- Lampe frontale
- Formulaire de communication
- Note d'honoraires
- Formulaire d'indemnisation pour le personnel non membre de l'UGent
- Enveloppes pour retourner les documents au secrétariat
- Questionnaire d'évaluation pour les dentistes

4.6. Travail de terrain

Le travail de terrain de l'enquête de santé bucco-dentaire s'est effectué entre le 1 octobre 2009 et le 30 novembre 2010. Pour l'exécution du travail de terrain, l'enquête a fait appel à une équipe de dentistes-enquêteurs.

4.6.1. *Secrétariat CIE*

Un bureau CIE permanent a été installé pour le suivi du travail sur le terrain. Ce secrétariat était également responsable pour une partie de la mise en œuvre du projet:

- Envoi des invitations aux ménages sélectionnés
- Envoi des listes de contact aux dentistes-enquêteurs
- Communication avec les dentistes-enquêteurs
- Constitution et livraison des paquets (documents et matériel) pour les dentistes-enquêteurs
- Suivi du travail de terrain
- Contrôle des documents envoyé par les dentistes-enquêteurs et paiement des dentistes-enquêteurs
- Suivi comptable et budgétaire du projet
- Organisation du feedback vers les dentistes-enquêteurs

4.6.2. *Annonce de l'enquête*

L'enquête sur la santé bucco-dentaire a été annoncée dans toute la Belgique, via les différents médias au sein du secteur dentaire.

Les personnes de référence dans les ménages sélectionnés ont reçu au préalable une lettre d'invitation, ainsi qu'un dépliant d'information (annexes 10 et 11). Dans les deux documents, le but de l'enquête était expliqué et l'accent était mis sur l'importance d'une coopération des personnes sélectionnées (il était aussi clairement indiqué que cette coopération se faisait sur base volontaire). Il a été demandé aux ménages leur accord pour participer et pour recevoir la visite d'un enquêteur.

4.6.3. *Procédure pour contacter les ménages*

Au début de chaque trimestre, une liste de contacts (annexe 12) reprenant entre autre le nom et l'adresse des personnes de référence pour chaque ménage à contacter, était envoyée aux dentistes-enquêteurs. Le nom et l'adresse étaient les seuls moyens pour prendre contact avec les ménages. Il était important que le dentiste-enquêteur ne tarde pas à joindre les ménages de sa liste afin de garder le laps de temps entre l'annonce de l'enquête et la prise de contact le plus court possible.

L'enquêteur pouvait choisir le moyen (téléphone ou visite à domicile) par lequel il tentait d'établir le premier contact avec les ménages sélectionnés. Pour un contact par téléphone, le dentiste-enquêteur était censé rechercher elle(lui)-même le numéro de téléphone dans l'annuaire, la croissance de l'utilisation du téléphone portable rendant cette tâche encore plus difficile. Bien entendu il était indispensable d'établir un contact personnel avec les ménages pour lesquels un numéro de téléphone n'était pas disponible. Au cas où le ménage était non joignable, le dentiste-enquêteur pouvait laisser sa carte de contact dans la boîte aux lettres (annexe 13).

L'enquêteur devait contacter les ménages dans l'ordre d'apparition sur sa liste de contact. Dès qu'une tentative de contact avait eu lieu, le ménage était activé. Ceci était noté sur le formulaire de communication (annexe 14).

Le formulaire était le moyen de communication principal entre les dentistes-enquêteurs et le secrétariat CIE. A la fin de chaque intervalle de deux semaines, le dentiste-enquêteur devait renvoyer au secrétariat un formulaire de communication précisant le statut de chacun des ménages qui lui avaient été confiés. Ceci était la base sur laquelle l'état d'avancement du travail de terrain pouvait être suivi. Le formulaire de communication faisait également fonction de document de travail pour le dentiste-enquêteur à l'aide duquel il/elle pouvait vérifier les ménages déjà contactés (nombre de contacts, date des contacts, le mode de contact et les ménages encore à contacter). La procédure de contact intégrale se trouve dans le « Guide pour le dentiste-enquêteur » (annexe 15).

4.6.4. Sélection des membres du ménage

Une fois que le ménage acceptait de participer à l'enquête, l'enquêteur devait identifier les personnes à interroger. En principe, toutes les personnes faisant réellement partie du ménage devaient être interrogées, à raison de quatre maximum par ménage. Si le ménage se composait de plus de quatre personnes, seulement quatre d'entre elles devaient être interrogées. Pour sélectionner ces quatre personnes la règle suivante était appliquée: la personne de référence était toujours choisie et, le cas échéant, son ou sa partenaire. Ensuite, les membres du ménage fêtant les premiers leur anniversaire à partir du jour suivant l'interview étaient sélectionnés. Il était parfois nécessaire de visiter le ménage à plusieurs reprises afin de pouvoir interroger les 4 personnes.

4.6.5. Déroulement de l'interview et/ou examen

Les visites à domicile étaient étendues sur 12 mois résultant en un nombre comparable d'interviews/examens réussis par trimestre.

Les trimestres étaient définis comme suit:

- Q1: octobre 2009 – décembre 2009
- Q2: janvier 2010 – mars 2010
- Q3: avril 2010 – juin 2010
- Q4: juillet 2010 – novembre 2010^a

Avant, durant et après la visite à domicile, les dentistes-enquêteurs devaient respecter les règles de déontologie (voir aussi Guide pour le dentiste-enquêteur, annexe 15).

En préparation de la visite, le dentiste-enquêteur vérifiait s'il (elle) disposait de tout le matériel nécessaire, ainsi que des questionnaires et documents. Une fois que le ménage avait consenti à participer et que le rendez-vous avait été pris, le dentiste-enquêteur visitait le ménage à son domicile au jour et à l'heure fixé. Il/elle se présentait en tant que dentiste-enquêteur à l'aide du certificat CIE (annexe 16). Il/elle présentait brièvement le but du projet.

Après avoir contrôlé le nom de la personne de référence et avoir noté les données d'identifications des autres membres du ménage, le dentiste-enquêteur distribuait les formulaires de consentement et les questionnaires et aidait, ceux qui le souhaitaient, à les remplir.

a Suite à une erreur de l'entreprise d'expédition, l'envoi des invitations pour les ménages avait pris un retard. La fin de la collecte des données a été prolongée jusqu'au 30 novembre 2010 (au lieu du 30 septembre 2010).

Le questionnaire écrit s'adressait aux individus et devait en principe être rempli par ces individus. Certains individus pouvaient se trouver dans l'impossibilité de répondre/remplir eux-mêmes au questionnaire; par exemple de jeunes enfants, des personnes souffrant de problèmes mentaux ou de confusion liée à la vieillesse,... Pour ces cas, la solution était de s'adresser à un proche. Le proche (proxy) était quelqu'un qui répondait à l'enquête au nom de ces personnes sélectionnées et non pas en son nom propre. Pour les enfants de moins de quinze ans, le proxy était un des parents ; pour les participants incapables, une séquence de représentation a été rédigée^b.

Pendant que les autres membres sélectionnés remplissaient le questionnaire, le dentiste-enquêteur commençait l'examen clinique d'un membre du ménage. Il vérifiait s'il n'y avait pas de contre-indications pour l'examen (risque d'infections élevé, anticoagulants pouvant compliquer le sondage des poches, allergie au latex,...). Le dentiste-enquêteur était responsable de la décision médicale adéquate. Le dentiste-enquêteur effectuait l'examen en respectant toutes les précautions d'hygiène (gants, masque, ...) et enregistrait les données sur le formulaire d'examen. Le dentiste-enquêteur reprenait les sets jetables utilisés et les éliminait selon les recommandations standard.

Le dentiste-enquêteur vérifiait si les numéros de registre national étaient correctement remplis (questionnaire, formulaire d'examen clinique).

Il était conseillé d'effectuer toutes les interviews (questionnaires écrits) et examens cliniques au cours d'une seule visite. Si un ou plusieurs questionnaires/examens n'avaient pu être remplis/effectués, le dentiste-enquêteur devrait rendre une nouvelle visite au ménage.

Une fois à la maison, le dentiste-enquêteur encodait les données des formulaires cliniques en ligne, s'il le souhaitait. Un nom d'utilisateur et un mot de passe étaient mis à sa disposition. Dans tous les cas, les formulaires remplis devaient être renvoyés au secrétariat CIE pour encodage et/ou archivage.

Le statut définitif de chaque ménage était déterminé à l'aide d'une série de questions (voir Guide pour le dentiste-enquêteur) et ensuite enregistré sur le formulaire de réception (annexe 17). Ce formulaire de réception contenait également de l'information sur les ménage non-participants (ménages non joignables, refusant, ...). Le dentiste-enquêteur notait pour les ménages participants également le nombre de questionnaires remplis et le nombre d'examens cliniques effectués.

4.7. Banque de données globale

La banque de données concernant la santé bucco-dentaire comprenait trois parties (A, B et C) définies ci-après (figure 3). Les différentes parties de la banque de données étaient couplées au niveau individuel.

b La séquence privilégiée de représentation d'une personne sélectionnée incapable et adulte est en ordre subsidiaire, l'époux cohabitant ou le partenaire cohabitant, l'enfant majeur, un parent, une sœur ou un frère majeurs.

4.7.1. Parties A et B: données du module santé bucco-dentaire

La partie A comprenait des données ayant trait à des aspects spécifiques de la santé bucco-dentaire, collectées via le questionnaire spécifique, mis au point par la CIE (annexe 6).

Les variables ci-dessous ont été enregistrées:

- l'hygiène bucco-dentaire: fréquence de brossage, aides à l'hygiène bucco-dentaire (dentifrice, brosse à dents, moyens de nettoyage inter-dentaire, bains de bouche, comprimés nettoyants pour prothèses, gratte-langue, produits fluorés;
- soins dentaires: conseils, sources de conseils;
- visites irrégulières chez le dentiste à cause de: peur, nervosité, coût, sans importance, absence de symptômes, accès difficile, manque de temps;
- alimentation: fréquence et moment des prises de certains aliments et boissons;
- plaintes: mal aux dents, mal aux articulations, douleur au niveau de la bouche/visage, saignement des gencives;
- santé bucco-dentaire et qualité de vie: difficulté à prononcer des mots, goût altéré, douleurs liées à la bouche, difficultés de manger certains aliments, gêne liée à la bouche, tension liée à la bouche, alimentation insatisfaisante suite aux problèmes bucco-dentaires, repas interrompus, difficultés à se détendre suite à des problèmes bucco-dentaires, irritabilité suite à des problèmes bucco-dentaires, difficultés à travailler, vie insatisfaisante suite aux problèmes bucco-dentaires, difficultés à accomplir les tâches habituelles;
- niveau d'éducation, profession, pays de naissance et nationalité;
- variables de santé générale: affections/maladies chroniques/handicaps, tabagisme, diabète, surcharge pondérale.

La partie B comprenait des données en relation avec la situation clinique de la cavité buccale des personnes examinées (annexe 7) :

- anomalies dento-faciales: encombrements dentaires, malocclusion horizontale et verticale,
- hygiène bucco-dentaire: indice de plaque,...
- état parodontal: Dutch Periodontal Screening Index (DPSI),
- usure dentaire: érosion, abrasion, attrition;
- anomalies du développement de l'émail: hypoplasie, fluorose,...
- état dentaire: sain; carie; restauration (avec et sans caries); extraction pour caries; extractions pour d'autres raisons; scellement; bridge, pilier, couronne ou facette; dent incluse; traumatisme;
- état des racines (nombre de dents avec des racines exposées, nombre de dents avec des racines exposées, cariées et/ou obturées, implants);
- état prothétique: pas de prothèse, bridge, prothèse partielle/totale;
- contacts occlusaux fonctionnels: nombre de contacts entre dents naturelles antagonistes, nombre de contacts entre dents naturelles et prothèse amovible partielle.

Ces données fournissent des informations tant au niveau de la consommation de soins enregistrés que celles des prestations hors nomenclature, ainsi que des besoins en soins.

4.7.2. Partie C: données de l'AIM (2005-2009)

Cette partie concernait les données en rapport avec la consommation de soins enregistrés des participants sur les années 2005-2009. Ces données ont été fournies par l'AIM moyennant l'accord préalable des personnes interrogées (annexe 21).

- consultation en cabinet dentaire, en institut ou à domicile;
- prévention: examen oral, scellement de fissures, nettoyage de la bouche;
- radiographies: RX intraorales/extraorales;
- restaurations: face(s) jusqu'à une couronne complète;
- endodontie: pulpotomie, 1 à 4 canaux;
- consultation d'urgence par un dentiste et/ou stomatologue;
- parodontologie: DPSI, consultation par un parodontologue;
- stomatologie: chirurgie maxillo-faciale, extractions sous anesthésie et implants;
- petite chirurgie de la bouche: extractions, chirurgie buccale, plaque de surélévation;
- traitements prothétiques: prothèse amovible partielle ou complète, réparation d'une prothèse;
- examen, diagnostic, analyse orthodontique;
- consultation en cabinet médical, en institut ou à domicile;
- consultation par un spécialiste en cabinet médical, en institut ou à domicile;

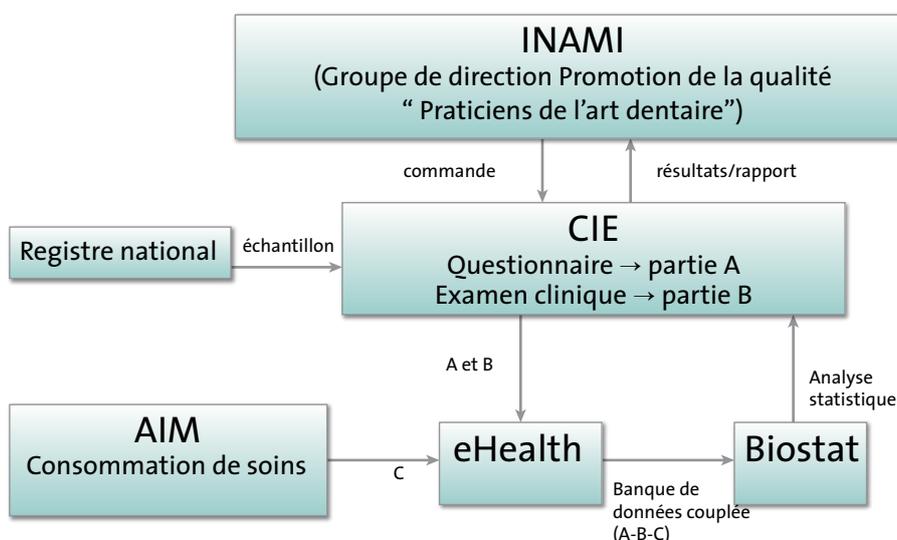


Figure 3. Schéma montrant les mouvements et le couplage des données

Le tableau comprenant toutes les variables de la banque de données globale fournit un aperçu des données collectées lors du projet de santé bucco-dentaire (annexe 18).

4.8. Développement du « codebook » pour l'analyse statistique

La CIE a développé un codebook comprenant toutes les analyses statistiques. Ce document était le document de référence pour les statisticiens du Centre de Biostatistique de la K.U. Leuven. Il comprenait la description et les critères pour toutes les variables de la banque de données globale et les analyses statistiques descriptives souhaitées. Le codebook est accessible sur demande.

5. RESULTATS ET DISCUSSION

Les résultats du présent rapport ont été collectés entre septembre 2009 et novembre 2010, à partir d'un échantillon de 1330 ménages comprenant 2755 personnes. Tous les participants de l'enquête de santé bucco-dentaire étaient enregistrés dans le Registre National en date du 01/06/2009. La répartition des ménages participants, par groupe linguistique, étaient de 61% néerlandophones et 39% francophones, ce qui reflète bien la distribution de la population entière. Pour plus de détails concernant la participation des ménages voir chapitre 6. Le pourcentage de femmes participant à l'enquête était de 53%. La moyenne d'âge des participants était de 42 ans (IQR 24.8 - 58.7; Extrêmes : 4.0-98.0).

5.1. Description de l'échantillon

5.1.1. Distribution selon la nationalité

Sept pourcent des personnes interrogées n'ont pas la nationalité belge (Tableau 1). A Bruxelles les non-belges représentent un quart de tous les répondants. Il s'agit dans 15.36% des cas de ressortissants européens et dans 7.5% des cas de personnes avec une nationalité non-européenne.

Tableau 1. Distribution de la population d'étude selon la nationalité et par région, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010.

Nationalité	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Echantillon total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Belges	1588	97.08	111	76.21	833	92.28	2532	92.70
Européens	47	2.36	24	15.36	89	5.67	160	5.17
Non Européens	8	0.56	12	7.50	13	2.04	33	2.12
TOTAL	1669	100	147	100	939	100	2755	100

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

1.05% (30 individus) des participants n'ont pas répondu à la question

5.1.2. Distribution selon la région

Le Tableau 2 montre la distribution de la population étudiée selon la région et la province de résidence. Quinze pourcent des ménages étaient situés dans la Région de Bruxelles-Capitale, 59% en Région flamande et 26% dans la Région wallonne.

Tableau 2. Nombre de participants en fonction du lieu de résidence (région et province), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

Région	Participant N (%)
Région flamande	1669 (59.24%)
Région bruxelloise	147 (14.79%)
Région wallonne	939 (25.97%)
Province	
Anvers	244 (8.86%)
Brabant flamand	245 (8.89%)
Flandre orientale	335 (12.16%)
Flandre occidentale	280 (10.16%)
Limbourg	565 (20.51%)
Bruxelles	147 (5.33%)
Brabant wallon	14 (0.51%)
Hainaut	563 (20.44%)
Liège	242 (8.78%)
Luxembourg	0 (0.00%)
Namur	120 (4.36%)
TOTAL	2755 (100%)

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

5.1.3. Distribution selon l'âge

Il était prévu de faire un sur-échantillonnage des personnes (très) âgées dans l'enquête de santé bucco-dentaire de 2008-2010. Ainsi, jusqu'à l'âge de 74 ans, la distribution par âge de l'échantillon correspond à celle de la population totale de Belgique (voir chapitre 6). La dernière catégorie d'âge est clairement sur-représentée.

Tableau 3. Distribution de l'échantillon selon l'âge des personnes et par région, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

Age des personnes	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Echantillon total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
5-7	43	2.65	6	3.18	22	2.48	71	2.69
12-14	59	3.94	8	4.35	28	2.50	95	3.63
15-24	166	12.40	26	13.18	98	9.35	290	11.72
25-34	142	13.24	12	18.58	68	9.52	222	13.06
35-44	246	16.15	29	16.30	114	16.68	389	16.31
45-54	257	15.25	19	13.22	161	16.46	437	15.26
55-64	262	12.21	14	10.22	157	18.16	433	13.46
65-74	224	10.17	9	7.77	96	9.93	329	9.75
>74	197	8.73	15	8.38	147	9.49	259	8.88
TOTAL	1669 (59.24%)	100	147 (14.79%)	100	939 (25.97%)	100	2755	100

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

5.1.4. Distribution selon les caractéristiques démographiques

Les distributions de l'échantillon selon le niveau d'éducation, l'activité professionnelle ou le statut de non-employé sont décrites ci-dessous. Le tableau 4 met en évidence que plus d'un tiers des participants avait un diplôme d'études supérieures. Il faut néanmoins prendre en compte le fait que certains des participants sont toujours en formation (les jeunes).

Tableau 4. Distribution de la population étudiée selon le niveau d'éducation et la région, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

Diplôme le plus élevé	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Echantillon total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ecole primaire / pas de diplôme	408	24.20	35	20.70	210	17.49	653	21.90
Secondaire inférieur	296	15.52	21	14.35	214	16.40	531	15.58
Secondaire supérieur	433	27.63	39	27.40	253	25.76	725	27.10
Education supérieure	442	32.21	43	35.75	225	39.97	710	34.80
Ne sait pas	11	0.44	2	1.80	7	0.38	20	0.62
TOTAL	1590	100	140	100	909	100	2639	100

N= nombre de personnes ; %= pourcentage
4.2% (116 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Le tableau 5 indique la distribution des participants selon l'activité professionnelle. Plus de la moitié des répondants n'exerçaient aucune activité professionnelle (54.73%). Cette proportion était légèrement plus élevée en Wallonie qu'en Flandre (56.58% versus 51.84%). A Bruxelles, la capitale régionale, seulement 35,65% des personnes étaient professionnellement actives. Pour ce tableau, il faut également prendre en compte le fait que certains des participants sont toujours en formation (élèves/étudiants).

Tableau 5. Distribution de la population étudiée selon l'activité professionnelle et la région, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

Activité rémunérée	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Echantillon total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Oui	663	47.85	52	35.65	321	42.82	1036	44.73
Non	963	51.84	90	62.96	598	56.58	1651	54.73
Ne sait pas	9	0.31	3	1.39	4	0.60	16	0.54
TOTAL	1036	100	141	100	882	100	2703	100

N= nombre de personnes ; %= pourcentage
21.27% (586 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Comme montré dans le tableau 6, les retraités (44.12%) et les étudiants (35.93%) étaient principalement ceux qui font partie du groupe sans activité professionnelle rémunérée. Dans la Région de Bruxelles-Capitale, la proportion d'étudiants était significativement plus élevée (50.56%) que la proportion des retraités (26.29%). Plus de 5% (5.07%) des participants étaient au chômage.

Tableau 6. Distribution de la population étudiée non-employée selon la cause du manque d'emploi, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

Raison du manque d'emploi	Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne		Echantillon total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
chômage	41	3.72	6	7.41	41	6.45	88	5.07
maladie / invalidité	57	6.15	0	0.00	37	3.98	94	4.52
études	265	34.33	45	50.56	172	29.65	482	35.93
pensionné(e)	521	46.38	25	26.29	283	51.12	829	44.12
occupé dans le ménage	77	6.63	10	10.30	39	5.46	126	6.97
aidant chez un indépendant	4	0.23	2	1.80	5	1.04	11	0.71
autre	27	4.71	3	3.13	20	3.23	50	4.13

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

5.2. Présentation des résultats

5.2.1. Pondération des résultats

Tous les résultats présentés sont toujours pondérés afin de correspondre le mieux possible à la population. L'utilisation de facteurs de pondération ajuste les différences entre l'échantillon de l'enquête et la population réelle, en termes de la distribution par âge, sexe et de la province. En pondérant les données, les résultats sont représentatifs de la population totale, au niveau national, régional et provincial. Toutes les statistiques (les pourcentages, les moyennes, les écarts-type, les intervalles interquartiles ,...), sauf les nombres absolus ont été pondérées avec les facteurs de pondération évoqués ci-dessus.

5.2.2. Présentation des résultats en fonction de différents paramètres sélectionnés

La présentation des résultats pour chacun des indicateurs sélectionnés se fait de manière structurée:

SEXE ET AGE

Les résultats sont présentés séparément pour les hommes, les femmes et chacun des groupes d'âge. L'âge et le sexe sont souvent des déterminants importants en ce qui concerne les indicateurs de santé.

Afin de faire un usage optimal du temps et des ressources et de permettre une comparaison internationale, les résultats ont été répartis en groupes d'âges spécifiques. Les groupes d'âge sélectionnés comprennent également les groupes d'âge recommandés par l'OMS⁷ (5-7, 12-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, >74 ans).

NIVEAU D'EDUCATION

Certaines données sont analysées en fonction du niveau d'éducation. Ce dernier est utilisé comme indicateur du niveau socio-économique pour le ménage et les membres qui le composent. Cet indicateur est basé sur le plus haut niveau d'éducation atteint par un des membres du ménage.

BELGIQUE ET SES REGIONS

Les résultats sont présentés au niveau de chacune des trois Régions et au niveau de la Belgique dans son ensemble. Les individus repris dans l'échantillon sont distribués dans l'une ou l'autre des Régions en fonction de leur lieu de résidence.

5.2.3. Mesures utilisées pour résumer et décrire les résultats

La fréquence de distribution des variables enregistrées est présentée en mesure absolue et relative. De plus, des mesures de tendance centrale, décrivant les caractéristiques de la population étudiée, sont calculées en termes de moyenne, médiane, intervalle, proportion et quartiles. Ces mesures sont complétées par une autre mesure, qui donne une indication de la variabilité des observations dans chaque échantillon (écart-type, intervalle interquartile). Les analyses statistiques ont été réalisées en SAS, version 9.2.

5.3. Résultats du questionnaire

Les données statistiques proviennent des réponses recueillies à l'aide d'un questionnaire auto-rempli. Les variables collectées appartiennent à l'une des catégories suivantes : hygiène bucco-dentaire, utilisation de fluorures, soins dentaires, alimentation, plaintes, qualité de vie, tabagisme et santé générale. La grande majorité des participants (2742/2755=99,5%) a rempli le questionnaire.

5.3.1. Comportement concernant l'hygiène bucco-dentaire

A propos du comportement concernant l'hygiène bucco-dentaire, les données concernant la fréquence de brossage dentaire et l'utilisation de produits de nettoyage dentaire sont décrites ci-dessous.

5.3.1.1. Fréquence d'hygiène bucco-dentaire

Le tableau 7 donne un aperçu des données collectées sur la fréquence d'hygiène bucco-dentaire.

La moitié des répondants (50,44%) se brossent les dents au moins deux fois par jour. En outre, un grand groupe (40,54%) se brosse une fois par jour. Moins de 3% ont répondu ne jamais se brosser les dents et 5,58% ne le font pas quotidiennement. Les hommes se brossent moins fréquemment les dents que les femmes, les plus âgées moins que les jeunes. Même si les jeunes ont répondu avoir une hygiène bucco-dentaire régulière, 5,26% à 7,16% des personnes dans les groupes d'âge entre 12 et 34 ans ne se brossent pas les dents tous les jours. Les faibles chiffres constatés chez les personnes à partir de 55 ans (et surtout 75 ans) sont probablement liés à l'absence de dents naturelles.

Tableau 7. Fréquence de brossage dentaire de la population (de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Deux fois par jour ou plus		Une fois par jour		Moins d'une fois par jour		Jamais		Ne sait pas	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	475	43.82	578	44.94	130	7.69	55	2.87	12	0.68
	Femme	777	56.33	598	36.64	50	3.71	45	2.92	7	0.41
GROUPE D'AGE	5-7	30	51.56	38	46.82	2	1.61	0	0.00	0	0.00
	12-14	46	44.28	38	49.63	7	5.26	1	0.34	2	0.48
	15-24	145	43.55	122	48.56	18	5.53	3	1.15	2	1.21
	25-34	110	51.24	98	40.82	11	7.16	1	0.44	11	0.34
	35-44	188	58.29	170	37.56	23	3.80	3	0.25	2	0.11
	45-54	206	58.41	189	35.67	29	4.61	8	1.00	3	0.31
	55-64	196	47.93	194	40.30	29	4.69	11	7.08	0	0.00
	65-74	138	45.09	132	41.55	30	8.50	20	4.18	3	0.67
	>74	119	38.36	151	41.52	26	5.89	52	12.73	4	1.49
REGION	Région flamande	740	47.47	758	45.06	100	4.73	42	2.27	10	0.46
	Région bruxelloise	84	58.67	53	32.60	6	7.52	1	0.61	1	0.61
	Région wallonne	428	52.54	365	34.77	74	6.44	57	5.60	8	0.66
TOTAL		1252	50.44	1176	40.54	180	5.58	100	2.90	19	0.54

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats spécialement si le nombre des participants est inférieur à 100.

0.46% (15 individus) n'ont pas répondu à la question

5.3.1.2. Fréquence d'utilisation des produits de nettoyage des dents et/ou du dentier

Les tableaux 8a, 8b et 8c fournissent les données relatives aux produits utilisés lors du nettoyage des dents et/ou des dentiers.

La plus grande partie des réponses rapportent l'utilisation du dentifrice (93.04%). L'usage d'une brosse à dent classique pour le nettoyage dentaire se fait par 71.74% des répondants ; 31.55% nettoient à l'aide d'une brosse à dents électrique. Les bains de bouche sont adoptés par 17.70%. Le nettoyage inter-dentaire est effectué par 39.58% ; les cures dents (21.85%) et les fils dentaires (20.41%) sont surtout utilisés. Uniquement 6.46% utilisent des brossettes inter-dentaires. Seulement 4.01% font usage d'un gratte-langue. Le nettoyage d'une prothèse se fait plus souvent par des comprimés nettoyants que par des brosses à prothèse.

Les femmes utilisent plus souvent que les hommes une brosse à dent électrique (35.07% versus 27.60%), elles nettoient plus souvent les faces inter-dentaires et font plus souvent usage d'un bain de bouche (20.43% versus 14.63%).

La plus fréquente utilisation de brosse à dents électrique a été rapportée par des personnes du groupe d'âge de 35-44 ans (44.12%) et aussi par du groupe d'âge de 5-7 (42.01%). Il est frappant de constater que les enfants et les jeunes se nettoient plus souvent avec une brosse électrique, alors que dans les groupes plus âgés, une utilisation combinée de brosse à dents manuelle et électrique est plutôt observée.

L'utilisation de produits de nettoyage inter-dentaire diffère en fonction des groupes d'âge. Pendant que dans les groupes de 55 ans et plus, les cure-dents sont surtout utilisés, dans les groupes plus jeunes, c'est le fil dentaire. L'emploi des brossettes inter-dentaires a été surtout mentionné dans les groupes d'âges de 55 et plus. Les brosses à dents électriques sont plus habituellement utilisées dans la Région wallonne qu'en Flandre (40.12% versus 29.49%), alors que le nettoyage inter-dentaire est appliqué plus fréquemment en Flandre. Particulièrement, en ce qui concerne l'utilisation des cures-dents (26.33% versus 15.14%) et du fil dentaire (22.27% versus 18.88%).

Tableau 8a. Fréquence d'utilisation des produits de nettoyage des dents et/ou dentier de la population (de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Dentifrice		Brosse à dents manuelle		Brosse à dents électrique		Bain de bouche	
		N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	1111	92.56	893	73.90	319	27.60	191	14.63
	Femme	1331	93.47	1043	69.82	428	35.07	303	20.43
GROUPE D'AGE	5-7	68	98.24	46	63.73	31	42.01	2	4.34
	12-14	91	96.37	69	78.03	29	29.34	17	20.97
	15-24	283	97.87	226	82.57	77	23.83	58	18.52
	25-34	216	98.36	151	68.48	87	33.90	51	25.32
	35-44	373	96.11	263	71.57	149	44.12	86	18.01
	45-54	403	94.26	311	64.62	123	36.32	85	17.68
	55-64	392	95.21	298	68.47	118	33.07	73	15.48
	65-74	259	83.22	232	76.36	56	22.74	63	20.96
	>74	236	73.51	252	70.83	23	11.43	47	14.39
REGION	Région flamande	1498	93.23	1163	72.99	462	29.49	321	18.90
	Région bruxelloise	132	91.41	108	69.60	35	24.69	23	17.47
	Région wallonne	812	93.53	665	70.10	250	40.12	150	15.10
TOTAL		2442	93.04	1936	71.74	747	31.55	494	17.70

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

Plusieurs réponses étaient possibles.

0.30% (11 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Tableau 8b. Fréquence d'utilisation des produits de nettoyage des dents et/ou dentier de la population (de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010 (suivi)

		Cure-dents		Fil dentaire		Brosse interdentaire		Nettoyage interdentaire*	
		N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	307	23.14	138	17.02	56	3.64	416	38.36
	Femme	319	20.69	299	23.43	131	8.98	582	40.67
GROUPE D'AGE	5-7	2	0.36	2	3.36	0	0.00	3	3.60
	12-14	15	21.11	12	18.15	6	5.11	29	32.90
	15-24	60	20.76	35	13.62	5	0.97	88	31.04
	25-34	47	14.59	57	27.49	5	2.17	93	38.21
	35-44	106	24.71	111	27.61	19	4.49	191	47.76
	45-54	141	32.91	98	33.32	49	9.81	212	58.78
	55-64	140	29.15	75	20.22	57	12.40	208	48.79
	65-74	67	23.38	28	14.27	31	14.61	101	39.12
	>74	42	13.90	11	3.24	12	5.21	59	20.47

		Cure-dents		Fil dentaire		Brosse interdentaire		Nettoyage interdentaire*	
		N	%	N	%	N	%	N	%
REGION	Région flamande	444	26.33	308	22.47	127	6.96	695	44.68
	Région bruxelloise	23	15.71	17	14.89	10	7.70	41	31.50
	Région wallonne	159	15.14	112	18.88	50	4.64	262	32.62
TOTAL		626	21.85	437	20.41	187	6.46	998	39.58

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

*Au moins un produit de nettoyage interdentaire (cure-dents, fil dentaire, brosse interdentaire) est utilisé
Attention! Pour l'interprétation des résultats particulièrement si le nombre des participants est inférieur à 100.

Plusieurs réponses étaient possibles.

0.30% (11 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Tableau 8c. Fréquence d'utilisation des produits de nettoyage des dents et/ou dentier de la population (de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010 (suivi)

		Comprimés nettoyants		Brosse pour prothèse		Gratte-langue		Aucun	
		N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	129	6.18	23	0.91	34	4.60	43	2.36
	Femme	233	9.93	62	2.67	52	3.49	40	1.41
GROUPE D'AGE	5-7	0	0.00	0	0.00	1	3.02	0	0.00
	12-14	0	0.00	0	0.00	4	10.74	0	0.00
	15-24	0	0.00	0	0.00	10	2.98	3	1.15
	25-34	1	0.34	1	0.18	10	8.08	1	0.44
	35-44	12	2.20	1	0.22	16	3.70	1	0.08
	45-54	52	10.22	10	1.44	12	2.65	8	1.36
	55-64	84	12.40	19	4.90	17	4.16	8	1.20
	65-74	105	24.41	29	4.47	11	4.68	15	2.68
	>74	108	24.36	25	5.25	3	0.47	47	11.52
REGION	Région flamande	246	10.48	60	2.19	61	3.97	41	2.19
	Région bruxelloise	6	2.84	2	1.49	2	5.17	1	0.6
	Région wallonne	110	5.90	23	1.24	23	3.44	41	1.82
TOTAL		362	8.16	85	1.84	86	4.01	83	1.86

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

*Au moins un produit de nettoyage interdentaire (cure-dents, fil dentaire, brosse interdentaire) est utilisé
Attention! Pour l'interprétation des résultats particulièrement si le nombre des participants est inférieur à 100.

Plusieurs réponses étaient possibles.

0.30% (11 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Dans le tableau 9, l'utilisation des fluorures pour la prévention de la carie dentaire sous ses différentes formes d'application est présentée. Dans l'ensemble de la population étudiée, 8.05% affirment n'utiliser aucune forme d'application de fluorure ; 7.95% n'ont pas pu répondre à cette question. Il semble que cette information ne soit pas toujours claire et accessible pour la population. Il est étonnant de constater que surtout les jeunes (groupes d'âge entre 12 et 24 ans) n'ont pas pu répondre à cette question. L'utilisation d'un dentifrice fluoré a été mentionnée par la plupart des participants (83.04%). Le bain de bouche est utilisé par 10.04% de la population. L'utilisation des comprimés ou des gouttes est très faible, à peine 0.63%.

Des petites différences ont été observées entre les hommes et les femmes. Le pourcentage le plus élevé d'utilisation du dentifrice fluoré a été mentionné dans les groupes d'âge entre 25 et 44 ans (94.81% et 90.88% respectivement). L'utilisation régulière d'un produit fluoré augmente en fonction du niveau d'éducation (77.81% pour les personnes sans diplôme ou ayant un diplôme d'école primaire et 88.45% pour les personnes avec un diplôme d'enseignement supérieur). Entre les régions, des petites différences ont été observées; une différence significative de la fréquence d'utilisation de bain de bouche fluoré n'a été constatée que chez les habitants de la Wallonie (12.92% versus 8.60% en Flandre).

Tableau 9. Fréquence d'utilisation des produits fluorés de la population (de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Dentifrice/ Gel		Bain de bouche		Comprimés ou gouttes		Aucun		Utilisation Fluorures*	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	978	80.41	107	9.86	15	0.44	153	8.70	995	81.19
	Femme	1164	85.40	172	10.21	16	0.79	193	7.46	1189	86.17
GROUPE D'AGE	5-7	63	87.89	1	1.63	2	0.89	5	8.95	63	87.89
	12-14	80	74.95	10	7.87	2	0.68	2	1.16	80	74.95
	15-24	231	80.82	40	9.13	0	0.00	18	4.62	233	81.53
	25-34	202	94.81	36	19.58	0	0.00	10	3.16	207	96.34
	35-44	343	90.88	53	10.01	1	0.08	15	4.05	349	91.44
	45-54	370	77.39	56	8.69	0	0.00	48	8.87	373	78.36
	55-64	357	85.36	39	11.10	10	1.10	41	8.17	366	86.77
	65-74	212	76.54	16	6.53	6	2.18	77	14.60	218	79.21
	>74	171	62.86	17	7.39	5	0.62	127	24.46	180	63.66
NIVEAU D'EDUCATION	Primaire/ sans diplôme	-	-	-	-	-	-	-	-	471	77.81
	Secondaire inf.	-	-	-	-	-	-	-	-	411	82.31
	Secondaire sup.	-	-	-	-	-	-	-	-	584	84.19
	Enseignement sup.	-	-	-	-	-	-	-	-	619	88.45
REGION	Région flamande	1314	83.46	158	8.60	17	0.38	196	8.85	1332	84.13
	Région bruxelloise	115	82.74	9	10.68	2	1.60	11	6.39	117	84.43
	Région wallonne	713	82.26	112	12.92	12	0.64	139	7.15	735	83.86
TOTAL		2142	83.04	279	10.04	31	0.63	346	8.05	2184	84.11

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

*Au moins un produit fluoré (dentifrice, gel, bain de bouche, gouttes ou comprimés) est utilisé
Attention! Pour l'interprétation des résultats particulièrement si le nombre des participants est inférieur à 100

Plusieurs réponses étaient possibles

7.95% des participants ont répondu 'Ne sait pas'

1.26% (35 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

5.3.2. Soins dentaires

5.3.2.1. Conseils et sources d'information concernant la santé bucco-dentaire

Les participants de l'enquête de santé bucco-dentaire ont été interrogés sur les différents types de conseils reçus concernant les soins bucco-dentaires et sur la source de ces conseils. Les tableaux 10a, 10b et 10c résument les résultats concernant les types de conseils reçus; les tableaux 11a et 11b lient les sources de distribution de conseils et leur fréquence.

Les répondants ont surtout reçu l'information en ce qui concerne la fréquence de visite chez le dentiste, ceci a été le cas pour 54.34% d'entre eux. En outre, les conseils les plus couramment reçus concernaient l'hygiène bucco-dentaire (37.62%), l'utilisation de dentifrice (35.73%) et la santé gingivale (35.15%). Sur le plan du nettoyage inter-dentaire, le conseil a été plutôt centré sur le fil dentaire (23.21%), que sur les brossettes inter-dentaires (9.69%) et cure-dents (8.74%). Le gratteur de langue a été mentionné par 10.76% des participants. Le conseil concernant les habitudes alimentaires a été indiqué seulement par 16.68%. A propos de l'utilisation de bain de bouche, 15.59% des répondants ont été conseillés. Le conseil au sujet de l'utilisation de fluorure a été mentionné seulement par 6.03%. Il n'est pas négligeable que 16.05% des répondants prétendent ne jamais avoir reçu de conseils de santé-bucco-dentaire.

Les femmes ont mentionné plus souvent être informées sur l'utilisation du fil dentaire (25.65% versus 20.44% pour les hommes), du bain de bouche (19.41% versus 11.29%) et de la brossette inter-dentaire (12.32% versus 6.72%). En Flandre, la fréquence des conseils donnés était plus fréquente qu'en Wallonie en ce qui concerne les thèmes suivants : la visite chez le dentiste (58.73% versus 48.54%), l'hygiène bucco-dentaire (44.50 versus 23.72%), l'utilisation de brossettes inter-dentaire (12.32% versus 6.99%) et de gratte langue (11.61% versus 5.06%), et le régime alimentaire (21.55% versus 10.58%).

Table 10a. Fréquence des conseils bucco-dentaires reçus par les participants (de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Gencives		Visites chez le dentiste		Hygiène bucco-dentaire		Alimentation	
		N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	398	35.06	597	56.43	423	36.72	190	18.24
	Femme	493	35.23	730	52.48	536	38.41	219	15.30
GROUPE D'AGE	5-7	7	7.30	26	52.50	35	57.50	13	27.17
	12-14	37	50.19	50	45.79	45	39.41	22	24.26
	15-24	91	33.52	150	55.97	102	36.48	62	23.15
	25-34	87	31.92	120	57.46	95	44.86	34	15.05
	35-44	167	41.53	234	57.02	151	38.15	67	20.66
	45-54	168	39.60	239	62.69	151	34.79	72	16.40
	55-64	163	48.20	206	54.37	135	32.81	52	9.51
	65-74	86	25.39	140	52.64	88	31.69	28	6.07
	>74	56	23.97	87	30.22	86	24.41	27	6.72
REGION	Région flamande	595	39.77	844	58.73	630	44.50	285	21.55
	Région bruxelloise	34	23.39	64	47.03	48	35.01	14	7.98
	Région wallonne	262	31.29	419	48.54	281	23.72	110	10.58
TOTAL		891	35.15	1327	54.34	959	37.62	409	16.68

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. Plusieurs réponses étaient possibles.

3.96% (71 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Table 10b. Fréquence des conseils bucco-dentaires reçus par les participants (de 5 ans ou plus),
Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010 (suivi)

		Fil dentaire		Dentifrice		Suppl. fluor		Bains de bouche	
		N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	153	20.44	393	35.13	62	4.96	144	11.29
	Femme	290	25.65	491	36.26	80	6.98	260	19.41
GROUPE D'AGE	5-7	4	12.81	23	28.43	4	5.06	1	3.11
	12-14	11	17.06	32	25.00	7	13.91	14	22.89
	15-24	43	13.77	103	40.27	17	5.63	44	16.17
	25-34	53	33.44	81	38.28	7	3.68	33	16.30
	35-44	103	27.66	133	29.73	22	6.89	67	17.51
	45-54	108	38.65	146	34.94	32	8.19	78	17.80
	55-64	72	25.81	140	42.03	30	7.54	76	18.02
	65-74	25	12.94	95	36.65	10	3.27	45	14.41
	>74	14	5.41	71	22.08	5	3.64	37	11.27
REGION	Région flamande	298	24.12	527	35.67	98	7.86	228	15.91
	Région bruxelloise	23	19.21	45	34.41	3	2.22	23	19.53
	Région wallonne	122	23.35	312	36.59	41	4.05	153	12.73
TOTAL		443	23.21	884	35.73	142	6.03	404	15.59

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats particulièrement si le nombre des participants est inférieur à 100.

Plusieurs réponses étaient possibles.

3.96% (71 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Table 10c. Fréquence des conseils bucco-dentaires reçus par les participants (de 5 ans ou plus),
Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010 (suivi)

		Cure-dents		Brosse inter-dentaire		Nettoyage de la langue		Aucun	
		N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	105	7.53	87	6.72	101	10.67	274	16.59
	Femme	109	9.82	174	12.32	148	10.84	282	15.58
GROUPE D'AGE	5-7	0	0.00	0	0.00	4	4.82	9	7.41
	12-14	5	3.79	9	16.39	11	26.55	9	6.44
	15-24	19	5.00	12	5.29	29	10.59	42	12.87
	25-34	15	9.06	12	4.63	30	18.62	30	14.17
	35-44	38	10.20	37	8.80	54	15.26	49	9.78
	45-54	38	10.62	64	14.89	40	8.98	71	13.25
	55-64	50	11.17	69	15.67	42	7.65	86	20.42
	65-74	30	14.69	36	13.29	19	4.66	90	20.22
	>74	15	6.18	17	6.95	11	3.37	153	40.50
REGION	Région flamande	126	8.50	176	11.61	162	12.32	346	16.25
	Région bruxelloise	8	10.99	12	10.28	12	11.24	25	17.22
	Région wallonne	80	8.06	73	5.06	75	6.99	185	14.98
TOTAL		214	8.74	261	9.69	249	10.76	556	16.05

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

Plusieurs réponses étaient possibles.

3.96% (71 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Le dentiste est la source principale des conseils (84.89%). Les médias constituent également une source importante de conseils (22.71%), suivis par la famille (17.70%) et l'école (16.69%). Le pharmacien a été mentionné moins souvent (9.47%).

Les femmes mentionnent plus souvent le dentiste et le pharmacien en tant que source de conseils que les hommes (86.06% et 10.32% versus 83.56% et 8.49%, respectivement). Les hommes ont alors obtenu plus souvent des conseils via l'école et la famille contrairement aux femmes (20.70% et 21.95% versus 13.16% et 13.95%, respectivement).

En Wallonie, le dentiste et le pharmacien ont été mentionnés plus souvent qu'en Flandre (88.29% et 11.25% versus 84.39% et 7.93%). En Flandre, l'école a été mentionnée plus souvent (19.59% versus 11.31%).

Table 11a. Fréquence de la source des conseils bucco-dentaires reçus par les participants (de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Dentiste		Pharmacie		Ecole	
		N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	863	83.56	81	8.49	178	20.70
	Femme	1055	86.06	147	10.32	181	13.16
GROUPE D'AGE	5-7	40	66.71	1	0.71	32	47.88
	12-14	70	87.02	5	6.00	34	39.10
	15-24	211	77.57	7	1.96	85	29.99
	25-34	167	85.38	22	13.53	47	28.70
	35-44	318	93.67	46	10.84	41	9.33
	45-54	336	88.89	46	10.89	29	6.08
	55-64	319	89.54	47	15.18	18	4.04
	65-74	200	83.41	26	7.04	7	1.74
	>74	166	72.76	21	10.87	2	0.57
REGION	Région flamande	1158	84.39	112	7.93	254	19.59
	Région bruxelloise	99	80.64	12	12.36	16	14.90
	Région wallonne	661	88.29	104	11.25	89	11.31
TOTAL		1918	84.89	228	9.47	359	16.69

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats pourcentage si le nombre des participants est inférieur à 100.

Plusieurs réponses étaient possibles.

11.15% (403 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Table 11b. Fréquence de la source des conseils bucco-dentaires reçus par les participants (de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Media		Famille		Autres	
		N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	254	22.16	211	21.95	65	4.75
	Femme	307	23.20	219	13.95	76	5.07
GROUPE D'AGE	5-7	4	10.52	21	29.72	5	11.14
	12-14	15	10.04	31	31.36	3	1.76
	15-24	63	23.50	65	25.77	12	5.42
	25-34	63	24.60	55	27.63	7	1.83
	35-44	98	28.78	57	13.58	12	4.16
	45-54	107	27.67	46	9.19	20	5.15
	55-64	94	24.18	36	8.01	22	4.83
	65-74	52	16.49	38	14.02	23	4.86
	>74	53	17.80	37	11.56	34	12.30

		Media		Famille		Autres	
		N	%	N	%	N	%
REGION	Région flamande	347	25.21	214	14.52	100	5.96
	Région bruxelloise	17	13.12	40	31.89	7	5.03
	Région wallonne	197	22.41	176	16.95	34	2.57
TOTAL		561	22.71	430	17.70	141	4.92

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats particulièrement si le nombre des participants est inférieur à 100.

Plusieurs réponses étaient possibles.

11.15% (403 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

5.3.2.2. Raisons invoquées pour ne pas consulter un dentiste

Dans le tableau 12, les résultats pour ne pas consulter de dentiste sont exprimés en termes de raisons données par les participants.

Une grande partie des répondants expliquent qu'en fait ils n'ont aucune raison pour ne pas se rendre régulièrement chez un dentiste (42.99%). Un quart (25.25%) explique l'absence des symptômes comme la raison principale pour ne pas consulter un dentiste. Pour 17.87%, la peur constitue la raison de ne pas rendre visite au dentiste ; le manque de temps a été mentionné par 15.55%. Les soucis financiers ont été soulignés pour 11.05%. Les résultats montrent que le manque d'importance lié à la visite chez le dentiste est rarement mentionné comme raison (0.98%). Une accessibilité restreinte aux soins de santé a été mentionnée par un petit groupe (1.15%).

Les femmes se justifient moins souvent que les hommes (45.25% versus 40.47%). Chez les femmes la peur a été citée plus souvent comme raison (19.10% versus 16.49%), chez les hommes l'absence des symptômes (26.90% versus 23.79%) et le manque de temps (19.64% versus 11.87%) étaient les raisons plus fréquentes. Les soucis financiers ont moins souvent été mentionnés comme raison chez les enfants; le manque de temps a surtout été un problème pour des groupes d'âge entre 15 et 54 ans. En Flandre, la peur (20.54% versus 17.87%) et l'absence des symptômes (27.28% versus 20.70%) ont été mentionnées plus fréquemment comme raisons.

Tabel 12a. Frequentietabel voor aangehaalde redenen voor het niet regelmatig raadplegen van een tandarts (deelnemers vanaf 5 jaar), Mondgezondheidsenquête België 2008-2010

		Peur/ nervosité		Coût		Peu important		Pas de symptômes	
		N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	203	16.49	147	11.04	26	1.57	328	26.90
	Femme	321	19.10	201	11.06	16	0.45	346	23.79
GROUPE D'AGE	5-7	8	8.59	1	3.35	1	0.2	7	15.77
	12-14	16	20.82	6	2.37	2	1.20	11	6.67
	15-24	45	17.79	31	8.43	5	2.06	93	30.62
	25-34	41	17.40	37	15.61	1	0.04	67	35.24
	35-44	81	20.51	69	17.10	2	0.52	103	25.77
	45-54	98	20.14	76	12.57	3	0.64	117	23.53
	55-64	88	15.99	57	11.33	9	1.27	89	18.77
	65-74	69	13.72	35	8.50	7	1.14	70	27.32
	>74	58	16.96	31	6.59	12	2.38	108	29.79

		Peur/ nervosité		Coût		Peu important		Pas de symptômes	
		N	%	N	%	N	%	N	%
REGION	Région flamande	335	20.54	168	12.08	28	1.42	407	27.28
	Région bruxelloise	23	17.39	9	6.09	0	0.00	34	25.33
	Région wallonne	166	12.17	171	11.57	14	0.54	233	20.70
TOTAL		524	17.87	348	11.05	42	0.98	674	25.26

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. Plusieurs réponses étaient possibles.

3.88% (81 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Table 12b. Fréquence des raisons pour ne pas aller régulièrement chez un dentiste (participants de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Accès difficile		Manque de temps		Aucune	
		N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	18	1.34	199	19.64	491	40.47
	Femme	32	0.99	147	11.87	619	45.25
GROUPE D'AGE	5-7	0	0.00	3	4.51	45	69.02
	12-14	2	3.30	5	4.36	55	63.96
	15-24	2	0.62	63	21.58	101	40.35
	25-34	1	0.45	46	19.82	77	37.62
	35-44	4	0.45	88	22.50	124	26.66
	45-54	2	0.52	73	28.30	154	36.42
	55-64	9	1.48	43	10.05	188	52.71
	65-74	7	2.14	13	3.12	152	53.21
	>74	21	2.87	10	3.12	137	46.00
REGION	Région flamande	16	0.91	220	15.49	695	42.12
	Région bruxelloise	4	2.12	25	17.03	66	43.65
	Région wallonne	30	1.15	101	14.84	349	44.53
TOTAL		50	1.15	346	15.55	1110	42.99

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats particulièrement si le nombre des participants est inférieur à 100.

Plusieurs réponses étaient possibles.

3.88% (81 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

5.3.3. Régime alimentaire

Le régime alimentaire global des participants a été évalué tant pour son potentiel cariogène que son potentiel érosif (tableaux 13a et 13b). Exactement, 75.47% des participants ont été classés dans le groupe des mauvaises habitudes alimentaires. Globalement, 65.19% et 50.52% des répondants se sont respectivement trouvés dans les catégories de risque cariogène et érosif élevés.

Table 13a. Distribution du risque carieux et risque érosif des aliments et boissons consommés par les participants de 5 ans et plus, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Risque carieux				Risque érosif			
		non	bas	moyen	élevé	non	bas	moyen	élevé
		N (%)				N (%)			
SEXE	Homme	7 (0.58)	306 (30.92)	71 (6.76)	613 (61.73)	0 (0.00)	475 (48.28)	65 (7.27)	470 (44.45)
	Femme	4 (0.15)	315 (27.25)	63 (4.21)	783 (68.39)	0 (0.00)	503 (39.36)	62 (4.74)	617 (55.90)
LEEFTIJDS- GROEP	5-7	0 (0.00)	14 (19.82)	4 (5.24)	45 (74.95)	0 (0.00)	28 (35.74)	55 (8.17)	33 (56.09)
	12-14	0 (0.00)	18 (24.57)	9 (8.67)	52 (66.76)	0 (0.00)	29 (33.34)	12 (14.97)	35 (51.69)
	15-24	0 (0.00)	81 (36.80)	18 (4.74)	144 (58.46)	0 (0.00)	114 (47.13)	20 (5.44)	111 (47.43)
	25-34	1 (0.39)	47 (34.51)	4 (4.12)	125 (6.97)	0 (0.00)	72 (43.78)	11 (9.05)	100 (47.17)
	35-44	1 (0.10)	108 (29.55)	16 (4.65)	190 (65.70)	0 (0.00)	142 (36.55)	15 (3.16)	166 (60.29)
	45-54	1 (0.03)	88 (21.64)	19 (4.69)	230 (73.63)	0 (0.00)	159 (46.82)	17 (3.49)	169 (49.68)
	55-64	0 (0.00)	90 (25.47)	21 (7.51)	210 (67.02)	0 (0.00)	138 (44.58)	16 (5.24)	169 (50.18)
	65-74	2 (0.48)	59 (27.45)	17 (5.98)	163 (66.09)	0 (0.00)	105 (42.03)	111 (11.00)	132 (46.97)
	>74	6 (2.70)	87 (31.29)	23 (7.84)	168 (58.18)	0 (0.00)	138 (52.88)	17 (5.57)	119 (41.55)
	REGION	Région flamande	9 (0.38)	399 (33.0)	67 (4.86)	820 (61.77)	0 (0.00)	594 (43.98)	67 (4.77)
Région bruxelloise		1 (0.74)	25 (24.88)	10 (9.47)	78 (64.91)	0 (0.00)	50 (44.66)	12 (10.88)	59 (44.47)
Région wallonne		1 (0.07)	197 (22.13)	57 (4.47)	498 (73.33)	0 (0.00)	334 (41.89)	48 (5.73)	365 (52.38)
TOTAL	11 (0.35)	621 (29.02)	134 (5.44)	1396 (65.19)	0 (0.00)	978 (43.55)	127 (5.93)	1087 (50.52)	

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

Environ un quart de la population (24.53%) utilisait les boissons et les aliments qui peuvent être considérés comme non-cariogènes et non érosifs; le risque de leurs habitudes alimentaires concernant la carie dentaire et l'érosion était considéré comme faible ou nul. Ce fut plus souvent le cas pour les hommes (26.95 %) que pour les femmes (22.25%); et plus pour les répondants en Flandre (28.65%) qu'en Wallonie (18.58%).

Table 13b. Fréquence de la consommation d'aliments et ou boissons présentant peu ou pas de risque pour la santé bucco-dentaire chez les participants de 5 ans et plus, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Aliments / boissons non-cariogènes et non-érosifs*
		N (%)
SEXE	Homme	278 (26.95)
	Femme	280 (22.25)
GROUPE D'AGE	5-7	14 (19.62)
	12-14	16 (22.75)
	15-24	73 (33.90)
	25-34	40 (23.44)
	35-44	92 (23.66)
	45-54	81 (19.51)
	55-64	83 (23.82)
	65-74	52 (19.09)
	>74	78 (28.91)
	REGION	Région flamande
Région bruxelloise		23 (17.95)
Région wallonne		178 (18.58)
TOTAL		558 (24.53)

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

*Aliments/boissons avec un risqué carieux et érosif bas ou pas de risque du tout.

Les tableaux 14a - 14g présentés les résultats détaillés concernant la consommation des boissons, les tableaux 14h- 14 décrivent les différents types d'aliments consommés.

5.3.3.1. Consommation de boissons

Le tableau 14a résume les résultats de la consommation de jus de fruits. Une partie importante des répondants ont rapporté qu'ils ne boivent jamais (12.67%) ou rarement (28.04%) de jus de fruits. Pour environ un quart, ceci est une habitude quotidienne (23.28%) et 10.68% les boit plusieurs fois par jour.

La consommation de jus de fruits se fait entre les repas (de 58.63%).

Aucune différence importante entre les hommes et les femmes n'a été déterminée.

Les plus jeunes groupes d'âge ont rapporté une consommation plus fréquente de jus de fruit que les groupes plus âgés. En Wallonie, la consommation quotidienne de jus de fruit est plus fréquente qu'en Flandre (12.46% et 37.15% versus 8.03% et 13.85%, respectivement plusieurs fois par jour et quotidiennement).

Tableau 14a. Consommation de jus de fruits (participants de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Jus de fruits	> d'une fois par jour		une fois par jour		> d'une fois par semaine		Une fois par semaine		Rarement		Jamais		Entre les repas	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	113	11.13	219	23.13	171	13.85	135	10.95	403	28.53	201	12.42	666	59.94
	Femme	126	10.28	290	23.42	195	14.86	165	10.95	444	27.60	239	12.90	816	57.45
GROUPE D'AGE	5-7	22	37.46	13	25.15	12	13.28	10	10.50	10	12.57	3	1.04	46	75.73
	12-14	12	13.23	18	16.01	13	24.87	14	12.99	29	27.51	8	5.04	50	55.37
	15-24	36	12.30	48	17.55	56	16.36	55	20.82	77	29.83	14	3.14	176	62.83
	25-34	20	10.61	47	32.99	33	10.79	30	13.45	76	26.57	13	5.59	124	61.70
	35-44	20	6.98	66	21.97	59	16.03	56	11.01	131	32.56	54	11.46	210	54.52
	45-54	23	5.35	65	23.80	62	14.08	53	13.40	173	33.37	56	10.01	239	62.21
	55-64	26	13.53	73	20.79	49	15.22	38	8.29	146	26.19	88	15.98	225	55.57
	65-74	25	4.15	71	24.58	26	6.99	19	4.23	91	27.83	87	32.22	156	49.60
>74	30	10.78	75	23.14	33	11.27	12	2.39	89	24.83	110	27.60	174	53.53	
REGION	Région flamande	107	8.03	249	13.85	216	14.56	198	13.55	578	34.62	282	15.38	865	58.53
	Région bruxelloise	29	18.06	44	36.23	26	16.00	13	6.55	23	14.87	10	8.29	89	60.96
	Région wallonne	103	12.46	216	37.15	124	13.05	89	7.59	246	20.71	148	9.05	528	57.50
TOTAL		239	10.68	509	23.28	366	14.38	300	10.95	847	28.04	440	12.67	1482	58.63

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

0.14% (5 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Le tableau 14b fournit les résultats de la consommation de sodas. Un peu plus d'un tiers (34.97%) n'en boit jamais; environ un quart (23.76%) en boit rarement. Pour environ un cinquième des répondants, ceci est une habitude quotidienne: ils en consomment une fois (9.75%) ou plusieurs fois par jour (11.39%). Dans environ la moitié des cas, ceci arrive entre les repas (48.67%).

Les hommes consomment les sodas plus fréquemment que les femmes (14.35% et 12.61% versus 8.70% et 7.13% pour plusieurs fois et une fois par jour). En outre, les hommes en boivent plus fréquemment entre les repas que les femmes (53.59% versus 44.03%). Les chiffres de fréquence sont les plus élevés dans les plus jeunes groupes d'âge. Il est aussi remarquable que la consommation est clairement moindre en Wallonie qu'en Flandre (51.58% versus 29.62% ne boit jamais de sodas). Concernant le moment de la consommation, il y a les différences en Flandre où les sodas sont bus plus souvent entre les repas qu'en Wallonie (53.99% versus 35.15%).

Tableau 14b. Consommation de soft drinks (participants de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Soft drinks	> d'une fois par jour		une fois par jour		> d'une fois par semaine		Une fois par semaine		Rarement		Jamais		Entre les repas	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	191	14.35	142	12.61	170	17.12	98	8.24	274	18.82	340	28.86	610	53.59
	Femme	129	8.70	110	7.13	126	8.11	100	7.24	345	28.27	607	40.55	544	44.03
GROUPE D'AGE	5-7	8	9.25	6	6.81	7	13.61	12	14.32	9	10.92	28	45.09	27	34.01
	12-14	23	16.38	8	7.26	17	29.03	15	20.29	18	17.35	12	9.69	52	62.01
	15-24	74	28.33	39	9.46	56	20.86	32	14.28	52	16.21	33	10.85	170	66.86
	25-34	44	16.44	45	24.60	34	11.79	11	3.34	40	24.54	43	19.28	120	58.27
	35-44	45	10.45	35	8.15	55	13.20	36	7.32	98	29.09	104	31.79	183	52.88
	45-54	43	5.99	40	10.99	42	9.05	27	8.29	117	25.51	148	40.17	187	44.52
	55-64	34	4.77	25	4.38	31	12.13	20	3.49	122	29.53	172	45.70	142	37.91
	65-74	11	3.42	21	4.07	17	4.18	15	3.22	77	25.53	166	59.58	115	33.19
	>74	17	3.82	19	5.55	17	6.82	13	3.89	56	18.32	219	61.59	84	30.07
	REGION	Région flamande	215	13.23	172	10.40	204	14.03	132	9.10	400	23.61	473	29.62	769
Région bruxelloise		13	7.47	14	13.72	20	11.77	11	6.52	45	33.28	39	27.24	62	50.62
Région wallonne		92	9.46	66	5.99	72	9.08	55	5.25	174	18.64	435	51.58	323	35.15
TOTAL		320	11.39	252	9.75	296	12.41	198	7.72	619	23.76	947	34.97	1154	48.67

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. 0.14% (5 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Les participants à l'enquête ont aussi été questionnés sur leur consommation de sodas light. Les résultats sont résumés dans le tableau 14c. Plus de la moitié (57.88%) ne boit jamais de sodas light et 15,67% en boit rarement. Pour 15% de participants, ceci est une habitude presque quotidienne: ils consomment des sodas light une fois (6.76%) ou plusieurs fois par jour (8.49%). Moins d'un tiers des cas en consomment entre les repas (30.13%). Les hommes consomment moins souvent de sodas light que les femmes. La consommation par les jeunes est plus fréquente que par les groupes d'âge plus âgés. En Wallonie les sodas light sont moins souvent consommés qu'en Flandre (65,98% ne boit jamais les sodas versus 54,98% en Flandre). De plus, la consommation a moins souvent lieu entre les repas (23,91% versus 32,45%).

Tableau 14c. Consommation de soft drinks light (participants de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Soft drinks light	> d'une fois par jour		une fois par jour		> d'une fois par semaine		Une fois par semaine		Rarement		Jamais		Entre les repas	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	103	7.96	58	6.76	67	7.84	42	3.01	206	14.22	709	60.21	323	29.85
	Femme	103	8.96	94	6.76	103	7.46	66	4.06	237	16.98	805	55.78	384	30.39
GROUPE D'AGE	5-7	0	0.00	3	2.07	3	5.03	8	11.08	5	3.51	48	78.29	12	12.93
	12-14	8	6.03	4	3.54	12	17.85	8	7.31	23	28.94	38	36.33	28	34.82
	15-24	22	8.89	15	4.19	16	7.79	13	5.25	61	18.00	153	55.88	76	30.93
	25-34	30	17.00	18	12.88	23	10.25	9	1.66	29	11.87	104	46.34	68	38.74
	35-44	54	14.04	35	7.53	39	9.03	25	5.85	65	15.96	156	47.59	141	38.11
	45-54	31	6.04	24	4.07	30	5.90	20	3.52	81	17.70	222	62.76	130	26.62
	55-64	33	6.14	23	8.25	25	9.98	10	2.81	73	15.94	231	56.87	111	34.16
	65-74	14	4.09	12	8.54	10	3.30	6	1.23	45	15.18	217	67.65	64	23.64
	>74	8	2.79	11	3.68	5	3.30	4	0.83	27	8.62	279	80.78	40	14.52
REGION	Région flamande	139	9.97	93	5.01	112	8.44	65	3.68	303	17.92	853	54.98	464	32.45
	Région bruxelloise	12	8.76	12	12.62	9	6.52	3	2.22	25	14.82	80	55.08	39	32.11
	Région wallonne	55	4.99	47	7.51	49	6.44	40	4.04	115	11.05	581	65.98	204	23.91
TOTAL		206	8.49	152	6.76	170	7.64	108	3.56	443	15.67	1514	57.88	707	30.13

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. 0.14% (5 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Le tableau 14d, montre les résultats de la consommation de lait. Il semble que plus du quart de la population (27,25%) ne boit jamais du lait et 17,92% en boit rarement; 22,54% boit du lait une fois par jour et 14,92% plus qu'une fois par jour. Le lait est consommé le plus souvent lors des repas, seulement 27,88% entre les repas.

La fréquence de consommation ne diffère pas entre les hommes et les femmes ; une différence paraît par contre bien exister concernant le moment de la consommation: les hommes boivent plus souvent du lait entre les repas que les femmes (30,18% versus 25,86%). La consommation de lait quotidienne a surtout été rapportée dans les plus jeunes groupes d'âge bien qu'une partie importante des personnes ayant entre 12-24 ans n'en consomment jamais ou rarement. C'est le cas pour 25,11% et 19,86% des personnes dans le groupe d'âge 12-14 ans et 14,46% et 15,63% des personnes dans le groupe d'âge 15-24. Les chiffres de consommation de lait en Wallonie sont légèrement supérieurs à ceux de la Flandre.

Tableau 14d. Consommation de lait (participants de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Lait	> d'une fois par jour		une fois par jour		> d'une fois par semaine		Une fois par semaine		Rarement		Jamais		Entre les repas	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	181	15,12	267	23,16	116	12,71	63	4,87	221	16,95	368	27,20	330	30,18
	Femme	242	14,74	310	22,00	125	9,25	70	7,93	253	18,79	434	27,29	392	25,86
GROUPE D'AGE	5-7	23	31,44	28	39,52	5	8,42	5	6,55	2	3,63	7	10,43	25	35,68
	12-14	20	23,30	34	27,97	4	3,38	1	0,38	16	25,11	17	19,86	26	33,49
	15-24	50	13,77	86	32,16	43	18,73	20	5,25	43	14,46	43	15,63	82	23,73
	25-34	28	14,57	52	20,30	28	19,69	13	7,12	44	16,88	53	21,44	54	32,86
	35-44	48	9,41	93	21,88	41	9,76	20	15,95	87	23,19	90	19,81	111	24,55
	45-54	72	12,50	78	16,61	32	9,46	21	5,45	95	21,77	125	34,21	123	28,31
	55-64	52	12,45	53	20,57	36	7,07	15	3,44	80	21,98	167	34,48	114	30,49
	65-74	50	19,30	50	17,79	17	4,84	16	2,65	54	13,36	129	42,06	88	27,91
	>74	48	12,30	54	16,35	27	10,58	14	2,60	41	13,42	157	44,76	76	21,26
	REGION	Région flamande	193	12,47	325	22,33	153	11,41	80	5,34	329	20,17	508	28,28	423
Région bruxelloise		29	22,33	38	21,58	20	16,18	10	6,64	21	13,56	28	19,71	35	27,34
Région wallonne		201	16,12	214	23,57	68	6,63	43	8,96	124	15,44	266	29,27	264	24,00
TOTAL		423	14,92	577	22,54	241	10,88	133	6,49	474	17,92	802	27,25	722	27,88

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. 0,14% (5 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Dans le tableau 14e, les chiffres de consommation des produits laitiers sont présentés. Une partie importante de la population n'en consomme jamais (23.39%) ou rarement (17.34%), alors que 25.80% en consomment une fois par jour et 8.17% plus qu'une fois par jour. Dans environ la moitié des cas (48.06%), ces produits sont consommés lors des repas. La consommation entre les repas est plus fréquente dans les plus jeunes groupes d'âge que des groupes plus âgés. La consommation quotidienne est plus fréquente en Wallonie qu'en Flandre ; en ce qui concerne le moment de la consommation, 50.63% des participants en Flandre et 37.64% en Wallonie consomment des produits laitiers entre les repas.

Tableau 14e. Consommation de boissons à base de lait (yaourt, soja, chocolat, lait de croissance,...) (participants de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Boissons à base de lait	> d'une fois par jour		une fois par jour		> d'une fois par semaine		Une fois par semaine		Rarement		Jamais		Entre les repas	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	95	6.18	237	22.19	200	16.68	109	9.36	244	20.59	339	25.00	509	46.46
	Femme	156	9.93	369	29.02	209	17.52	119	7.11	225	14.46	365	21.96	641	49.50
GROUPE D'AGE	5-7	12	21.47	21	24.12	15	21.92	9	16.47	4	3.54	8	12.48	39	61.57
	12-14	14	13.86	27	29.53	12	12.01	6	1.81	25	34.06	9	8.73	48	57.54
	15-24	22	6.16	45	15.21	68	23.05	33	12.80	68	26.13	51	16.64	141	52.52
	25-34	24	8.72	46	18.08	32	19.03	18	7.33	46	24.28	49	22.56	101	56.34
	35-44	28	5.85	79	29.52	61	16.77	32	7.48	82	16.68	104	23.69	166	47.27
	45-54	40	6.85	82	20.87	63	15.85	36	7.90	90	21.07	110	27.46	182	43.09
	55-64	35	7.52	105	36.59	58	15.97	30	5.31	61	12.85	120	21.77	173	44.45
	65-74	31	10.81	80	29.68	36	13.78	24	5.71	38	7.33	109	32.69	127	40.06
	>74	27	7.17	87	27.83	36	12.03	28	7.54	43	11.49	124	33.95	119	37.33
REGION	Région flamande	115	6.43	367	23.53	265	17.35	157	9.49	320	20.91	391	22.30	721	50.63
	Région bruxelloise	16	11.01	34	22.67	33	24.77	16	9.66	15	13.40	29	18.49	70	55.40
	Région wallonne	120	10.51	205	32.73	111	12.30	55	4.33	134	11.50	284	28.63	359	37.64
TOTAL		251	8.17	606	25.80	409	17.13	228	8.17	469	17.34	704	23.39	1150	48.06

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. 0.14% (5 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Dans le tableau 14f, la fréquence de consommation de boissons alcoolisées est présentée. Un quart de la population (25.59%) ne boit jamais d'alcool ; 19.14% en boit rarement. Un peu plus de 10% (10.1%) a plusieurs consommations d'alcool par jour ; 6.64% boit une boisson alcoolisée par jour. Dans environ la moitié des cas (50.88%), la consommation d'alcool a lieu entre les repas.

Les hommes boivent plus souvent de l'alcool que les femmes ; 13.28% des hommes consomment l'alcool plusieurs fois par jour versus 7.27% des femmes. En outre, les hommes boivent de l'alcool plus souvent entre les repas que les femmes (62.73% versus 40.14%). La consommation d'alcool augmente avec l'âge, surtout à partir du groupe d'âge 55-64 ans. En Wallonie, l'alcool est plus fréquemment consommé quotidiennement qu'en Flandre (19.09% versus 7.23% de consommation par jour). En Flandre, l'alcool est consommé plus souvent entre les repas (58.27% versus 45.11%).

Tableau 14f. Consommation de boissons alcoolisées (vin blanc, vin rouge, bière et alco-pops) (participants de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Boissons alcoolisées	> d'une fois par jour		une fois par jour		> d'une fois par semaine		Une fois par semaine		Rarement		Jamais		Entre les repas	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	155	13.28	115	8.12	390	34.39	107	8.84	187	12.09	287	23.28	683	62.73
	Femme	90	7.27	97	5.32	276	20.86	165	13.45	364	25.44	466	27.66	552	40.14
GROUPE D'AGE	5-7	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	70	100.00	0	0.00
	12-14	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.68	11	24.44	80	74.87	9	22.92
	15-24	9	4.13	4	3.23	59	21.65	48	17.36	76	24.62	92	29.01	160	62.20
	25-34	8	1.81	3	1.02	62	30.40	27	17.23	61	24.83	57	24.71	114	53.29
	35-44	19	5.44	25	5.63	127	32.09	52	20.59	88	22.04	73	14.22	214	56.95
	45-54	44	17.33	43	10.56	139	30.98	47	8.53	100	20.87	60	11.74	247	68.17
	55-64	62	18.49	50	9.91	128	39.75	37	6.49	90	16.22	56	9.14	209	57.22
	65-74	49	20.13	39	11.96	89	32.76	26	4.88	60	14.68	59	15.58	157	52.34
	>74	54	15.87	48	12.38	62	24.84	33	10.40	63	18.63	85	17.89	123	42.59
REGION	Région flamande	118	7.23	122	7.49	437	29.25	180	11.77	361	21.20	416	23.05	835	58.27
	Région bruxelloise	8	5.82	10	6.95	23	19.04	14	8.52	31	21.08	59	38.59	67	51.53
	Région wallonne	119	19.09	80	4.52	206	27.40	78	11.71	159	13.35	278	23.93	360	45.11
TOTAL		245	10.11	212	6.64	666	27.25	272	11.27	551	19.14	753	25.59	1235	50.88

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. 0.14% (5 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

L'utilisation d'alco-pops a été présentée séparément dans le tableau 14g. Une minorité de répondants a rapporté la consommation uniquement de ces boissons : 86.98% n'en boivent jamais et 10.09% rarement. La consommation hebdomadaire a été signalée par 1.63% des participants. Moins de 10% (9.07%) des répondants ont rapporté la consommation d'alco-pops entre les repas. C'est surtout, dans le groupe d'âge de personnes de 15-24 ans que cette boisson semble populaire. La faible représentation de ces derniers, ne permet pas d'exploration ultérieure de leur consommation dans les différents sous-groupes.

Tabel 14g. Consommation d'alco-pops (boissons alcoolisées prémixées) (participants de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Alco-pops	> d'une fois par jour		une fois par jour		> d'une fois par semaine		Une fois par semaine		Rarement		Jamais		Entre les repas	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	4	0.13	7	0.38	21	1.16	23	2.13	133	10.71	1018	85.49	131	11.84
	Femme	6	0.26	12	0.43	9	0.27	22	1.19	104	9.54	1264	88.31	96	6.62
GROUPE D'AGE	5-7	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	70	100.00	-	-
	12-14	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.68	5	19.65	86	79.67	5	19.65
	15-24	0	0.00	3	0.74	4	1.38	19	7.02	74	23.66	188	67.19	87	30.02
	25-34	0	0.00	0	0.00	4	0.86	4	2.63	32	10.22	176	86.29	35	12.57
	35-44	3	0.59	1	0.08	4	1.07	8	1.16	39	18.55	325	78.54	34	8.97
	45-54	1	0.07	2	0.15	1	0.14	3	1.05	33	6.91	374	91.68	25	5.24
	55-64	1	0.28	5	0.48	2	0.25	2	0.10	31	5.03	360	93.68	19	2.78
	65-74	2	0.43	3	0.60	4	0.32	2	0.23	13	2.94	278	95.48	12	2.72
	>74	3	0.13	5	1.90	11	1.76	5	0.28	8	0.46	304	95.48	8	1.92
REGION	Région flamande	5	0.28	1	0.08	7	0.38	17	1.78	111	8.29	1449	89.19	111	9.13
	Région bruxelloise	0	0.00	0	0.00	2	1.19	2	1.21	13	8.15	127	89.45	10	6.80
	Région wallonne	5	0.12	18	1.39	21	1.12	26	1.55	113	15.39	706	80.43	106	10.27
TOTAL		10	0.20	19	0.40	30	0.69	45	1.63	237	10.09	2282	86.98	227	9.07

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. 0.14% (5 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

5.3.3.2. Consommation d'aliments

Le tableau 14h fournit les résultats de la consommation des aliments.

Environ deux tiers des répondants rapportent une consommation quotidienne de fruits : 33.89% en consomment une fois par jour et 30.53% plus qu'une fois par jour. Les fruits sont surtout mangés entre les repas (81.29%). Les femmes rapportent plus souvent la consommation de fruits que les hommes (38.24% des femmes en mangent plusieurs fois par jour versus 21.93% des hommes). En Flandre le fruit est plus souvent mangé entre les repas qu'en Wallonie (86.92% versus 75.41%).

Tableau 14h. Consommation de fruits (participants de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Fruits	> d'une fois par jour		une fois par jour		> d'une fois par semaine		Une fois par semaine		Rarement		Jamais		Entre les repas	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	320	21.93	384	34.27	260	19.50	99	7.00	139	14.04	35	3.26	878	79.07
	Femme	550	38.24	433	33.54	256	15.36	73	5.64	99	5.26	43	1.95	1106	83.28
GROUPE D'AGE	5-7	20	30.29	28	40.44	19	28.23	2	0.86	1	0.18	0	0.00	56	83.54
	12-14	25	35.25	24	26.61	21	15.06	8	5.14	11	8.18	3	9.76	74	83.47
	15-24	47	13.15	81	32.26	79	27.87	35	12.45	40	11.50	7	2.78	233	88.59
	25-34	65	23.61	56	34.99	49	19.87	20	9.94	22	8.83	7	2.76	160	80.09
	35-44	111	37.17	115	28.33	78	19.04	28	5.16	38	8.36	9	1.93	298	88.50
	45-54	153	32.49	136	30.54	70	12.40	24	6.70	40	16.77	9	1.10	318	85.23
	55-64	156	34.68	128	39.71	69	11.93	20	4.55	33	6.99	14	1.96	295	66.06
	65-74	128	35.23	98	36.66	50	12.26	10	3.78	19	8.73	11	3.34	230	74.91
	>74	126	36.05	117	35.85	43	12.38	16	3.04	28	7.49	18	5.20	217	73.46
	REGION	Région flamande	493	28.99	522	34.47	328	18.38	106	6.69	133	8.67	44	2.81	1280
Région bruxelloise		47	28.94	47	38.42	28	17.40	12	7.57	7	4.62	4	3.06	92	69.68
Région wallonne		330	34.94	248	30.00	160	14.86	54	4.65	98	13.81	30	1.74	612	75.41
TOTAL		870	30.53	817	33.89	516	17.32	172	6.28	238	9.41	78	2.57	1984	81.29

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats spécialement si le nombre des participants est inférieur à 100.

0.14% (5 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

La consommation de produits sucrés est décrite dans le tableau 14i. Un peu plus d'un tiers des répondants consomment, au moins une fois par jour, des produits sucrés comme le chocolat ou les bonbons; 24.25% en consomment une fois par jour et 10.80% plus qu'une fois par jour. Dans la majorité des cas, l'ingestion de produits sucrés se fait entre les repas (84.10%). C'est surtout dans les plus jeunes groupes que ces produits sucrés sont consommés. En Flandre, les produits sucrés sont consommés plus souvent entre les repas qu'en Wallonie (87.05% versus 75.74%).

Tableau 14i. Consommation de bonbons/chocolats (participants de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Bonbons/ chocolats	> d'une fois par jour		une fois par jour		> d'une fois par semaine		Une fois par semaine		Rarement		Jamais		Entre les repas	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	159	10.84	276	22.86	284	24.63	150	12.36	263	17.74	105	11.57	943	81.80
	Femme	182	10.76	360	25.48	315	23.23	178	15.90	292	16.55	132	8.08	1121	86.17
GROUPE D'AGE	5-7	17	18.04	25	39.41	15	24.12	8	8.63	4	9.80	0	0.00	63	91.77
	12-14	22	21.07	33	43.71	26	26.06	5	3.53	6	4.94	2	0.68	83	96.42
	15-24	36	12.94	72	28.75	89	28.30	39	14.38	46	13.31	7	2.31	256	96.02
	25-34	24	10.51	48	16.63	74	38.03	27	22.24	36	10.09	9	2.50	181	92.56
	35-44	40	8.75	85	24.65	101	23.04	50	21.60	86	16.55	23	5.42	306	89.94
	45-54	39	5.93	96	18.97	84	18.67	59	12.71	112	23.57	42	20.15	326	72.28
	55-64	57	9.74	91	20.45	76	25.04	55	10.94	96	19.56	42	14.27	300	78.99
	65-74	38	8.68	71	22.50	63	18.08	40	12.63	69	22.49	37	15.62	223	74.36
	>74	38	9.84	76	26.60	35	10.32	37	11.27	87	22.62	75	19.35	214	64.51
REGION	Région flamande	186	10.08	396	27.40	391	25.82	209	12.39	331	17.15	118	7.16	1268	87.05
	Région bruxelloise	17	10.08	27	16.73	39	24.78	23	22.45	31	19.12	10	6.84	113	87.48
	Région wallonne	138	12.86	213	21.39	169	18.95	96	13.69	193	15.87	109	17.24	683	75.74
TOTAL		341	10.80	636	24.25	599	23.89	328	14.23	555	17.11	237	9.72	2064	84.10

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

0.14% (5 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Le tableau 14j lie les données de consommation des produits épicés comme les chips et noisettes. La plus grande partie de répondants (36.32%) mange rarement ces produits ; 18.02% n'en mangent jamais. Si ceux-ci sont mangés, leur consommation se fait surtout entre les repas (72.75%). Les femmes consomment plus rarement ces produits en comparaison avec les hommes (40.15% versus 32.05%). Ce sont surtout les jeunes qui semblent consommer ces produits au moins une fois par jour et plutôt entre les repas.

La consommation est plus fréquente en Flandre qu'en Wallonie ; 46.48% de répondants en Wallonie ont rarement rapporté la consommation de ces produits versus 29.45% en Flandre. En Flandre, la consommation se fait plus fréquemment entre les repas qu'en Wallonie (77.93% versus 57.50%).

Tableau 14j. Consommation de chips/noisettes (participants de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Chips/noisettes	> d'une fois par jour		une fois par jour		> d'une fois par semaine		Une fois par semaine		Rarement		Jamais		Entre les repas	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	29	1.71	73	5.04	216	19.49	245	22.84	408	32.05	154	18.86	809	71.89
	Femme	22	1.14	65	4.05	184	14.27	283	23.13	524	40.15	361	17.27	880	73.55
GROUPE D'AGE	5-7	1	0.18	7	10.28	10	14.24	30	43.03	17	24.68	5	7.58	55	82.86
	12-14	9	9.53	6	5.99	27	37.32	32	29.30	19	17.73	1	0.14	84	97.83
	15-24	10	3.47	23	7.52	83	30.86	81	29.73	84	25.42	8	2.99	255	95.51
	25-34	3	0.44	15	2.72	48	20.81	63	33.24	69	28.62	22	14.16	163	81.09
	35-44	4	0.51	17	3.32	69	17.84	111	26.94	147	42.45	37	8.94	301	79.34
	45-54	5	0.67	18	4.30	55	11.77	70	16.50	197	52.04	79	14.72	273	67.60
	55-64	7	1.16	16	2.86	46	11.24	52	18.58	182	45.55	106	20.62	227	69.29
	65-74	4	0.66	14	3.30	22	6.96	29	12.95	111	35.53	131	40.60	136	44.96
	>74	4	0.42	14	3.64	12	3.76	16	4.01	72	29.96	219	58.21	93	30.54
REGION	Région flamande	18	0.59	84	5.19	279	21.10	360	25.24	546	29.45	326	18.44	1085	77.93
	Région bruxelloise	7	3.66	4	3.03	18	11.60	23	19.49	66	45.68	27	16.55	33	22.70
	Région wallonne	26	1.98	50	3.86	103	9.82	145	19.94	320	46.48	262	17.92	506	57.50
TOTAL		51	1.41	138	4.52	400	16.74	528	22.99	932	36.32	615	18.02	1689	72.75

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. 0.14% (5 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Le tableau 14k montre les données de consommation de biscuits et de pâtisseries. Un peu plus d'un quart des répondants mentionnent la consommation quotidienne de ces produits alimentaires ; 21.40% en mangent une fois par jour et 6.01% plus qu'une fois par jour. Dans la plus grande partie des cas, ces produits sont consommés entre les repas (83.77%). Les femmes mangent plus souvent des gâteaux et des pâtisseries entre les repas que les hommes. C'est surtout dans les plus jeunes groupes d'âge que la consommation est fréquente. Les différences entre les Régions sont faibles en ce qui concerne la fréquence. En Flandre, les gâteaux et les pâtisseries sont plus souvent consommés qu'en Wallonie (88.56% versus 74.44%).

Tableau 14k. Consommation de cake/biscuits (participants de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Cake/biscuits	> d'une fois par jour		une fois par jour		> d'une fois par semaine		Une fois par semaine		Rarement		Jamais		Entre les repas	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	84	5.59	242	20.25	290	22.50	178	15.07	305	26.31	135	10.29	904	79.61
	Femme	104	6.38	328	22.42	327	24.12	231	18.15	347	22.56	121	6.38	1093	87.60
GROUPE D'AGE	5-7	12	15.19	32	48.92	11	18.34	6	3.74	8	12.48	1	1.32	56	82.19
	12-14	16	24.32	37	29.56	20	28.03	13	11.10	6	4.42	2	2.57	81	96.90
	15-24	25	7.63	57	17.79	91	32.85	40	13.09	59	23.02	18	5.63	240	91.64
	25-34	8	1.81	42	24.75	58	24.83	37	21.44	53	19.94	19	7.22	162	86.54
	35-44	12	3.57	75	19.72	101	34.38	65	15.00	96	19.13	36	8.19	293	85.99
	45-54	20	2.84	61	12.98	102	18.40	77	18.99	128	37.18	42	9.62	321	74.75
	55-64	23	4.71	74	16.55	83	17.77	70	24.10	120	27.50	44	9.36	290	81.09
	65-74	15	3.08	74	23.27	58	15.23	46	16.23	88	30.47	36	11.72	219	78.42
>74	34	5.95	76	21.79	67	19.19	41	14.01	74	24.76	57	14.30	229	78.98	
REGION	Région flamande	93	5.09	374	23.13	412	25.17	255	15.85	378	23.06	118	7.70	1267	88.56
	Région bruxelloise	15	7.75	29	21.74	37	24.19	24	20.45	30	17.80	11	8.06	108	81.69
	Région wallonne	80	7.09	167	17.26	168	17.77	130	16.45	244	30.92	127	9.50	622	74.44
TOTAL		188	6.01	570	21.40	617	23.36	409	16.70	652	24.32	256	8.22	1997	83.77

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. 0.14% (5 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

La consommation de chewing-gum a aussi été répertoriée. Le tableau 14l montre les données à propos du chewing-gum ordinaire. La plus grande partie de la population mentionne ne jamais consommer de chewing-gum (62.21%) et 20.44% en consomme rarement. La consommation quotidienne a été mentionnée par environ 6% de la population ; 3.70% une fois par jour et 2.85% plus qu'une fois par jour. Le chewing-gum est utilisé entre les repas par un tiers de la population étudiée (33.37%). Aucune différence n'a été montrée entre les hommes et les femmes. C'est surtout dans les groupes d'âge 12-14 ans et 15-24 ans que la consommation de chewing-gum est communiquée. Une différence minimale entre les régions a été déterminée.

Tableau 14l. Consommation de chewing-gum (participants de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Chewing-gum	> d'une fois par jour		une fois par jour		> d'une fois par semaine		Une fois par semaine		Rarement		Jamais		Entre les repas	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	41	2.49	46	3.12	79	6.76	50	5.55	271	21.58	732	60.51	406	35.31
	Femme	63	3.18	55	4.23	67	5.28	45	4.16	242	19.39	950	63.76	378	31.56
GROUPE D'AGE	5-7	0	0.00	1	0.18	5	9.57	8	11.62	11	16.30	44	62.32	20	35.05
	12-14	8	6.18	9	6.47	15	15.34	11	11.52	26	36.62	25	23.86	60	74.38
	15-24	34	8.48	32	10.62	37	12.81	25	12.01	89	35.45	72	20.62	188	76.18
	25-34	10	2.67	18	7.71	22	10.07	6	4.20	66	26.93	91	48.41	98	47.41
	35-44	16	3.41	18	3.04	20	4.40	14	2.93	94	20.82	215	65.41	127	29.75
	45-54	23	3.13	11	2.02	16	4.54	12	2.88	89	19.28	268	68.15	119	25.98
	55-64	4	0.64	4	0.49	12	2.46	7	1.45	62	14.19	316	80.78	70	15.60
	65-74	3	0.47	4	2.03	3	0.57	1	0.30	28	9.66	269	86.97	32	8.31
	>74	1	0.05	0	0.00	0	0.00	1	0.59	6	1.86	335	97.50	10	2.66
	REGION	Région flamande	42	1.58	57	3.61	79	4.64	57	6.01	322	22.30	1031	61.86	448
Région bruxelloise		10	4.66	8	4.00	13	11.95	5	2.94	29	17.76	79	58.70	53	36.60
Région wallonne		52	4.73	36	3.73	54	5.58	33	3.18	162	17.67	572	65.11	283	30.84
TOTAL		104	2.85	101	3.70	146	5.98	95	4.82	513	20.44	1682	62.21	784	33.37

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. 0.14% (5 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Dans le tableau 14m, les données comparables pour les chewing-gums sans sucres sont présentées. Les données rapportées ont une différence minimale avec celles de chewing-gums ordinaires.

Tableau 14m. Consommation de chewing-gum sans sucre (participants de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Chewing-gum sans sucre	> d'une fois par jour		une fois par jour		> d'une fois par semaine		Une fois par semaine		Rarement		Jamais		Entre les repas	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	49	2.58	37	3.34	57	4.49	42	4.61	202	17.42	823	67.56	1	0.08
	Femme	87	4.84	62	3.47	96	6.47	42	4.39	256	19.05	893	61.78	449	34.27
GROUPE D'AGE	5-7	2	3.96	0	0.00	4	5.08	4	4.09	11	14.93	49	71.93	19	27.70
	12-14	6	2.91	6	4.71	13	20.04	4	7.30	15	10.70	49	54.88	39	42.80
	15-24	27	7.94	18	4.76	24	5.85	14	5.93	75	28.41	128	47.11	142	50.98
	25-34	19	4.77	10	5.25	14	2.84	13	8.40	55	23.88	106	55.22	85	40.26
	35-44	25	4.14	29	5.35	32	8.12	15	2.09	95	21.81	186	58.49	159	37.09
	45-54	32	3.98	22	5.15	27	5.64	15	3.42	79	20.61	248	61.21	147	32.52
	55-64	11	1.90	6	0.94	20	5.33	5	6.83	73	15.67	292	69.33	101	28.41
	65-74	3	0.77	4	1.75	4	1.09	2	0.07	21	7.09	273	89.23	26	9.23
	>74	4	1.99	0	0.00	0	0.00	1	0.60	3	1.01	332	96.40	9	2.87
REGION	Région flamande	71	2.99	58	3.27	87	5.41	55	4.06	297	19.93	1035	64.34	3	0.38
	Région bruxelloise	4	1.79	7	5.17	9	5.70	9	5.65	28	20.81	86	60.87	49	36.63
	Région wallonne	61	6.71	34	2.72	57	5.73	20	4.83	133	13.06	595	66.96	269	30.69
TOTAL		136	3.78	99	3.41	153	5.54	84	4.50	458	18.28	1716	64.50	784	31.93

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. 0.14% (5 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

5.3.4. Plaintes au niveau de la cavité buccale

La fréquence d'éventuelles plaintes au niveau de la cavité orale et d'autres types de problèmes est résumée dans le tableau 15. Parmi les répondants, 41.83% ont présenté au moins une plainte. La plainte la plus courante a été le saignement gingival (24.08%). L'odontalgie (15.13%) et la douleur au niveau de la bouche ou du visage (14.62%) sont également des problèmes fréquemment répertoriés. La douleur au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire a été mentionnée par 8.62% de répondants.

Les femmes mentionnent plus fréquemment minimum 1 plainte (42.93%) que les hommes (40.59%), et pour chaque catégorie de problème, la fréquence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. La différence a été la plus grande concernant les problèmes d'articulation (12.03% versus 4.78%). La fréquence des plaintes augmente avec l'âge. Le nombre de personnes avec au moins une plainte augmente avec le niveau d'éducation. La fréquence des problèmes au niveau de la bouche ou du visage est plus élevée en Wallonie qu'en Flandre (43.08% versus 38.98%). Cette différence est plus évidente pour les problèmes d'articulation (13.15% versus 6.64%) et les plaintes de douleur au niveau de la bouche ou du visage (21.06% versus 11.27%).

Tableau 15a. Fréquence de participants (de 5 ans ou plus), ayant eu des plaintes bucco-dentaires durant les quatre dernières semaines, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Mal aux dents (aliments chauds/froids)		Mal aux articulations		Douleurs au niveau de la bouche/visage		Saignements des gencives	
		N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	157	13.70	58	4.78	129	13.61	246	21.77
	Femme	231	16.41	153	12.03	210	15.53	327	26.14
GROUPE D'AGE	5-7	8	13.59	1	0.68	5	10.99	2	4.28
	12-14	17	20.20	2	1.53	9	7.81	27	39.27
	15-24	73	28.88	35	13.26	29	9.90	81	35.99
	25-34	40	16.85	19	5.73	25	13.16	72	34.03
	35-44	65	19.06	38	21.15	53	24.28	104	34.49
	45-54	65	13.56	25	5.55	54	22.74	117	23.93
	55-64	50	9.72	40	7.74	51	9.77	89	15.63
	65-74	30	6.26	30	5.66	56	13.17	42	10.12
	>74	24	4.32	17	2.03	49	10.07	15	2.11
	REGION	Région flamande	199	13.55	106	6.64	199	11.27	318
Région bruxelloise		33	25.22	12	8.43	17	16.54	40	32.94
Région wallonne		156	12.92	93	13.15	123	21.06	215	23.10
TOTAL		388	15.13	211	8.62	339	14.62	573	24.08

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. 0.49% (18 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Tableau 15b. Fréquence de participants (de 5 ans ou plus), ayant eu au moins une plainte bucco-dentaire durant les quatre dernières semaines, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Au moins une plainte	
		N	%
SEXE	Homme	445	40.59
	Femme	606	42.93
GROUPE D'AGE	5-7	11	22.90
	12-14	42	58.68
	15-24	144	56.13
	25-34	108	45.11
	35-44	173	55.18
	45-54	191	50.58
	55-64	157	29.61
	65-74	109	25.76
	>74	81	15.65
	NIVEAU D'EDUCATION	Primaire/ sans diplôme	211
Secondaire inférieur		203	33.06
Secondaire supérieur		294	43.76
Enseignement supérieur		302	46.30

		Au moins une plainte	
		N	%
REGION	Région flamande	591	38.98
	Région bruxelloise	67	50.99
	Région wallonne	393	43.08
TOTAL		1051	41.83

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. 0.49% (18 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

5.3.5. Santé bucco-dentaire et qualité de vie

Le questionnaire sur la santé bucco-dentaire et la qualité de vie employée dans cette enquête était la version courte validée comprenant 14 questions à partir d'un questionnaire utilisé au niveau international sur l'impact de la santé bucco-dentaire sur la qualité de vie (OHIP-14¹). Les questions traitent les informations dans sept domaines différents, à savoir les limitations fonctionnelles, la douleur physique, l'inconfort psychologique, l'incapacité physique partielle, l'incapacité psychologique, l'incapacité sociale et l'incapacité physique complète (tableau 16).

Pour chaque question, un score entre 0 et 4 a été attribué, donc par catégorie le score (après addition) peut aller de 0 à 8. Le score total est formé par la somme des scores partiels qui peut se trouver entre 0 et 56.

Les résultats sont présentés dans les tableaux 16a et 16b (suite). Pour la distribution fortement déviée, la médiane, l'intervalle interquartile (valeurs entre lesquelles 75% des valeurs se trouvent) et le range (les valeurs extrêmes) sont mentionnés.

La médiane de l'OHIP totale était faible et s'élevait à 1.5 avec un intervalle interquartile allant de 0 à 6.5. Le score le plus bas est 0 et le plus haut score 52. Les différences entre les hommes et les femmes sont limitées (médiane 1.4 versus 1.7). La plus haute valeur médiane a été déterminée dans le groupe d'âge de 35-44 ans (médiane 2.6). L'OHIP total augmente avec le niveau de scolarité (médiane de 0.8 pour la catégorie de formation qui est plus bas par rapport à 1.7 pour les plus qualifiés). Les scores étaient significativement plus élevés en Wallonie qu'en Flandre (médiane 3.0 versus 1.0).

La seule sous-catégorie de l'OHIP pour laquelle le score médiane a différé de 0, a été la catégorie 'douleur physique' (médiane 0.5). Dans chaque sous-groupe, les scores pour les femmes ont été plus hauts que ceux des hommes. Cela a été aussi le cas pour les personnes de groupe d'âge 35-44 ans. Pour chaque catégorie, les scores ont été plus hauts en Wallonie qu'en Flandre.

Tableau 16a. Moyenne des scores de santé bucco-dentaire et qualité de vie (participants de 15 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		OHIP TOTAL		Limitations fonctionnelles		Douleur physique		Inconfort psychologique	
		Méd (Range)	IQR (Range)	Méd (Range)	IQR (Range)	Méd (Range)	IQR (Range)	Méd (Range)	IQR (Range)
SEXE	Homme	1.4	0.0-5.7 (0.0-50.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.3	0.0-1.7 (0.0-8.0)	0.0	0.0-1.1 (0.0-8.0)
	Femme	1.7	0.0-7.5 (0.0-52.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.7	0.0-2.3 (0.0-8.0)	0.0	0.0-1.6 (0.0-8.0)
GROUPE D'AGE	5-7	-	-	-	-	-	-	-	-
	12-14	-	-	-	-	-	-	-	-
	15-24	1.6	0.0-5.3 (0.0-31.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-4.0)	1.7	0.0-1.8 (0.0-7.0)	0.0	0.0-0.7 (0.0-8.0)
	25-34	1.5	0.0-6.5 (0.0-31.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-6.0)	0.8	0.0-1.9 (0.0-6.0)	0.0	0.0-1.1 (0.0-6.0)
	35-44	2.6	0.0-10.0 (0.0-49.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.9	0.0-2.5 (0.0-8.0)	0.0	0.0-2.0 (0.0-8.0)
	45-54	1.9	0.0-7.4 (0.0-52.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-1.8 (0.0-8.0)	0.0	0.0-1.9 (0.0-8.0)
	55-64	1.1	0.0-6.9 (0.0-52.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-1.9 (0.0-8.0)	0.0	0.0-1.2 (0.0-8.0)
	65-74	1.1	0.0-5.0 (0.0-50.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.2	0.0-2.1 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.4 (0.0-8.0)
	>74	0.9	0.0-3.7 (0.0-40.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-7.0)	0.0	0.0-1.5 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)
	NIVEAU D'EDUCATION	Primaire/ sans diplôme	0.8	0.0-5.2 (0.0-52.0)	0.0	0.0-0.00 (0.0-8.0)	0.0	0.0-1.7 (0.0-8.0)	0.0
Secondaire inférieur		1.1	0.0-6.2 (0.0-52.0)	0.0	0.0-0.00 (0.0-8.0)	0.1	0.0-2.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-1.1 (0.0-8.0)
Secondaire supérieur		1.6	0.0-5.5 (0.0-40.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-7.0)	0.6	0.0-2.2 (0.0-8.0)	0.0	0.0-1.0 (0.0-8.0)
Enseignement supérieur		1.7	0.0-7.4 (0.0-49.0)	0.0	0.0-0.00 (0.0-8.0)	0.6	0.0-1.9 (0.0-8.0)	0.0	0.0-1.7 (0.0-8.0)
REGION	Région flamande	1.0	0.0-4.8 (0.0-52.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.4	0.0-1.8 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.6 (0.0-8.0)
	Région bruxelloise	2.3	0.1-8.4 (0.0-49.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-7.0)	1.2	0.0-3.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-1.9 (0.0-8.0)
	Région wallonne	3.0	0.0-8.7 (0.0-48.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.2	0.0-2.5 (0.0-8.0)	0.0	0.0-3.0 (0.0-8.0)
BELGIQUE	1.5	0.0-6.5 (0.0-52.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.5	(0.0-2.0) (0.0-8.0)	0.0	0.0-1.4 (0.0-8.0)	

Méd= médiane ; IQR= intervalle interquartile

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. 0,52% (14 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Tableau 16b Moyenne des scores de santé bucco-dentaire et qualité de vie (participants de 15 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Incapacité physique partielle		Incapacité psychologique		Incapacité sociale		Incapacité physique complète	
		Méd (Range)	IQR (Range)	Méd (Range)	IQR (Range)	Méd (Range)	IQR (Range)	Méd (Range)	IQR (Range)
SEXE	Homme	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.2 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)
	Femme	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.7 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)
GROUPE D'AGE	5-7	-	-	-	-	-	-	-	-
	12-14	-	-	-	-	-	-	-	-
	15-24	0.0	0.0-0.0 (0.0-5.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-6.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-5.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-4.0)
	25-34	0.0	0.0-0.0 (0.0-4.0)	0.0	0.0-0.7 (0.0-7.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-4.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-4.0)
	35-44	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-1.5 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-6.0)
	45-54	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-1.1 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.2 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)
	55-64	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.2 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)
	65-74	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-6.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-7.0)
	>74	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-6.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-6.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)
NIVEAU D'EDUCATION	Primaire/ sans diplôme	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)
	Secondaire inférieur	0.0	0.0-0.3 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.1 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)
	Secondaire supérieur	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.1 (0.0-6.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-6.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-6.0)
	Enseignement supérieur	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-1.2 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-6.0)
REGION	Région flamande	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)
	Région bruxelloise	0.0	0.0-0.1 (0.0-8.0)	0.0	0.0-1.2 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-5.0)
	Région wallonne	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-1.6 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-7.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-7.0)
BELGIQUE	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.5 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	0.0	0.0-0.0 (0.0-8.0)	

Méd= médiane ; IQR= intervalle interquartile

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. 0,52% (14 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

5.3.6. Tabagisme

La consommation de tabac est présentée dans le tableau 17a.

Parmi les répondants, 40.43% ont avoué qu'ils ont fumé plus que 100 cigarettes au cours de leur vie. Ce pourcentage est clairement plus haut pour les hommes (45.37%) que pour les femmes (36.03%). Les pourcentages les plus élevés ont été enregistrés dans les groupes de personnes âgées de 25-34 ans (51.94%) et de 35-44 ans (51.53%). Le pourcentage de 22.86% se trouvait pour les personnes de groupe d'âge de 15-24 ans.

Plus de répondants de la région flamande ont rapporté une consommation de plus de 100 cigarettes qu'en Wallonie. Le pourcentage de fumeurs actuels s'est élevé à 33.48%. Le tabagisme quotidien a été rapporté par 27.22%.

Plus de femmes « non-fumeuses » que d'hommes ont été répertoriées (70.16% versus 62.83%). De même, dans la catégorie, « fumeurs occasionnels » les hommes ont une fréquence plus grande que les femmes (9.17% versus 3.38%). Les pourcentages les plus élevés de fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels se trouvent dans les groupes de personnes âgées de 25-34 ans.

Tableau 17a. Fréquence de la consommation de tabac des participants de 5 ans ou plus, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Consommation actuelle			
		Plus de 100 cigarettes au cours de la vie	Journalière	Occasionnelle	Non
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
SEXE	Homme	620 (45.37)	233 (28.00)	55 (9.17)	555 (62.83)
	Femme	439 (36.03)	207 (26.46)	38 (3.38)	603 (70.16)
GROUPE D'AGE	5-7	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
	12-14	4 (11.21)	1 (0.74)	0 (0.00)	42 (99.26)
	15-24	58 (22.86)	38 (32.59)	15 (11.30)	75 (56.11)
	25-34	108 (51.94)	62 (45.10)	15 (12.66)	67 (42.24)
	35-44	172 (51.53)	80 (27.38)	19 (5.02)	149 (67.60)
	45-54	221 (45.45)	112 (29.43)	15 (5.38)	183 (65.19)
	55-64	236 (53.23)	92 (27.80)	14 (7.12)	228 (65.08)
	65-74	136 (43.12)	31 (15.66)	10 (2.28)	182 (82.06)
	>74	123 (34.74)	24 (16.41)	5 (1.54)	190 (82.05)
	REGION	Région flamande	674 (44.00)	265 (27.23)	55 (5.69)
Région bruxelloise		38 (30.02)	14 (31.39)	5 (8.25)	44 (60.36)
Région wallonne		347 (38.46)	170 (25.62)	33 (6.72)	418 (67.66)
TOTAL		1059 (40.43)	440 (27.22)	93 (6.25)	1158 (66.52)

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats particulièrement si le nombre des participants est inférieur à 100.

2.07% (57 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Dans le tableau 17b, les types de produits de tabac utilisés sont décrits. Les cigarettes sont utilisées le plus fréquemment (71.76%), suivies par les cigarettes à rouler soi-même ou à le tabac à pipe à bourrer soi-même (15.23% et 13.81%). D'autres formes de tabac sont peu utilisées. Les femmes ont rapporté plus souvent l'utilisation de cigarettes à bourrer soi-même (16.71% versus 10.92%); les cigares sont utilisés à peu près exclusivement par les hommes (8.17% versus 0.53%).

En Flandre, l'utilisation des cigarettes manufacturées est plus importante qu'en Wallonie (77.98% versus 68.04%). L'inverse a été déterminé concernant l'utilisation des cigarettes à rouler soi-même (12.67% versus 20.09%).

Tableau 17b. Distribution des produits de tabac utilisés par les fumeurs journaliers (participants de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Cigarettes en paquet N (%)	Cigarettes à rouler N (%)	Cigarettes à bourrer N (%)	Cigares/ cigarillos N (%)
SEXE	Homme	141 (73.30)	39 (16.31)	36 (10.92)	25 (8.17)
	Femme	149 (70.21)	10 (14.15)	50 (16.71)	1 (0.53)
GROUPE D'AGE	5-7	-	-	-	-
	12-14	1 (100.00)	-	-	-
	15-24	31 (83.66)	5 (16.76)	5 (7.85)	-
	25-34	47 (66.62)	6 (31.87)	13 (12.70)	2 (1.20)
	35-44	57 (76.58)	10 (11.59)	15 (12.56)	3 (4.60)
	45-54	76 (73.52)	6 (4.49)	24 (18.01)	7 (5.21)
	55-64	48 (71.93)	15 (8.58)	22 (16.04)	6 (3.88)
	65-74	19 (55.74)	3 (12.59)	3 (11.91)	4 (19.76)
	>74	11 (61.75)	4 (12.84)	4 (16.57)	4 (8.84)
	REGION	Région flamande	178 (77.98)	29 (11.04)	45 (12.67)
Région bruxelloise		8 (46.05)	3 (48.13)	1 (5.82)	1 (3.12)
Région wallonne		104 (68.04)	17 (10.98)	40 (20.09)	12 (5.10)
TOTAL		290 (71.76)	49 (15.23)	86 (13.81)	26 (4.35)

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. 1.14% (5 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

Tableau 17c. Distribution des produits de tabac utilisés par les fumeurs quotidiens (participants de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Pipes	Chicha, narguilé, pipe à eau	Autres
		N (%)	N (%)	N (%)
SEXE	Homme	3 (1.37)	-	4 (0.53)
	Femme	-	1 (0.53)	1 (0.35)
GROUPE D'AGE	5-7	-	-	-
	12-14	-	-	-
	15-24	-	-	-
	25-34	-	-	1 (0.21)
	35-44	1 (1.90)	-	1 (0.44)
	45-54	1 (0.68)	1 (1.41)	2 (0.72)
	55-64	1 (1.21)	-	1 (1.03)
	65-74	-	-	-
	>74	-	-	-
	REGION	Région flamande	1 (0.33)	-
Région bruxelloise		1 (3.12)	-	-
Région wallonne		1 (0.49)	1 (1.02)	4 (1.51)
TOTAL	3 (0.69)	1 (0.27)	5 (0.44)	

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. 1.14% (5 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

5.3.7. Santé générale

Le questionnaire bucco-dentaire comprenait deux questions concernant la santé générale des participants. Le pourcentage de participants qui ont déclaré de souffrir d'une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps était de 20.53% ; 5.11% ont répondu être diabétique.

Le tableau 18 présente les données des affections chroniques rapportées par les personnes interrogées. La prévention du diabète est également mentionnée. Parmi les répondants, 20.53% ont signalé une affection chronique. Ce chiffre est plus élevé pour les femmes que pour les hommes (21.33% versus 19.64%) et augmente en fonction de l'âge. Le chiffre le plus élevé est atteint dans le groupe de 75 ans ou plus (de 45.64%).

Il y a peu de différences entre les régions. Le diabète mellitus a été rapporté par 5.11% de répondants. Ce chiffre varie en fonction de l'âge. Pour des personnes âgées de 75 ans ou plus le diabète prévaut chez 16.39% des participantes. Le pourcentage se situe plus haut en Wallonie (6.12%) qu'en Flandre (4.60%).

Tableau 18. Fréquence des affections de longue durée ou de handicaps et du diabète (participants de 5 ans ou plus), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Maladie de longue durée ou handicap	Diabète
		N (%)	N (%)
SEXE	Homme	279 (19.64)	76 (5.19)
	Femme	379 (21.33)	100 (5.03)
GROUPE D'AGE	5-7	4 (4.74)	0 (0.00)
	12-14	7 (5.36)	0 (0.00)
	15-24	29 (9.23)	0 (0.00)
	25-34	21 (12.13)	4 (2.06)
	35-44	63 (18.58)	11 (2.41)
	45-54	94 (17.50)	21 (3.76)
	55-64	117 (25.84)	35 (6.45)
	65-74	137 (42.19)	48 (15.65)
	>74	181 (45.64)	57 (16.39)
REGION	Région flamande	353 (19.83)	82 (4.60)
	Région bruxelloise	29 (23.06)	7 (5.35)
	Région wallonne	276 (20.65)	87 (6.12)
TOTAL		658 (20.53)	176 (5.11)

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est une mesure du poids relatif, c'est-à-dire le poids en fonction de la hauteur, calculé en divisant le poids en kg par le carré de la hauteur en m (kg/m^2). L'IMC est un indicateur de l'état de santé d'une population. A partir de cet indice, on peut identifier la surcharge ou l'insuffisance pondérale d'une personne.

Les individus étaient classés en 4 catégories : maigre, indice normal, surpoids et obésité. Pour les personnes de 20 ans, les catégories suivantes ont été utilisées : maigre (<18.5), normal ($18.5-24.9$), surpoids ($25-29.9$) et obésité (> 30). Pour les personnes de moins de 20 ans, les catégories suivantes étaient employées : maigre (<5 percentile), normal ($5-85^{\text{ème}}$ percentile), surpoids ($85-95^{\text{ème}}$ percentile) et obésité ($> 95^{\text{ème}}$ percentile). Les percentiles utilisés sont ceux recommandés par l'OMS, selon le sexe, en 2007 (données chargées à partir http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/ le 30 mai 2011).

Plus de la moitié de répondants (55.54%) ont un poids corporel normal ; 22.79% ont été classés dans la catégorie de surpoids (29.79%) et 11.62% dans le groupe de surpoids important ou obèses. Le sous poids est moins répertorié (3.06%).

Le surpoids est plus souvent trouvé chez les hommes que chez les femmes. Dans la catégorie surpoids, nous trouvons 35.29% des hommes face à 24.74% des femmes ; dans le groupe avec le surpoids important, nous trouvons 13.07% des hommes et 10.29% des femmes.

Le problème de surpoids augmente en fonction de l'âge. Au-dessus de l'âge de 35 ans, un tiers de répondants se trouvent dans la catégorie de surpoids. Au-dessus de l'âge de 55 ans, environ 20% possèdent un surpoids important.

Le surpoids prévient plus souvent en Wallonie qu'en Flandre (17.58% versus 9.56%).

Tableau 19. IMC moyen des participants de plus de 5 ans, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	IMC	maigreur	corpulence normale	surpoids	obésité
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
SEXE	Homme	30 (3.27)	535 (48.37)	457 (35.29)	174 (13.07)
	Femme	50 (2.87)	755 (62.10)	378 (24.74)	176 (10.29)
GROUPE D'AGE	5-7	10 (12.07)	35 (67.25)	6 (10.20)	5 (10.48)
	12-14	5 (5.06)	61 (81.30)	7 (5.55)	8 (8.09)
	15-24	17 (4.23)	207 (76.38)	28 (12.32)	15 (7.06)
	25-34	6 (6.34)	129 (64.09)	55 (23.02)	23 (6.55)
	35-44	4 (0.67)	194 (60.35)	139 (32.03)	39 (6.96)
	45-54	8 (2.16)	181 (42.93)	168 (43.80)	65 (11.12)
	55-64	8 (1.91)	156 (42.66)	172 (34.58)	80 (20.58)
	65-74	4 (0.58)	113 (38.43)	134 (41.27)	61 (19.71)
>74	11 (3.25)	137 (48.02)	114 (38.21)	46 (10.53)	
REGION	Région flamande	42 (2.46)	792 (56.70)	512 (31.27)	196 (9.56)
	Région bruxelloise	2 (5.55)	89 (63.54)	30 (21.73)	15 (9.18)
	Région wallonne	36 (2.95)	409 (48.34)	293 (31.13)	139 (17.58)
TOTAL		80 (3.06)	1290 (55.54)	835 (29.79)	350 (11.62)

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. 7,53% (200 individus) des participants n'ont pas répondu à la question.

5.4. Examen bucco-dentaire

L'examen bucco-dentaire a été réalisé sur 2563 personnes, c'est à dire 93% de ceux qui ont participé à l'enquête de santé bucco-dentaire 2008-2010. Pour plus de détails concernant la participation à l'examen dentaire voir chapitre 6.

5.4.1. Anomalies dento-faciales antérieures

Le tableau 20 décrit la prévalence des anomalies dento-faciales antérieures. Au total, 30.09 % des personnes examinées présentaient des anomalies dans le segment antérieur. Il n'y a aucune différence dans la fréquence des anomalies entre les hommes et les femmes. Les anomalies dento-faciales étaient plus fréquentes dans les groupes d'âge de 35 à 44 ans et 45-54 ans (respectivement 43.05 % et 38.93 %), suivi par le groupe des 12-14 ans (37.50 %). Les anomalies dento-faciales étaient fréquentes dans le groupe des personnes hautement qualifiées. La fréquence est plus faible en Flandre qu'en Wallonie (26.65 % versus 33.02 %).

Tableau 20. Fréquence de personnes ayant au moins une anomalie dento-faciale antérieure, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Au moins une anomalie dento-faciale antérieure	
		N	%
SEXE	Homme	261	30.00
	Femme	276	30.17
GROUPE D'AGE	12-14	21	37.50
	15-24	61	24.97
	25-34	59	31.04
	35-44	117	43.05
	45-54	124	38.93
	55-64	88	27.18
	65-74	39	20.08
	>74	28	12.85
NIVEAU D'EDUCATION	Primaire/ sans diplôme	78	15.41
	Secondaire inférieur	101	25.55
	Secondaire supérieur	158	27.16
	Enseignement supérieur	197	40.28
REGION	Région flamande	305	26.65
	Région bruxelloise	45	38.94
	Région wallonne	187	33.02
TOTAL		537	30.09

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

Le tableau 21 montre la distribution des différents types d'anomalies dento-faciales antérieures. La présence d'encombrements était observée dans 21.14% du nombre total de personnes examinées. La malocclusion verticale a été enregistrée dans 16.65% des cas et la malocclusion horizontale dans seulement 2.51% des cas. Le manque d'espace était présent plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes (22.36% versus 19.67%); concernant la malocclusion verticale, l'inverse était observé (9.35% versus 12.55%). En outre, les résultats étaient contradictoires en ce qui concerne les régions : le manque d'espace était plus fréquent en Flandre (18.48% versus 25.03%); la malocclusion verticale était plus souvent présente en Wallonie (10.29% versus 5.52%).

Tableau 21. Fréquence d'anomalies dento-faciales antérieures, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Encombrement		Malocclusion verticale		Malocclusion horizontale	
		N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	181	19.67	100	12.55	20	2.64
	Femme	190	22.36	108	9.35	27	2.41
GROUPE D'AGE	12-14	11	21.01	11	13.35	3	3.97
	15-24	42	16.36	18	9.47	9	3.99
	25-34	51	26.25	21	15.94	3	1.22
	35-44	75	29.56	47	11.35	12	5.35
	45-54	80	22.30	52	13.66	9	3.26
	55-64	66	20.88	32	8.25	5	0.87
	65-74	30	16.19	13	8.47	3	0.53
	>74	16	8.98	14	4.68	3	1.11
REGION	Région flamande	202	18.48	130	10.29	18	1.46
	Région bruxelloise	26	24.81	25	22.47	8	6.37
	Région wallonne	143	25.03	53	5.52	21	2.95
TOTAL		371	21.14	208	10.79	47	2.51

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

5.4.2. Hygiène bucco-dentaire

Dans le tableau 22, les résultats sont présentés selon le niveau d'hygiène bucco-dentaire ; celui-ci est mesuré par la présence de plaque dentaire (basée sur le plus haut score des six dents de références et par la moyenne des scores des sextants par personne ; les valeurs des scores se situent entre 0 (pas de plaque) et 3 (abondance de plaque); pour plus d'information à ce propos, nous vous renvoyons à la référence 6).

Le score de plaque moyen pour le groupe total des personnes examinées s'élevait à 0.7 (\pm 0.73). Ces nombres sont asymétriques et ont une distribution fortement déviée. La médiane s'élevait à 0.4 et l'intervalle interquartile de 0.0 à 1.0.

Il y avait une très légère différence entre les hommes et les femmes en ce qui concerne le niveau de l'hygiène bucco-dentaire; dans les groupes plus âgés, des scores plus élevées étaient enregistrés. Les différences en termes d'hygiène bucco-dentaire entre les groupes avec différents niveaux de scolarité sont faibles. L'hygiène bucco-dentaire se révélait moins bonne en Wallonie qu'en Flandre (médiane 0.7 versus 0.3).

Tableau 22. Indice de plaque des participants (de plus de 5 ans), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Indice de plaque				
		Moy	ET	Méd	IQR	Range
SEXE	Homme	0.7	0.75	0.5	0.0-1.0	0-3
	Femme	0.6	0.71	0.3	0.0-0.9	0-3
GROUPE D'AGE	5-7	0.3	0.57	0.0	0.0-0.3	0-3
	12-14	0.5	0.54	0.3	0.0-0.5	0-3
	15-24	0.4	0.62	0.1	0.0-0.5	0-3
	25-34	0.6	0.65	0.3	0.0-1.0	0-3
	35-44	0.7	0.73	0.3	0.0-0.9	0-3
	45-54	0.7	0.68	0.6	0.0-0.9	0-3
	55-64	0.7	0.68	0.5	0.0-1.0	0-3
	65-74	0.9	0.80	0.7	0.2-1.4	0-3
	>74	1.4	0.93	1.4	0.5-2.0	0-3
NIVEAU D'EDUCATION	Primaire/ sans diplôme	0.7	0.80	0.4	0.0-1.0	0.0-3.0
	Secondaire inférieur	0.8	0.86	0.5	0.0-1.3	0.0-3.0
	Secondaire supérieur	0.7	0.73	0.4	0.0-1.0	0.0-3.0
	Enseignement supérieur	0.6	0.61	0.3	0.0-0.9	0.0-3.0
REGION	Région flamande	0.6	0.75	0.3	0.0-1.0	0-3
	Région bruxelloise	0.6	0.60	0.3	0.0-0.9	0-2
	Région wallonne	0.8	0.73	0.7	0.0-1.0	0-3
TOTAL		0.7	0.73	0.4	0.0-1.0	0-3

Moy= moyenne ; ET= écart-type ; Méd= médiane ; IQR= intervalle interquartile
Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

5.4.3. Etat parodontale

Les tableaux 23 a et b montrent la distribution des scores DPSI les plus élevés, obtenus par les participants de l'enquête. Environ un tiers des examinés (32.99%) avaient un score DPSI supérieur à 0, plus d'un quart (27.36%) présentait un score supérieur à 2 ; plus d'un cinquième avaient un score plus élevé que 1.

Le score de 3- et le score 3+ étaient respectivement enregistrés à 10.62% et 6.38%. Le score 4 était enregistré pour 1.38% des participants. Chez les femmes le score 0 était plus fréquent que chez les hommes (36.03% versus 28.25%). L'état de santé parodontale se dégrade clairement avec l'âge. Les différences entre les niveaux d'éducation étaient minimales (de 1.6 % (± 1.35) pour les personnes avec le plus faible niveau d'instruction à 1.2 % (± 1.23) pour les plus qualifiées). Les différences entre les régions ne montrent aucune tendance systématique.

Tableau 23a. Fréquence du plus haut score de l'indice DPSI par participant de plus de 15 ans, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Plus haut score DPSI	0		1		2	
		N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	243	28.25	124	24.08	194	28.49
	Femme	323	36.92	150	18.93	205	26.42
GROUPE D'AGE	15-24	153	53.52	53	25.48	43	19.51
	25-34	76	36.42	46	24.22	60	31.44
	35-44	126	39.43	62	17.08	95	29.04
	45-54	93	22.52	50	25.61	83	25.81
	55-64	65	26.70	35	22.34	65	26.53
	65-74	37	16.34	18	13.13	27	31.80
	>74	16	8.64	10	8.94	26	30.66
REGION	Région flamande	361	33.49	142	15.83	226	29.32
	Région bruxelloise	29	30.44	21	27.99	26	24.78
	Région wallonne	176	33.37	111	28.49	147	24.84
TOTAL		566	32.99	274	21.26	399	27.36

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. Somme totale >100% puisque certaines personnes examinées avaient plusieurs sextants avec un même score maximal

Tableau 23b. Fréquence du plus haut score de l'indice DPSI par participant de plus de 15 ans, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010 (suivi)

	Plus haut score DPSI	3-		3+		4	
		N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	85	10.72	60	6.89	18	1.57
	Femme	80	10.53	64	5.97	17	1.23
GROUPE D'AGE	15-24	5	1.49	0	0.00	0	0.00
	25-34	15	5.83	5	2.10	0	0.00
	35-44	40	11.83	10	2.07	5	0.54
	45-54	42	12.79	32	9.72	10	3.55
	55-64	29	11.72	43	11.37	10	1.35
	65-74	20	19.06	14	16.38	5	3.28
	>74	14	27.86	20	19.94	5	3.96
REGION	Région flamande	119	12.83	74	6.44	29	2.10
	Région bruxelloise	7	7.08	9	9.71	0	0.0
	Région wallonne	39	8.10	41	4.50	6	0.70
TOTAL		165	10.62	124	6.38	35	1.38

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. Somme totale >100% puisque certaines personnes examinées avaient plusieurs sextants avec un même score maximal

Les tableaux 24 a et b montrent comment la destruction parodontale se distribuait dans la cavité buccale, entre le maxillaire et la mandibule. Pour chaque sextant, le score DPSI le plus élevé était noté. La plupart des personnes ont montré un score DPSI plus élevé dans la région antérieure mandibulaire (78.01%). Un nombre moindre de personnes présentait le plus haut niveau de destruction dans la région maxillaire antérieure (50.25%). Pour les autres sextants (les régions postérieures maxillaire et mandibulaire), le niveau de destruction était assez uniforme, allant de 56.89% à 60.94%. Les différences selon le sexe étaient faibles ; chez les femmes, le niveau de destruction mandibulaire postérieur était plus élevé que chez les hommes (63.57% et 63.89% versus 54.07 et 54.85%, respectivement pour les côtés droit et gauche).

Tableau 24a. Distribution des sextants maxillaires avec le plus haut score DPSI des participants de plus de 15 ans, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	plus haut score DPSI	Sextant maxillaire droit		Sextant maxillaire centre		Sextant maxillaire gauche	
		N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	458	58.61	385	50.23	453	55.92
	Femme	547	62.87	450	50.27	534	57.70
GROUPE D'AGE	5-7	-	-	-	-	-	-
	12-14	-	-	-	-	-	-
	15-24	194	68.01	186	64.10	190	66.86
	25-34	132	65.34	110	53.26	129	55.24
	35-44	220	65.59	178	52.52	214	58.05
	45-54	192	63.79	146	46.07	186	59.76
	55-64	134	48.34	117	46.19	137	47.37
	65-74	84	51.68	56	26.13	85	59.06
>74	49	41.79	42	47.47	46	40.96	
REGION	Région flamande	618	60.12	508	46.67	610	55.97
	Région bruxelloise	54	62.27	36	43.27	46	47.47
	Région wallonne	333	61.86	291	61.17	331	63.81
TOTAL		1005	60.94	835	50.25	987	56.89

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

Tableau 24b. Distribution des sextants mandibulaires avec le plus haut score DPSI des participants de plus de 15 ans, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	plus haut score DPSI	Sextant mandibulaire droit		Sextant mandibulaire centre		Sextant mandibulaire gauche	
		N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	447	54.07	553	78.49	446	54.85
	Femme	549	63.57	645	77.61	546	63.89
GROUPE D'AGE	5-7	-	-	-	-	-	-
	12-14	-	-	-	-	-	-
	15-24	196	67.22	231	90.97	194	67.66
	25-34	136	65.03	164	83.60	136	63.64
	35-44	213	59.59	261	79.51	221	64.26
	45-54	185	59.18	227	74.68	177	55.73
	55-64	133	51.93	171	73.73	135	52.27
	65-74	74	41.78	80	58.34	76	47.95
	>74	59	57.81	64	63.16	53	54.67
REGION	Région flamande	602	55.06	698	75.24	601	56.04
	Région bruxelloise	53	59.59	63	68.58	51	59.53
	Région wallonne	341	67.47	437	88.61	340	67.44
TOTAL		996	59.27	1198	78.01	992	59.80

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

5.4.4. Usure dentaire

Le tableau 25 décrit la fréquence des signes d'usure dentaire. Globalement, 34.71% des personnes examinées présentaient un type d'usure dentaire. La prévalence d'attrition était de 25.07%, d'abrasion de 20.40%, et d'érosion de 6.31%. Les signes d'usure étaient significativement plus souvent présents chez les hommes (42.07%) que chez les femmes (28.66%). Cette différence était observée principalement dans le groupe de personnes avec des signes d'attrition (31.89% versus 19.38%), moins dans le groupe avec des signes d'abrasion (22.85% versus 18.38%). L'usure dentaire augmente avec l'âge. En Flandre, plus d'usure dentaire était observée qu'en Wallonie (35.99% versus 29.86%).

Tableau 25. Fréquence d'usure dentaire des participants de plus de 12 ans, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Usure dentaire	Erosion		Abrasion		Attrition		Au moins un type d'usure	
		N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	68	6.94	196	22.85	286	31.89	400	42.07
	Femme	69	5.79	205	18.38	244	19.38	364	28.66
GROUPE D'AGE	12-14	2	0.56	1	0.16	1	0.96	4	1.68
	15-24	10	6.03	8	3.97	13	6.53	27	13.33
	25-34	7	4.28	31	18.44	31	18.18	51	28.07
	35-44	17	4.74	58	17.81	70	23.33	113	34.36
	45-54	25	6.76	68	27.84	121	41.50	156	48.38
	55-64	26	7.45	96	28.66	126	32.92	180	47.62
	65-74	21	6.21	65	23.29	86	28.21	121	36.87
	>74	29	12.18	74	27.65	82	28.33	112	39.28
REGION	Région flamande	70	5.42	239	19.09	351	25.75	490	35.99
	Région bruxelloise	18	14.56	28	23.88	36	30.55	46	38.35
	Région wallonne	49	3.68	134	21.40	143	20.37	228	29.86
TOTAL		137	6.31	401	20.40	530	25.07	764	34.71

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

5.4.5. Anomalies de développement de l'émail

Le tableau 26 reprend les anomalies de développement de l'émail. L'hypoplasie était présente chez 3,56% des personnes examinées et des signes de fluorose dentaire chez 1,80%. En raison du nombre de cas relativement faible, les analyses ultérieures des données pour les différents groupes d'âge ne sont pas très fiables.

Tableau 26. Fréquence d'anomalies de développement de l'émail pour les participants de plus de 12 ans, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Hypoplasie		Fluorose	
		N	%	N	%
SEXE	Homme	41	2.93	15	1.24
	Femme	43	4.07	26	2.26
GROUPE D'AGE	12-14	7	9.60	2	3.26
	15-24	14	4.30	12	3.81
	25-34	13	4.40	8	3.70
	35-44	18	3.75	7	2.29
	45-54	9	2.26	7	1.00
	55-64	8	0.54	2	0.20
	65-74	6	3.76	2	0.37
	>74	9	5.24	1	0.43
REGION	Région flamande	52	1.40	23	1.64
	Région bruxelloise	21	16.45	2	1.56
	Région wallonne	11	1.23	16	2.29
TOTAL		84	3.56	41	1.80

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

5.4.6. Etat dentaire

5.4.6.1. Atteinte carieuse

L'atteinte carieuse était enregistrée en utilisant les scores de l'indice caod/CAOD, respectivement pour la dentition de lait et la dentition permanente.

Le tableau 27a donne les résultats concernant les dents permanentes. Le score moyen de CAOD pour le groupe total de personnes examinées s'élevait à 10.4 (\pm 8.41). La composante la plus fréquente de cet indice était le « O » (dents obturées) (5.5 \pm 5.58). En moyenne 4.2 (\pm 7.53) des dents étaient absentes et 0.8 (\pm 1.99) des dents étaient cariées. La dispersion des scores montrait une distribution très asymétrique.

Le score moyen du CAOD était plus élevé chez les femmes (11.1 \pm 8.50) que chez les hommes (9.6 \pm 8.21). Il y avait plus de dents obturées chez les femmes (6.2 \pm 5.83) que chez les hommes (5.0 \pm 5.21). Le plus haut score CAOD était enregistré dans le groupe de 75 ans et plus (19.3 \pm 8.12). Le nombre de dents cariées variait relativement peu en fonction des groupes d'âge, alors que le nombre de dents extraites augmentait et le nombre de dents obturées diminuait avec l'âge.

En Flandre, le score moyen du CAOD (11.3 \pm 8.70) était supérieur à celui enregistré en Wallonie (9.8 \pm 7.60).

Le score moyen du CAOD dans le groupe de 12 ans était 0.9 (\pm 1.37).

Tableau 27a. Fréquence CAOD et de ses composants C, A, et O (moyenne, ET), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		CAOD	C	A	O
		Moy	Moy	Moy	Moy
		(ET)	(ET)	(ET)	(ET)
SEXE	Homme	9.6 (8.21)	0.9 (2.14)	3.9 (7.16)	5.0 (5.21)
	Femme	11.1 (8.50)	0.8 (1.85)	4.5 (7.83)	6.2 (5.83)
GROUPE D'AGE	5-7	0.3 (0.86)	0.1 (0.39)	0.0 (0.0)	0.2 (0.76)
	12-14	1.3 (1.82)	0.3 (0.78)	0.0 (0.14)	1.0 (1.65)
	15-24	3.7 (4.77)	0.9 (2.15)	0.1 (0.87)	2.6 (4.04)
	25-34	6.6 (5.93)	0.8 (1.73)	0.7 (2.45)	5.1 (5.00)
	35-44	10.3 (5.99)	1.2 (1.95)	1.9 (3.79)	7.2 (5.63)
	45-54	12.6 (6.49)	0.7 (1.91)	4.0 (6.17)	8.2 (5.49)
	55-64	14.7 (7.09)	0.8 (2.02)	7.0 (8.05)	7.4 (5.39)
	65-74	17.3 (7.54)	0.8 (1.61)	10.6 (9.69)	7.1 (5.36)
	>74	19.3 (8.12)	1.6 (3.34)	13.8 (10.79)	6.0 (5.96)
REGION	Région flamande	11.3 (8.70)	0.8 (1.84)	4.9 (8.09)	6.1 (5.78)
	Région bruxelloise	8.0 (8.00)	0.5 (1.30)	2.8 (6.56)	4.8 (5.36)
	Région wallonne	9.8 (7.60)	1.2 (2.52)	3.5 (6.51)	5.3 (5.16)
TOTAL	10.4 (8.41)	0.8 (1.99)	4.2 (7.53)	5.7 (5.58)	

Moy= moyenne ; ET= déviation standard

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

Le tableau 27b présente les résultats concernant la dentition temporaire. Le score caod moyen pour les enfants de 5-7 ans s'élevait à 1,2 (\pm 1.97). Une grande partie des scores était formée par la composante « c » (0.4 ± 1.19) (dents cariées) et la composante « o » (0.6 ± 1.14) (dents obturées). La composante « a », dents extraites, était très faible (0.2 ± 0.64). Les nombres sont trop petits pour pouvoir commenter les différents sous-groupes.

Tabel 27b. dmft index en zijn componenten d(ecayed), m(issing), f(illed) op t(and) niveau (gemiddeld, SD), Mondgezondheidsenquête België 2008-2010

		CAOD	C	A	O
		Moy	Moy	Moy	Moy
		(ET)	(ET)	(ET)	(ET)
SEXE	Homme	1.5 (1.74)	0.9 (1.35)	0.1 (0.42)	0.5 (1.13)
	Femme	1.5 (1.98)	0.4 (0.86)	0.1 (0.53)	1.0 (1.72)
GROUPE D'AGE	5-7	1.2 (1.97)	0.4 (1.19)	0.2 (0.64)	0.6 (1.14)
TOTAL		1.5 (1.82)	0.7 (1.23)	0.1 (0.46)	0.7 (1.37)

Moy= moyenne ; ET= écart-type

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100. Dans ce tableau seulement la catégorie d'âge 5-7 ans a été reprise.

Le tableau 28 donne un aperçu du nombre de personnes indemnes de carie (score de caod/CAOD = 0). Ce fut le cas pour 11.12% du total des participants à l'enquête. La différence entre les hommes et les femmes était faible (11.87% versus 10.46%). Le nombre de personnes indemnes de carie diminue avec l'âge. Parmi les enfants âgés de 5-7 ans, 64.42% étaient indemnes de carie; parmi ceux entre 12-14 ans, 48.45%. Chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, seulement 28.98% étaient indemnes de carie. Le pourcentage de personnes indemnes de carie était semblable en Flandre et en Wallonie (10.31% versus 9.76%).

Tableau 28. Fréquence des participants indemnes de caries, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Indemne de caries	
		N	%
SEXE	Homme	122	11.87
	Femme	136	10.46
GROUPE D'AGE	5-7	41	64.42
	12-14	41	48.45
	15-24	79	28.98
	25-34	15	9.82
	35-44	8	2.94
	45-54	6	0.73
	55-64	8	0.93
	65-74	2	0.54
	>74	10	2.07

		Indemne de caries	
		N	%
NIVEAU D'EDUCATION	Primaire/ sans diplome	122	24.14
	Secondaire inférieur	43	8.54
	Secondaire supérieur	45	7.52
	Enseignement supérieur	22	5.25
REGION	Région flamande	137	10.31
	Région bruxelloise	21	16.73
	Région wallonne	100	9.76
TOTAL		258	11.12

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

5.4.6.2. Indice de restauration et indice de soins des dents cariées

Les tableaux 29 a et b donnent un aperçu de l'indice de restauration et de l'indice de soins dentaires des personnes examinées. L'indice de restauration donne le degré de soins des dents cariées par des traitements opératoires (obturations). L'indice de soins comprend également les extractions comme une forme de traitement. Les deux scores peuvent varier entre 0 et 100%.

A propos des dents permanentes, nous observons un taux de restauration moyen de 81.7% ($\pm 32,39$). Plus d'un quart des personnes examinées (26.82%) avaient un score de 0%, alors que 45.05% présentaient un score de 100%. L'indice de soins était légèrement plus élevé, en moyenne 86.8% ($\pm 27,33$).

Il n'y a aucune différence entre les hommes et les femmes. L'indice de restauration était plus faible dans le groupe d'âge de 5-7 ans et s'élevait avec l'augmentation du niveau de scolarité, entre 67,3 % ($\pm 40,97$) pour les personnes avec le plus faible niveau d'instruction et 86.6 % ($\pm 28,79$) pour les plus qualifiées. Les scores en Flandre étaient légèrement supérieurs à ceux enregistrés en Wallonie.

Tableau 29a. Moyennes de l'indice de restauration et de l'indice de soins des participants (dentition permanente), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Dentition permanente	Indice de restauration			Indice de soins		
		Moy (ET)	=0 N (%)	=100 N (%)	Moy (ET)	=0 N (%)	=100 N (%)
SEXE	Homme	81,2 (31.93)	354 (26.64)	508 (43.04)	86,5 (26.49)	354 (26.64)	638 (49.3)
	Femme	82,1 (32.77)	359 (26.98)	634 (46.83)	87,0 (28.01)	359 (26.98)	825 (53.56)
GROUPE D'AGE	5-7	49.3 (47.34)	5 (6.10)	4 (5.07)	49.3 (47.34)	5 (6.10)	4 (5.07)
	12-14	76.3 (37.24)	17 (14.23)	25 (27.19)	76.3 (37.24)	17 (14.23)	25 (27.19)
	15-24	70,7 (38.03)	73 (30.79)	106 (32.17)	71,6 (37.34)	73 (30.79)	107 (32.30)
	25-34	83,5 (29.21)	68 (28.80)	120 (56.12)	85,9 (25.23)	68 (28.80)	124 (57.31)
	35-44	77,6 (36.31)	114 (37.15)	227 (49.52)	80,3 (34.47)	114 (37.15)	236 (51.58)
	45-54	89.5 (24.74)	117 (22.14)	246 (64.31)	93.3 (18.33)	117 (22.14)	276 (68.07)
	55-64	89.1 (23.92)	129 (29.20)	205 (54.65)	94.2 (14.86)	129 (29.20)	258 (62.41)
	65-74	84.5 (28.62)	77 (25.06)	125 (44.15)	94.7 (12.64)	77 (25.06)	202 (58.51)
	>74	75.0 (36.98)	88 (26.61)	70 (32.51)	91.3 (21.48)	88 (26.61)	217 (64.65)
	NIVEAU D'EDUCATION	Primaire/ sans diplôme	67.3 (40.97)			82.2 (31.85)	
Secondaire inférieur		77.6 (34.41)			84.5 (28.80)		
Secondaire supérieur		84.8 (27.71)			88.9 (23.04)		
Enseignement supérieur		86.6 (28.79)			88.4 (26.85)		
REGION	Région flamande	82,9 (30.57)	404 (26.26)	756 (44.60)	88,7 (24.03)	404 (26.26)	972 (52.14)
	Région bruxelloise	86,4 (28.26)	34 (21.38)	68 (47.52)	88,7 (25.74)	34 (21.38)	75 (51.67)
	Région wallonne	76,6 (37.18)	275 (31.19)	318 (44.66)	81,5 (33.58)	275 (31.19)	416 (49.65)
TOTAL		81.7 (32.39)	713 (26.82)	1142 (45.05)	86.8 (27.33)	713 (26.82)	1463 (51.43)

N= nombre de personnes ; %= pourcentage ; Moy= moyenne ; ET= écart-type

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

En ce qui concerne la dentition primaire, nous observons que l'indice de restauration moyen était de 44.4 % (\pm 45.74). Pour 53.0% des personnes examinées, l'indice s'élevait à 0 et seulement 18.6% avaient un indice de 100% (ce qui correspond à une situation où toutes les dents cariées étaient obturées). La différence entre les garçons et les filles était élevée, l'indice de restauration moyen était 36.9% (\pm 43.13) chez les garçons et de 61.1% (\pm 46.90) chez les filles. En Flandre, l'indice de restauration (41.1% \pm 44.00) était supérieur à celui enregistré en Wallonie (32.5% \pm 43.21). En raison du faible nombre, aucun commentaire fiable n'a pu être fait pour les différents sous-groupes.

Tableau 29b. Moyennes de l'indice de restauration et de l'indice de soins des participants (dentition temporaire), Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Dentition temporaire	Indice de restauration			Indice de soins		
		Moy (ET)	=0 N (%)	=100 N (%)	Moy (ET)	=0 N (%)	=100 N (%)
SEXE	Homme	36.9 (43.13)	33 (4.53)	15 (1.59)	39.5 (44.43)	33 (4.53)	16 (1.63)
	Femme	61.1 (46.90)	20 (1.10)	15 (1.36)	62.1 (46.57)	20 (1.10)	16 (1.37)
GROUPE D'AGE	5-7	55.3 (44.77)	16 (19.11)	8 (12.29)	57.7 (45.30)	16 (19.11)	9 (12.96)
REGION	Région flamande	41.6 (44.00)	32 (2.97)	16 (1.26)	44.3 (45.06)	32 (2.97)	17 (1.27)
	Région bruxelloise	75.2 (43.17)	2 (1.06)	6 (3.22)	75.2 (43.17)	2 (1.06)	6 (3.22)
	Région wallonne	32.5 (43.21)	19 (3.07)	8 (0.94)	34.7 (44.01)	19 (3.07)	9 (1.01)
TOTAL		44.4 (45.74)	53 (2.71)	30 (1.47)	46.6 (46.30)	53 (2.71)	32 (1.49)

N= nombre de personnes ; %= pourcentage ; Moy= moyenne ; ET= écart-type

Attention! Pour l'interprétation des résultats particulièrement si le nombre des participants est inférieur à 100.

Dans ce tableau seulement la catégorie d'âge 5-7 ans a été reprise.

5.4.6.3. Etat des racines

Le tableau 30 décrit le nombre de dents avec des surfaces radiculaires exposées, ainsi que le nombre de dents avec des surfaces radiculaires exposées et cariées (soignées ou non).

En moyenne chaque individu examiné avait 1.9 (\pm 3.25) dents avec des racines exposées. Le nombre était légèrement plus élevé chez les hommes que chez les femmes et augmentait avec l'âge dans le groupe de 75 ans et ensuite déclinait légèrement. Il n'y avait aucune différence entre les régions. Le nombre moyen de dents cariées s'élevait à 0.3 (\pm 1.12). Les écarts types élevés indiquent que la distribution est fortement biaisée.

Tableau 30. Fréquence de dents avec racines exposées, avec racines exposées cariées et/ou obturées et fréquence d'implants, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Racines exposées	Racines exposées cariées et/ ou obturées
		Moyenne (ET)	Moyenne (ET)
SEXE	Homme	2.1 (3.51)	0.2 (1.01)
	Femme	1.7 (2.99)	0.3 (1.20)
GROUPE D'AGE	5-7	0.0 (0.00)	0.0 (0.00)
	12-14	0.0 (0.00)	0.0 (0.00)
	15-24	0.3 (1.57)	0.0 (0.28)
	25-34	0.8 (1.82)	0.0 (0.32)
	35-44	1.5 (2.59)	0.2 (0.83)
	45-54	3.0 (3.33)	0.4 (1.13)
	55-64	3.4 (4.47)	0.5 (1.53)
	65-74	3.3 (3.63)	0.4 (1.07)
	>74	2.9 (3.89)	0.9 (2.13)
REGION	Région flamande	1.9 (3.23)	0.2 (0.95)
	Région bruxelloise	1.9 (3.47)	0.5 (1.43)
	Région wallonne	1.8 (3.16)	0.3 (1.25)
TOTAL		1.9 (3.25)	0.3 (1.12)

Moy= moyenne ; ET= écart-type

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

5.4.6.4. Implants

Dans le groupe des personnes examinées, 50 (1.82%) présentaient un ou plusieurs implants.

5.4.6.5. Traumatismes

Le tableau 31 indique le nombre de personnes montrant des signes de traumatisme dentaire. Parmi les participants, 3,31% présentaient au moins une dent traumatisée. Les petits nombres dans les différents sous-groupes ne permettaient pas de commentaires fiables à l'égard de toutes les différences.

Tableau 31. Fréquence de personnes avec au moins une dent traumatisée, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010.

		Au moins une dent traumatisée	
		N	(%)
SEXE	Homme	40	4.38
	Femme	44	2.39
GROUPE D'AGE	5-7	1	0.68
	12-14	3	4.01
	15-24	9	7.11
	25-34	7	3.3
	35-44	9	1.54
	45-54	13	3.86
	55-64	17	3.48
	65-74	9	1.33
	>74	13	3.3
REGION	Région flamande	38	3.28
	Région bruxelloise	9	5.68
	Région wallonne	37	2.07
TOTAL		84	3.31

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

5.4.7. Prothèses dentaires

5.4.7.1. Prothèses amovible et fixe

L'état prothétique était enregistré pour toutes les personnes examinées (tableau 32). Un peu moins de 20% (19.86%) étaient porteurs d'une prothèse amovible et 10.85% étaient porteurs d'une couronne ou bridge. Chez les femmes, une prothèse amovible était présente plus fréquemment que chez les hommes (22.19% contre 17.18%); les travaux de prothèse fixe étaient présents chez 13.83% des femmes et seulement chez 7.43% des hommes. La présence des prothèses augmentait avec l'âge. Les prothèses amovibles étaient observées plus fréquemment chez les personnes examinées en Flandre (15.47%) par rapport à celles examinées en Wallonie (7.78%); la tendance inverse a été observée pour les couronnes et les bridges (8.29% en Flandre et 15.66% en Wallonie).

Tableau 32. Fréquence des participants portant une prothèse amovible ou une couronne/bridge, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Prothèse amovible		Couronne ou bridge	
		N	%	N	%
SEXE	Homme	302	17.18	82	7.43
	Femme	463	22.19	142	13.83
GROUPE D'AGE	5-7	-	-	-	-
	12-14	-	-	-	-
	15-24	1	0.16	0	0.00
	25-34	5	1.80	5	4.09
	35-44	18	5.13	24	6.23
	45-54	108	22.67	44	12.59
	55-64	178	30.68	75	27.08
	65-74	209	55.06	43	20.88
	>74	246	61.61	33	17.76
NIVEAU D'EDUCATION	Primaire/ sans diplôme	239	29.60	24	5.23
	Secondaire inférieur	205	33.11	45	15.82
	Secondaire supérieur	190	18.95	60	10.57
	Enseignement supérieur	104	8.98	90	13.60
REGION	Région flamande	498	22.97	130	9.06
	Région bruxelloise	23	15.58	12	9.37
	Région wallonne	244	15.29	82	15.66
TOTAL		765	19.86	224	10.85

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats surtout si le nombre des participants est inférieur à 100.

5.4.7.2. Prothèse amovible complète

Sur l'échantillon total, excluant les groupes d'âge de 5-7 ans et 12-14 ans, 311 sur 2489 personnes étaient édentées (12,5%). Ce chiffre s'approche de celui obtenu par l'Enquête de Santé 2008 (11,4%).

Dans le tableau 33, le nombre de personnes examinées portant au moins une prothèse amovible complète était mentionné. Une distinction était faite entre les porteurs d'une seule prothèse et les porteurs de prothèses amovibles complètes au maxillaire et à la mandibule. Dans 12.25% des cas, les personnes examinées présentait une prothèse amovible complète unique. Dans 6.46% des cas, les personnes étaient porteuses de prothèses maxillaire et mandibulaire complètes.

Les scores étaient toujours plus élevés pour les femmes que pour les hommes. Le nombre de porteurs d'une prothèse complète amovible augmentait avec l'âge. Dans la catégorie des 75 ans et plus, 46.46% portaient une prothèse à une mâchoire et 29.94% aux deux mâchoires. Les prothèses amovibles sont plus fréquentes en Flandre qu'en Wallonie. Les personnes peu éduquées portent plus fréquemment une prothèse amovible complète que les personnes plus qualifiées (23.71 et 12.81% versus 3.58% et de 1.19%).

Tableau 33. Fréquence des participants portant une prothèse amovible complète, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		1 prothèse amovible complète		2 prothèses amovibles complètes	
		N	%	N	%
SEXE	Homme	202	10.70	104	5.62
	Femme	312	13.60	179	7.19
GROUPE D'AGE	5-7	-	-	-	-
	12-14	-	-	-	-
	15-24	1	0.16	-	-
	25-34	3	0.73	2	0.38
	35-44	8	2.20	3	0.29
	45-54	57	9.61	20	4.04
	55-64	97	17.80	36	6.00
	65-74	150	36.10	88	21.58
	>74	198	46.46	134	29.94
NIVEAU D'EDUCATION	Primaire/ sans diplôme	195	23.71	112	12.81
	Secondaire inférieur	138	18.95	77	10.95
	Secondaire supérieur	117	10.41	67	5.93
	Enseignement supérieur	43	3.58	17	1.19
REGION	Région flamande	350	15.47	196	8.28
	Région bruxelloise	12	7.40	6	3.67
	Région wallonne	152	7.78	81	3.94
TOTAL		514	12.25	283	6.46

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats particulièrement si le nombre des participants est inférieur à 100.

5.4.8. *Contacts fonctionnels occlusaux*

Les contacts occlusaux fonctionnels étaient déterminés par le nombre total de contacts occlusaux entre dents naturelles antagonistes (molaires et prémolaires) et ceci pour chaque hémi-arcade (droite et gauche). Dans le cas où une dent avait un contact avec 2 antagonistes, seulement un contact était considéré. Si la personne portait une prothèse partielle amovible, le nombre de contacts occlusaux fonctionnels était d'abord déterminé sans le port de la prothèse et ensuite avec la prothèse en bouche. Le nombre de contacts par personne pouvant alors varier de 0 à 5 par hémi-arcade.

Le tableau 34 affiche le nombre de contacts occlusaux fonctionnels, ceci avec et sans prothèse. Sans le port de prothèse, il n'y avait en moyenne que 5.5 (\pm 0.21) contacts occlusaux entre les dents naturelles. Avec le port d'au moins une prothèse amovible le nombre de ces contacts a augmenté légèrement à 5.9 (\pm 2.44). Il n'y avait aucune différence entre les hommes et les femmes en ce qui concerne le nombre de contacts occlusaux fonctionnels. Le nombre de contacts diminuait considérablement avec l'âge. Alors que le nombre moyen de contacts sans prothèse s'élevait à 8.0 (\pm 1.08) dans le groupe des 15-24 ans, celui-ci tombait à 1.8 (2.55) dans le groupe de 75 ans ou plus. Le nombre de contacts occlusaux fonctionnels était légèrement plus élevé en Wallonie qu'en Flandre et ce, avec ou sans prothèse amovible.

Tableau 34. Fréquence des contacts fonctionnels occlusaux des participants de plus de 15 ans, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

Nombre de contacts		entre dents naturelles antagonistes sans éventuelle prothèse amovible partielle	entre dents naturelles et/ou dents de prothèse amovible partielle antagoniste
		Moy (ET)	Moy (ET)
SEXE	Homme	5.5 (3.29)	5.6 (2.58)
	Femme	5.5 (3.27)	6.0 (2.33)
GROUPE D'AGE	15-24	8.0 (1.08)	6.0 (0.00)
	25-34	7.8 (1.97)	-
	35-44	6.9 (2.33)	5.4 (2.61)
	45-54	5.5 (2.88)	4.6 (2.04)
	55-64	3.9 (2.99)	6.0 (2.23)
	65-74	2.6 (2.77)	5.9 (2.57)
	>74	1.8 (2.55)	7.0 (2.22)
REGION	Région flamande	5.1 (3.34)	5.7 (2.35)
	Région bruxelloise	6.4 (3.19)	5.8 (2.84)
	Région wallonne	5.9 (3.04)	6.4 (2.32)
TOTAL		5.5 (3.28)	5.9 (2.44)

Moy= moyenne ; ET= écart-type

Attention! Pour l'interprétation des résultats particulièrement si le nombre des participants est inférieur à 100.

5.5. Consommation de soins enregistrés

5.5.1. Soins dentaires

Sur base de la consommation des soins enregistrés (données de l'IMA) il a été possible de se forger une idée du profil de consommation de soins de l'échantillon participant à l'étude.

Tableau 35. Contacts avec un dentiste au cours des 5 années (prestations attestées 2005-2009), population totale, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Contact avec un dentiste au cours des 5 années 2005-2009	Au moins un contact		Contacts réguliers (au moins 3 prestations attestées)		Consultations d'urgence	
		N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	1093	88.71	571	51.47	513	39.32
	Femme	1318	92.14	760	60.80	598	40.68
GROUPE D'AGE	5-7	63	90.03	18	24.99	30	37.06
	12-14	84	93.59	70	82.73	26	30.95
	15-24	210	95.19	176	58.94	88	29.83
	25-34	197	92.73	109	54.64	115	50.43
	35-44	352	92.22	219	62.34	161	46.87
	45-54	385	92.46	215	58.02	148	30.60
	55-64	375	88.53	219	61.83	138	33.85
	65-74	286	89.54	150	56.86	147	49.18
	>74	281	78.23	80	32.93	207	49.86
REGION	Région flamande	1495	92.05	876	56.19	676	39.93
	Région bruxelloise	122	85.09	64	50.18	59	36.42
	Région wallonne	794	90.16	391	60.46	376	42.34
TOTAL		2411	90.53	1331	56.41	1111	40.04

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention pour l'interprétation des données où il y a moins de 100 répondants.

Rem Il s'agit ici de toute prestation encodée chez un dentiste, tant dentiste généraliste que spécialiste en parodontologie ou orthodontie.

Le tableau montre tant les consultations régulières (définies comme l'attestation de minimum 3 prestations, à l'exception des consultations d'urgence, sur une période de 5 ans) que les consultations régulières. Ces données montrent que 56,41% de l'échantillon a consulté un dentiste sur une base régulière pendant cette période. Les femmes vont plus souvent en consultation, tant sur base régulière que de manière occasionnelle ou en urgence. Les visites régulières sont plus fréquentes dans le groupe d'âge des 12-14, vraisemblablement parce qu'il y a un traitement orthodontique (voir tableau 37). Le groupe d'âge le plus âgé visite clairement le dentiste moins régulièrement, mais consulte plus fréquemment en urgence. Les variations régionales sont minimales.

Les tableaux 36 et 37 montrent les données concernant les soins diagnostiques, préventifs et spécialisés pour lesquels une déclaration de soins donnés a été remise à l'INAMI pour l'aide apportée. Les données concernent l'ensemble de l'échantillon sur la période 2005-2009.

En ce qui concerne l'examen buccal annuel (semestriel chez les enfants), il n'y a pas de différences entre les sexes, mais bien entre les régions (38,22% pour la région flamande versus 17,83 % pour la région wallonne). Le code est moins presté lorsque l'âge augmente et est le plus élevé dans le groupe d'âge en traitement orthodontique (12-14 ans). Etant donnée la limite d'âge à 60 ans, il est évident que cette prestation n'est pas attestée dans les groupes d'âge plus élevés.

Le détartrage est plus souvent attesté chez les femmes, et dans les groupes d'âge supérieurs à 25 ans. Le scellement des puits et fissures présente un pic dans le groupe d'âge 12-14 ans, donc bien après l'éruption de la première molaire.

Les radiographies sont un peu plus utilisées chez les femmes et en région wallonne. Le pic est également au sein du groupe d'âge des 12-14 ans, le diagnostic orthodontique représentant donc l'explication la plus plausible.

Ces données montrent que 2,22% de l'échantillon a consulté un parodontologue pendant la période précitée. A l'exception d'une consultation chez l'orthodontiste pour les groupes 12-14 et 15-24ans, cette prestation n'est que rarement codifiée. La consultation chez le parodontologue est plus fréquente chez le jeune adulte (25-34 ans) et dans les groupes plus âgés (65-74 ans).

Tableau 36. Diagnostics et soins préventifs au cours des 5 années (2005-2009), prestations attestées, population totale, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Diagnostics et soins préventifs		examen buccal préventif		détartrage et/ou nettoyage		scellement		radiographies (intra- et extra-orale)	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	323	31.32	348	34.82	32	3.31	617	54.95		
	Femme	384	33.32	480	40.36	29	1.80	788	59.73		
LEEFTIJDS-GROEP	5-7	41	58.58	11	18.94	3	4.35	13	23.56		
	12-14	56	70.04	25	19.31	23	27.97	61	71.19		
	15-24	151	57.83	48	15.75	7	1.78	199	62.3		
	25-34	99	58.94	81	40.32	0	0.00	128	62.68		
	35-44	140	35.15	158	47.29	0	0.00	237	68.42		
	45-54	112	26.18	157	46.68	0	0.00	229	58.33		
	55-64	33	7.94	167	51.75	0	0.00	233	56.95		
	65-74	0	0.00	99	43.68	0	0.00	143	51.94		
	>74	0	0.00	53	24.91	0	0.00	97	36.4		
REGION	Région flamande	492	38.22	541	34.68	40	3.12	814	52.22		
	Région bruxelloise	42	34.51	37	29.71	2	1.09	89	64.98		
	Région wallonne	173	17.83	250	49.34	19	1.94	502	65.21		
TOTAL		707	32.38	828	37.76	61	2.51	1405	57.48		

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention pour l'interprétation des données où il y a moins de 100 répondants.

Tableau 37. Consultations spécialisées au cours des 5 années (2005-2009), prestations attestées, population totale, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010 (suivi)

		Consultations spécialisées		consultations parodontologie		consultations orthodontie	
		N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	15	1.41	46	3.31		
	Femme	34	2.95	64	3.66		
GROUPE D'AGE	5-7	0	0.00	0	0.00		
	12-14	0	0.00	40	40.23		
	15-24	1	0.54	51	13.24		
	25-34	10	4.94	0	0.00		
	35-44	12	3.60	0	0.00		
	45-54	8	1.67	0	0.00		
	55-64	9	1.67	0	0.00		
	65-74	8	4.20	0	0.00		
	>74	1	0.44	0	0.00		
REGION	Région flamande	28	2.22	76	4.11		
	Région bruxelloise	5	3.63	6	2.92		
	Région wallonne	16	1.44	28	2.43		
TOTAL		49	2.22	110	3.50		

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention pour l'interprétation des données où il y a moins de 100 répondants

Tableau 38. Soins curatifs au cours des 5 années (2005-2009), prestations attestées, population totale, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		Soins curatifs		restaurations		endodontie		prothèse amovible		extraction et/ou petite chirurgie	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	713	60.34	194	14.49	145	7.6	82	6.26		
	Femme	860	63.82	269	19.43	199	10.15	95	5.42		
GROUPE D'AGE	5-7	21	26.25	8	10.33	0	0.00	0	0.00		
	12-14	60	70.18	10	11.92	0	0.00	16	24.05		
	15-24	178	64.74	33	11.83	0	0.00	14	2.16		
	25-34	152	63.58	44	19.78	0	0.00	0	0.00		
	35-44	274	62.26	104	20.63	0	0.00	2	1.21		
	45-54	292	73.86	92	21.45	29	7.87	2	0.95		
	55-64	253	66.8	75	15.49	99	17.08	29	8.83		
	65-74	160	54.17	46	17.45	123	31.98	68	18.87		
	>74	105	38.21	29	12.94	93	26.27	40	12.57		
REGION	Région flamande	992	62.89	251	15.3	226	10.00	113	5.5		
	Région bruxelloise	84	58.15	33	23.96	12	8.2	12	8.26		
	Région wallonne	497	62.87	179	17.32	106	7.00	52	5.12		
TOTAL		1573	62.18	463	17.11	344	8.95	177	5.82		

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats spécialement si le nombre des participants est inférieur à 100.

Des restaurations ont été attestées chez 62.18% de la population, avec de faibles différences entre les sexes. La plupart des attestations ont été enregistrées chez les 45-54 ans, le nombre diminuant par la suite. Les enfants de 12-14 ans ont également bénéficié de plus de restaurations, vraisemblablement de par l'attention accrue dont ils bénéficient lors du traitement orthodontique.

Des traitements canalaires ont été enregistrés chez 17,11% de l'échantillon, avec de faibles différences entre les régions. Le pic (21,45%) se trouve dans la tranche d'âge des 45-54 ans.

Les extractions et petites interventions chirurgicales ne sont répertoriées que pour une minorité de l'échantillon (5,82%). Le pic se situe dans la tranche d'âge "orthodontique" 12-14 ans, avec une augmentation dans les tranches d'âge élevé ("dentopause").

Les prothèses amovibles ne sont remboursées qu'à partir de 50 ans, donc le chiffre de 8,95% ne peut que sous évaluer la situation. Ces prestations se retrouvent plus chez les femmes que chez les hommes, avec un pic dans la tranche d'âge des 65-74 ans.

Tableau 39. Contacts avec un stomatologue au cours des 5 années (2005-2009), prestations attestées, population totale, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		contacts avec un stomatologue		au moins un contact		consultation		soins		extraction sous anesthésie générale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXE	Homme	438	36.16	375	31.26	121	9.62	3	0.17		
	Femme	688	52.28	616	47.41	164	10.84	1	0.07		
GROUPE D'AGE	5-7	14	19.96	14	19.96	0	0.00	1	0.67		
	12-14	29	31.70	25	29.30	5	3.21	0	0.00		
	15-24	127	44.59	100	36.40	68	18.43	1	0.28		
	25-34	101	49.09	85	42.61	29	12.51	0	0.00		
	35-44	177	54.50	155	48.91	43	11.10	0	0.00		
	45-54	178	36.70	153	30.35	47	10.84	0	0.00		
	55-64	180	53.23	157	49.16	45	7.63	0	0.00		
	65-74	138	44.58	126	41.09	25	10.87	0	0.00		
REGION	>74	154	47.48	150	46.42	19	7.25	0	0.00		
	Région flamande	584	38.39	489	32.03	170	11.09	3	0.16		
	Région bruxelloise	82	53.05	78	50.18	15	8.89	0	0.00		
	Région wallonne	460	54.36	424	51.71	100	9.18	1	0.07		
TOTAL		1126	44.7	991	39.82	285	10.27	4	0.11		

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats spécialement si le nombre des participants est inférieur à 100.

Pour l'identification d'une consultation chez un stomatologue, le numéro de code 102012 a été utilisé, ce qui sur évalue la situation puisque ce code est accessible à d'autres spécialités.

Des interventions techniques ont été enregistrées pour 10,27% de la population, avec de très faibles différences entre les sexes et les régions. Les extractions sous narcose n'ont été observées que dans quelques ménages, et ne permettent pas d'interprétation. Les consultations en urgence n'ont pas été enregistrées pour cette période.

5.5.2. Soins médicaux

Tableau 40. Contacts avec un médecin généraliste au cours des 5 années (prestations attestées 2005-2009), population totale, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

	Contact avec un médecin généraliste au cours des 5 années 2005-2009	Au moins un contact		Contacts réguliers (au moins 3 prestations attestées)	
		N	%	N	%
SEXE	Homme	1205	94.74	1013	78.64
	Femme	1450	97.34	1304	87.95
GROUPE D'AGE	5-7	69	97.51	67	93.66
	12-14	88	89.62	72	70.02
	15-24	286	98.13	239	82.89
	25-34	208	96.35	175	79.75
	35-44	366	95.59	309	82.47
	45-54	420	96.45	349	82.45
	55-64	418	95.05	364	84.66
	65-74	323	97.38	304	91.84
	>74	355	96.63	333	89.57
REGION	Région flamande	1628	98.01	1443	86.60
	Région bruxelloise	126	87.26	98	68.71
	Région wallonne	901	96.84	776	85.13
TOTAL		2655	96.12	2317	83.57

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats spécialement si le nombre des participants est inférieur à 100.

Presque toute la population a eu un (96,12%) ou des contacts répétés (83,57%) avec un médecin traitant. Il n'y a que de faibles différences entre les sexes pour les contacts ponctuels, par contre les femmes visitent plus régulièrement que les hommes. Le taux de consultation est moindre dans la région de Bruxelles Capitale.

5.5.3. Statuts VIPO et OMNIO

Le statut VIPO donne lieu à une intervention majorée de la mutuelle (tarif préférentiel), et fut à l'origine (1963) uniquement accordé aux veufs, invalides, pensionnés et orphelins dont le revenu familial était sous un seuil déterminé. En 1998 le statut a été élargi à:

- 1) Chômage de longue durée au delà de 50 ans
- 2) Enfants ayant droit à des allocations familiales majorées
- 3) Personnes ayant droit au minimex ou au salaire minimal garanti chez la personne âgée ou les personnes ayant ces dernières à charge
- 4) Personnes disposant d'une intervention pour un handicap ou les personnes ayant ces dernières à leur charge

Le statut Omnio a été accordé depuis 2007 à des ménages dont le revenu global était inférieur à une certaine limite l'année précédent la demande. Ces personnes ont également droit à un tarif préférentiel, sans qu'il ne faille d'autres conditions (p.ex veuf, orphelin,...).

Au sein de notre échantillon, 10,29% des personnes bénéficiaient du statut VIPO et 2,73% du statut OMNIO. Le taux était le plus élevé dans la région Bruxelloise (attention à l'interprétation suite au faible taux de participation pour cette région). Les femmes ainsi que les jeunes enfants et les personnes âgées sont sur-représentés au sein de ce groupe.

Tableau 41. Bénéficiaires statut VIPO/OMNIO au cours des 5 années (prestations attestées 2005-2009), population totale, Enquête de santé Bucco-dentaire, Belgique, 2008-2010

		statut VIPO		statut OMNIO	
		N	%	N	%
SEXE	Homme	142	6.94	22	2.16
	Femme	267	13.26	36	3.23
GROUPE D'AGE	5-7	6	11.23	1	0.93
	12-14	15	7.96	7	3.45
	15-24	35	9.02	17	9.47
	25-34	8	7.00	5	3.10
	35-44	22	4.96	13	2.67
	45-54	37	5.73	5	1.77
	55-64	55	5.73	1	0.22
	65-74	68	15.73	2	1.55
	>74	150	36.81	1	0.04
REGION	Région flamande	194	8.65	27	1.80
	Région bruxelloise	17	15.01	15	8.42
	Région wallonne	198	11.35	16	1.60
TOTAL		409	10.29	58	2.73

N= nombre de personnes ; %= pourcentage

Attention! Pour l'interprétation des résultats spécialement si le nombre des participants est inférieur à 100.

5.6. Résumé

L'étude a été menée auprès de 1330 ménages, et englobait 3057 personnes, dont 53% de femmes. De ces personnes, 90% (n=2742) ont rempli le questionnaire et 84% (n=2562) ont donné leur accord pour la réalisation d'un examen buccal. La pyramide d'âge ainsi que la répartition en groupes linguistiques correspond bien à la population belge dans son ensemble.

50,44% des personnes interrogées rapporte un brossage biquotidien, et 39,58% signalent également un brossage interdentaire. La plupart des conseils reçus en rapport avec la santé bucco-dentaire proviennent des visites chez le dentiste (54,34%), suivis d'instructions concernant l'hygiène bucco-dentaire. Le dentiste représente la source d'information principale (84,89%).

17,87% des personnes interrogées prétendent reporter la visite chez le dentiste car ils sont trop angoissés; 25,26% car ils ne présentent pas de symptômes, et un peu plus d'une personne sur 10 fait appel à des raisons financières.

L'ingestion d'aliments avec un potentiel érosif important est signalée par 50,52% de l'échantillon. 81,29% ont admis consommer des fruits et 84,10% des aliments sucrés entre les repas.

La plainte la plus souvent rapportée au niveau de la cavité buccale est le saignement gingival (24,08%), suivi des douleurs dentaires (15,13%) et 41,83% admettent avoir souffert de douleurs dentaires dans le mois qui a précédé les interviews.

L'index OHIP médian, utilisé comme mesure de l'impact de la santé bucco-dentaire sur la qualité de vie se montait à 1,5 (sur 52), ce qui est un score très bas. Les scores étaient nettement supérieurs en région wallonne qu'en région flamande (valeurs médianes 3,0 versus 1,0), et semblent augmenter avec le niveau d'éducation. L'impact majeur concernait le domaine de la douleur physique.

Les données de l'examen clinique montrent un indice de plaque moyen de 0,7 sur une échelle de 0 à 3 pour l'échantillon examiné. Ce score augmente avec l'âge.

On trouve un DPSI de 0 chez 32,99% de l'échantillon, ce qui témoigne d'une bonne santé parodontale. 18,38% montrent un DPSI de 3 ou 4 (score maximal), et devraient être envoyés chez un parodontologue. Le DPSI moyen diminuait avec le niveau d'instruction..

En moyenne, 11,12% de l'échantillon ne présentait aucune carie, ces chiffres variant de 64,42 pour le groupe des 5-7 ans à 0,54 pour les groupes plus âgés (65-74 ans) L'indice CAOD moyen était de 10,4, l'indice de restauration de 81,7% alors que 55% des personnes présentent des caries non soignées. 12,5% du groupe d'âge supérieur à 14 ans était édenté total.

Sur l'ensemble de la population, 19,86% porte une prothèse amovible, dont 12,25% minimum une prothèse complète (supérieure ou inférieure); 10,55% avaient de la prothèse fixe, couronnes ou bridges.

Sur une période de 5 ans (2005-2009), 90,53 des personnes examinées avaient eu au moins un contact avec un dentiste; 56,41 avaient eu des contacts réguliers et 40,04 avaient consulté minimum 1 fois en urgence.

Par contre, 96,12% des personnes avaient consulté le médecin traitant au moins 1 fois, et 83,57% étaient en contact régulier avec ce médecin traitant (3 prestations ou plus).

6. EVALUATION DE LA PROCEDURE

6.1. Communication avec les commanditaires et les enquêteurs

6.1.1. *Groupe de Direction Promotion de la Qualité de l'Art Dentaire*

Le Groupe de Direction Promotion de la Qualité de l'Art Dentaire a été le forum de discussion entre le commanditaire (INAMI) et la CIE. C'est là que les assurances, les associations professionnelles, les universités et les représentants de l'INAMI pouvaient être informés de l'état d'avancement de l'étude et de la rédaction des documents, et que la stratégie de communication avec la CIE pouvait être modulée.

Le Groupe de Direction a été informé de manière régulière (voir ci-dessous) tant par voie orale que via la remise de rapports. (Tableau 6.1)

Le président et des représentants des groupes présents au sein du groupe de direction ainsi que le Dr. R. De Ridder, Directeur Général du Service de Soins de Santé de l'INAMI ont contribué à la tentative de débloquent le dossier de collaboration entre l'ISP et la DGSIE, hélas sans succès.

Tableau 6.1.: Discussions du projet CIE et principales étapes de l'avancée du projet

2007	
12.2007	Signature du contrat de base du projet (10.12.2007), discussion (Doc. ST. 2008/02), procédure de sélection des enquêteurs
2008	
02.2008	Information des problèmes avec le couplage des données: refus ISP et DGSIE d'inclure l'enregistrement des données de santé bucco-dentaire dans l'enquête de santé 2008
05.2008	Communication: données de l'étude de faisabilité disponibles et en analyse; attitude négative de la DGSIE
06.2008	Communication: pas de nouvelles de la DGSIE car directeur malade
07.2008	Présentation de l'étude de faisabilité, discussion concernant l'avenir de la campagne d'enregistrement des données 2008-2010, discussion au sujet de la compatibilité avec EGOHID
10.2008	Présentation et discussion du rapport final de l'étude de faisabilité
11.2008	ST 2008/25, compatibilité avec EGOHID acceptée, à l'exception des lésions muqueuses, qui ne paraissent pas devoir être intégrées à l'étude à ce stade
2009	
01.2009	Modification du contrat de base après discussion avec la direction de l'INAMI
02.2009	Discussion sur le recrutement des enquêteurs (Doc. GDD 2009/03)
05.03.2009	information P. Bottenberg au sujet de la discussion avec le Registre National et le recrutement des enquêteurs
02.04.2009	discussion (Doc. GDD 2009/06), demande aux organisations professionnelles de participer au recrutement des enquêteurs (point mis à l'ordre du jour)
04.06.2009	Communication concernant l'accord imminent de la commission de protection de la vie privée (varia-divers)
01.10.2009	Communication de l'arrivée du CD-ROM avec les adresses (varia-divers)
05.11.2009	Discussion au sujet de la lettre d'information (point à l'ordre du jour) (Doc. ST 2009/23)

2010	
04.05.2010	Information concernant le taux de participation au 2e trimestre de l'enquête de santé (varia-divers)
10.2010	Présentation du rapport intermédiaire (Doc. St. 2010/26)
11.2010	Document poursuite du projet (Doc. St 2010/30), discussion reportée
12.2010	Discussion poursuite du projet, demande d'amendement
2011	
11.1.2011	Approbation poursuite du projet 2011-12

6.1.2. Communication avec les dentistes enquêteurs

Un site web www.ice.ugent.be a été créé dans le cadre du projet. Les dentistes intéressés pouvaient y trouver toutes les informations concernant le projet d'enregistrement de l'état de santé bucco-dentaire de la population belge, et pouvaient également s'informer des derniers développements du projet.

Le site comprenait également une partie réservée aux dentistes enquêteurs, via laquelle ils avaient un accès permanent à tous les documents nécessaires à l'enquête, et trouvaient également le lien vers l'application online pour l'introduction du formulaire d'enregistrement des données cliniques.

Il y avait aussi une rubrique FAQ, où ils pouvaient trouver une réponse rapide à bon nombre de questions. Une application a également été intégrée dans le site pour envoyer un courrier électronique d'information aux enquêteurs afin de les informer des modifications et développements récents de l'enquête.

6.2. Evaluation de la procédure

6.2.1. Méthodologie

6.2.1.1. Evaluation via les réunions d'évaluation avec les dentistes enquêteurs

Tous les dentistes participants ont été invités par courrier et/ou par mail à participer aux réunions d'évaluation organisées le 21.01.2010 et le 21.04.2010. Ces réunions ont été organisées sous la forme de peer-review, et se sont tenues à la VUB, à Bruxelles pour les 2 groupes linguistiques. Ces réunions comprenaient une introduction incluant l'état d'avancée du projet, suivie d'une discussion où les enquêteurs pouvaient donner leur opinion, échanger des informations utiles, et dialoguer avec les membres de la CIE. Ces discussions ont été rassemblées dans un rapport qui a été mis sur le site pour accès à tous les enquêteurs. Une réunion de clôture a été organisée le 17.03.2011 à Bruxelles, dans le but d'informer les enquêteurs sur l'évolution de l'enquête, et de leur permettre de donner des commentaires finaux sur le déroulement de la procédure, ainsi que de les remercier de leur participation au cours d'un dîner convivial. Y participaient 14 dentistes néerlandophones et 5 dentistes francophones.

6.2.1.2. Evaluation des dentistes via un questionnaire

Les dentistes participants ont reçu un formulaire d'évaluation qui a été développé pendant l'étude de faisabilité. Cette liste comprenait une série de questions à choix multiple concernant la situation professionnelle du dentiste et le temps pris par l'étude.

Les dentistes pouvaient également porter un jugement sur une échelle visuelle analogique allant de 1 (très mauvais, peu clair, insatisfait, non relevant selon le type de question) à 5 (très bon, très clair, très relevant, très satisfait). Des commentaires

personnels pouvaient être rajoutés à la fin du questionnaire d'évaluation. Pendant les réunions précitées, les dentistes ont également été invités à donner leur avis oralement sur les questions. Ces questionnaires se trouvent en annexe 19.

6.2.1.3. Reflet des réunions de la CIE

Les membres de la CIE se sont réunis au moins une fois par quadrimestre pendant toute la durée du projet, mais selon les besoins, la fréquence des réunions a été augmentée. Lors de ces réunions, un point de l'ordre du jour était systématiquement attribué à l'évaluation et au recadrage du projet. Ces points servaient d'arrière-fond qualitatif lors des procédures d'évaluation du projet.

6.2.1.4. Evaluation de la collaboration avec les partenaires et du couplage des données

Des notes qualitatives reprises lors des différentes réunions de la CIE et des réunions avec les différents partenaires forment la base de l'évaluation de la collaboration avec ces partenaires et du couplage des différentes banques de données.

6.2.2. Résultats

6.2.2.1. Evaluation via les réunions d'évaluation avec les dentistes enquêteurs

A la session d'évaluation du 21.01.2010, il y avait 22 dentistes-enquêteurs (11 NL et 11 FR), à la réunion du 21.04.2010 il y en avait 12 (3 FR et 9 NL).

Les PVs de ces réunions d'évaluations se trouvent en annexe 20.

En ce qui concerne les contacts avec les ménages, les points importants suivants ont été relevés:

- Chez les patients plus âgés, la communication ne se passe pas si bien, et ces personnes préfèrent attendre la présence d'enfants/petits enfants ou d'une aide soignante avant de donner leur accord.
- Plainte générale des dentistes: beaucoup de ménages sont difficile à joindre car ils ne disposent plus d'un téléphone fixe, le dentiste doit donc se rendre sur place plusieurs fois avant de pouvoir joindre les ménages, et souvent pour obtenir un refus.
- Les dentistes ne reçoivent quasi jamais de réponse lorsqu'ils laissent une demande écrite pour prise de contact en cas d'absence.
- La brochure d'information n'arrive pas toujours à temps au domicile des ménages, parfois même pas du tout, Les dentistes proposent de rajouter leur adresse à la banque de donnée d'adresses, afin qu'ils puissent savoir si la brochure est arrivée.
- Les dentistes des communes concernées par l'enregistrement des données devraient également recevoir la brochure, car de nombreux ménages contactent leur dentiste afin d'obtenir des informations complémentaires, alors que ce dernier n'est souvent au courant de rien.
- Le formulaire de consentement éclairé et la lettre informative devraient être rédigés de manière plus simple, ce qui entre en conflit avec le comité d'éthique qui impose certaines formules pour un document de consentement éclairé.
- Certains ménages ne sont pas visités alors qu'ils ont reçu la brochure informative (absence de dentiste enquêteur dans la commune considérée, nombre suffisant de participants pour l'enquêteur). La brochure a été adaptée dans ce sens, pour que le fait de recevoir cette brochure n'implique pas per se la visite d'un dentiste.

Concernant le formulaire d'examen clinique, les points suivants ont été relevés:

- Certains dentistes ont mentionné un souci lors de l'enregistrement de l'indice DPSI, difficile à évaluer dans les conditions d'un examen au domicile du patient. Ceci n'est pas généralisé, et il a bien été demandé à tous de continuer à répertorier cet indice le plus précisément possible.
- Des problèmes techniques ont été reportés concernant les miroirs d'examen, ce problème a été rapidement résolu..
- Certaines précisions ont été apportées quant à l'enregistrement des contacts occlusaux, et du type de prothèse partielle, ainsi que sur l'utilisation des formulaires online.
- Il a été demandé à tous de porter la plus grande attention au remplissage complet et correct des formulaires.

Concernant le questionnaire, il n'y a pas eu de remarques particulières, le questionnaire pouvait être rempli facilement et les réponses aux questions éventuelles des patients étaient aisées. En règle générale, les dentistes enquêteurs étaient positifs, et les remarques étaient constructives.

Entre le recrutement des dentistes et le début effectif de l'étude, 9 dentistes ont fait savoir qu'ils avaient entretemps d'autres activités professionnelles, ou qu'ils n'avaient plus d'intérêt pour le projet. Lors du 1er quadrimestre, 20 dentistes ont arrêté leur collaboration, et il est vraisemblable que l'effort administratif et logistique déployé pour le recrutement de ménages était trop important. Cinq dentistes ont complété l'équipe, qui se composait in fine de 48 dentistes actifs: 31 NL et 17 FR à la fin du quatrième trimestre.

6.2.2.2. Evaluation des dentistes via un questionnaire

Au total, 34 dentistes ont rempli le questionnaire.

Les dentistes enquêteurs étaient positifs en ce qui concerne la documentation reçue, et n'ont pas rencontré trop de difficultés pour l'enregistrement des données cliniques.

La majorité des dentistes (29 sur 34 répondants) a eu besoin de moins de 20 minutes pour lire la brochure. L'examen buccal dure en moyenne de 20 à 30 minutes. Aucune question explicite ne concernait le temps passé à une aide éventuelle pour remplir le questionnaire.

Se basant sur l'expérience d'un des membres de la CIE qui a lui-même participé à l'étude comme dentiste enquêteur, il est vraisemblable que le temps cité ci-dessus comprend cette aide éventuelle pour le remplissage du questionnaire. La partie administrative (remplissage online; envoi des documents, remplissage des formulaires de communication...) a duré moins de 20 minutes chez la majorité des répondants (28/34).

La majorité des dentistes a jugé positivement la relevance, la qualité des instructions et la clarté des questions (fig 4.1 - 4.4).

La détermination du DPSI a posé le plus de problèmes. Une des raisons peut être qu'il s'agit d'un outil récent, et que les conditions dans lesquelles l'examen clinique est réalisé ne sont pas optimales (éclairage, position du patient,...)

Les anomalies de structure de l'email ont également été difficiles à évaluer, en partie parce qu'elles sont moins fréquentes en pratique privée mais également car les conditions de l'examen n'étaient pas optimales (pas de seringue à air, éclairage insuffisant, position des intervenants,...).

Resultats de l'évaluation par questionnaire

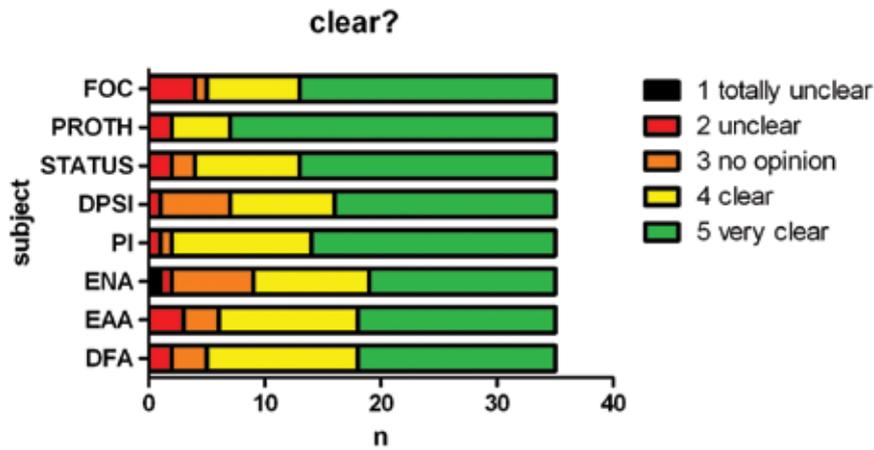


Figure 4.1. Les questions concernant l'examen clinique étaient-elles claires?

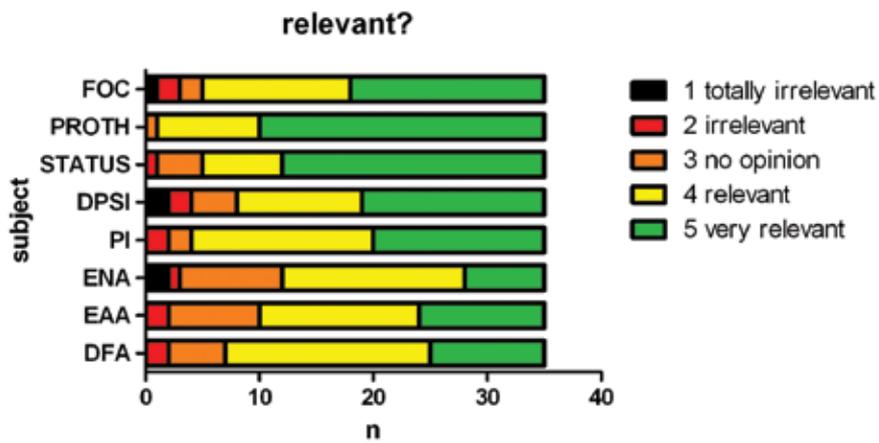


Figure 4.2. La question était-elle pertinente?

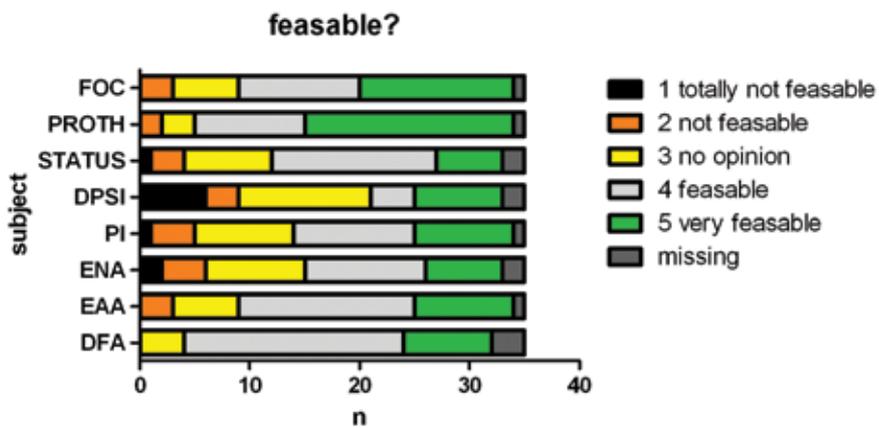


Figure 4.3. Est-ce que cette partie était facilement réalisable?

FOC: Contacts occlusaux fonctionnels; Proth: présence et type de prothèse; Status: état buccal ;
 DPSI: Dutch Periodontal Screening Index; PI: plaque-index ; ENA: atteintes de structure de l'émail ;
 EAA: érosion, abrasion, attrition; DFA: anomalie dento-faciale en zone frontale.

1: très mauvais pour ce critère, 5: très bon pour ce critère.

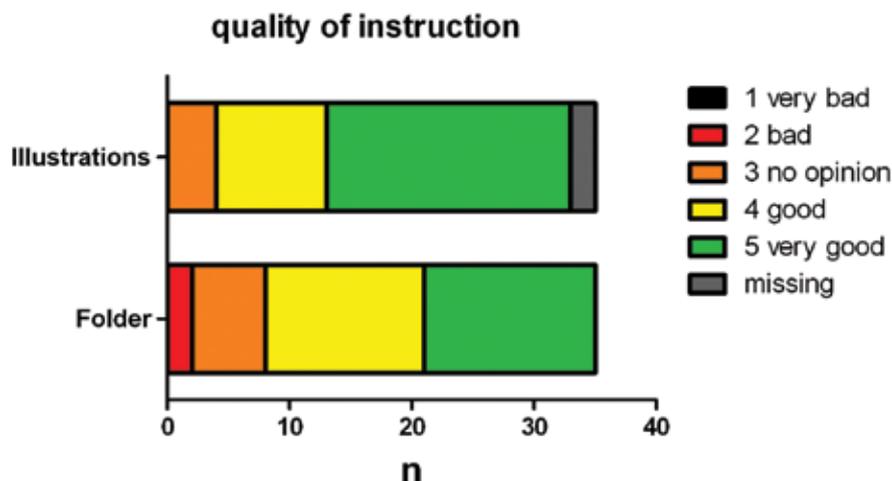


Figure 4.4. Qualité du manuel illustré : illustrations, (barre supérieure) et texte (barre inférieure)

6.2.2.3. Reflet des réunions de la CIE

Pendant les réunions de la CIE (au moins 1 par trimestre), le projet a été suivi (21 réunions entre janvier 2008 et décembre 2010). Ceci concernait dans un premier temps la préparation (en ce incluses la réévaluation de l'échantillonnage et la procédure de contact après le décrochage de l'INS), puis le recrutement et le calibrage des dentistes, et finalement l'évaluation de la participation et du travail sur le terrain.

Ceci a été rendu possible parce que l'équipe pouvait suivre les formulaires, questionnaires et examens cliniques encodés online ou reçus par courrier. L'information reçue par téléphone, courrier ou feedback électronique des ménages ou des dentistes enquêteurs a également été relayée. Cette information a été intégrée et complétée par les rapports des sessions d'information (voir ci-dessus). L'information était classée en: "nécessite une réaction immédiate", "à réajuster dans la suite du projet" et "à noter pour une poursuite éventuelle du projet". Dans cette dernière catégorie, on trouve surtout la procédure de contact des ménages, Les points importants pour une future enquête sont

- Travaux d'impression: imprimer le plus possible en blocs de X exemplaires
- Meilleure comptabilité afin de savoir quel dentiste a reçu quel matériel
- Rajouter les points de contacts fonctionnels dans le formulaire d'examen clinique:

9. CONTACTS OCCLUSAUX FONCTIONNELS (âge ≥ 15 ans)

	Droite	Gauche
Nombre de contacts naturels (sans prothèse amovible)		

(66-67)

	Droite	Gauche
Nombre de contacts avec prothèse amovible (si le patient en possède)		

(68-69)

/ = NA (patient a moins de 15 ans)

0,1,2,3,4 of 5 = nombre de contacts
/ = NA (patient a moins de 15 ans, ou absence de prothèse amovible)

Proposition de remplacer par

9. CONTACTS OCCLUSAUX FONCTIONNELS (âge ≥ 15 ans)

	Droite	Gauche		Droite	Gauche
Nombre de contacts naturels (sans prothèse amovible)			(66-67)	Nombre de contacts avec prothèse amovible (si le patient en possède)	(68-69)

/ = NA (patient a moins de 15 ans)

0,1,2,3,4 of 5 = nombre de contacts
/ = NA (patient a moins de 15 ans, ou
absence de prothèse amovible)

- Attention lors de l'impression des questionnaires, l'imprimeur remplace parfois certaines flèches par des carrés
- Vérifier le sens ou le non sens des formulaires de communication et de réception.
- Faire des étiquettes avec les numéros de registre national que les dentistes peuvent ensuite coller sur leur formulaire de réception et leur note d'honoraire
- Informer les dentistes locaux du projet
- Informer la police locale du projet
- Demander aux mutuelles de prévenir leurs représentants locaux

6.2.2.4. *Evaluation de la collaboration avec les partenaires et couplage des données*

Les résultats des réunions de la CIE ainsi que des réunions avec les différents partenaires ont fait l'objet de rapports. Ces rapports ont formé la base du processus d'évaluation en ce qui concerne la collaboration avec les différents partenaires et le couplage des données.

Registre national

Le Registre National a du développer une nouvelle application afin de pouvoir réaliser l'échantillonnage demandé.

Afin de pouvoir disposer des données les plus récentes du Registre National pendant toute la durée de la collecte des données (12 mois), il avait dans un premier temps été décidé de réaliser l'échantillonnage en 4 fois, tous les 3 mois. Pour des raisons budgétaires, ceci n'a pas été fait, et l'échantillonnage a été réalisé en une fois, en demandant une actualisation des adresses tous les 3 mois au Registre National pour les ménages à contacter au trimestre suivant.

Après la première mise à jour, le Registre National a néanmoins facturé la somme correspondant à un échantillonnage complet, et ce n'est qu'après intervention du service juridique de Gand et donc de nombreux échanges de courrier et une perte de temps précieux que le Registre National a été reconnu fautif. Entretemps, cette mise à jour trimestrielle avait été interrompue afin d'éviter des surcoûts supplémentaires.

Couplage avec les données de l'IMA

La collaboration avec les services de l'IMA s'est faite sans problèmes. Le protocole mis au point dans le cadre de l'étude de faisabilité a pu être appliqué quasi tel quel. Lors d'une réunion préparatoire, la procédure fut rediscutée, la CIE fournit à l'IMA la liste des numéros de registre national dont la CIE souhaitait le couplage des données de consommation de soins aux données de l'enquête de santé bucco-dentaire. Sur base de cette liste, l'IMA fournit ses données à la plate-forme eHealth. Via le numéro de registre national, les données de l'IMA ont donc pu être couplées à la

banque de données de la CIE comprenant les données cliniques de l'examen buccal et les données du questionnaire, qui avaient été fournies à la plate-forme eHealth. De cette manière, l'état bucco-dentaire (données cliniques) a pu être mis en relation avec la consommation de soins de l'échantillon.

Il a été suggéré de demander les données de 2005-2009 (5 années consécutives), afin d'obtenir une image instantanée de ces données, ce qui se fait 2 fois par an, la dernière image ayant été choisie. La CIE a composé une liste des codes INAMI des données de soins demandées. L'envoi des données de l'IMA vers la plate-forme eHealth s'est déroulée sans problèmes, et cette plate-forme a envoyé les données couplées au Centre de Biostatistiques de Louvain. Le délai nécessaire à toutes ces étapes doit être pris en compte.

Couplage avec les données de l'ISP

Suite à l'impossibilité de travailler avec l'ISP dans le cadre de l'Enquête nationale de santé et du couplage subséquent prévu entre les 2 banques de données à un niveau individuel, une clause de modification a été ajoutée au contrat original entre l'INAMI et l'UGent en date du 24 novembre 2008.

Le but était de réaliser le projet d'enregistrement des données et du système d'évaluation de l'état de santé bucco-dentaire de la population belge en collaboration et sur le même échantillon que l'enquête de santé 2008 de l'ISP. Suite à une nouvelle législation plus sévère

concernant le travail de la DGSIE le couplage sur base individuelle avec les données de l'enquête de santé est devenu impossible, et nous avons dû trouver des alternatives.

Une alternative réaliste semblait être de réaliser le couplage avec les données de l'enquête de santé à un niveau plus général (âge, lieu de résidence, sexe et statut économique) et de réaliser l'enquête de santé bucco-dentaire sur un autre échantillon.

Etant donné le fait que l'ISP faisait appel pour l'échantillonnage nécessaire à l'enquête 2008 à la DGSIE, il fallait une autorisation spéciale du Conseil Supérieur des Statistiques pour le couplage à des données à un niveau général de l'enquête de santé: Le Comité de surveillance statistique doit donner son accord tant pour la transmission de données codées par la DGSIE au demandeur que pour le contrat de confidentialité entre la DGSIE et le demandeur.

Chaque demande introduite pour obtenir des informations sur des données codées par la DGSIE doit donc être accompagnée par un contrat de confidentialité préalablement rempli mais donc pas encore signé.

Le contrat de confidentialité standard de la DGSIE comprend des clauses incompatibles avec le contrat existant entre l'INAMI et la CIE. Des tentatives de négociation avec le service juridique de la DGSIE afin d'adapter ces clauses ayant échoué, la décision a donc été prise de se désolidariser complètement de l'enquête 2008.

6.3. DISCUSSION

6.3.1. Réponse

A la fin de l'étude, un total de 2536 ménages ont été contactés. Il s'agit d'un contact réel, soit personnel, soit téléphonique. De ces ménages, 1330 (52%) ont participé à l'étude. Ce chiffre ne reflète pas le nombre de tentatives de contact, qui est nettement supérieur.

De par l'impossibilité de lier le volet santé bucco-dentaire au numéro de registre national, les enquêteurs ont dû contacter eux-mêmes les participants sur base d'une liste d'adresses. Les contacts infructueux (pas de numéro de téléphone,

adresse inconnue ou erronée, décès, déménagement ou absence fréquente) ne sont donc pas pris en compte

Les raisons d'un refus de collaboration sont repris dans le tableau ci-dessous. Le manque d'intérêt était la raison la plus fréquemment invoquée. D'autres problèmes cités étaient le grand âge, des problèmes de santé. Sous "autres raisons" on trouve par exemple le cas de manque de communication avec une certaine population émigrée.

Dans les 1330 ménages, 3057 personnes ont participé; 90% (n=2742) ont rempli le questionnaire et 84% (n=2563) ont autorisé un examen buccal.

Tableau 6.2: raisons du refus de participation des ménages

Raison		%
Pas intéressant	620	51
Pas le temps	169	14
Problèmes de santé	107	9
Grand âge	72	6
Autres	190	16
Raison inconnue	48	4
Total	1206	100

6.3.2. Représentativité de l'échantillon

La répartition des groupes d'âge dans la population est en bonne correspondance avec celle de l'échantillon. (Tableau 6.3). La corrélation entre les pourcentages est bonne (Pearson's $r_2 = 0,7851$, $p = 0,0079$). Les tranches d'âge 5-14 ans et 15-24 ans sont un peu sous-représentées par rapport à la population globale, les groupes plus âgés sur-représentés, ce qui était le but.

Les taux de participation en fonction des groupes linguistiques sont 59% néerlandophones et 41% francophones, ce qui reflète bien la répartition de la population totale.

5% des ménages habitaient la région de Bruxelles Capitale, 57% en Flandre et 38% en Wallonie.

La région de Bruxelles capitale est largement sous-représentée (population 2010:10,05%), la région wallonne un rien sur-représentée (population 2010: 32,27%) alors que l'échantillon est concordant pour la région flamande (population 2010:57,68%). Dans une future enquête, il faudra absolument recruter plus d'enquêteurs pour la région de Bruxelles capitale.

Tableau 6.3 Répartition de la population belge globale par rapport à l'échantillon de l'enquête de santé bucco-dentaire

Age	Belgique %	Echantillon %
5-14	11.15	6.32
15-24	12.14	11.72
25-34	12.77	13.6
35-44	14.48	16.31
45-54	14.55	15.26
55-64	12.10	13.46
>65	17.09	18.63
TOTAL	100	100

7. BULLETIN FINANCIER

Voici le bilan financier final de l'étude scientifique du système d'enregistrement et d'évaluation des données de santé bucco-dentaire de la population belge. Comme prévu dans le contrat (art 7 du contrat et art 9 de l'avenant) les dépenses du premier contractant sont dues pour le paiement par le deuxième contractant à raison de 20 % du montant de 1.195.220 € (hors TVA (21%)) visé à l'article 7 du contrat.

Les dépenses du point 5 « Budget » du protocole sont les suivantes:

- 5.1 Par la CIE : encodage des données et suivi, contacts avec les différents instances, analyse et rapport ; (620.480 €)
- 5.2 Budget pour l'indemnisation des dentistes (par la CIE) ; (561.900 €)
- 5.3 Coûts de la transmission des données sur la consommation de soins (par l'AIM/OA avec l'intervention de l'INAMI)
- 5.4 Frais calculés par la BCSS (couplage des données) ; (10.700 €)
- 5.5 Coûts calculés par la DGSIE (constitution de l'échantillon) ; (2.140 €)

L'unité de frais 5.1 était subdivisée entre les institutions participantes

Université/administration	Description	Dépenses estimées en EURO
Ugent	Coûts d personnel	218.730
	Frais supplémentaires	32.710
	Matériaux	19.240
	Frais divers	12.600
	Overhead	19.830
	Total	303.110
VUB	Coûts du personnel	27.339
	Matériaux	22.627
	Frais divers	7.600
	Overhead	4.030
	Total	61.596
KUL	Coûts du personnel	162.671
	Frais divers	1.600
	Overhead	11.499
	Total	175.770
UCL	Coûts du personnel	71.568
	Frais divers	1.600
	Overhead	5.122
	Total	78.290
ULB	Frais divers	1.600
	Overhead	112
	Total	1.712
Total		620.478

Le paiement des unités de frais 5.2; 5.4 et 5.5 se fait par un transfert via UGent.

	Description	Dépenses estimées en EURO
Dentistes	Honoraires	525.140
	Overhead	36.760
	Total	561.900
BCSS	Couplage des données	10.000
	Overhead	700
	Total	10.700
ADSEI	Randomisation de l'échantillon	2.000
	Overhead	140
	Total	2.140
Total		574.740
TOTAL GENERAL		1.195.218

Nous avons constaté durant l'étude que certaines dépenses estimées étaient sous-estimées alors que d'autres étaient surestimées. L'INAMI nous a donné la permission de redistribuer le budget à condition que le budget total initialement prévu ne soit pas dépassé.

Université/administration	Description	Dépenses estimées en EURO
UGent	Coûts du personnel	291.767
	Matériaux	53.950
	Frais divers	12.600
	Overhead	25.083
	Total	383.400
VUB	Coûts du personnel	27.339
	Matériaux	22.627
	Frais divers	7.600
	Overhead	4.030
	Total	61.596
KUL	Coûts du personnel	162.671
	Frais divers	1.600
	Overhead	11.499
	Total	175.770
UCL	Coûts du personnel	71.568
	Frais divers	1.600
	Overhead	5.122
	Total	78.290
ULB	Frais divers	1.600
	Overhead	112
	Total	1.712
Total		700.768

	Description	Dépenses estimées en EURO
Dentistes	Honoraires	452.103
	Overhead	31.647
	Total	483.750
BCSS	Couplage des données	10.000
	Overhead	700
	Total	10.700
Total		494.450

TOTAL GENERAL	1.195.218
----------------------	------------------

Les dépenses de l'ICE:

Université/ administration	Dépenses estimées en Euro	Dépenses réelles en Euro	Somme résiduelle
UGent			
	Coûts du personnel	€ 248.803,18	
	Matériaux + frais divers	€ 59.572,08	
	Overhead	€ 21.586,26	
Total (overhead incl)	€ 383.400,00	€ 329.961,46	€ 53.438,54
VUB			
	Coûts du personnel		
	Matériaux + frais divers		
Total (overhead incl)	€ 61.596,00	€ 33.653,29	€ 27.942,71
KUL			
	Coûts du personnel		
	Frais divers		
Total (overhead incl)	€ 175.770,00	€ 170.892,90	€ 4.877,10
UCL			
	Coûts du personnel		
	Frais divers		
Total (overhead incl)	€ 78.290,00	€ 65.555,13	€ 12.734,87
ULB			
	Frais divers		
Totaal (overhead incl)	€ 1.712,00	€ 0,00	€ 1.712,00
Dentistes			
	Honoraires		
Total (overhead incl)	€ 483.750,00	€ 198.660,69	€ 285.089,31
BCSS			
	Couplage des données		
Total (overhead incl)	€ 10.700,00	€ 1978,27	€ 8.721,73
Total	€ 1.195.218,00	€ 800.701,74	€ 394.516,26 (1)

(1) La dernière facture concernant la mis en pages et le travail d'imprimerie du rapport final n'est pas inclus dans cette aperçu.

8. RÉFÉRENCES:

- ¹ Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent. Health* 1994; 11: 3-11
- ² Health Surveillance in Europe – A selection of Essential Oral Health Indicators Recommended by European Global Oral Health Indicators Development Project –Bourgeois, Llordra, Norblad and Pitts eds. Catalogue, 2005.
- ³ Kuroi J & Rasmussen P. Occlusal development, preventive and interceptive orthodontics. *In Pediatric Dentistry – a clinical approach – Koch and Poulsen eds. Blackwell Munksgaard, Oxford, 2001: 321 – 349.*
- ⁴ Thylstrup A, Fejerskov O. Clinical appearance and surface distribution of dental fluorosis in permanent teeth in relation to histological changes. *Community Dent Oral Epidemiol* 1978, 6: 315-328.
- ⁵ Bartlett DW & Smith BGN. Definition, classification and clinical assessment of attrition, erosion and abrasion of enamel and dentine. *In Tooth wear and Sensitivity – Clinical advances in Restorative Dentistry - Addy, Embery, Edgar & Orchardson eds. Martin Dunitz Ltd, London, 2000: 87-103.*
- ⁶ Løe H. The Gingival Index, the Plaque Index, and the Retention Index Systems. *J Periodontol* 1967; 38: 610-6.
- ⁷ Dutch Periodontal Screening Index. Leaflet of the Belgian Association of Periodontology.
- ⁸ Kanno T and Carlsson E G E - A review of the shortened dental arch concept focusing on the work by the Kayser/Nijmegen group. *J Oral Rehabilitation* 2006 33; 850-852.
- ⁹ Oral Health Survey - Basic methods - 4th ed., World Health Organization (WHO), Geneva, 1997.
- ¹⁰ <http://www.riziv.be/care/nl/dentists/specific-information/inquiry2007/pdf/guidelines.pdf>

9. ANNEXES

1. Avis du Comité d’Ethique
2. Liste des dentistes-enquêteurs
3. Autorisation du Comité Sectoriel du Registre (a) et autorisation du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé (b)
4. Interfaces de l’application pour l’encodage des données cliniques online
5. Liste des communes sélectionnées
6. Versions finale du questionnaire
7. Versions finale du formulaire clinique
8. Sessions d’information et de calibrage
9. Résultats des sessions de calibrage
10. Lettre d’invitation pour les ménages
11. Dépliant d’information sur l’enquête pour les ménages
12. Liste de contact
13. Carte de contact dentiste-enquêteur
14. Formulaire de communication
15. Guide pour le dentiste-enquêteur
16. Certificat CIE
17. Formulaire de réception
18. Tableau des variables de l’enquête
19. Questionnaire pour les dentistes
20. Rapport des réunions d’évaluation
21. Formulaire de consentement



ETHISCH COMITE / ETHICS COMMITTEE

Universitair Ziekenhuis / University Hospital

De Pintelaan 185

9000 Gent

ethisch.comite@ugent.be

+32 9 332 56 13 - +32 9 332 26 88 - +32 9 332 59 25 - +32 9 332 22 66

fax +32 9 332 49 62



Project EC UZG 2007/474

(door onderzoeker en sponsor te vermelden bij alle verdere correspondentie/to be mentioned in all further correspondence by investigator and sponsor)

Dataregistratie- en evaluatiesysteem mondgezondheid van de Belgische bevolking.

(Belgisch RegistratieNr: B67020072941)

- * Adviesaanvraagformulier dd. 19/11/2007 (volledig ontvangen dd. 23/11/2007)
- * Aanvullend adviesaanvraagformulier dd. 19/11/2007
- * Begeleidende brief dd. 19/11/2007
- * (Patiënten) informatie- en toestemmingsformulier
- * Protocol dd. 6/11/2007 (versie 8)
- * Antwoord onderzoekers dd. 24/12/2007 ; mail dd. 24/12/2007 van de heer Eddy De Vos
- * (Patiënten) informatie- en toestemmingsformulier: minderjarige deelnemers 24/12/2007

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. J. VANOBBERGEN, Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 27/12/2007

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met het Trial Bureau (09/240 89 99).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 27/12/2007

Before initiating the study, please contact the Trial Bureau (09/240 89 99).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 15/01/2008

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/01/2008

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemt dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandsstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. R. RUBENS

Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent - Trial Bureau
UZ Gent - Beheer en algemene directie
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Liste des dentistes-enquêteurs

Nom	Prénom	Nom	Prénom
ALDAHEFF	Moise	KUMS	Marc
ANTHONIO	Amalia	LAFFORGUE	Jean-Philippe
BAIL	Claude	LEMMENS	Guido
BEDDELEEM	Hilde	LEVA	Jean-Pierre
BEETENS	Karine	LOUVIAUX	Michel
BOTTENBERG	Peter	MALOIR	Didier
BRULET	Jean-Claude	MASUY	Anne-Françoise
CAPPELLE	Edwin	MOYAERT	Delphine
CARPENTIER	Anne	ORDIES	Patrick
CLAES	Anne-Marie	PIERLOT	Nadine
DE BOCK	Jan	ROBERT	Astrid
DE COCK	Jacques	ROSIER-POLIAKOFF	Anne
DECORTE	Jean-Pierre	ROWIES	Piet
DEREU	Griet	SPRUYT	Marie-Paule
DEVOS	Nathalie	STOCKMAN	Joris
DEWILDE	Bernard	VAN AERDE	Françoise
DIERYCK	Luk	VAN DER PLAETSEN	Luk
FLAMEE	Margarita	VAN INGELGEM	Pieter
GELDHOF	Christine	VAN LOOY	Guido
GOFFART	Michel	VANBREE	Michel
GROSDENT	Bernadette	VANDE WEYGAERDE	Alain
HUSSIN	Philippe	VANNECKE	Christine
JONIAUX	Christian	VRANKEN	Théo
JOURNEE	Bart	CHULKOVA	Iryna



Comité sectoriel du Registre national

Délibération RN n° 13/2009 du 18 février 2009

Objet : demande formulée par l'Université de Gand afin d'obtenir la communication des informations du Registre national en vue d'une étude relative à la santé buccale (RN/MA/2009/004)

Le Comité sectoriel du Registre national (ci-après "le comité") ;

Vu la loi du 8 août 1983 *organisant un Registre national des personnes physiques* (ci-après la "LRN") ;

Vu la loi du 8 décembre 1992 *relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel* (ci-après la "LVP"), en particulier l'article 31*bis* ;

Vu l'arrêté royal du 17 décembre 2003 *fixant les modalités relatives à la composition et au fonctionnement de certains comités sectoriels institués au sein de la Commission de la protection de la vie privée* ;

Vu la demande de l'Université de Gand, reçue le 15/01/2009 ;

Vu la demande d'avis technique et juridique adressée au Service public fédéral Intérieur en date du 23/01/2009 ;

Vu le rapport de la Présidente ;

Émet, après délibération, la décision suivante, le 18/02/2009 :

I. OBJET DE LA DEMANDE

La demande vise à ce que l'Université de Gand, ci-après dénommée le demandeur, soit autorisée, au profit de l'équipe de recherche interuniversitaire "Cellule Interuniversitaire d'Épidémiologie", dont elle fait partie, à obtenir la communication des informations mentionnées à l'article 3, premier alinéa, 1°, 2° (uniquement l'année de naissance), 5° et 9° de la LRN et à utiliser le numéro d'identification du Registre national en vue d'une étude relative à la santé buccale.

II. EXAMEN DE LA DEMANDE

A. LÉGISLATION APPLICABLE

A.1. Loi du 8 août 1983 (LRN)

Conformément à l'article 5, premier alinéa, 2° de la LRN, l'autorisation d'accéder aux informations visées à l'article 3, premier et deuxième alinéa, ou d'en obtenir communication est accordée par le comité *aux organismes publics ou privés de droit belge pour les informations nécessaires à l'accomplissement de tâches d'intérêt général qui leur sont confiées par ou en vertu d'une loi, d'un décret ou d'une ordonnance ou de tâches reconnues explicitement comme telles par le comité sectoriel précité.*

Le point 1.1.1. du protocole du 11 décembre 2006 entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution *concernant l'organisation et le financement d'une enquête de santé* stipule que la finalité de l'étude de l'état de santé de la population par le biais d'une enquête de santé consiste à permettre aux autorités concernées de connaître les besoins en matière de soins de santé et de mener une politique préventive et curative cohérente dans ce domaine. L'enquête s'inscrit donc dans le cadre d'une mission d'intérêt général, à savoir l'optimisation des soins de santé.

Par contrat du 10 décembre 2007, le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès de l'INAMI a chargé le demandeur, qui agit pour l'équipe de recherche interuniversitaire "Cellule Interuniversitaire d'Épidémiologie", d'une étude scientifique relative au système d'évaluation et d'enregistrement de données pour la santé buccale de la population belge. L'article 3 du contrat stipule expressément que cette étude est effectuée dans le cadre de l'enquête de santé 2008 qui, comme déjà mentionné, s'inscrit dans le cadre d'une mission d'intérêt général.

On peut en déduire qu'en vertu de l'article 5, premier alinéa, 2° de la LRN, le demandeur, qui est une institution de droit belge ayant la personnalité juridique, entre en ligne de compte pour être autorisé à obtenir la communication des informations du Registre national, au profit de l'équipe de recherche interuniversitaire "Cellule Interuniversitaire d'Épidémiologie".

A.2. Loi du 8 décembre 1992 (LVP)

En vertu de l'article 4 de la LVP, les informations du Registre national constituent des données à caractère personnel dont le traitement n'est autorisé que pour des finalités déterminées, explicites et légitimes. Les données à caractère personnel doivent en outre être adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées.

B. FINALITÉS

La mission de la Cellule Interuniversitaire d'Épidémiologie consiste à mettre au point un système d'enregistrement de données relatives à la santé buccale. La santé buccale a un impact sur la santé générale d'une personne et, inversement, d'autres affections ou leur traitement peuvent avoir un impact sur la cavité buccale.

Afin de disposer de données qui permettent de se faire une idée de la santé buccale et des facteurs qui ont un impact sur celle-ci, le demandeur souhaite collecter des données au moyen d'une enquête en face à face. À cet effet, un dentiste passera auprès de personnes disposées à collaborer. À cette occasion, il procèdera à un examen buccal clinique et soumettra un questionnaire portant sur l'hygiène buccale, les habitudes alimentaires, les plaintes, la santé, la formation.

La finalité poursuivie est déterminée, explicite et légitime au sens de l'article 4, § 1, 2° de la LVP et de l'article 5, deuxième alinéa de la LRN.

C. PROPORTIONNALITÉ

C.1. Quant aux données

C.1.1. Le demandeur souhaite obtenir la communication d'un certain nombre d'informations de 11.250 personnes âgées de plus de 5 ans qui sont tirées au sort, à savoir les informations mentionnées à l'article 3, premier alinéa, 1°, 2° (uniquement l'année de naissance), 5° et 9° de la LRN, c'est-à-dire :

- les nom et prénoms ;
- l'année de naissance ;
- la résidence principale ;
- la composition du ménage.

Le comité constate ce qui suit.

Les données "**nom et prénoms**" et "**résidence principale**" sont nécessaires pour prendre contact correctement avec les participants potentiels à l'étude. L'élément "code postal" de la résidence principale permettra en outre au demandeur de réaliser une répartition optimale des personnes qui procéderont à l'interview.

La donnée "**année de naissance**" est un élément qui permet de composer un échantillon représentatif, réparti sur les fourchettes d'âge souhaitées, et de contrôler ensuite la représentativité.

L'objectif initial était de travailler sur la base de l'échantillon composé pour l'enquête de santé 2008. Cette méthode a toutefois dû être abandonnée. Pour mettre les résultats de cette enquête côte à côte avec ceux de l'enquête de santé, sans toutefois pouvoir établir des liens au niveau individuel, l'échantillon doit être composé selon les mêmes paramètres que ceux de l'enquête de santé. Pour cet échantillon, la "**composition du ménage**" constituait la base. En outre, l'objectif est que tous les membres des ménages sélectionnés soient interrogés et examinés (s'il est composé de plus de 4 membres, l'enquête se limite à 4 personnes). À des fins de contrôle, le demandeur doit dès lors pouvoir disposer de cette composition. Une communication de cette donnée est donc appropriée.

En résumé : la communication des données mentionnées à l'article 3, premier alinéa, 1°, 2° (année de naissance), 3°, 5° et 9° de la LRN est conforme à l'article 4, § 1, 3° de la LVP, à la lumière de la finalité indiquée.

C.1.2. L'étude sera réalisée au moyen d'une enquête en face à face. Il ressort de la demande et de ses annexes qu'une partie de l'étude consiste en un examen buccal clinique. Cela requiert bien entendu une prise de contact personnelle avec les personnes concernées afin de permettre au dentiste-enquêteur de réaliser cet examen buccal sur place. Lors de cette visite, la personne concernée remplira également un questionnaire écrit en présence de l'enquêteur.

Compte tenu de ce qui précède, le comité estime qu'une collecte de données au moyen d'une interview en face à face est admissible.

C.1.3. Le 3 septembre 2008, la Commission de la protection de la vie privée a émis un avis d'initiative n° 27/2008 relatif au "**Code que les destinataires de données du Registre national s'engagent à respecter lors de l'exécution de leur mission de recherche scientifique**". Ce code stipule dans quelles conditions les chercheurs peuvent obtenir les données du Registre national lorsqu'il s'agit d'une enquête verbale.

Le comité constate qu'il ressort des documents joints à la demande que le demandeur travaillera conformément aux exigences fixées par le code concernant :

- l'obtention du consentement de la personne concernée,
- la formation des enquêteurs ;
- la sécurité des données à caractère personnel ;
- le rapport ;

de sorte que la communication des données prévue au point C.1.1. puisse effectivement avoir lieu.

C.2. Quant à l'utilisation du numéro d'identification

Le demandeur souhaite utiliser le numéro d'identification en vue d'une identification correcte des participants à l'étude relative à la santé buccale.

Bien qu'en vue de la collecte de données auprès des personnes tirées au sort il ne soit pas nécessaire d'utiliser le numéro d'identification, le comité constate que l'objectif est que les données collectées par le demandeur soient enrichies, par personne, avec des informations des mutuelles (les pratiques de consommation des soins de santé de la personne concernée).

Le couplage sera effectué par la Banque-carrefour de la Sécurité sociale qui fournira ensuite au demandeur un fichier codé qui ne lui permet pas de mettre les données en relation avec une personne physique déterminée.

La Banque-carrefour de la Sécurité sociale utilise le numéro d'inscription de la sécurité sociale – qui correspond au numéro d'identification du Registre national qui est un numéro unique – comme clé pour communiquer, et donc coupler, des informations relatives à une personne. De cette manière, des erreurs dues à une homonymie ou à une orthographe fautive du nom peuvent être évitées.

À la lumière de ces éléments, le comité estime que l'utilisation du numéro d'identification est conforme à l'article 4, § 1, 3° de la LVP.

C.3. Quant à la fréquence de la communication et à la durée de l'autorisation

C.3.1. Le demandeur souhaite un échantillon composé de 11.250 personnes. Il souhaite atteindre ce nombre via quatre "tirages partiels" (1 par trimestre). Cette méthode permet d'effectuer des rectifications lorsque, dans les réponses, un certain groupe de personnes est surreprésenté ou sous-représenté. Cela présente en outre l'avantage que les données ne soient pas trop désuètes à la fin de la consultation et limite directement le risque que la personne concernée ait déménagé entre-temps.

Le comité constate qu'en vue d'atteindre la finalité, la méthode proposée, à savoir 4 "tirages partiels", est admissible à la lumière de l'article 4, § 1, 3^o LVP.

C.3.2. À cet égard, la demande précise qu'il sera demandé à la DGSIE de composer l'échantillon selon la même stratification et dans les mêmes communes que celles de l'enquête de santé 2008.

Le comité constate que la DGSIE est autorisée à accéder aux informations du Registre national en vue de remplir des missions qui relèvent de sa compétence¹.

Le comité ne voit toutefois aucune raison de procéder de la sorte. Lorsqu'une autorisation est délivrée pour obtenir des données d'une source authentique sous la forme d'un échantillon, c'est le gestionnaire de cette source qui fournit l'échantillon, sauf si ce n'est pas possible pour l'une ou l'autre raison (ce qui n'est pas le cas en l'espèce). Si le demandeur fournit au Registre national les paramètres au moyen desquels l'échantillon pour l'enquête de santé 2008 a été composé, le Registre national peut ensuite s'en charger selon les mêmes modalités.

C.3.3. Le demandeur propose une durée d'autorisation qui couvre 6 mois après la fin de la collecte des données.

Le comité constate que la durée d'autorisation proposée est appropriée. En effet, après la clôture de la propre collecte de données par le demandeur, un couplage au moyen du numéro d'identification avec d'autres données via la Banque-carrefour de la Sécurité sociale est encore prévu. Une période de 6 mois après la clôture de la collecte de données effectuée par le demandeur n'est pas excessive à cet effet (article 4, § 1, 3^o de la LVP).

¹ Arrêté royal du 11 octobre 1984 *autorisant l'accès de l'Institut national de Statistique au Registre national des personnes physiques*.

C.4. Quant au délai de conservation

D'après la demande, les données du Registre national qui sont communiquées et le numéro d'identification du Registre national sont conservés jusqu'à 6 mois après la fin de la collecte de données.

Tout d'abord, cela est nécessaire en vue du suivi des dentistes réalisant l'interview et du contrôle des données collectées. En outre, l'objectif est que les données collectées par le demandeur sur la base du numéro d'identification soient couplées, via la Banque-carrefour de la Sécurité sociale, avec des données qui peuvent être mises à disposition par l'intermédiaire de l'Agence intermutualiste. Ce couplage ne peut avoir lieu qu'une fois la collecte de données du demandeur terminée.

Le comité estime que le délai de conservation proposé pour les données des personnes ayant marqué leur accord pour participer à l'enquête est acceptable. Le demandeur est toutefois obligé de détruire immédiatement les données des personnes qui refusent de participer.

Le demandeur signale que les données collectées sous forme anonymisée seront conservées de manière illimitée. À cet égard, le comité attire l'attention sur l'article 1, 5° de l'arrêté royal du 13 février 2001 *portant exécution de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel* qui définit les données anonymes comme : "*les données qui ne peuvent être mises en relation avec une personne identifiée ou identifiable et qui ne sont donc pas des données à caractère personnel*".

Pour autant que le demandeur agisse conformément aux constatations et remarques formulées dans ce point, il agit conformément à l'article 4, § 1, 5° de la LVP.

C.5. Usage interne et/ou communication à des tiers

D'après les informations complémentaires fournies le 2 février 2009, seuls le chef de service de la "Cellule Interuniversitaire d'Épidémiologie" du demandeur et un membre du secrétariat auront accès à toutes les données du Registre national et utiliseront le numéro d'identification.

Il y a également une communication à des tiers, à savoir aux dentistes-enquêteurs. Ils ne peuvent se rendre sur place que s'ils savent chez qui ils sont attendus et où cette personne habite. Il ne leur sera communiqué **que** les données à caractère personnel qui sont nécessaires pour réaliser l'enquête.

La "Cellule Interuniversitaire d'Épidémiologie" du demandeur conclut un contrat avec chaque dentiste individuel qui souhaite intervenir en tant qu'enquêteur. Il agit donc sur demande de la "Cellule Interuniversitaire d'Épidémiologie" du demandeur et travaille sous son contrôle.

À cet égard, le comité attire l'attention sur la nécessité :

- d'un engagement écrit des dentistes-enquêteurs de préserver la confidentialité des informations communiquées et respecter le code de conduite du 21 mai 2008 ;
- d'une protection adéquate des données collectées sur un ordinateur portable, de sorte qu'en cas de vol de ce dernier, les données ne puissent pas être lues par un tiers (cryptage) ou au moins ne puissent pas être associées à une personne déterminée.

C.6. Connexions en réseau

Le numéro d'identification ainsi que les données collectées seront fournis à la Banque-carrefour de la Sécurité sociale qui les enrichira avec des informations provenant de l'Agence intermutualiste. La Banque-carrefour de la Sécurité sociale fournira ensuite le fichier enrichi au demandeur, sous une forme codée.

Le comité constate que l'ajout de données au fichier initial se fait certes au moyen du numéro d'identification, mais qu'il n'y a pas d'échange d'informations automatisé au moyen du numéro entre demandeur et la BCSS. Il n'y a donc pas de connexion en réseau.

Le comité attire ensuite l'attention sur le fait que :

- si des connexions en réseau doivent être réalisées ultérieurement, le demandeur devra l'en informer au préalable ;
- le numéro d'identification du Registre national ne peut être utilisé dans des relations avec des tiers que pour autant que ces derniers soient également autorisés à utiliser ce numéro.

D. PROFESSIONNEL DES SOINS DE SANTÉ ET OBLIGATION DE DÉCLARATION

Le comité attire l'attention du demandeur sur le fait :

- que celui-ci est obligé de traiter les données médicales qu'il collecte sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé (article 7, § 4 de la LVP) ;

- qu'avant de commencer l'enquête et vu la nature sensible des données, il doit veiller au respect de l'article 17 de la LVP (déclaration) ainsi que des dispositions de l'arrêté royal du 13 février 2001 *portant exécution de la LVP*, et plus particulièrement du chapitre III de cet arrêté.

E. SÉCURITÉ

E.1. Conseiller en sécurité de l'information

L'identité du conseiller en sécurité de l'information a été communiquée. L'intéressé a déjà été admis par le comité en tant que conseiller en sécurité dans le cadre de la délibération RN n° 50/2008 du 12 novembre 2008.

E.2. Politique de sécurité de l'information

Il ressort des documents fournis par le demandeur qu'il dispose d'une politique de sécurité et qu'il la met également en pratique sur le terrain.

Le comité en a pris acte.

E.3. Personnes ayant accès aux données, qui utilisent le numéro d'identification et liste de ces personnes

D'après la demande, les données communiquées seront exploitées d'une part, par un certain nombre de collaborateurs scientifiques du demandeur qui assurent la coordination de l'enquête et le contrôle sur le terrain et d'autre part, par un certain nombre de membres du personnel du bureau d'étude qui réalisera les interviews en tant que sous-traitant du demandeur.

Comme le prescrit l'article 12 de la LRN, le demandeur et le sous-traitant doivent dresser une liste des personnes qui utiliseront les données communiquées du Registre national et qui en utiliseront le numéro du Registre national. Cette liste sera constamment actualisée et tenue à la disposition du comité.

En outre, les personnes figurant sur cette liste doivent signer une déclaration dans laquelle elles s'engagent à préserver la sécurité et le caractère confidentiel des informations.

PAR CES MOTIFS,

le comité

1° autorise, pour la durée définie au point C.3.3., l'Université de Gand, au profit de l'équipe de recherche interuniversitaire "Cellule Interuniversitaire d'Épidémiologie", pour la finalité définie au point B et aux conditions énoncées dans la présente délibération, à :

- obtenir la communication des données mentionnées à l'article 3, premier alinéa, 1°, 2° (année de naissance), 3°, 5° et 9° de la LRN, sous forme d'un échantillon aléatoire via quatre "tirages partiels" (1 par trimestre) de 11.250 personnes âgées de plus de 5 ans ;
- utiliser le numéro d'identification du Registre national.

2° stipule que lorsqu'il enverra un questionnaire relatif à l'état de la sécurité de l'information à l'Université de Gand, celle-ci devra compléter ce questionnaire conformément à la vérité et le renvoyer au comité. Ce dernier en accusera réception et se réserve le droit de réagir ultérieurement, s'il y a lieu.

Pour l'Administrateur e.c.,

La Présidente,

(sé) Patrick Van Wouwe

(sé) Mireille Salmon

**Comité sectoriel de la Sécurité sociale et de la Santé
Section « Santé »**

CSSS/09/043

**DÉLIBÉRATION N° 09/031 DU 19 MAI 2009 RELATIVE À LA
COMMUNICATION DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL CODÉES
RELATIVES À LA SANTÉ VIA LA PLATE-FORME EHEALTH AU CENTRUM
VOOR BIOSTATISTIEK EN VUE DE RÉALISER UNE ETUDE RELATIVE À
LA SANTÉ BUCCALE**

Vu la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale, notamment l'article 46, § 2;

Vu la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé, notamment l'article 42, § 2;

Vu la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth, notamment l'article 5, alinéa 1^{er}, 8^o;

Vu la demande de l'Institut national d'assurances maladie-invalidité du 9 mars 2009;

Vu le rapport d'auditorat de la plate-forme eHealth du 4 mai 2009;

Vu le rapport de monsieur Yves Roger.

1. OBJET DE LA DEMANDE

- 1.1.** Par contrat du 10 décembre 2007, le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès de l'Institut national d'assurances maladie-invalidité (INAMI) a chargé l'Universiteit Gent, qui agit pour l'équipe de recherche interuniversitaire "Cellule interuniversitaire d'épidémiologie", d'une étude scientifique relative au système d'évaluation et d'enregistrement de données pour la santé buccale de la population belge.

La Cellule interuniversitaire d'épidémiologie constitue une collaboration de fait entre les professeurs des facultés de médecine dentaire de la Katholieke Universiteit Leuven, de l'Université Catholique de Louvain, de l'Universiteit Gent, de l'Université libre de Bruxelles et de la Vrije Universiteit Brussel.

La mission de cette cellule confiée par l'INAMI consiste à mettre au point un système d'enregistrement de données relatives à la santé buccale. La santé buccale a un impact sur la santé générale d'une personne et, inversement, d'autres affections ou leur traitement peuvent avoir un impact sur la cavité buccale. Cet enregistrement des données vise à donner une description de la santé buccale liée à la santé générale, à examiner le rendement des soins de santé oraux et à corriger la politique au niveau des soins de santé buccale.

- 1.2. Par sa délibération n° 07/060 du 6 novembre 2007, modifiée le 3 juin 2008, relative à la communication de données à caractère personnel codées au Centrum voor Biostatistiek en vue de mettre en œuvre un système d'enregistrement des données relatives à la santé buccale, le comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé a permis au demandeur d'effectuer une première phase de test, une étude de faisabilité.

L'Institut scientifique de santé publique (ISP) avait organisé une enquête de santé – test avec un échantillon limité de 1.250 personnes. Les personnes sélectionnées avaient été interrogées par des enquêteurs de l'ISP. Ils avaient demandé aux personnes de participer au projet d'enregistrement des données. Après avoir donné un accord écrit au moyen d'un consentement éclairé (« informed consent »), les personnes avaient participé à un examen buccal (santé buccale objective) et ont rempli un questionnaire relatif à leur hygiène buccale, à leur connaissance des soins buccaux, à leurs habitudes alimentaires et à leur qualité de vie (santé buccale subjective).

L'objectif visé par la première phase de test était de coupler les données spécifiques relatives à la santé buccale, d'une part, aux données de l'enquête précitée de santé réalisée par l'ISP et, d'autre part, à plusieurs données provenant du Collège Intermutualiste National (CIN)/de l'Agence Intermutualiste (AIM), pour autant que l'intéressé ait donné son accord à cet effet au moyen d'un consentement éclairé (« informed consent »). En ce qui concerne les personnes qui n'avaient pas donné leur consentement, seules les données de la nouvelle enquête relative à la santé buccale et celles relatives à l'examen buccal avaient été communiquées au Centrum voor Biostatistiek de la Katholieke Universiteit Leuven.

A l'issue de cette phase de test, il était prévu que l'étude soit réalisée en même temps que l'enquête de santé pour l'année 2008.

- 1.3. Les résultats de cette étude de faisabilité ont été jugés positifs. Pour cette raison, la Cellule interuniversitaire d'épidémiologie a été chargée par l'INAMI de lancer l'enregistrement proprement dit de données sur la santé buccale.

En 2008, l'enquête nationale de santé, organisée par l'ISP en collaboration avec la Direction générale Statistique et Information économique du SPF Économie (ancien Institut national de statistique) a été menée pour la quatrième fois. Cette enquête portait sur l'état de santé et les besoins de soins de la population belge. Les enquêtes précédentes avaient permis de rassembler des données précises sur l'état de santé des habitants et leurs besoins en matière de soins. Les données ainsi récoltées seront agrégées (sur base de l'âge, du sexe et du code postal, du métier et du niveau d'enseignements) et seront disponibles à la vente auprès de l'ISP.

L'INAMI (plus précisément la Cellule interuniversitaire d'épidémiologie qui a été chargée de cette mission), en vue d'exécuter sa mission d'enregistrement de données sur la santé buccale, souhaite coupler les données à caractère personnel d'une nouvelle enquête sur la santé buccale et différentes bases de données, notamment celles du CIN/de l'AIM concernant les examens dentaires et les données agrégées de l'enquête de santé pour l'année 2008 (réalisée par l'ISP).

La plate-forme eHealth sera chargée du couplage des données provenant des différentes sources et de coder les données à l'aide du numéro d'identification de la sécurité sociale. Les données seront ensuite transmises au Centrum voor Biostatistiek de la Katholieke Universiteit Leuven. Un numéro d'ordre insignifiant sera attribué à cet effet à toute personne concernée.

- 1.4. Le couplage s'effectuera à deux niveaux, le premier entre les données de la nouvelle enquête buccale et les données relatives au comportement en matière de consommation des soins du CIN/de l'AIM et le second entre les données agrégées de l'enquête nationale de santé 2008 de l'ISP et le premier couplage. Ces couplages ont pour but d'effectuer une étude des possibilités pour établir des liens entre la santé buccale subjective (résultats questionnaire), la santé buccale objective (résultats examen buccal), l'attitude générale en matière de santé et les variables socio-économiques (enquête de santé 2008) et le comportement en matière de consommation des soins de la personne participant à l'étude (données CIN/AIM).

La nouvelle enquête sur la santé buccale portera sur un échantillon représentatif de la population belge. La Cellule interuniversitaire d'épidémiologie procédera sur base d'un échantillon composé de 11.250 personnes. Elle atteindra ce nombre via quatre "tirages partiels" (1 par trimestre). Cette méthode permet d'effectuer des rectifications lorsque, dans les réponses, un certain groupe de personnes est surreprésenté ou sous-représenté. Le comité sectoriel du Registre national par sa délibération n°13/2009 du 18 février 2009, a autorisé l'Université Gent à obtenir du Registre national des personnes physiques la communication d'un certain nombre d'informations sur 11.250 personnes âgées de plus de 5 ans qui sont tirées au sort, à savoir : les nom et prénoms, l'année de naissance, la résidence principale et la composition du ménage.

- 1.5. Afin de disposer de données qui permettent de se faire une idée de la santé buccale et des facteurs qui ont un impact sur celle-ci, la Cellule interuniversitaire

d'épidémiologie souhaite collecter des données au moyen d'une enquête en face à face. Chacune des personnes recevra une lettre l'invitant à participer à l'étude, et lui expliquant les buts de cette enquête. Un dentiste passera auprès de personnes disposées à collaborer (dans les personnes tirées au sort), procédera à un examen buccal clinique et soumettra un questionnaire portant sur l'hygiène buccale, les habitudes alimentaires, les plaintes, la santé et la formation. Il souhaite également que la plate-forme eHealth couple ces données avec les données agrégées recueillies dans le cadre de l'enquête de santé de 2008 par l'ISP.

Il s'agit des données suivantes:

1.5.1. Données agrégées (sur base de l'âge, du sexe et du code postal, du métier et du niveau d'enseignements) provenant de l'enquête de santé de 2008 disponibles auprès de l'Institut scientifique de Santé Publique belge:

- état de santé: santé subjective, maladie de longue durée, affections;
- maladies chroniques: limites à court terme, limites à long terme, limites instrumentales, santé mentale et situation alimentaire;
- style de vie: tabagisme, activités physiques, habitudes alimentaires, consommation d'alcool, utilisation de drogues illégales, contact (dentiste, médecins...), attitude face au SIDA;
- médecine préventives: prévention cardiaque, immunisation;
- consommation médicamenteuse: contact avec le médecin de famille, contacts avec des spécialistes, les services d'urgences, hospitalisations, utilisations de médicaments;
- santé et société: accessibilité aux soins relatifs à la santé, situation, santé sociale.

1.5.2. Données à caractère personnel recueillies à l'aide de l'examen buccale:

- anomalies dento-faciale: chevauchement, malocclusion;
- anomalies de développement de l'émail : hypoplasie, fluorose;
- usure dentaire: érosion, abrasion, attrition;
- hygiène buccale: indice de plaque;
- dutch periodontal screening index;
- état dentaire: sain, carié, obstruée avec caries, obstruées sans caries, extraites pour caries, absente pour d'autres caries, scellement de fissures, bridge, couronne incluse, traumatisme (fracture), non enregistré;
- état prothétique: pas de prothèse, plus d'un bridge, uniquement une prothèse partielle, prothèse amovible complète;
- contacts fonctionnels occlusaux: nombre de contacts entre les dents naturelles antagonistes nombre de contacts entre dents naturelles et/ou dents de prothèse partielle amovibles antagonistes.

1.5.3. Données à caractère personnel recueillies à l'aide du questionnaire:

- hygiène dentaire: fréquence de brossage de dents, nettoyage inter-dentale, hygiène de la langue, utilisation de moyens pour le nettoyage de la langue, utilisation de fluor;
- soins dentaires: conseils, sources de ces conseils;
- raisons retenant la visite chez le dentiste: peur, nervosité, coût, la santé orale n'est pas importante, absence de symptômes, accès difficile aux soins dentaires, manque de temps ;
- comportements alimentaires: fréquence de consommation de certains aliments et boissons, moments de consommation de certains aliments, boissons, consommation de fruits, consommation de biscuits, consommation de bonbons, consommation de chewing-gum;
- plaintes: mal aux dents, mal aux articulations de la mâchoire, douleur au niveau de la bouche ou du visage, saignements des gencives;
- santé orale et qualité de vie: difficultés à prononcer certains mots, altération du sens du goût, douleur dans la bouche, difficultés à manger certains aliments, gêne à propos de problèmes liés aux dents, tension à cause de problème liés aux dents, compromission de l'alimentation due à des problèmes dentaires, interruption de repas, difficulté de se détendre à cause de problèmes aux dents ou à la bouche, embarras à cause de problèmes aux dents ou à la bouche, désagréable avec les gens à cause de problèmes liés aux dents, difficultés à accomplir des tâches habituelles à cause de problèmes aux dents ou à la bouche, vie gâchée à cause de problèmes aux dents ou à la bouche, incapacité à exercer certaines activités à cause de problèmes aux dents ou à la bouche;
- variables générales relative à la santé : maladie/handicap de longue durée, utilisation du tabac, diabète, surpoids.

1.5.4. Données à caractère personnel provenant du CIN/de l'AIM relatives aux consommations de soins enregistrées des personnes interrogées:

- consultations: dentiste, visite à domicile;
- urgence: complément pour prestation en dehors des heures de travail;
- prévention: examen buccal, scellement de fissure, nettoyage buccal;
- radiographie: RX intra-oral, RX extra-oral;
- restauration: face(s) jusqu'à construction de la couronne;
- endodontie: pulpotomie, 1 à 4 canaux dentaires;
- prothèse: prothèse dentaire amovible d'une à treize dents, prothèse complète, extension, réparation, rebasage;
- orthodontie: examen, diagnostic, analyse, appareil, contrôle;
- parodontologie: DPSI;
- petite chirurgie: extractions, stomatologie, plaque de suroclusion;
- stomatologie et chirurgie maxillofaciale: consultation, supplément pour prestation en dehors des heures de travail, autres prestations, pose d'implants, extractions sous anesthésie;

- consultation du médecin généraliste: consultation au cabinet, consultation à domicile ou dans un établissement, supplément pour prestation en dehors des heures de travail;
- consultation d'un spécialiste: consultation au cabinet ou dans clinique, consultation à domicile ou dans un établissement, supplément pour prestation en dehors des heures de travail.

1.6. Concrètement il sera procédé de la manière suivante :

- conformément à la délibération du comité sectoriel du Registre national n°13/2009 du 18 février 2009, l'Université Gent obtiendra du Registre national des personnes physiques la communication d'un certain nombre d'informations sur 11.250 personnes âgées de plus de 5 ans qui sont tirées au sort, à savoir les informations mentionnées à l'article 3, premier alinéa, 1°, 2° (uniquement l'année de naissance), 5° et 9° de la loi du 8 août 1980 organisant un registre national des personnes physiques, c'est-à-dire: les nom et prénoms, l'année de naissance, la résidence principale et la composition du ménage;
 - sur base de cet échantillon de personnes, ces dernières seront contactées individuellement par un dentiste-enquêteur afin d'effectuer une enquête en face à face, notamment pour pouvoir faire un examen buccal clinique et pour que la personne concernée remplisse un questionnaire écrit portant sur l'hygiène buccale, les habitudes alimentaires, les plaintes, la santé et la formation en présence du dentiste-enquêteur (données visées aux points 1.5.2. et 1.5.3.);
 - ces données à caractère personnel relatives à la santé ainsi que le NISS transmis par la Registre national, seront alors transmis par la Cellule interuniversitaire d'épidémiologie à la plate-forme eHealth;
 - la plate-forme eHealth transmettra alors la liste des NISS au CIN ainsi qu'à l'AIM;
 - le CIN et l'AIM transmettront ensuite les données concernant les NISS transmis visées sous le point 1.5.4 à la plate-forme eHealth;
 - la plate-forme eHealth codera alors le NISS du patient et couplera les données collectées auprès du CIN/de l'AIM (données visées au point 1.5.4.) avec les données de l'enquête en face-à-face (données visées aux points 1.5.2. et 1.5.3.). Ce couplage sera alors, à son tour, couplé aux données agrégées collectées lors de l'enquête de santé de 2008 effectuée par l'ISP (données visées au point 1.5.1.);
 - enfin les résultats de ce couplage seront alors transmis par la plate-forme eHealth au Centrum voor Biostatistiek, sous la forme d'un fichier codé qui ne lui permettra pas de mettre les données en relation avec une personne physique déterminée.
- 1.7.** Le Centrum voor Biostatistiek est chargé du traitement concret et doit, dans le cadre de cette nouvelle étude, opérer indépendamment de la Cellule Interuniversitaire d'Épidémiologie. A aucun moment, le Centrum voor Biostatistiek et la Cellule Interuniversitaire d'Épidémiologie ne peuvent s'échanger les données que la Cellule Interuniversitaire d'Épidémiologie a reçues des personnes concernées pour cause de

réidentification possible de l'intéressé. Il y a lieu d'organiser une stricte séparation des fonctions entre les collaborateurs des deux institutions.

Les données sont traitées sur un serveur sécurisé du Centrum voor Biostatistiek. La plate-forme eHealth reçoit une liste des noms des collaborateurs compétents. L'INAMI est responsable du respect des prescrits de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et de son arrêté d'exécution.

2. EXAMEN DE LA DEMANDE

- 2.1.** Il s'agit d'une communication de données à caractère personnel relatives à la santé. L'article 70, 3°, de la loi portant des dispositions diverses du 1er mars 2007 prévoit l'insertion à l'article 42, § 2, de la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé d'une disposition selon laquelle en vue de protéger la vie privée, la section santé du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé visée à l'article 37 de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-Carrefour de la sécurité sociale accorde une autorisation de principe pour toute communication de données à caractère personnel relatives à la santé au sens de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Il appartient cependant au Roi de déterminer la date et les modalités d'entrée en vigueur de l'article 70, 3°, de la loi précitée du 1er mars 2007. Ce qui n'a, pour l'instant, pas encore été fait.

- 2.2.** Cependant, la section santé du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé est d'avis qu'il peut se prononcer sur le présent dossier.

L'article 46, § 2, de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale prévoit que la section santé du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé est chargée de veiller au respect des dispositions fixées par ou en vertu de la loi visant à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel relatives à la santé. A cet effet, elle peut formuler toutes recommandations qu'elle juge utiles et aider à la solution de tout problème de principe ou de tout litige.

Par conséquent, la section santé peut formuler toutes recommandations qu'elle juge utile pour résoudre tout problème de principe ou de tout litige.

- 2.3.** L'article 5, alinéa 1, 8°, de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth prévoit qu'en tant qu'organisme intermédiaire, tel que défini en vertu de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, la plate-forme eHealth peut recueillir, agréger, coder ou anonymiser et

mettre à disposition des données utiles à la connaissance, à la conception, à la gestion et à la prestation de soins de santé. Elle ne peut conserver les données à caractère personnel traitées dans le cadre de cette mission que pour la durée nécessaire à leur codification ou anonymisation.

Par ailleurs, la plate-forme eHealth peut uniquement réaliser cette mission à la demande d'une chambre législative, d'une institution de sécurité sociale, de la fondation visée à l'article 45quinquies de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé, de l'Agence intermutualiste, du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, de l'association sans but lucratif visée à l'article 37, d'un ministre fédéral, d'un service public fédéral ou d'une institution publique dotée de la personnalité juridique qui relève des autorités fédérales.

La section santé du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé constate que le demandeur est l'INAMI qui conformément à l'article 3, alinéa 1, 5°, de la loi du 21 août 2008 précitée est une institution de sécurité sociale. La plate-forme eHealth peut donc réaliser cette mission de couplage.

L'INAMI ne souhaite pas que la plate-forme eHealth conserve le lien entre le numéro d'identification réel d'une personne concernée et le numéro d'identification codé qui lui a été attribué.

- 2.4.** Le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé est en principe interdit, conformément à l'article 7, § 1, de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Cependant, conformément à l'article 7, § 2, k), de cette même loi, cette interdiction ne s'applique pas lorsque le traitement est nécessaire à la recherche scientifique et est effectué conformément aux conditions fixées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, après avis de la Commission de la protection de la vie privée.

Cet enregistrement des données visant à donner une description de la santé buccale liée à la santé générale, à examiner le rendement des soins de santé oraux et à corriger la politique au niveau des soins de santé buccale, la section santé du comité sectoriel de la sécurité social et de la santé estime qu'il est nécessaire à la recherche scientifique.

- 2.5.** En vertu de l'article 4 de l'arrêté royal du 13 février 2001 portant exécution de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, ce n'est que lorsqu'un traitement ultérieur de données anonymes ne permet pas d'atteindre les fins historiques, statistiques ou scientifiques que des données à caractère personnel codées peuvent être utilisées pour la réalisation d'une étude.

Dans le cas présent, la Cellule interuniversitaire d'épidémiologie mandatée par l'INAMI souhaite examiner la situation des individus et coupler les données à

caractère personnel concernées aux données à caractère personnel provenant d'autres sources. Le Centrum voor Biostatistiek doit disposer à cet effet d'un numéro d'ordre unique mais totalement insignifiant.

Le comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé estime que des données purement anonymes ne peuvent pas être utilisées pour la présente étude. L'utilisation de données à caractère personnel codées semble donc se justifier.

- 2.6. La section santé du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé informe l'INAMI ainsi que la Cellule interuniversitaire d'épidémiologie qu'ils doivent conformément à l'article 14 de l'arrêté royal du 13 février 2001 précité préalablement au codage de données, communiquer, à la personne concernée, les informations suivantes : l'identité du responsable du traitement, les catégories de données à caractère personnel qui sont traitées, l'origine des données, une description précise des fins historiques, statistiques ou scientifiques du traitement; les destinataires ou les catégories de destinataires des données à caractère personnel, l'existence d'un droit d'accès aux données à caractère personnel qui la concernent et d'un droit de rectification de ces données, l'existence d'un droit d'opposition de la personne concernée.

La section santé du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé insiste pour que la Cellule interuniversitaire d'épidémiologie adapte sa lettre par laquelle elle prend contact avec les personnes tirées au sort de manière à les informer de leur droit de refuser de participer aux traitements, préalablement à la visite d'un dentiste-enquêteur.

Elle constate également que les intéressés doivent à chaque fois donner leur consentement explicite pour que leurs données puissent être recueillies via un examen buccal et une interrogation relative à leur santé buccale. Elle a pris connaissance du formulaire de consentement proposé par la Cellule interuniversitaire d'épidémiologie et souhaite que la Cellule interuniversitaire d'épidémiologie l'adapte afin qu'il s'agisse d'un véritable consentement éclairé (« informed consent ») par lequel les intéressés reçoivent des renseignements clairs et corrects relatifs à tous les aspects pertinents de l'examen pour ensuite donner un vrai consentement basé sur des informations complètes, notamment que les données seront couplées aux données de l'enquête de santé de l'ISP et aux données provenant du CIN/de l'AIM.

- 2.7. La section santé du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé souhaite que l'INAMI et la Cellule interuniversitaire d'épidémiologie s'engagent contractuellement à mettre en oeuvre tous les moyens de nature à éviter que les personnes sur lesquelles portent les données à caractère personnel communiquées ne soient réidentifiées.

En toute hypothèse, il leur est interdit, conformément à l'article 6 de l'arrêté royal du 13 février 2001, d'entreprendre toute action visant à convertir les données à

caractère personnel codées communiquées en des données à caractère personnel non codées.

Il y a lieu de remarquer que le non-respect de cette interdiction peut donner lieu à une amende de cent à cent mille euros en vertu de l'article 39, 1°, de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

- 2.8.** Lors de la communication de données à caractère personnel, il sera fait usage du numéro d'identification de la sécurité sociale, qui est soit le numéro d'identification du Registre national, soit le numéro d'identification attribué par la Banque Carrefour de la sécurité sociale.

Conformément à la délibération du Comité sectoriel du Registre national n°13/2009 du 18 février 2009, l'Université Gent obtiendra du Registre national des personnes physiques la communication d'un certain nombre d'informations sur 11.250 personnes âgées de plus de 5 ans qui sont tirées au sort, à savoir les informations mentionnées à l'article 3, premier alinéa, 1°, 2° (uniquement l'année de naissance), 5° et 9° de la loi du 8 août 1980 organisant un registre national des personnes physiques, c'est-à-dire : les nom et prénoms, l'année de naissance, la résidence principale et la composition du ménage.

Le demandeur ne souhaite pas disposer des mêmes données du Registre Bis puisqu'il s'agit d'une étude concernant la population belge, visant à avoir une représentation fidèle et détaillée de la santé bucco-dentaire de la population belge.

L'Université Gent est également autorisée à utiliser le numéro d'identification du Registre national des personnes physiques.

- 2.9.** La communication de données à caractère personnel (codées) au Centrum voor Biostatistiek de la Katholieke Universiteit Leuven pour le compte de l'INAMI poursuit des finalités légitimes, à savoir une étude des possibilités pour établir des liens entre la santé buccale subjective (résultats questionnaire), la santé buccale objective (résultats examen buccal), l'attitude générale en matière de santé et les variables socio-économiques (enquête de santé) et le comportement en matière de consommation des soins de la personne participant à l'étude (données CIN/AIM).
- 2.10.** Grâce au couplage des données à caractère personnel par la plate-forme eHealth, les instances concernées (Université Gent, Cellule interuniversitaire d'épidémiologie, Centrum voor Biostatistiek) ne seront pas informées des données à caractère personnel de l'autre, ce qui constituerait une violation des principes de finalité et de proportionnalité.
- En outre, le Centrum voor Biostatistiek et la Cellule interuniversitaire d'épidémiologie ne peuvent, à aucun moment, s'échanger les données que la Cellule interuniversitaire d'épidémiologie a initialement traitées étant donné que cela permettrait une réidentification éventuelle de l'intéressé (sur base des données dont la Cellule interuniversitaire d'épidémiologie dispose déjà le cas échéant, elle

serait en mesure de réidentifier les autres données provenant du CIN/AIM). Une séparation stricte des fonctions doit être organisée entre les collaborateurs des deux institutions.

De plus, conformément à l'article 13 de l'arrêté royal du 13 février 2001, les données à caractère personnel codées ne pourront être communiquées en vue de leur traitement ultérieur à des fins scientifiques, statistiques ou scientifiques que moyennant la production par le responsable du traitement ultérieur de l'accusé de réception de sa déclaration auprès de la Commission de la protection de la vie privée.

- 2.11.** L'enquête de santé 2008 s'intéresse à l'état de santé des citoyens et aux conséquences des problèmes de santé sur leur vie quotidienne. Elle vise aussi à examiner le recours aux différents services de soins, à la médecine préventive et à la consommation de médicaments, et de déterminer leur accessibilité pour les différents groupes socio-économiques de la population. Une série de questions porte également sur les habitudes de vie en relation avec la santé, comme par exemple l'exercice physique, l'alimentation, la consommation d'alcool, de drogues et de tabac. En outre, une attention particulière est dévolue aux problèmes que rencontrent les personnes âgées.

Les données à caractère personnel recueillies à l'aide de l'examen buccale et du questionnaire sont indispensables pour obtenir des données objectives en matière de santé bucco-dentale.

En ce qui concerne les données provenant du CIN/de l'AIM, l'étude utilise non seulement des codes INAMI dans les domaines de la stomatologie et de la chirurgie dentaire mais aussi une sélection limitée de codes médicaux.

En ce qui concerne les codes de la chirurgie dentaire, tous les codes sont utilisés. Cependant, ils sont regroupés afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble. Lors du regroupement, il est tenu compte des changements fréquents dans la nomenclature.

Les prestations dans le domaine de l'orthodontie sont subdivisées en consultations et plannings de traitement, d'une part, et en prestations techniques, d'autre part. En ce qui concerne les prestations au niveau des prothèses dentaires, il est uniquement tenu compte des patients adultes, étant donné que les prothèses chez les enfants constituent plutôt l'exception. Les codes sont regroupés en prothèses partielles, prothèses complètes et adaptations (réparation, extension et rebasage). Les données sont analysées par année pour les cinq années les plus récentes. Ceci permet de se faire une idée de la régularité de la consommation des soins. Le regroupement des données permet aussi d'obtenir un profil d'un groupe de patients à forte consommation de soins (de nombreux plombages ou plombages des canaux dentaires, ce qui indique un risque accru de caries), un groupe avec un suivi régulier et principalement des soins préventifs (patient en bonne santé et motivé) et un

groupe de patients qui rend visite au dentiste de manière irrégulière, respectivement qui ne lui rend pas visite.

Les codes en matière de stomatologie et de prestations maxillo-faciales concernent des actes techniques très spécialisés. Une subdivision détaillée n'a guère de sens dans le cadre de la présente étude. Une distinction est faite entre les consultations, les consultations en dehors des heures normales de travail et les prestations techniques. Le traitement avec des implants et les soins ou extractions sous anesthésie générale en milieu hospitalier sont aussi regroupés sous un autre code afin de pouvoir établir le lien entre la demande de ce type de chirurgie dentaire spécifique et les paramètres médicaux, psychiques et sociaux de bien-être des intéressés. Les traitements de ce genre sont indiqués, soit lors d'un handicap, soit en cas de grande peur du dentiste.

En ce qui concerne la consommation de soins médicaux, seuls les codes des consultations médicales sont utilisés. Lors de l'analyse finale des codes, cette multitude de codes sera réduite à un nombre plus limité. Une distinction sera faite entre les consultations chez un médecin généraliste ou un prestataire de soins assimilé, les consultations chez un spécialiste, les consultations à domicile par un médecin généraliste ou un prestataire de soins assimilé (en dehors des heures normales de travail ou non) et les consultations à domicile par un spécialiste (en dehors des heures normales de travail ou non). On essaie ainsi de générer un profil de la consommation des soins médicaux. On pourrait générer des profils du « patient des urgences » (peu de contact avec le médecin et à des heures inhabituelles), du « patient en bonne santé » (peu de contacts mais des contacts réguliers avec le médecin généraliste ou le spécialiste) et du « patient nécessitant des soins » (contacts fréquents avec une multitude de spécialistes et le médecin généraliste). Les données sont analysées par année pour les deux dernières années disponibles. Ceci peut permet de se faire une idée de la régularité de la consommation des soins médicaux.

Les données à caractère personnel à communiquer semblent pertinentes et non excessives par rapport aux finalités précitées.

- 2.12.** Il s'agit d'un traitement ultérieur de données à caractère personnel codées à des fins historiques, statistiques ou scientifiques, ce qui implique le respect de la section II du chapitre II de l'arrêté royal du 13 février 2001 portant exécution de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.
- 2.13.** Etant donné que le traitement porte sur des données à caractère personnel codées relatives à la santé, les dispositions contenues à l'article 25 de l'arrêté royal du 13 février 2001 doivent également être respectées.
- 2.14.** Toutes les parties concernées par le traitement des données à caractère personnel doivent tenir compte de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à

l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale, de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, de leurs arrêtés d'exécution et de toute autre disposition légale ou réglementaire relative à la protection de la vie privée.

Ainsi, l'INAMI est notamment responsable du respect de l'article 16, § 1er, de la loi précitée du 8 décembre 1992 qui porte sur la relation entre le responsable du traitement et son sous-traitant.

La Cellule interuniversitaire d'épidémiologie doit conclure avec le Centrum voor Biostatistiek un contrat par lequel ce dernier s'engage à traiter les données à caractère personnel conformément aux dispositions de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale, de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et de leurs arrêtés d'exécution.

- 2.15.** Pour rappel, les données à caractère personnel codées seront traitées par le Centrum voor Biostatistiek, pour le compte de l'INAMI et de la Cellule interuniversitaire d'épidémiologie. Toutefois, le Centrum voor Biostatistiek ne peut communiquer les données à caractère personnel codées à la Cellule interuniversitaire d'épidémiologie. Une communication par le Centrum voor Biostatistiek peut uniquement porter sur des données purement anonymes, tels que visées à l'article 1er, 5°, de l'arrêté royal précité du 13 février 2001. De même, les résultats du traitement peuvent uniquement être publiés sous une forme qui rend impossible toute réidentification des intéressés.

Par ces motifs,

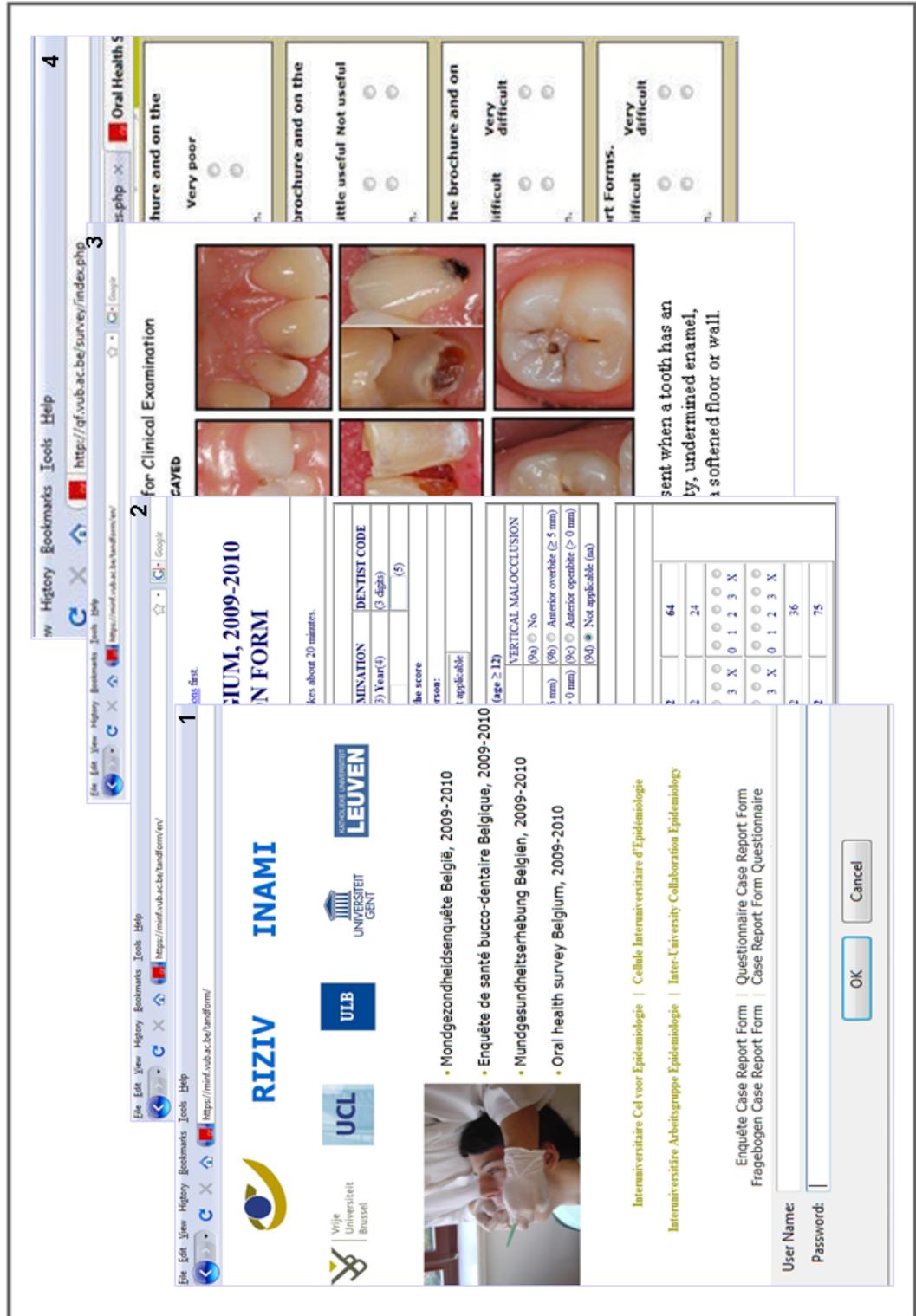
la section santé du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé

autorise la plate-forme eHealth à communiquer les données à caractère personnel codées précitées, selon les modalités et conditions (notamment sous le point 2.6.) précitées, au Centrum voor Biostatistiek de la Katholieke Universiteit Leuven, en vue de mettre en oeuvre un système d'enregistrement des données relatives à la santé buccale.

Yves ROGER
Président

Le siège du Comité sectoriel de la Sécurité sociale et de la Santé est établi dans les bureaux de la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale, à l'adresse suivante : Chaussée Saint-Pierre, 375 – 1040 Bruxelles (tél. 32-2-741 83 11)
--

Fig. 1 Carvalho et al. 2010



La sélection des 159 communes

Nr. van de groep	Code	Gemeenten	Aantal personen
ARRONDISSEMENT ANTWERPEN			
101-106	11002	Antwerpen	300
107	11008	Brasschaat	50
108	11016	Essen	50
109	11023	Kapellen	50
110	11039	Schilde	50
ARRONDISSEMENT MECHELEN			
111	12002	Berlaar	50
112	12005	Bonheiden	50
113	12009	Duffel	50
114	12021	Lier	50
115	12025	Mechelen	50
ARRONDISSEMENT TURNHOUT			
116	13001	Arendonk	50
117	13003	Balen	50
118	13006	Dessel	50
119	13017	Kastelee	50
120	13025	Mol	50
121	13040	Turnhout	50
122	13049	Westerlo	50
ARRONDISSEMENT HALLE-VILVOORDE			
123	23003	Beersel	50
124	23016	Dilbeek	50
125	23027	Halle	50
126	23038	Kampenhout	50
127	23094	Zaventem	50
128	23099	Kraainem	50
129	23101	Sint-Genesius-Rode	50
ARRONDISSEMENT LEUVEN			
130	24009	Bertem	50
131	24016	Boutersem	50
132	24059	Landen	50
133	24062	Leuven	50
134	24104	Tervuren	50
135	24107	Tienen	50
ARRONDISSEMENT BRUGGE			
136-137	31005	Brugge	100
138	31043	Knokke-Heist	50
ARRONDISSEMENT DIKSMUIDE			
139	32011	Kortemark	50
ARRONDISSEMENT IEPER			
140	33021	Poperinge	50
141	33039	Heuvelaand	50
ARRONDISSEMENT KORTRIJK			
142	34002	Anzegem	50
143	34022	Kortrijk	50
144	34040	Waregem	50

145	34041	Wevelgem	50
ARRONDISSEMENT OOSTENDE			
146	35011	Middelkerke	50
147	35013	Oostende	50
ARRONDISSEMENT ROESELARE			
148	36010	Ledegem	50
ARRONDISSEMENT TIELT			
149	37007	Meulebeke	50
ARRONDISSEMENT VEURNE			
150	38014	Koksijde	50
ARRONDISSEMENT AALST			
151	41002	Aalst	50
152	41018	Geraardsbergen	50
153	41024	Haaltert	50
154	41027	Herzele	50
155	41048	Ninove	50
156	41082	Erpe-Mere	50
ARRONDISSEMENT DENDERMONDE			
157	42006	Dendermonde	50
158	42008	Hamme	50
159	42026	Wichelen	50
160	42028	Zele	50
ARRONDISSEMENT EEKLO			
161	43002	Assenede	50
162	43007	Kaprijke	50
ARRONDISSEMENT GENT			
163-165	44021	Gent	150
ARRONDISSEMENT OUDENAARDE			
166	45017	Kruishoutem	50
ARRONDISSEMENT SINT-NIKLAAS			
167	46021	Sint-Niklaas	50
168	46025	Temse	50
ARRONDISSEMENT HASSELT			
169	71011	Diepenbeek	50
170	71016	Genk	50
171	71022	Hasselt	50
172	71053	Sint-Truiden	50
173	71069	Ham	50
ARRONDISSEMENT MAASEIK			
174	72004	Bree	50
175	72020	Lommel	50
176	72021	Maaseik	50
177	72039	Houthalen-Helchteren	50
178	72040	Meeuwen-Gruitrode	50
ARRONDISSEMENT TONGEREN			
179	73022	Heers	50

ARRONDISSEMENT BRUSSEL/BRUXELLES			
201-207	21001	Anderlecht	350
208-209	21002	Ouderghem/ Auderghem	100
210	21003	Sint-Agatha-Berchem	50
211-220	21004	Brussel/ Bruxelles	500

221-223	21005	Etterbeek	150
224-225	21006	Evere	100
226-228	21007	Vorst/ Forest	150
229-230	21008	Ganshoren	100
231-235	21009	Elsene/ Ixelles	250
236-238	21010	Jette	150
239	21011	Koekelberg	50
240-244	21012	St-Jans-Molenbeek-St-Jean	250
245-247	21013	Sint-Gillis/ Saint Gilles	150
248	21014	St-Joost-ten-Node/St-Josse	50
249-255	21015	Schaarbeek/Schaerbeek	350
256-260	21016	Ukkel/Uccle	250
261-262	21017	Watermael-Boisfort	100
263-265	21018	St-Lambr.-Woluwe-St-Lamb.	150
266-267	21019	St-Pieters-Woluwe-St-Pierre	100

N° du groupe	Code	Commune	Nombre de personnes
ARRONDISSEMENT NIVELLES			
301	25014	Braine-L'Alleud	50
302	25084	Perwez	50
303	25105	Tubize	50
304	25110	Waterloo	50
305	25119	Lasne	50
306	25121	Ottignies-Louvain-La-Neuv	50
307	25122	Ramillies	50
308	25123	Rebecq	50
ARRONDISSEMENT ATH			
309	51004	Ath	50
310	51012	Brugelette	50
ARRONDISSEMENT CHARLEROI			
311-314	52011	Charleroi	200
315	52012	Châtelet	50
316	52022	Fontaine-l'Evêque	50
317	52043	Manage	50
318	52074	Aiseau-Presles	50
ARRONDISSEMENT MONS			
319	53028	Frameries	50
320-321	53053	Mons	100
322	53065	Quaregnon	50
323	53082	Colfontaine	50
ARRONDISSEMENT MOUSCRON			
324	54007	Mouscron	50
325	54010	Comines-Warneton	50
ARRONDISSEMENT SOIGNIES			
326-327	55022	La Louvière	100
328	55039	Silly	50
329	55040	Soignies	50
ARRONDISSEMENT THUIN			
330	56001	Anderlues	50
331	56011	Binche	50
332	56016	Chimay	50

333	56078	Thuin	50
334	56085	Estinnes	50
ARRONDISSEMENT TOURNAI			
335	57018	Celles	50
336-337	57081	Tournai	100
338	57094	Leuze-en-Hainaut	50
ARRONDISSEMENT HUY			
339	61031	Huy	50
ARRONDISSEMENT LIEGE			
340	62038	Fléron	50
341	62051	Herstal	50
342-344	62032	Liège	150
345	62093	Saint-Nicolas	50
346	62096	Seraing	50
347	62100	Sprimont	50
348	62120	Flémalle	50
349	62122	Trooz	50
ARRONDISSEMENT VERVIERS			
350	63020	Dison	50
351	63057	Olne	50
352	63058	Pepinster	50
353	63076	Theux	50
354	63079	Verviers	50
355	63086	Trois-Ponts	50

N° du groupe	Code	Commune	Nombre de personnes
ARRONDISSEMENT WAREMME			
356	64015	Braives	50
ARRONDISSEMENT ARLON			
357	81001	Arlon	50
ARRONDISSEMENT BASTOGNE			
358	82003	Bastogne	50
359	82005	Bertogne	50
360	82014	Houffalize	50
ARRONDISSEMENT NEUFCHATEAU			
361	84059	Saint-Hubert	50
362	84077	Libramont-Chevigny	50
ARRONDISSEMENT DINANT			
363	91141	Yvoir	50
ARRONDISSEMENT NAMUR			
364	92045	Floreffe	50
365	92087	Mettet	50
366-367	92094	Namur	100
368	92137	Sambreville	50
369	92142	Gembloux	50
ARRONDISSEMENT PHILIPPEVILLE			
370	93014	Couvin	50
371	93018	Doische	50
372	93088	Walcourt	50
373	93090	Viroinval	50

N° du groupe	Code	Commune	Nombre de personnes
ARRONDISSEMENT VERVIERS (Eupen)			
390	63012	Büllingen	50
391-392	63023	Eupen	100
393	63061	Raeren	50
394	63067	Saint-Vith	50
395	63087	Burg-Reuland	50

Enquête de santé bucco-dentaire, Belgique, 2009-2010

Questionnaire

PERSONNE SELECTIONNEE:

Numéro de registre national:

Prénom:

Nom :

Code postal :

ENQUETEUR:

No. de l'enquêteur:

Date de l'enquête:

Jour

Mois

Année

Cette enquête collecte les données relatives à la santé orale. L'information obtenue sera utilisée pour le développement d'une stratégie concernant la santé buccale de la population belge (prévention des maladies bucco-dentaires et organisation de soins).

Comment répondre au questionnaire ?

1. Répondez vous-même aux questions.
2. Avant de répondre, lisez attentivement la question et les possibilités de réponse.
3. Ensuite, répondez à la question en cochant la réponse de votre choix (voir exemple ci-dessous).
4. Faites un seul choix de réponse par question, sauf indication contraire.
5. Dans certains cas (comme dans l'exemple 2), votre réponse vous amène à "sauter" une série de questions et passer à une question ultérieure, plus loin dans le questionnaire. Ces possibilités de "sauts" sont indiquées à côté des réponses par une flèche et l'instruction "**prenez à la question...**" et le numéro de question à laquelle il faut se rendre. Sans cette indication de saut, suivez l'ordre chronologique des questions.

Exemple 1:

EX.01. Combien de fois par semaine vous levez-vous après 9 heures du matin?

Jamais	<input checked="" type="checkbox"/>
1-2 fois	<input type="checkbox"/>
3-4 fois	<input type="checkbox"/>
5 fois ou plus.....	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>

Exemple 2:

EX.02. Avez-vous déjà pris l'avion dans votre vie?

Oui, plusieurs fois	<input type="checkbox"/>	
Oui, une fois.....	<input type="checkbox"/>	
Non, jamais	<input type="checkbox"/>	→ prenez à la question SH.01.

HB.01. Combien de fois vous brossez-vous vos dents habituellement?

- Plus de deux fois par jour
- Deux fois par jour.....
- Une fois par jour
- Moins d'une fois par jour.....
- Jamais
- Je ne sais pas

HB.02. Pour nettoyer vos dents et/ou votre dentier vous utilisez...? (Plusieurs réponses possibles)

- Dentifrice.....
- Brosse à dents manuelle
- Brosse à dents électrique
- Cure-dents ou bâtonnets interdentaire
- Fil dentaire
- Brosse interdentaire.....
- Brosse pour prothèse dentaire
- Solution dentaire ou bain de bouche
- Comprimés nettoyants pour prothèse.....
- Gratte-langue
- Aucun de ceux-ci

HB.03. En général, quel produit dentaire contenant du fluor utilisez-vous? (Plusieurs réponses possibles)

- Dentifrice/ gel au fluor.....
- Bain de bouche au fluor.....
- Comprimés ou gouttes au fluor.....
- Aucun de ceux-ci
- Je ne sais pas

Soins dentaires

DA.01. De quels conseils avez-vous bénéficiés? (Plusieurs réponses possibles)

- Soin des gencives.....
- Fréquence des visites chez le dentiste
- Hygiène bucco-dentaire.....
- Alimentation et santé bucco-dentaire
- Utilisation de fil dentaire.....
- Utilisation de dentifrice.....
- Utilisation de suppléments de fluor.....
- Utilisation de bains de bouche.....
- Utilisation de cure-dents ou bâtonnets
- Brosse interdentaire.....
- Nettoyage de la langue.....
- Aucun de ceux-ci

DA.02. Quelle est la source de ces conseils? (Plusieurs réponses possibles)

- Chez le dentiste
- En pharmacie.....
- Visite médicale scolaire
- Instituteur/ institutrice.....
- Télévision / radio.....
- Internet
- Magazines / journaux.....
- Famille / amis.....
- Autres, spécifiez _____

DA.03. Quelle raison vous retient d'aller régulièrement visiter un dentiste ? (Plusieurs réponses possibles)

- Peur / nervosité.....
- Coût
- La santé orale n'est pas importante.....
- Absence de symptômes
- Accès difficile aux soins dentaires
- Manque de temps
- Autre, spécifiez _____
- _____
- Aucune.....

Alimentation

NB.01. A quelle fréquence et quand consommez-vous les aliments suivants?

Cochez pour chaque aliment une case dans la première section (Fréquence) et, si d'application, une ou deux cases dans la deuxième section (Moment de la journée).

	1. Fréquence						2. Moment de la journée	
	Plus d'une fois par jour	Une fois par jour	Plus d'une fois par semaine	Une fois par semaine	Rarement	Jamais	Avec les repas	Entre les repas
Jus de fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soft drinks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soft drinks light	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boissons à base de lait (yaourt, soja, chocolat, lait de croissance...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eau en bouteilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eau du robinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thé/café non sucré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thé/café sucré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vin blanc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vin rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alco-pops (boissons alcoolisées pré mixées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bonbons / chocolats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chips / noisettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cake / biscuits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chewing-gum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chewing-gum sans sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Plaintes

OF.01. Durant les 4 semaines , avez-vous eu... ?

a. mal aux dents en consommant des aliments chauds/froids?

Oui Non Je ne sais pas....

b. mal aux articulations de la mâchoire?

Oui Non Je ne sais pas....

c. une autre douleur au niveau de la bouche ou du visage?

Oui Non Je ne sais pas....

d. des saignements des gencives

Oui Non Je ne sais pas....

Santé orale et qualité de vie

Les questions suivantes (OQ.01.-OQ.14.) ne sont qu'à remplir par les personnes ayant 15 ans ou plus.

OQ.01. Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, ressenti des difficultés à prononcer certains mots à cause de problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à vos prothèses?

Très souvent
Assez souvent
Occasionnellement
Presque jamais
Jamais
Je ne sais pas

OQ.02. Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, eu l'impression que votre sens du goût était altéré par des problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à vos prothèses?

Très souvent
Assez souvent
Occasionnellement
Presque jamais
Jamais
Je ne sais pas

- OQ.03. Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, ressenti des douleurs au niveau de votre bouche?**
- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Presque jamais
- Jamais
- Je ne sais pas
-
- OQ.04. Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, ressenti des difficultés à manger certains aliments à cause de problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à vos prothèses?**
- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Presque jamais
- Jamais
- Je ne sais pas
-
- OQ.05. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été gêné suite à des problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à vos prothèses?**
- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Presque jamais
- Jamais
- Je ne sais pas
-
- OQ.06. Vous êtes-vous, au cours des 12 derniers mois, senti tendu à cause de problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à vos prothèses?**
- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Presque jamais
- Jamais
- Je ne sais pas

OQ.07. Au cours des 12 derniers mois, votre alimentation a-t-elle été compromise par des problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à vos prothèses?

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Presque jamais
- Jamais
- Je ne sais pas

OQ.08. Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, interrompu un repas à cause de problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à vos prothèses?

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Presque jamais
- Jamais
- Je ne sais pas

OQ.09. Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, eu des difficultés à vous détendre à cause de problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à vos prothèses?

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Presque jamais
- Jamais
- Je ne sais pas

OQ.10. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous senti embarrassé par des problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à vos prothèses?

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Presque jamais
- Jamais
- Je ne sais pas

OQ.11. Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, été désagréable avec les gens à cause de problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à vos prothèses?

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Presque jamais
- Jamais
- Je ne sais pas

OQ.12. Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, ressenti des difficultés à accomplir vos tâches habituelles à cause de problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à vos prothèses?

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Presque jamais
- Jamais
- Je ne sais pas

OQ.13. Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, ressenti que votre vie était gâchée par des problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à vos prothèses?

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Presque jamais
- Jamais
- Je ne sais pas

OQ.14. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvé dans l'incapacité d'exercer vos diverses activités à cause de problèmes liés à vos dents, à votre bouche ou à vos prothèses?

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Presque jamais
- Jamais
- Je ne sais pas

Tabac

TA.01. Avez-vous déjà fumé plus de 100 cigarettes (environ 5 paquets) ou une quantité équivalente de tabac au cours de votre vie?

Oui
Non → *Passez à la question HE.01.*

TA.02. Fumez-vous actuellement?

Oui, tous les jours
Oui, occasionnellement → *Passez à la question HE.01.*
Non, pas du tout → *Passez à la question HE.01.*

TA.03. En moyenne, combien de cigarettes, cigares, pipes... fumez-vous chaque jour? (Plusieurs réponses possibles)

- Cigarettes manufacturées (en paquet)
- Cigarettes à rouler soi-même (sans filtre)
- Cigarettes à bourrer soi-même (avec filtre)
- Cigares / cigarillos
- Pipes de tabac
- Chicha, narguilé, pipe à eau (nombre de séances)
- Autre, précisez: _____

Santé

HE.01. Souffrez-vous d'une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou des handicaps?

Oui
Non
Je ne sais pas

HE.02. Etes-vous diabétique?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Education - Emploi

ED.01. Quel est le diplôme ou le niveau d'étude le plus élevé que vous ayez obtenu?

- Primaire
- Secondaire inférieur général.....
- Secondaire inférieur technique, artistique ou professionnel.....
- Secondaire supérieur général.....
- Secondaire supérieur technique
- Secondaire supérieur artistique
- Secondaire supérieur professionnel
- Post-secondaire non supérieur.....
- Supérieur non universitaire de type court.....
- Supérieur non universitaire de type long
- Universitaire
- Universitaire – diplôme complémentaire.....
- Doctorat avec thèse.....
- Autre, précisez: _____
- _____
- Pas de diplôme
- Je ne sais pas

ED.02. Pouvez-vous décrire précisément votre profession actuelle?

→ *Passez à la question GE.01.*

- Je ne travaille pas.....
- Je ne sais pas.....

ED.03. Si vous n'exercez actuellement aucune activité rémunérée, dans quelle situation vous retrouvez-vous le mieux?

- Chômage

- Maladie ou invalidité
- Etudes.....
- Pensionné(e)
- Je suis occupé(e) dans le ménage, sans rémunération
- Je suis un aidant chez un indépendant
- Autre situation, précisez: _____
- _____
- Je ne sais pas

Général

GE.01. Quelle est votre taille (sans chaussures)?

cm

Je ne sais pas

GE.02. Quel est votre poids (sans vêtements et sans chaussures)?
(Femmes enceintes: poids avant la grossesse)

kg

Je ne sais pas

GE.03. Quelle est votre nationalité actuelle?

GE.04. Quel est votre pays de naissance ?

MERCI POUR VOTRE COOPERATION !

7. ETAT DENTAIRE (tous les âges)

	18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	27	28	
MAXILLAIRE																	(27-42)
MANDIBULE																	(43-58)
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				

Etat de la dent	Score pour les dents permanentes	Score pour les dents temporaires
Saine	0	A
Cariée	1	B
Restaurée avec carie	2	C
Restaurée sans carie	3	D
Extraite pour caries	4	E
Absente pour d'autres raisons	5	N
Scellement de fissures	6	F
Bridge, pilier, couronne spéciale ou facette	7	G
Dent incluse	8	N
Traumatisme (fracture)	9	T
Non enregistré	X	X

RACINES:

Nombre de dents avec des racines exposées	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(59)
Nombre de dents avec des racines exposées, cariées et/ou obturées	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(60)
Nombre d'implants	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(61)

8. ETAT PROTHETIQUE (tous les âges)

MAXILLAIRE

- (62a) Pas de prothèse
 (62b) Plus d'un bridge
 (62c) Un bridge
 (62d) Uniquement une prothèse partielle
 (62e) Bridge(s) et prothèse partielle
 (62f) Prothèse amovible complète

MANDIBULE

- (63a) Pas de prothèse
 (63b) Plus d'un bridge
 (63c) Un bridge
 (63d) Uniquement une prothèse partielle
 (63e) Bridge(s) et prothèse partielle
 (63f) Prothèse amovible complète

TYPE DE PROTHESE PARTIELLE

MAXILLAIRE

- (64a) Résine
 (64b) Squelettique
 (64c) Non concerné

MANDIBULE

- (65a) Résine
 (65b) Squelettique
 (65c) Non concerné

9. CONTACTS FONCTIONNELS OCCLUSAUX (âge ≥ 15 ans)

	Droit	Gauche
Nombre de contacts entre dents naturelles antagonistes (sans éventuelle prothèse amovible partielle)		

(66-67)

	Droit	Gauche
Nombre de contacts entre dents naturelles et/ou dents de prothèse amovible partielle antagonistes		

(68-69)

0, 1, 2, 3, 4 ou 5 = nombre de contacts

/ = nc(individu plus jeune que 15 ans)

/ = nc(individu plus jeune que 15 ans ou pas de prothèse amovible présente)

Sessions d'information et de calibrage

2008	
Sessions d'information	
10/01/08	Bruxelles
17/01/08	Gand
22/01/08	Namur
Sessions de training et de calibrage	
4/03/08	Bruxelles VUB
11/03/08	Bruxelles VUB
6/03/08	Gand
6/03/08	Bruxelles UCL
11/03/08	Bruxelles ULB
2009	
Sessions d'information et de calibrage	
12/02/09	Gand
19/02/09	Bruxelles NL
19/02/09	Bruxelles FR
2010	
Sessions d'évaluation	
21/01/10	Bruxelles
29/04/10	Bruxelles
2011	
Session d'évaluation finale	
17/03/11	Bruxelles

Cher(e) c

Les résultats
préciser l
Ci-dessous
calibrage

Les antérieures ont souligné la nécessité de
t des données dans le cadre du projet référencé.
Immune au groupe de dentistes participant au
s de diagnostic.

Ce qui
pour

dans les scores pour l'indice de plaque. C'est
e de l'indice de plaque: :

La présence et la sévérité de la plaque dentaire dans la dentition sont évaluées pour tous les groupes d'âge, pour des dents sélectionnées : 16 (55), 12 (52), 36 (75), 32 (72) et 44 (84). Une seule valeur par case est autorisée.

Si les dents temporaires et les dents permanentes sont présentes, la mesure sera réalisée au niveau de ces dernières.

Les dents et la gencive doivent être légèrement séchées à l'aide de compresses. Les rouleaux de coton ne devraient pas être utilisés pour éviter d'interférer avec les dépôts mous. La face vestibulaire de chaque dent sélectionnée est évaluée pour mesurer l'indice de plaque de la dent.

Cochez à chaque fois la réponse conforme dans le formulaire.

Les critères d'indice de plaque sont les suivants :

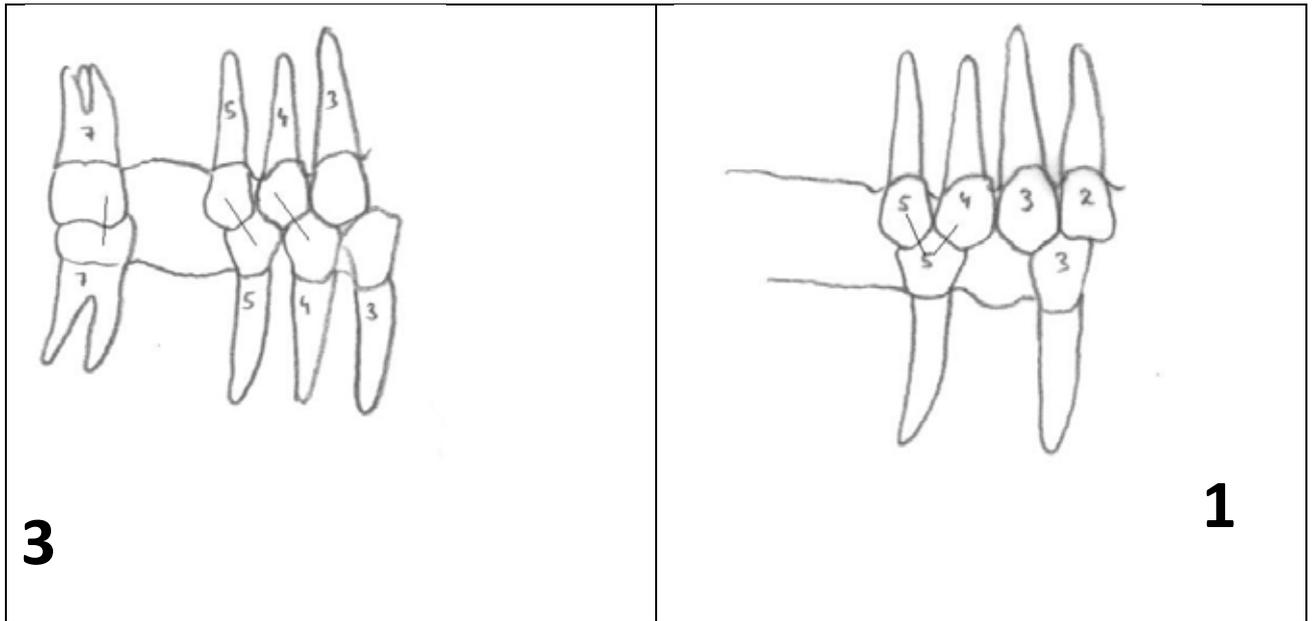
SCORE	CRITÈRES
0	Pas de plaque détectée, même après passage de la sonde sur la surface de la dent.
1	Présence d'un film de plaque adhérent au bord gingival libre et sur les zones adjacentes de la dent. La plaque n'est uniquement détectable que par le passage de la sonde sur la surface dentaire.
2	Accumulation modérée de plaque dans la poche gingivale, sur la dent et la gencive marginale et/ou sur les surfaces dentaires adjacentes, accumulation visible à l'œil nu.
3	Abondance de plaque dans la poche gingivale et/ou sur le bord gingival et sur les surfaces dentaires adjacentes.
X	Dent absente.

Conditions cliniques	Commentaires
1. Espace dentaire	<p>Notez la différence entre les codes suivants : “non concerné” et “pas de chevauchement”.</p> <p>Rappelez-vous que toutes les conditions bucco-dentaires doivent être enregistrées, et par conséquent recevoir un score.</p>
2. Malocclusion	<p>Il y a eu une confusion entre les codes suivants : « pas de malocclusion (non) » et « non concerné (nc) ».</p>
3. Plaque dentaire	<p>Rappelez-vous que toutes les conditions bucco-dentaires doivent être enregistrées, et par conséquent recevoir un score. Ne laissez pas de cases non remplies !</p> <p>Des scores de plaque ont été attribués à certaines dents alors qu’elles étaient absentes.</p> <p>Des scores de plaque ont été parfois sous-estimés et parfois surestimés.</p>
4. DPSI	<p>Rappelez-vous que toutes les conditions bucco-dentaires doivent être enregistrées, et par conséquent recevoir un score.</p> <p>Il y a eu une confusion entre les codes suivants : « non concerné (x) » et « ne pas enregistrer la condition buccale ».</p> <p>Des scores DPSI ont été attribués à certaines dents alors qu’elles étaient absentes.</p>
5. Usure dentaire	<p>Rappelez-vous que toutes les conditions bucco-dentaires doivent être enregistrées, et par conséquent recevoir un score. Ne laissez pas de cases vides!</p> <p>Quelques cas ne présentant pas d’usure dentaire n’ont pas été enregistrés.</p>
6. Anomalies de développement de l’émail	<p>Il y a eu une confusion entre l’opacité localisée de l’émail et l’hypoplasie de l’émail.</p> <p>Dans le cas d’<u>opacité délimitée</u>, la surface amélaire montre une épaisseur et une translucidité normale ainsi qu’une surface intacte. Eventuellement, une altération de la translucidité de l’émail peut être présente, sous la forme d’une opacité bien délimitée, mais sans réduction localisée de l’épaisseur de l’émail.</p> <p>Dans le cas d’<u>hypoplasie</u>, on observe un défaut entreprenant la surface de l’émail associé à une réduction localisée de l’épaisseur d’émail. Elle peut se présenter sous la forme de puits, de sillons, voire par une absence partielle ou complète de l’émail.</p>

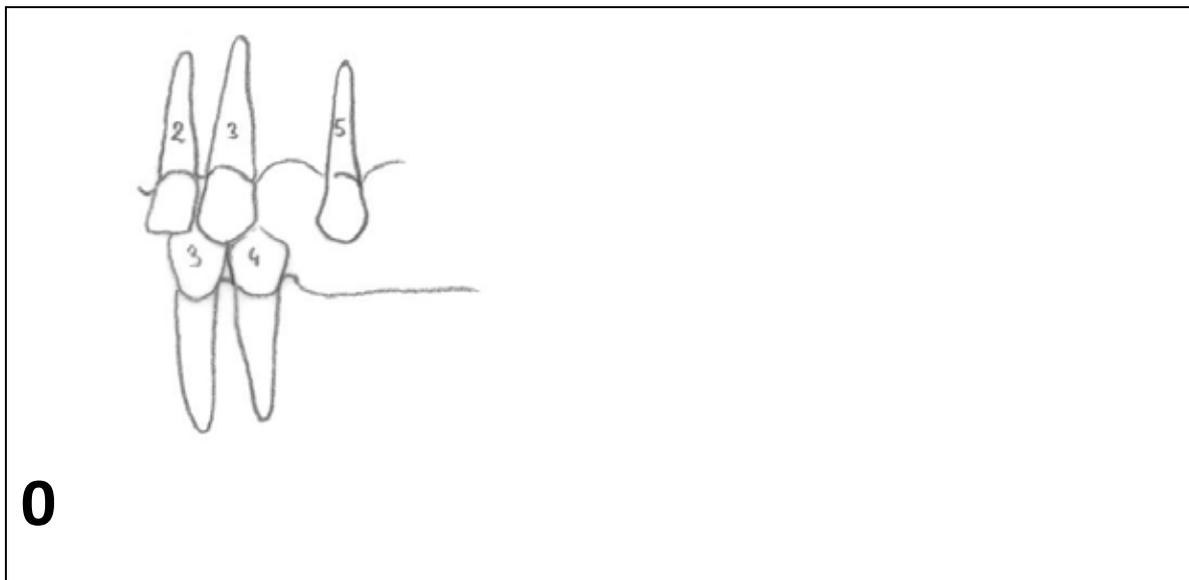
	L'émail atteint peut être translucide ou opaque.
7. Etat dentaire	<p>Il y a eu une confusion entre les codes suivants : « non enregistré (x) », « extraite pour caries (4) », « absente pour d'autres raisons (5) » et « dent incluse (8) ».</p> <p>Certaines caries ont parfois été sous-estimées, et d'autres surestimées.</p> <p>Pour les implants, n'oubliez pas de remplir les cases (mettez un 0 en cas d'absence d'implants) .</p>
8. Etat prothétique	<p>Il y a eu une confusion entre les codes suivantes : « non concerné (x) » et « condition bucco-dentaire non enregistrée ».</p> <p>N'oubliez pas de cocher le type de prothèse avec un "x" dans le cas où l'individu n'en porte pas. N'oubliez pas non plus d'enregistrer la prothèse de la mâchoire inférieure.</p>
9. Contacts fonctionnels occlusaux (dents naturelles et prothèses)	<p>Une difficulté existe pour diagnostiquer le nombre exact de contacts occlusaux. Il y a eu une confusion entre les codes suivantes : « non concerné (x) » et « ne pas enregistrer la condition buccale ».</p> <p>Rappelez-vous que toutes les conditions buccales doivent être enregistrées, et par conséquent recevoir un score. Ne laissez pas de cases non remplies !</p> <p>Les nombres de contacts enregistrés entre les dents naturelles ne sont pas les mêmes que ceux entre les dents naturelles et prothèse(s).</p> <p>Notez que dans le cas d'absence de prothèse le score correct est « non concerné » (x).</p>

Contacts fonctionnels occlusaux : veuillez trouver quelques clarifications ci-dessous :

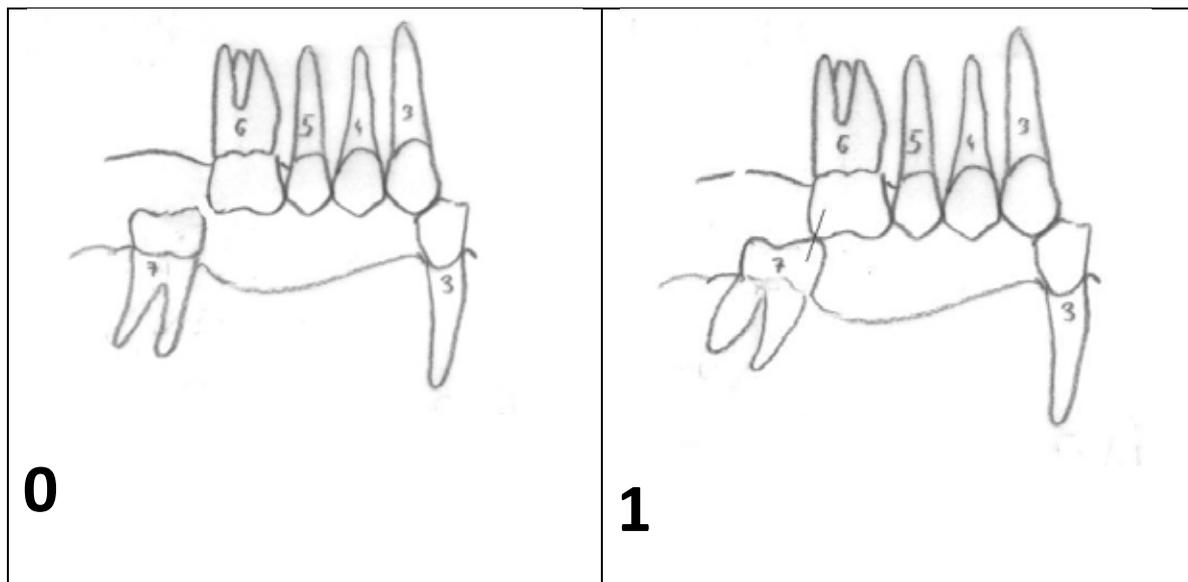
1. Une dent fait contact avec deux antagonistes: ceci compte pour 1 contact fonctionnel.



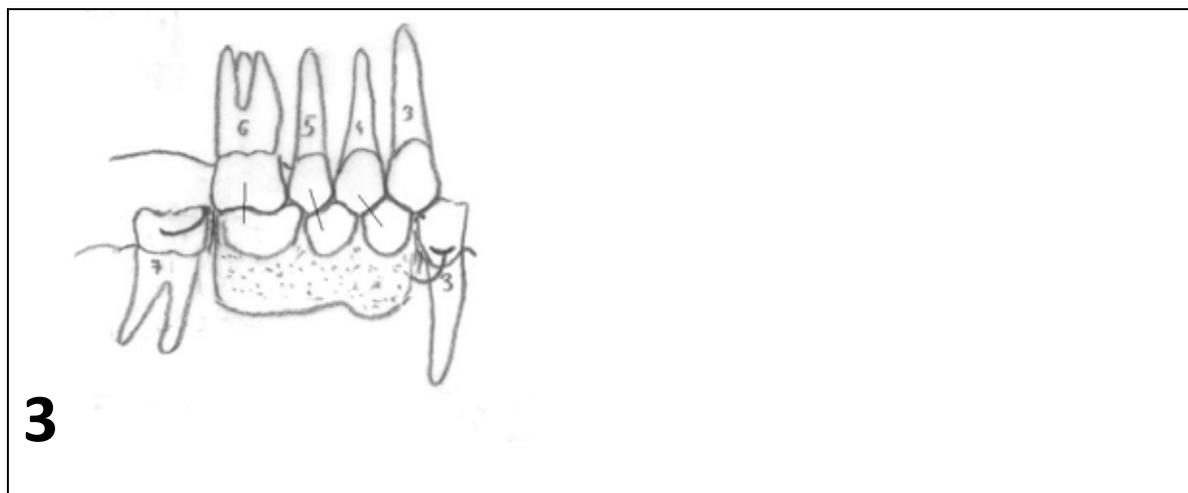
2. Des contacts avec des incisifs/canines ne comptent **PAS** comme contacts fonctionnels.



3. Des contacts se faisant par migration des dents comptent comme contacts fonctionnels.



4. Chaque dent naturel qui fait contact avec une prothèse compte pour 1 contact fonctionnel (rubrique “ Nombre de contacts entre dents naturelles et/ou dents de prothèse amovible partielle antagonistes ”), quelle que soit la manière dont les dents artificielles sont montées.





Secrétariat: Vrije Universiteit Brussel
Avenue Laarbeek 103– 1090 Bruxelles

Enquête sur la santé de la population.

Madame, Monsieur,

La Cellule Interuniversitaire Epidémiologie (CIE) organise pour la première fois une **enquête sur la santé bucco-dentaire** en Belgique. Cette enquête, à la demande de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité aura lieu ensemble avec l'enquête sur la santé 2008 - 2009.

Les enquêtes sur la santé précédentes nous ont permis de rassembler des données précises sur **l'état de santé** des habitants **et leurs besoins en matière de soins**. Ces informations sont essentielles pour améliorer le bien-être de la population au moyen d'une politique de santé équilibrée. Cette enquête sur la santé bucco-dentaire a le même but mais spécifiquement au domaine de la bouche et des dents. Votre participation à cette enquête est bien entendu **entièrement volontaire**. Toutefois, il est important de souligner que **votre participation est d'un grand intérêt pour le succès de l'enquête**. L'enquête sur la santé bucco-dentaire consiste en un questionnaire et un examen de bouche. L'ensemble prendra environ 30 minutes à 1 heure maximale par personne et se fera chez vous à un moment de votre choix. Puisque la validité des résultats issues de cette enquête dépend de la participation des familles contactées, votre collaboration serait très appréciée.

La Cellule Interuniversitaire Epidémiologie vous garantit **la confidentialité absolue, comme soumis par la loi belge** (voir dépliant en annexe).

Dans les semaines qui suivent la réception de ce courrier, **vous aller être contacté par un dentiste - enquêteur** afin de fixer un rendez-vous. Pendant ce contact, vous aurez bien sûr l'occasion de lui demander de plus amples informations. Vous pouvez également joindre notre secrétariat au 09/332.40.25.

En raison d'éventuels refus de participation, le nombre de ménages contactés est plus important que le nombre de ménages sélectionnés pour réaliser l'étude. Il est donc possible que votre ménage, bien qu'initialement contacté pour participer à l'enquête, n'a pas été retenu et que vous ne serez pas contacté par nos dentistes-enquêteurs. Dans ce cas nous vous remercions, néanmoins, pour l'intérêt que vous avez porté à cette étude.

En vous remerciant d'avance pour votre aimable collaboration, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

VOTRE PARTICIPATION EST IMPORTANTE

*Si vous voulez influencer la
politique de santé dans l'avenir,
participez à notre enquête.*

*Même si vous n'avez plus vos
propres dents ou si vous êtes
porteur d'une prothèse, vous
pouvez apporter une contribution
importante à cette enquête*

Participez !



Pour toutes informations, contactez :

Vrije Universiteit Brussel
Prof. Dr. Peter Bottenberg
Laarbeeklaan 103 - 1090 Brussel
Secrétariat: 02/477 49 39

Autres partenaires :

Katholieke Universiteit Leuven
Prof. Dr. Dominique Declerck

Université Catholique de Louvain
Prof. Dr. Jean-Pierre Van Nieuwenhuysen

Universiteit Gent
Prof. Dr. Jacques Vanobbergen

Université Libre de Bruxelles
Prof. Dr. Astrid Vanden Abbeele

Enquête nationale sur la santé bucco-dentaire



2009-2010



Santé bucco-dentaire et santé générale, même priorité !



Quel est l'objectif de cette recherche ?

Santé bucco-dentaire et santé générale sont indissociables. Une bonne santé bucco-dentaire ne bénéficie pas seulement à la qualité de vie, mais présente également un impact important sur la santé en général. Inversement, les maladies ou leurs traitements ont aussi des répercussions sur la cavité buccale.

A ce jour, nous ne disposons pas d'outils donnant une image claire de l'estimation de la santé bucco-dentaire de la population belge et de ses besoins. En 2009-2010 à la demande de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité une enquête nationale sur la santé bucco-dentaire sera menée en relation avec l'enquête de santé nationale qui est organisée régulièrement par l'Institut Scientifique de Santé Publique.

Votre famille a été sélectionnée pour l'enquête de santé bucco-dentaire. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous y portez.

Questionnaire et examen de bouche

Endéans les deux semaines après réception de ce dépliant, vous allez être contacté par un de nos dentistes enquêteurs, qui vous proposera un rendez-vous à domicile à votre convenance. Au cours de cette visite, il vous sera demandé de remplir un questionnaire concernant vos habitudes de santé bucco-dentaire.

En outre, le dentiste vous demandera aussi de participer à un examen de bouche



gratuit. Cet examen de bouche nous permettra de rassembler des données concernant la santé bucco-dentaire de la population

belge. C'est l'objectif principal de cette enquête.

Comme dans l'enquête de santé, un maximum de 4 personnes par famille sera choisi.

Anonymat garanti

Chacun d'entre nous a droit au respect de sa vie privée. Nous garantissons l'anonymat complet de toutes les données personnelles, qui seront collectées au cours de cette enquête. Le contenu de cette enquête a été soumis pour avis à la Commission pour la Protection de la Vie Privée et à la Commission d'Éthique Biomédicale de l'Université de Gand.

Les données recueillies seront analysées de manière anonyme. Personne ne pourra être identifié. Les résultats seront présentés sous une forme telle, qu'il sera impossible de les relier à un nom ou à une adresse.

ARRONDISSEMENT TONGEREN														
Groep	Kwartaal	NUM_MENA	Rank	Name	Adress	PC	Stad	NIS	Age	SSN	HH size	<15j	<15-65j	<65j
Gemeente: *****														
179	4	17941001	1	CAMILLE	*****	****	*****	73022	**	*****	01	0	0	1
179	4	17942002	1	GEORGES	*****	****	*****	73022	**	*****	02	0	0	2
			2	ALPHONSINA	*****	****	*****	73022	**	*****				
179	4	17942003	1	GUSTAVE	*****	****	*****	73022	**	*****	02	0	0	2
			2	HENRIETTE	*****	****	*****	73022	**	*****				
179	4	17943004	1	EDGARD	*****	****	*****	73022	**	*****	06	2	4	0
			2	MADELEINE	*****	****	*****	73022	**	*****				
			3	DANNY	*****	****	*****	73022	**	*****				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Nr. van de groep waartoe de gemeente behoort</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">K W a r t a a l</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Nummer van het huishouden</div> </div>														
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">NIS code van de gemeente</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Grootte van het huishouden</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Aantal gezinsleden behorend tot een bepaalde leeftijdscategorie</div> </div>														
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Rank: 1: partner 1 2: partner 2 3: kind </div>														



**CELLULE INTERUNIVERSITAIRE
D'ÉPIDÉMIOLOGIE**

**ENQUÊTE NATIONALE SUR LA
SANTÉ BUCCO-DENTAIRE**

....., dentiste,
s'est présenté(e) le/...../200..... chez la famille
.....
concernant une participation à l'Enquête Nationale de Santé
Bucco-Dentaire.

Elle/il vous contactera à nouveau afin de fixer un rendez-vous
à votre convenance. Vous pouvez la/le contacter par
téléphone au numéro

Meilleurs salutations,

Dentiste-enquêteur

Formulaire de communication: Enquête 2009-2010

N° dentiste N° groupe: Commune

NSS pers. de réf. ménage	Prises de contact								Statut définitif du ménage				
	T D/..... AM PM S	Questionnaire complété <input type="checkbox"/>	Examen clinique <input type="checkbox"/>	Non contactable <input type="checkbox"/>	Refus <input type="checkbox"/>	Non complété le <input type="checkbox"/>							
_____ Date d'envoi de l'adresse/..... téléphone ou gsm	T D/..... AM PM S En suspens <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre: Nombre:							
_____ Date d'envoi de l'adresse/..... téléphone ou gsm	T D/..... AM PM S En suspens <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre: Nombre:							
_____ Date d'envoi de l'adresse/..... téléphone ou gsm	T D/..... AM PM S En suspens <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre: Nombre:							
_____ Date d'envoi de l'adresse/..... téléphone ou gsm	T D/..... AM PM S En suspens <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre: Nombre:							

T : contact par téléphone D : contact à domicile AM : Matin PM : après-midi S : soir
 NSS: Numéro de Sécurité Sociale de la personne de référence du ménage
 Formulaire à renvoyer à l'ICE par l'enveloppe prévue de par fax : 09/332.38.51
 ou email:ice@UGent.be



Systeme d'enregistrement et d'évaluation des données de santé bucco- dentaire de la population Belge

Guide du dentiste-enquêteur

27-04-2009

2008 – 2010

Sommaire

1. Introduction	4
2. Qui doit être interrogé/examiné?	4
3. La transmission d'informations entre la CIE et les dentistes-enquêteurs.....	5
4. Contact des ménages, interviews et examens	5
4.1. Procédure pour contacter les ménages et remplir le formulaire de réception	6
4.1.1. Vérifier l'existence des adresses	7
4.1.2. Vérifier si le ménage mentionné habite effectivement à l'adresse indiquée?.....	7
4.1.3. Voir si un contact est possible	7
4.1.4. Spécifier si le ménage accepte de participer à l'enquête.....	8
4.1.5. Situations particulières.....	9
4.1.6. Schéma prise de contact avec les ménages	11
4.2. Qui faut-il interroger au sein du ménage?	12
4.3. Déroulement de l'interview/examen.....	13
4.3.1. Préparation de la visite à domicile	13
4.3.2. Visite à domicile	13
4.3.3. L'examen clinique.....	14
4.3.4. Fin de l'interview	15
4.4. Règles éthiques et déontologiques	15
4.4.1. Ethique	15
4.4.2. Statut du dentistes-enquêteur	16
4.4.3. Responsabilité	16
4.4.4. Déontologie.....	16
4.4.5. Contrôle de qualité.....	17
4.5. Remplacement des ménages non participants	17
5. Secrétariat de l'enquête de santé bucco-dentaire (secrétariat CIE)	19
6. Coordonnées des personnes de contact.....	20
7. Obligations du dentiste-enquêteur en ce qui concerne le traitement des données personnelles et les dispositions contractuelles	20
7.1. Introduction	20
7.2. La loi relative à la protection de la vie privée concernant le traitement des données à caractère personnel	20
7.3. La collecte de données particulières	23
7.4. Consentement éclairé	23

7.5.	Le refus de participer	23
7.6.	Comportement du dentiste-enquêteur	24
7.7.	Autres dispositions contractuelles	24
	Prière d'envoyer par la poste cet exemplaire daté et signé au secrétariat CIE	26
Annexe 1:	Documents utilisés	27
	Annexe A: Lettre d'accompagnement pour les ménages	27
	Annexe B: Dépliant pour les ménages	28
	Annexe C: Formulaire de communication	29
	Annexe D: Formulaire de réception	30
	Annexe E: Exemple liste d'adresses	31
	Annexe F: Carte de contact dentiste-enquêteur CIE	32
	Annexe G: Certificat CIE	33
ANNEXE 2:	Conseils pour les dentistes-enquêteurs	34

1. Introduction

Ce manuel est destiné aux dentistes-enquêteurs du projet “Enregistrement et évaluation des données de santé bucco-dentaire de la population Belge” (défini contractuellement entre le Comité d’Assurances de l’INAMI et la Cellule Interuniversitaire d’Epidémiologie (CIE).

Ce document décrit le déroulement de l’enquête, les règles éthiques et déontologiques, ainsi que les conseils pouvant être utilisés par les dentistes-enquêteurs effectuant la mission.

2. Qui doit être interrogé/examiné?

Il n’est pas possible d’interroger l’ensemble des habitants du pays. C’est pourquoi un tirage au sort d’un échantillon de la population a été réalisé. Les personnes qui seront interrogées ont été sélectionnées au hasard à partir du Registre National. Cette méthode permettra de généraliser les résultats à l’ensemble de la population Belge, donnant ainsi une image représentative de la situation bucco-dentaire en Belgique.

Au cours des années 2008 et 2009, environs 2500 ménages au total seront interrogés à propos de l’état de santé bucco-dentaire de leurs membres ou d’une partie d’entre eux. Cela permettra une récolte d’informations sur la santé bucco-dentaire d’un peu plus de 6000 personnes. Pour réaliser ce travail, le concours d’environ 150 dentistes-enquêteurs est nécessaire.

Chaque dentiste-enquêteur prendra en charge un groupe de 50 interviews et examens. Ceux-ci s’effectueront au domicile des personnes sélectionnées.

Exceptionnellement, un seul dentiste-enquêteur peut visiter 2 ou plusieurs groupes de 50 personnes. Les individus d’un même groupe habitent tous dans la même commune ou ville. Les visites à domicile seront réparties équitablement par trimestre ; par conséquent, 12 ou 13 interviews/examens devront être effectués par groupe et par trimestre.

La Cellule Interuniversitaire d’Epidémiologie (CIE) invitera, à l’aide d’un courrier, les ménages sélectionnés à participer à l’Enquête sur la santé bucco-dentaire. La liste des ménages sélectionnés est fournie à la CIE par la Direction Générale de la Statistique et de l’Information Economique (DGSIE). Cette participation n’étant pas obligatoire, la DGSIE a constitué un fichier de ménages de réserve qui seront sollicités pour remplacer les ménages qui refusent de participer à l’enquête ou qui sont non joignables.

3. La transmission d'informations entre la CIE et les dentistes-enquêteurs

Au début de chaque période, le secrétariat de l'enquête enverra aux dentistes-enquêteurs par mail ou par la poste, une liste des ménages à contacter au courant de cette période (voir annexe E).

Chaque ménage comprend une personne de référence – c'est sous le nom de cette personne que le ménage est inscrit dans le registre national (anciennement dénommé « chef de famille ») - et les autres membres faisant parties du ménage.

La liste des ménages reprend pour chaque ménage sélectionné les coordonnées suivantes:

- le numéro d'identification du ménage, composé de 8 chiffres
- le nom et le prénom de la personne de référence
- l'adresse du ménage (rue, numéro, code postal, localité)
- l'âge de la personne de référence
- le NRN des membres du ménage
- le code INS de la commune
- le nombre de personnes dans le ménage de moins de 15 ans, de 15 à 64 ans, et de 65 ans ou plus.
- le statut du ménage. Celui-ci ne sera ajouté par le secrétariat, qu'après le premier envoi du formulaire de communication par le dentiste-enquêteur. De plus amples explications à ce sujet suivront dans ce manuel.

Les numéros de téléphone des ménages ne figurent ni dans le Registre National, ni dans cette liste de ménages. Le dentiste-enquêteur devra donc les rechercher lui-même. L'utilisation croissante des téléphones mobiles fait que de plus en plus de ménages ne disposent plus d'une ligne téléphonique fixe. Même si l'enquêteur entre en contact avec le ménage sans passer par une communication téléphonique, il devra renseigner le numéro de téléphone de ce ménage dans le formulaire de communication (voir plus loin).

Simultanément à l'envoi d'une liste de ménages à l'enquêteur, le secrétariat CIE adresse un courrier (lettre + dépliant) aux ménages repris sur cette liste (voir annexes A et B). La lettre présente un aperçu sommaire des objectifs de l'Enquête sur la santé bucco-dentaire et incite les ménages à y participer. Le dépliant mentionne que la participation à l'enquête est volontaire et qu'un dentiste-enquêteur prendra contact avec le ménage endéans les 15 jours. Il importe donc que le dentiste-enquêteur ne tarde pas à joindre les ménages de sa liste.

Dès que ce courrier est envoyé, nous considérons que ces ménages sont activés. Ce qui veut dire que le ménage est repris dans le système et qu'il attend d'être contacté.

L'enquêteur doit dès lors vérifier assez rapidement si ces ménages souhaitent effectivement participer à l'enquête. Dans le cas d'une réponse positive, le dentiste-enquêteur fera remplir le formulaire de consentement, déposera le questionnaire, aidera les personnes sélectionnées à le remplir et effectuera finalement un examen de la bouche.

4. Contact des ménages, interviews et examens

La procédure de prise de contact avec les ménages n'est pas arbitraire, mais bien définie afin de veiller à ce que:

- (a) les dentistes-enquêteurs agissent d'une manière systématique et standardisée
- (b) le travail de terrain se déroule selon un calendrier strict.

Deux formulaires ont été développés pour faciliter le travail des dentistes-enquêteurs, ainsi que son suivi par le secrétariat CIE:

le **FORMULAIRE DE COMMUNICATION** et le **FORMULAIRE DE RECEPTION** (voir en annexe).

Les deux formulaires doivent être impérativement et correctement complétés par le dentiste-enquêteur.

- Le FORMULAIRE DE COMMUNICATION (annexe C) est le principal lien entre l'enquêteur et le secrétariat de l'enquête. Le dentiste-enquêteur doit renvoyer ce formulaire tous les 14 jours au secrétariat (de préférence via le formulaire en ligne sur www.ice.ugent.be, on s'enregistre d'abord, alors le menu d'utilisateur devient visible). Ceci est très important, car il permet au secrétariat d'avoir une idée de l'avancement du travail et de l'évolution des contacts avec les ménages (nombre, date, mode des prises de contacts,...). Il permet au dentiste-enquêteur de surveiller l'évolution de ces propres travaux et de voir assez vite quels ménages doivent encore être contactés. En outre, pour le dentiste-enquêteur, l'envoi du formulaire de communication au secrétariat permettra d'obtenir rapidement des ménages de remplacement, à la place de ceux qui n'ont pas souhaité participer à l'enquête.
- Le FORMULAIRE DE RECEPTION (annexe D) sera complété par le dentiste-enquêteur pour chaque ménage repris dans la liste des ménages. L'enquêteur devra y indiquer le statut définitif du ménage (voir aussi le point 4.2.4.); pour y parvenir, le formulaire suit une séquence de questions, auxquelles le dentiste-enquêteur doit répondre. Il est important aussi de collecter des informations au sujet des ménages non participants (ménages non joignables, refus de participation, autre,...). Ces dernières sont importantes pour l'interprétation des résultats de l'enquête. Le dentiste-enquêteur précisera aussi le nombre de questionnaires remplis par chacun des ménages participants.

4.1. Procédure pour contacter les ménages et remplir le formulaire de réception

Tout commence avec l'activation du ménage (voir la partie 3): cette dernière correspond au moment où une lettre d'invitation est envoyée aux ménages pour participer à l'enquête. Au même moment, le dentiste-enquêteur reçoit du secrétariat CIE une liste avec les noms et les adresses des ménages invités.

Un premier contact devra être obtenu dans les 15 jours suivant la réception. Ces ménages savent déjà par courrier qu'un enquêteur prendra contact avec eux et que leur participation est volontaire. Dès lors, il est recommandé d'expliquer au ménage que vous prenez ce premier contact avec lui afin de fixer un rendez-vous pour effectuer l'interview et/ou examen de bouche.

L'enquêteur peut choisir le moyen (téléphone ou visite à domicile) par lequel il tente d'établir le premier contact avec les ménages activés. Cependant, pour les raisons mentionnées ci-dessous, il est préférable d'établir ce premier contact lors d'une visite à domicile.

4.1.1. Vérifier l'existence des adresses

PREMIEREMENT, le dentiste-enquêteur doit vérifier si l'adresse mentionnée existe.

Bien que la composition de l'échantillon soit faite à partir d'un extrait (récent) du Registre National de la population, il peut arriver que l'adresse mentionnée n'existe pas (le nom de rue n'existe pas, le numéro de maison n'existe pas,...).

Dans ce cas, sur le formulaire de réception, le statut définitif du ménage est indiqué comme 'AUTRE'. L'enquêteur doit toutefois donner quelques détails sur la situation rencontrée (une adresse inexistante, un numéro inexistant,...). Le statut 'AUTRE' est un statut définitif. Il est évident qu'une visite à domicile du dentiste-enquêteur est indispensable avant de pouvoir attribuer ce statut définitif.

4.1.2. Vérifier si le ménage mentionné habite effectivement à l'adresse indiquée?

En DEUXIEME lieu, le dentiste-enquêteur doit vérifier si le ménage vit effectivement à l'adresse mentionnée sur la liste.

Si à l'adresse indiquée sur la liste des ménages, une ruine ou une habitation abandonnée est trouvée, il est évident que le ménage n'y habite plus. La situation sera moins claire, si le nom du ménage mentionné sur la liste ne correspond pas à celui écrit sur la sonnette; le dentiste-enquêteur doit alors sonner pour vérifier auprès de ces gens s'il s'agit ou non d'un autre ménage.

Le dentiste-enquêteur suivra TOUJOURS la personne de référence : si celle-ci vit toujours à cette adresse, ce ménage pourra prendre part à l'enquête, par contre, si la personne de référence n'habite plus à l'adresse indiquée, le dentiste-enquêteur mentionnera un déménagement sur le formulaire ainsi que, dans la mesure du possible, la nouvelle adresse de cette personne, qu'il tentera d'obtenir sur place.

Si la personne de référence n'a pas changé de commune, l'enquêteur doit interroger cette personne de référence à sa nouvelle adresse.

Dans le cas où la personne de référence n'habiterait plus à l'adresse mentionnée dans la liste, et que sa nouvelle adresse est inconnue ou se situe dans une autre commune, le statut 'AUTRE' avec la mention 'DEMENAGE' doit être indiqué sur le formulaire de réception.

Il est évident qu'une visite à domicile du dentiste-enquêteur est indispensable avant de pouvoir attribuer ce statut définitif.

4.1.3. Voir si un contact est possible

Le TROISIEME élément à vérifier est la possibilité d'un contact avec un membre du ménage.

Il peut arriver que, lors d'une visite à domicile, personne ne soit à la maison ou que personne ne réponde au téléphone. Dans ce cas, il faut repasser ou retéléphoner à un autre moment ou encore

prendre contact par un autre moyen. En cas d'absence à domicile, une petite carte de visite (que le dentiste-enquêteur recevra) peut être laissée pour indiquer le moment de votre passage et annoncer quand vous réessayerez de joindre le ménage.

Pour qu'un ménage soit considéré comme 'NON CONTACTABLE', le dentiste-enquêteur doit effectuer au moins cinq tentatives de contact au cours d'un intervalle de deux semaines. Ces tentatives de contact doivent satisfaire aux exigences suivantes:

- au moins une tentative de contact doit être une visite à domicile
- au moins deux tentatives de contact doivent avoir lieu durant le week-end
- au moins deux tentatives de contact doivent avoir lieu en semaine en dehors des heures de bureau

Un ménage déclaré comme 'NON CONTACTABLE' par un dentiste-enquêteur sans remplir les conditions décrites ci-dessus, ne sera pas accepté par le secrétariat CIE. Il sera alors demandé à l'enquêteur de tenter à nouveau de prendre contact avec le ménage. Le dentiste-enquêteur doit toutefois donner quelques détails sur la situation rencontrée.

4.1.4. Spécifier si le ménage accepte de participer à l'enquête

En QUATRIEME lieu, le dentiste-enquêteur doit vérifier si le ménage accepte de participer au projet.

Il existe une série de recettes que l'on peut utiliser à cet effet (voir annexe 2). Après le premier contact, il est probablement clair si le ménage participera ou refusera de participer à l'enquête.

Si le ménage REFUSE de participer, il faut absolument le noter et en préciser la raison sur 'le formulaire de réception'. Cette information nous permettra, dans de futurs projets, d'éviter quelques raisons de refus.

Chaque tentative de contact avec un ménage doit être notée sur le formulaire de communication. A la fin de chaque intervalle de deux semaines, l'enquêteur doit le renvoyer au secrétariat CIE, afin de lui permettre de suivre les progrès du travail sur le terrain.

Après un premier intervalle de deux semaines, le dentiste-enquêteur doit déterminer le statut de chaque ménage qui lui a été confié, à savoir, 'PARTICIPATION', 'REFUS', 'NON CONTACTABLE', 'AUTRE' ou 'EN SUSPENS'.

- INTERVIEW, REFUS, NON CONTACTABLE et AUTRE sont des statuts définitifs du ménage.

Quand un ménage accepte de participer, une fois les formulaires de consentement et questionnaires remplis et les examens cliniques effectués, le statut 'PARTICIPATION' sera indiqué. Dans ce cas, le dentiste-enquêteur doit noter sur le formulaire de communication combien de membres du ménage ont été 'interviewés'.

Lorsqu'un ménage refuse de participer, celui-ci est inscrit avec la mention 'REFUS' dans le formulaire de communication. Dans le cas où le refus a été communiqué par téléphone, le dentiste-enquêteur doit essayer d'en trouver la raison.

Important: chaque tentative de contact avec un ménage doit être notée sur le formulaire de communication.

- le statut 'EN SUSPENS' est un statut provisoire en attendant qu'il évolue vers les statuts définitifs mentionnés ci-dessus.

Si, après au moins 5 tentatives de contact avec le ménage, le dentiste-enquêteur décide d'encore poursuivre les tentatives de contact ou lorsque les ménages à contacter sont, par exemple, en vacances, le ménage est provisoirement considéré comme 'EN SUSPENS'. Pour les ménages signalés 'EN SUSPENS', le dentiste-enquêteur reçoit la possibilité d'entreprendre à nouveau au moins 5 tentatives de contact au cours de l'intervalle qui suit. Pour ce faire, les mêmes règles que pour le premier intervalle sont d'application.

Au moment du renvoi du formulaire de communication, si pour un ménage qui a accepté de participer à l'enquête, un rendez-vous pour l'interview est fixé à plus tard ou s'il reste des interviews à faire pour ce ménage, celui-ci est également considéré comme 'EN SUSPENS'.

Si après deux intervalles, le statut définitif du ménage n'est toujours pas connu, le secrétariat avertit le dentiste-enquêteur qu'il peut encore disposer d'un dernier intervalle pour effectuer au moins cinq tentatives de contact avec le ménage et lui attribuer un statut définitif. Si ces derniers essais de contacts ne mènent toujours pas à un statut définitif, le ménage est enregistré par le secrétariat comme 'NON CONTACTABLE'.

En résumé, cela signifie aussi que le statut final d'un ménage activé doit être connu au plus tard 6 semaines après l'activation du ménage. On ne peut en aucun cas déroger à cette règle. Toute dérogation à cette règle n'est pas admise.

4.1.5. Situations particulières

Certaines situations spéciales peuvent être rencontrées; des situations pour lesquelles un traitement spécifique a été prévu. En cas de doute, la règle d'or est de téléphoner au secrétariat CIE.

- Lorsque la personne de référence réside depuis plus d'un an ou a son adresse officielle dans **une maison de repos**.

La procédure est exactement la même que pour les autres ménages. On considère qu'il s'agit d'un ménage d'une seule personne, excepté si le ou la partenaire de la personne de référence se trouve domicilié(e) dans la même maison de repos. Dans ce cas, seuls la personne de référence et éventuellement son ou sa partenaire seront interrogés. Nous demandons aux dentistes-enquêteurs un sérieux effort pour interroger ces personnes.

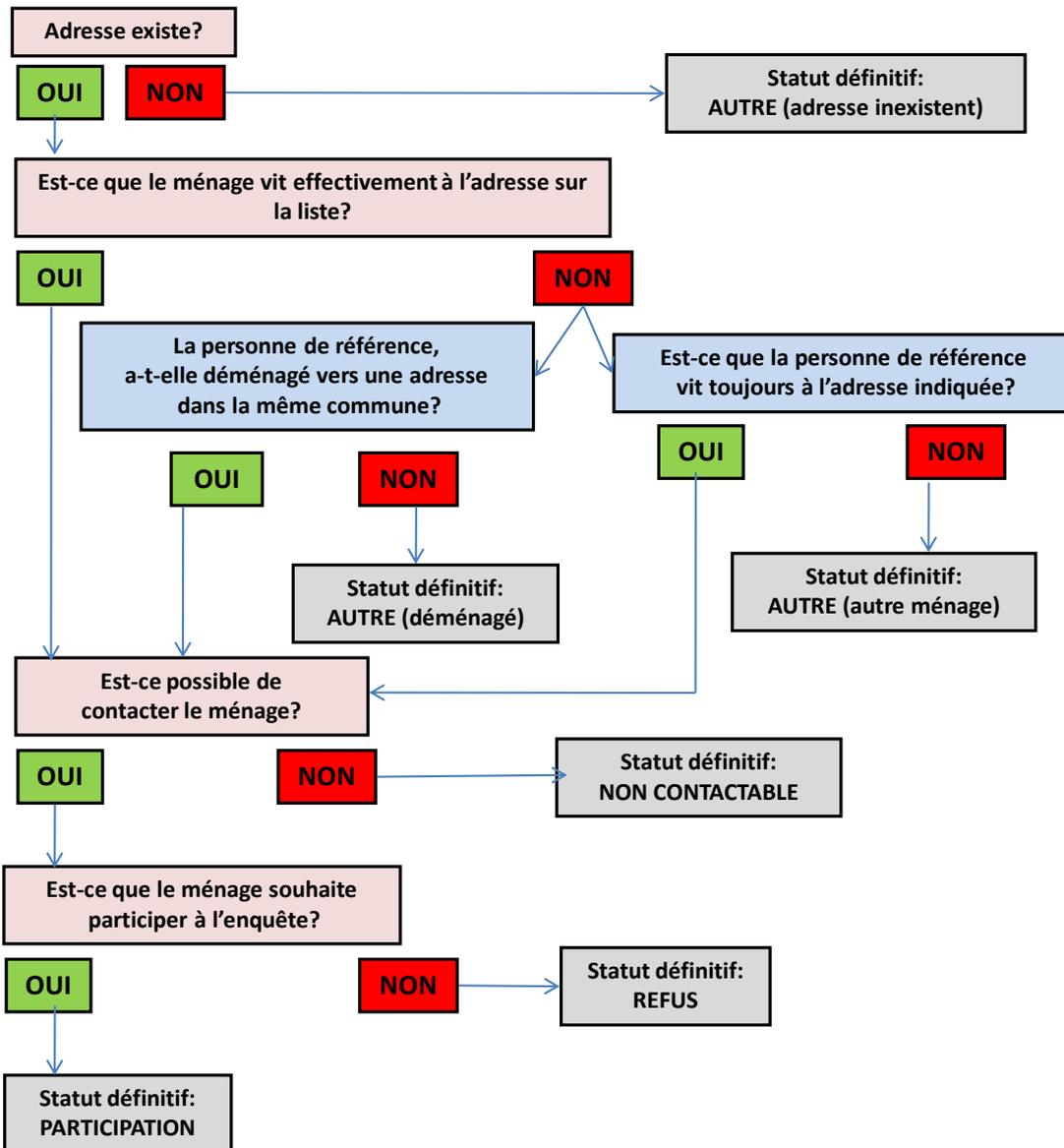
- Lorsque la personne de référence réside depuis plus d'un an ou a son adresse officielle dans **une prison, une institution psychiatrique ou une grande communauté religieuse**.

Dans ce cas, l'ensemble du ménage n'est pas éligible pour participer à l'enquête. Sur le formulaire de réception, le statut définitif du ménage est indiqué comme 'AUTRE'. La situation doit cependant être davantage précisée par l'enquêteur. Si vous avez reçu l'adresse d'une personne se trouvant dans ce cas, prière de le communiquer au secrétariat CIE, qui vous enverra l'adresse d'un ménage de remplacement.

- Lorsque la personne de référence est domiciliée dans **un petit foyer collectif** (jusqu'à un maximum de 8 personnes).

Une collectivité de 8 personnes est considérée comme un ménage habituel. En plus de la personne de référence qui doit toujours être interrogée, les autres personnes à interroger seront sélectionnées selon la procédure normale (voir plus loin).

4.1.6. Schéma prise de contact avec les ménages



4.2. *Qui faut-il interroger au sein du ménage?*

Pour préciser la composition du ménage, il faut se référer à la liste reçue du secrétariat qui donne le nombre de membres du ménage par groupe d'âge. Il se peut en effet que la situation administrative du ménage présentée sur la liste ne reflète plus la composition réelle du ménage. Par exemple, lorsqu'un membre du ménage repris sur la liste est décédé ou un enfant est né récemment ou a quitté définitivement le ménage.

On se basera toujours sur la composition réelle et actuelle du ménage. L'identification des interrogés sera toujours basée sur la composition réelle et actuelle du ménage.

C'est en principe la personne de référence elle-même qui vous dira qui fait partie du ménage actuellement. Il n'est pas possible ici d'envisager toutes les situations différentes, mais en cas de doute vous pouvez toujours contacter la CIE pour avoir un conseil. Si la personne de référence hésite à dévoiler les membres du ménage, il faut lui expliquer que sa déclaration n'aura pas d'incidence sur ses droits: en effet, les données de l'enquête sont traitées de manière anonyme et ne servent en aucun cas pour vérifier les droits aux allocations de chômage, allocations familiales, pensions,...

En principe toutes les personnes que l'on peut considérer comme étant réellement membre du ménage doivent être interrogées. Il s'agira de toute personne domiciliée à l'adresse donnée. Ceci inclut les personnes résidant fréquemment ou provisoirement ailleurs, comme par exemple les étudiants en kot, les personnes hospitalisées ou encore les personnes séjournant dans une institution psychiatrique ou une maison de repos.

Si le ménage se compose de plus de quatre personnes, seulement quatre d'entre elles devront être interrogées :

1. la personne de référence du ménage (anciennement appelée chef de ménage). Il s'agit de la première personne mentionnée pour le ménage sur la liste reçue du secrétariat de l'enquête sur la santé bucco-dentaire.
2. le cas échéant, son ou sa partenaire.
3. S'IL Y A UN(E) PARTENAIRE: prendre, parmi les autres membres, les deux personnes qui fêteront les premières leur anniversaire à partir du jour suivant l'interview/examen.
4. S'IL N'Y PAS DE PARTENAIRE: prendre, parmi les autres membres du ménage, les trois personnes qui fêteront les premières leur anniversaire à partir du jour suivant l'interview.

Situations particulières

- Lorsqu'un membre du ménage (autre que la personne de référence) a son adresse officielle dans le ménage mais **réside en institution pour personnes âgées, institution pour handicapés, institution psychiatrique ou en prison, pour une période de moins d'un an:**

La personne est considérée comme étant membre du ménage à part entière du ménage mais ne doit pas être interrogée.

- Lorsqu'un membre du ménage sélectionné (autre que la personne de référence) est domicilié dans le ménage, mais **séjourne dans une institution depuis plus d'un an:**

En principe, les personnes qui n'habitent plus depuis un an à l'adresse de la personne de référence, ne sont pas considérées comme faisant partie du ménage.

4.3. Déroulement de l'interview/examen

4.3.1. Préparation de la visite à domicile

- Le dentiste-enquêteur relit encore une fois la brochure (ou CD-ROM) concernant l'examen buccal
- Le dentiste-enquêteur vérifie s'il (elle) dispose de tout le matériel nécessaire, ainsi que les questionnaires et les documents (voir brochure). Le dentiste recevra un nombre de sets d'examen jetables. Ces sets contiennent, entre autre, un miroir, des précelles, une sonde parodontale, des compresses et un masque. Le dentiste-enquêteur reprend les sets jetables utilisés et les élimine selon les recommandations standards.
- Le dentiste-enquêteur emmène son certificat CIE, qu'il (elle) reçoit du secrétariat CIE. Ce certificat prouve que le dentiste-enquêteur est mandaté par la CIE pour effectuer l'enquête/examen.
- Les documents (en nombre suffisant) à emporter sont:
 - certificat CIE
 - formulaires de consentements (en double, un exemplaire reste chez le participant)
 - questionnaires sur la santé bucco-dentaire
 - formulaires d'examen clinique
 - brochure examen clinique

4.3.2. Visite à domicile

Une fois que le ménage a consenti à participer à l'enquête sur la santé buccale, et que le rendez-vous a été pris avec un ménage, le dentiste-enquêteur visite le ménage à son domicile au jour et à l'heure fixé. Il/elle se présente en tant que dentiste-enquêteur CIE à l'aide du certificat CIE. Il/elle présente brièvement le but du projet.

Les documents utilisés pour l'enquête de santé bucco-dentaire sont:

- 1) un formulaire de consentement
- 2) un questionnaire écrit qui doit être rempli personnellement par chacun des membres sélectionnés de 15 ans ou plus
- 3) le formulaire d'examen clinique de la bouche.

Le questionnaire écrit doit être rempli par la personne interrogée elle-même. (Voir aussi le point suivant : Utilisation d'un proxy)

La manière la plus simple de travailler dans un ménage de plusieurs personnes est la suivante: le dentiste-enquêteur distribue les formulaires de consentement et les questionnaires et aide, ceux qui le souhaitent, à les remplir. Pendant que les autres membres sélectionnés remplissent le questionnaire, le dentiste-enquêteur commence l'examen clinique d'un membre du ménage.

Il est conseillé d'effectuer toutes les interviews (questionnaires écrits) et examens cliniques au cours d'une seule visite. Si un ou plusieurs questionnaires/examens n'ont pu être remplis/effectués, le dentiste-enquêteur devra rendre une nouvelle visite au ménage.

Utilisation d'un proche (proxy)

Le questionnaire écrit s'adresse aux individus et doit en principe être rempli par ces individus. Certains individus peuvent se trouver dans l'impossibilité de répondre/remplir eux-mêmes le

questionnaire; par exemple de jeunes enfants, des personnes qui souffrent de problèmes mentaux ou de confusion liée à la vieillesse,... Pour ces cas, la solution est de s'adresser à un proche. Le proche (proxy) est quelqu'un qui répondra à l'enquête au nom de ces personnes sélectionnées et non pas en son nom propre.

Pour les enfants de moins de quinze ans, le recours à un proche est **systematique**. Dans les autres cas, le recours à un proche doit être considéré comme UNE EXCEPTION pour permettre de dépasser certaines impossibilités réelles de répondre. Une absence temporaire du foyer, par exemple, n'est PAS une raison valable d'utiliser un proche. Il faut alors prendre rendez-vous avec la personne concernée.

Lorsqu'une ou plusieurs personnes sélectionnées dans le ménage ne peuvent pas participer à l'enquête (par exemple, à cause d'une hospitalisation), l'utilisation d'un proche n'est PAS permise. Il n'est également pas permis de sélectionner un autre membre du ménage plus apte à répondre aux questionnaires.

Le proche est généralement un autre membre du ménage (par exemple, la maman répondra pour son enfant de 6 ans). Exceptionnellement, une personne en dehors du ménage, mais qui est très intime avec la personne sélectionnée, peut servir de proche (par exemple, une voisine qui s'occupe de la personne sélectionnée ou une infirmière de l'institution où vit la personne sélectionnée).

Il n'est PAS permis de sélectionner un autre membre du ménage plus apte à répondre aux questionnaires.

Dans le questionnaire, toutes les questions sont adressées directement à la personne concernée et donc formulées à la deuxième personne ("vous"). Si c'est un proche qui répond aux questions, il faudra remplacer le "vous" par le nom ou le prénom de la personne pour qui le proche répond.

Lorsqu'une ou plusieurs personnes sélectionnées ne peuvent pas répondre directement aux questions à cause d'un problème de langue, un interprète pourra être utilisé. Il s'agira de préférence d'un membre du ménage qui maîtrise à la fois la langue du questionnaire et la langue des personnes sélectionnées. La seule tâche de l'interprète sera de traduire les questions posées et les réponses données. L'interprète ne répondra donc pas lui-même aux questions. Il n'intervient donc PAS comme proche, encore moins comme remplaçant de la personne sélectionnée.

4.3.3. L'examen clinique

- Avant, pendant et après la visite à domicile, le dentiste-enquêteur doit respecter les règles de déontologie (voir plus loin).
- Le dentiste-enquêteur vérifie si les noms des personnes sélectionnées correspondent aux noms des personnes présentes.
- Le dentiste-enquêteur vérifie si les numéros de registre national ont été correctement remplis (questionnaire, formulaire d'examen clinique).
- Le dentiste-enquêteur vérifie s'il n'y a pas de contre-indications pour l'examen (risque d'infections élevé, anticoagulants qui peuvent compliquer le sondage des poches, allergie au latex,...). Le dentiste-enquêteur est responsable de la décision médicale adéquate.

- Le dentiste-enquêteur effectue l'examen en respectant toutes les précautions d'hygiène (gants, masque, ...).
- Le dentiste-enquêteur enregistre les données sur le formulaire d'examen. Il est recommandé de remplir le formulaire à l'aide d'un crayon afin de pouvoir gommer d'éventuelles erreurs. Ratures et corrections compliquent la lecture.
- Une fois à la maison, le dentiste-enquêteur complète les données des formulaires cliniques en ligne: <https://minf3.vub.ac.be/tandform/> . Un nom d'utilisateur et un mot de passe seront mis à disposition.

Le dentiste-enquêteur informe adéquatement la personne sélectionnée d'éventuels problèmes bucco-dentaires qui nécessitent un traitement. Il/elle recommande à la personne de consulter un dentiste de son choix. Le dentiste-enquêteur respecte les règles déontologiques comme décrites ci-dessous (voir 4.4.).

4.3.4. Fin de l'interview

Lorsque tous les membres sélectionnés dans le ménage ont répondu aux questionnaires et que tous les examens bucco-dentaires ont été effectués, vérifiez si le numéro de registre national se trouve bien sur tous les questionnaires écrits et tous les formulaires d'examen clinique. Vérifiez également si les formulaires de consentement sont remplis correctement. Remerciez ensuite cordialement tous les membres du ménage pour leur aimable collaboration et le temps consacré à l'enquête!

Le dentiste-enquêteur emmène les articles jetables avec lui et les détruits de façon adéquate.

Envoyez ensuite tous les formulaires de consentement, les questionnaires, le formulaire de communication, le formulaire de réception et votre formulaire d'honoraires au secrétariat CIE. N'oubliez pas que les questionnaires remplis doivent être renvoyés dans le mois suivant la visite à domicile. Pensez également à remplir les données des formulaires d'examen en ligne. Notez aussi sur les formulaires cliniques la date sur laquelle vous les avez complétés en ligne.

4.4. Règles éthiques et déontologiques

4.4.1. Ethique

Le projet a été approuvé par le Comité d'éthique de l'Université de Gand.

Dans le cadre du projet d'enregistrement des données de santé bucco-dentaire, la mission du dentiste-enquêteur consiste à collecter les données de santé bucco-dentaire des personnes sélectionnées qui lui ont été confiées. La personne sélectionnée ne reçoit aucune information concernant sa santé. Il est clair que le dentiste-enquêteur informe la personne d'éventuels problèmes de santé urgents (cavités, problèmes parodontaux, lésion suspecte des muqueuses, problèmes de développement de la dentition, ...); il recommande à la personne de consulter un dentiste pour les soins nécessaires.

En aucun cas, le dentiste-enquêteur ne fera des remarques sur la qualité du travail.

4.4.2. Statut du dentistes-enquêteur

Le dentiste-enquêteur effectue ses activités dans le cadre de l'Enquête de santé bucco-dentaire en tant que sous-traitant indépendant de l'Université de Gand. L'Université ne peut en aucun cas être considérée comme employeur du dentiste-enquêteur et ne peut en aucun cas être tenue pour responsable du non respect des obligations légales en matière d'impôts, d'assurance sociale, etc...

Le dentiste-enquêteur observera les instructions supplémentaires qui lui sont données, une fois la mission commencée. Le dentiste-enquêteur signalera au secrétariat CIE chaque incident pouvant affecter le bon déroulement de sa mission.

Le dentiste-enquêteur ne recevra pas d'honoraires de la part des participants ; il recevra des honoraires après avoir rempli le formulaire 'Note d'honoraires' mise à sa disposition par la CIE.

Le dentiste-enquêteur a le droit à une rémunération de 70€ par dossier complet comprenant le formulaire de consentement, le questionnaire, le formulaire d'examen clinique et le formulaire de réception; 25 € par document partiel comprenant le formulaire de consentement, le questionnaire ou le formulaire d'examen clinique et le formulaire de réception; 10 € par adresse quand le ménage ne participe pas à l'enquête et la visite n'a abouti ni à un examen clinique, ni à un questionnaire rempli.

Le paiement des dentistes-enquêteurs s'effectue par trimestre, c'est-à-dire lorsque tous les ménages (ou ménages de remplacement) du trimestre ont réellement été interrogés/examinés et que TOUS les documents nécessaires ont été remis au secrétariat de l'Enquête sur la santé bucco-dentaire.

4.4.3. Responsabilité

Le dentiste-enquêteur est lui-même responsable pour les dommages causés involontairement à des tiers, via son assurance responsabilité civile. **Le dentiste-enquêteur doit lui-même vérifier si son assurance responsabilité civile couvre les visites à domicile.** Si ce n'est pas le cas, le dentiste-enquêteur doit le signaler immédiatement au secrétariat CIE.

Il est important de signaler, par écrit, au secrétariat CIE, chaque incident (même banal).

L'Université de Gand n'est pas responsable des dommages causés à des personnes ou objets (directes ou indirectes) causés par les activités du dentiste-enquêteur et est préservée de chaque créance de tiers à cette égard.

4.4.4. Déontologie

Il est évidemment primordial que le dentiste-enquêteur ait une attitude correcte et favorable au bon déroulement de l'enquête. Cela signifie qu'il/elle doit être ponctuel, rester poli et patient en toutes circonstances. Il doit s'exprimer clairement et être précis dans ses explications, sans pour autant être trop long.

Le dentiste-enquêteur doit également toujours demeurer attentif aux difficultés que pourrait rencontrer le répondant, ainsi qu'à ses émotions et ses signes éventuels d'énerverment. Si par exemple le dentiste-enquêteur constate que, pour une raison ou une autre, le répondant est perturbé et ne se trouve plus dans les meilleures conditions pour répondre à l'enquête, il peut être utile de proposer un petit moment de pause, voire de remettre l'interview/examen à plus tard.

L'attitude du dentiste-enquêteur doit en outre être totalement neutre vis-à-vis des réponses de la personne interrogée. Il ne doit porter aucun jugement sur celle-ci. Il ne doit pas non plus l'influencer d'une manière ou d'une autre. Le dentiste-enquêteur respecte le secret professionnel concernant toute information récoltée dans le cadre de cette enquête.

Le dentiste-enquêteur doit être conscient d'un éventuel conflit d'intérêts. Il/elle reçoit un certificat mandaté par la CIE et le montre quand la personne le réclame. En aucun cas, il/elle ne remettra ses données professionnelles, comme sa carte de visite, son numéro de téléphone ou son adresse, à la personne sélectionnée.

Le dentiste-enquêteur respectera entièrement le code de conduite en ce qui concerne les directives reprises dans le dépliant "Vie privée: un vademecum pour le chercheur" (<http://www.privacycommission.be/nl/static/pdf/cbpl-documents/46134b-vademecum-nl-final.pdf>) du 21 mai 2008.

4.4.5. Contrôle de qualité

Le contrôle de qualité consiste à vérifier auprès des ménages la manière dont le dentiste-enquêteur a procédé pour réaliser son travail de terrain. Ce contrôle de qualité se fait auprès des ménages participants et non participants, pour chaque groupe et pour chaque trimestre.

Le secrétariat CIE vérifiera (a) si le dentiste-enquêteur a bien pris contact avec le ménage (pour le ménage participant), (b) si tout s'est déroulé selon les directives établies. Lorsqu'on constate une irrégularité ou une incohérence entre les informations du ménage contacté et les informations provenant du dentiste-enquêteur, TOUS les ménages du groupe et trimestre correspondant seront contactés. S'il s'avère que cette irrégularité n'est pas un fait isolé et que le dentiste-enquêteur n'a pas travaillé selon les directives, le dentiste-enquêteur est contacté afin de discuter du problème. Si nécessaire, la coopération avec le dentiste-enquêteur cessera, SANS paiement des enquêtes/examens déjà effectués (celles-ci seront sans valeur et ne seront pas encodées, ni utilisées pour les analyses).

Formulaires et questionnaires mal remplis

Pour TOUS les ménages qui figurent dans 'la liste des adresses', il faut compléter un FORMULAIRE DE RECEPTION, y compris les ménages avec un statut 'AUTRE', 'NON-CONTACTABLE' ou 'REFUS'. Si tous les formulaires de réception ne se sont pas renvoyés pour un trimestre donné, le dentiste-enquêteur ne sera pas payé. Il est donc impératif d'envoyer régulièrement les formulaires de réception.

Le même principe vaut pour TOUS les formulaires de l'enquête: les formulaires de consentement, le questionnaire écrit et le formulaire d'examen clinique.

4.5. Remplacement des ménages non participants

Un sur-échantillonnage permet de compenser la non participation de certains foyers. Le dentiste-enquêteur reçoit, par trimestre, une liste comportant plus de ménages que le nombre de ménages qu'il doit effectivement visiter. Environ 10 personnes doivent être interrogées/examinées par trimestre. Une fois atteint le chiffre de 10 personnes, le dentiste-enquêteur cesse de contacter de

nouveaux ménages (pour ce trimestre). Il n'est alors plus nécessaire d'envoyer un formulaire de communication tous les 15 jours. Il est néanmoins très important de suivre l'ordre des ménages sur la liste. L'ordre des ménages sur la liste n'est pas établi arbitrairement, mais d'une telle manière qu'il existe une distribution proportionnelle des catégories d'âge pour les répondants. Dans le cas où le dentiste-enquêteur établit lui-même l'ordre dans lequel les ménages seront contactés, la proportionnalité risque de le perdre et certaines catégories d'âges risquent d'être sous- ou surreprésentées.

5. Secrétariat de l'enquête de santé bucco-dentaire (secrétariat CIE)

Au siège de la CIE à Gand, un secrétariat a été installé pour coordonner l'ensemble du travail sur le terrain, répondre aux questions administratives et résoudre les problèmes. Dans le tableau ci-dessous, vous trouverez un aperçu des questions potentiellement problématiques pour lesquelles vous pouvez nous contacter.

Vous pouvez aussi visiter le site internet <http://www.ice.ugent.be> où un forum a été mis en place.

Problème ou question	Contactez (pendant les heures de bureau)
<ul style="list-style-type: none"> • Adresses des ménages • Demande de nouveaux formulaires • Adresse des ménages de remplacement • Déclaration d'un accident de travail • Paiement des dentistes-enquêteurs • Questions administratives • ... 	<p>Secrétariat de l'Enquête de santé bucco-dentaire Maatschappelijke Tandheelkunde Universitair Ziekenhuis</p> <p>De Pintelaan 185 – 9000 Gent</p> <p>Tél 09/332 40 25</p> <p>Fax 09/332 02 35</p> <p>MarieDaems@UGent.be</p>
<p>Contenu du questionnaire ou formulaire d'examen clinique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prof. Dr. Peter Bottenberg tél 02 477 49 55 / fax 02 477 49 42 pbottenb@vub.ac.be <p style="text-align: center;">ou</p> • Prof. Dr. Jackie Vanobbergen tél 09 332 40 25 / fax 09 332 02 35 JacquesVanobbergen@UGent.be

6. Coordonnées des personnes de contact

Prof. Dr. Peter Bottenberg, tél 02 477 49 55 / fax 02 477 49 42 pbottenb@vub.ac.be

Prof. Dr. Jackie Vanobbergen, Tél. 09 332 40 25 / fax 09 332 02 35
JacquesVanobbergen@UGent.be

Si, par exemple, le dentiste-enquêteur constate qu'il rencontre systématiquement des difficultés concernant le contenu du questionnaire ou du formulaire clinique, il doit le signaler à une des personnes de contact qui tentera d'y apporter une solution. Cette solution sera ensuite communiquée à tous les dentistes-enquêteurs

7. Obligations du dentiste-enquêteur en ce qui concerne le traitement des données personnelles et les dispositions contractuelles

7.1. Introduction

Les chercheurs en matière de santé et les responsables politique ont besoin d'instruments de suivi de la santé bucco-dentaire (et des aspects qui y sont liés sur le plan de financement et de l'organisation des soins de santé) de la population belge. Ces instruments leur donnent un aperçu des besoins et de la consommation de soins. Une enquête de la santé nationale peut être utilisée afin de mesurer des aspects de la santé (bucco-dentaire) de la population. Aussi bien un examen clinique que des questionnaires peuvent être utilisés en tant qu'instruments de mesure. Les données résultant d'une telle enquête nationale peuvent éventuellement être liées à des bases de données existantes concernant des données cliniques ou la consommation des soins enregistrés. Pendant la mise en place d'un protocole de recherche médicale, il faut tenir compte de la législation à propos de la protection de la vie privée et concernant le traitement des données personnelles. Vu que le système d'enregistrement des données de santé bucco-dentaire collecte pas mal de données sensibles, il est important de protéger l'accès à ces données. La législation prévoit des mesures afin d'être certain que les participants à l'enquête soient effectivement protégés, que les aspects du consentement éclairé et que la confidentialité des données soient pris en considération.

7.2. *La loi relative à la protection de la vie privée concernant le traitement des données à caractère personnel*¹

¹ http://www.privacycommission.be/fr/static/pdf/wetgeving/loi_vie_privree.pdf

La loi du 8 décembre 1992 (loi vie privée) vise à protéger le citoyen contre toute utilisation abusive de ses données à caractère personnel.

La loi sur la vie privée a par ailleurs créé un organe de contrôle indépendant, la Commission de la protection de la vie privée (dont la dénomination officielle est parfois abrégée en "Commission vie privée").

Celle-ci veille à ce que les données à caractère personnel soient utilisées dans le respect de la loi sur la vie privée, avec le soin et les précautions qui s'imposent, de manière à préserver la vie privée des citoyens. La loi du 8 décembre 1992 a subi d'importantes modifications. La première de celles-ci faisait suite à l'adoption d'une directive européenne visant à harmoniser les règles appliquées par les différents Etats membres de l'Union européenne en matière de protection des données à caractère personnel. Vu l'obligation de transposer cette directive dans le droit belge, la loi du 8 décembre 1992 a été modifiée par la loi du 11 décembre 1998.

Une autre modification importante de la loi sur la vie privée est l'œuvre du législateur belge. Elle a été imposée par l'évolution rapide de notre "société de l'information": la Commission était de plus en plus sollicitée, non seulement par les citoyens, mais aussi par les pouvoirs publics, qui lui demandaient d'émettre des avis sur des questions toujours plus "pointues", et il sautait aux yeux que chacun des secteurs concernés exigeait une expertise spécifique. La loi du 26 février 2003 a donc modifié le statut, la composition et les compétences de la Commission, tout en créant divers comités sectoriels.

Le chapitre 2 de la loi sur la vie privée (LVP) donne les conditions générales de licéité du traitement des données à caractère personnel.

Les données à caractère personnel doivent être:

- 1° traitées loyalement et licitement;
- 2° collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes,
- 3° adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont obtenues et pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement;
- 4° exactes et, si nécessaire, mises à jour
- 5° conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles sont obtenues ou pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement.

La LVP spécifie également que les données à caractère personnel ne peuvent être traitées qu'après votre consentement libre, indubitable et informé de ce traitement.

Catégories particulières

La LVP prévoit une protection particulière pour trois sortes de données:

- les données sensibles: les données à caractère personnel qui révèlent l'origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale et les données à caractère personnel relatives à la vie sexuelle;
- les données à caractère personnel relatives à la santé;
- les données judiciaires concernant non seulement des affaires judiciaires en cours, mais également des inculpations, des condamnations et des sanctions.

Le traitement de telles données est, en principe, interdit. La LVP énumère les cas dans lesquels ce traitement est toutefois permis et la recherche scientifique est chaque fois mentionnée. Le chercheur doit alors respecter quelques conditions complémentaires fixées dans l'arrêté royal.

La liste des personnes qui procéderont au traitement des données doit être établie précisément et reprendre leur compétences. Cette liste doit être tenue à la disposition de la Commission et ces personnes doivent être tenues par une obligation de confidentialité contractuelle ou statutaire.

Certaines données à caractère personnel présentent un caractère plus sensible que d'autres, il s'agit de données sur la race, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques, l'appartenance syndicale, la santé, la vie sexuelle, des suspicions, des poursuites, des condamnations pénales ou administratives. Il est en principe interdit de traiter de telles données. La LVP énumère les situations pour lesquelles ce traitement est toutefois permis : lorsque le traitement est nécessaire aux fins de médecine préventive, de diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de traitements, soit à la personne concernée, soit à un parent, ou de la gestion de services de santé, agissant dans l'intérêt de la personne concernée et lorsque le traitement est effectué sous la surveillance d'un professionnel des soins de santé;

Le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé est interdit, sauf dans les cas suivants:

a) lorsque la personne concernée a donné son consentement par écrit à un tel traitement, pour autant que ce consentement puisse à tout moment être retiré par celle-ci ;

b) lorsque le traitement est nécessaire aux fins de médecine préventive, de diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de traitements soit à la personne concernée, soit à un parent, ou de la gestion de services de santé agissant dans l'intérêt de la personne concernée et que les données sont traitées sous la

surveillance d'un professionnel des soins de santé;

c) lorsque le traitement est nécessaire à la promotion et à la protection de la santé publique, y compris le dépistage;

d) lorsque le traitement est nécessaire à la recherche scientifique et est effectué conformément aux conditions fixées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, après avis de la Commission de la protection de la vie privée.

La LVP part du principe qu'un citoyen attentif suffisamment informé est en mesure de défendre ses droits en matière de vie privée. Les droits octroyés par la LVP sont, notamment, le droit à l'information, le droit d'accès et de rectification éventuelle, le droit de s'opposer à tout traitement pour des raisons légitimes et le droit inconditionnel de suppression dans le cadre des traitements effectués à des fins de marketing direct.

Les obligations des responsables du traitement de données à caractère personnel dans cette optique sont les suivantes : les traitements qui ne sont pas routiniers doivent être déclarés, les traitements doivent poursuivre un but clair et publié et il est interdit de collecter plus de données que nécessaire et de les conserver plus longtemps que nécessaire. En tant que responsable du traitement, le chercheur doit respecter ces obligations et permettre aux personnes concernées d'exercer leurs droits.

7.3. La collecte de données particulières

Une recherche quelque peu approfondie nécessite rapidement de disposer de données à caractère personnel provenant d'une des catégories de données à caractère personnel particulières. La LVP prévoit que le traitement de ces données à des fins de recherche scientifique est autorisé. Dans ce cas, certaines règles supplémentaires doivent cependant être respectées:

- il faut tenir une liste précise et mise à jour des personnes autorisées à travailler avec les données de recherche. Cette liste peut être réclamée par la Commission;
- ces personnes sont tenues au respect du caractère confidentiel des données, par une clause spéciale dans le règlement de travail ou dans leur contrat;
- lors de l'information ou de la déclaration, il faut mentionner que des données à caractère personnel particulières sont collectées à des fins de recherche.

7.4. Consentement éclairé

Des informations sur la personne qui envisage la recherche et sur la finalité de cette dernière, etc. doivent être fournies au répondant ou personne interrogée, au plus tard au moment du premier contact. C'est ce que la LVP appelle l'information.

La LVP est très précise dans l'énumération des informations qui doivent être communiquées mais ne stipule rien quant à la forme de cette communication. Cette dernière peut se faire verbalement ou par écrit et une énumération peut effectivement être prévue ou bien un texte dans la langue de la personne concernée. En réalité, il s'agit ici de la première étape de ce qu'on appelle le consentement éclairé.

Dans le cas du projet d'enregistrement de la santé bucco-dentaire, les participants reçoivent à l'avance une brochure, ainsi qu'une lettre accompagnatrice expliquant les informations décrites ci-dessus. Le dentiste-enquêteur les répète verbalement au moment de sa visite à domicile. Il prend le temps de bien expliquer à la personne dont il sollicite la collaboration de quoi traite la recherche et l'importance de sa collaboration et garantit aux personnes concernées la fiabilité de l'instance qui réalise la recherche. Le libre consentement d'une personne - garant de la qualité des données – n'est acquis qu'après lui avoir fourni de bonnes informations.

7.5. Le refus de participer

Les personnes qui refusent de participer à l'enquête après avoir été dûment informées ne peuvent plus être recontactées, sauf dans le cadre du contrôle aléatoire du travail sur le terrain rapporté par l'enquêteur.

Les personnes qui font savoir qu'elles ne souhaitent pas participer à la recherche ne peuvent plus être contactées par la suite.

Celles qui ne font pas savoir qu'elles ne souhaitent pas participer mais qui, dans un premier temps, se montrent néanmoins réticentes au moment où elles sont contactées, peuvent éventuellement être recontactées par un autre enquêteur, qui peut essayer de les persuader de participer à l'enquête. Ces tentatives de persuasion doivent toutefois s'arrêter dès qu'il apparaît clairement que la personne refuse catégoriquement (ce qu'on appelle un 'refus catégorique') de participer à l'enquête et ces tentatives sont, en tout cas, limitées à trois maximum, absences non comprises.

Les coordonnées des personnes refusant de participer à l'enquête seront détruites par le dentiste-enquêteur après communication à la CIE.

7.6. Comportement du dentiste-enquêteur

Il est évidemment primordial que le dentiste-enquêteur respecte le secret professionnel concernant toutes les informations obtenues. Le dentiste-enquêteur utilisera ces informations uniquement afin de compléter l'enquête. Le dentiste-enquêteur prendra les dispositions techniques et opérationnelles nécessaires afin d'assurer la sécurité et l'intégrité de ces informations. Le dentiste-enquêteur assurera la sécurité des données sur son ordinateur en veillant à ce que ces données ne puissent pas être lues par des tiers (encryptage), ou néanmoins ne puissent pas être référées à une certaine personne. Le dentiste-enquêteur tiendra compte de toutes les dispositions relatives à la LVP du 8 décembre 1992 et aux directives reprises dans le dépliant "Vie privée: le vade-mecum du chercheur" (<http://www.privacycommission.be/fr/static/pdf/cbpl-documents/46134a-vademecum-fr-final.pdf>).

7.7. Autres dispositions contractuelles

Toutes les informations collectées dans le cadre de l'Enquête sont la propriété de l'Université de Gand. Le dentiste-enquêteur n'utilisera les documents, mis à sa disposition par la CIE, que pour l'enquête et les détruira, ainsi que toutes les copies des données rassemblées dans le cadre de cette enquête, à la fin de l'enquête.

Le dentiste-enquêteur ne peut en aucun cas faire exécuter sa mission, ou une partie, par d'autres personnes. L'Université de Gand a le droit de mettre fin à la coopération et ceci à effet immédiat et sans intervention judiciaire, quand le dentiste-enquêteur est déclaré insolvable pour faillite, est en liquidation, cesse d'exister ou cesse ses activités.

Cet accord entre l'Université de Gand et le dentiste-enquêteur existe dans le « Guide du dentiste-enquêteur ». L'accord est régi par la loi Belge et, lors de contestations, seuls les tribunaux de l'arrondissement de Gand seront compétents.

En cas de violations des règles décrites dans le "Guide du dentiste-enquêteur" qui ne pourront pas être aplanies, la coopération avec le dentiste-enquêteur concerné cessera immédiatement (par l'envoi d'une lettre recommandée), SANS paiement des enquêtes/examens déjà effectués (ceux-ci seront sans valeur et ne seront pas encodés ni utilisés pour les analyses). Une telle cessation pourrait aussi avoir lieu dans le cas où le dentiste-enquêteur qui a commis une infraction mineure à laquelle il n'a pas porté remède², malgré une mise en demeure pour

Fait à Gand, le/...../2009

Signature précédée par la mention "Lu et approuvé"

Pour les coordinateurs du projet

Le dentiste-enquêteur
(Signature précédée par "lu et approuvé")

Prof. dr. Jacques Vanobbergen



Prof. dr. Peter Bottenberg



Cachet professionnel

² Prière de signer et de renvoyer le deuxième exemplaire à la page 26 signé svp



Annexe 1: Documents utilisés

Sécretariat: Vrije Universiteit Brussel

Annexe A: Lettre d'accompagnement pour les ménages

Avenue Laarbeek 103– 1090 Bruxelles

Enquête sur la santé de la population.

Madame, Monsieur,

La Cellule Interuniversitaire Epidémiologie (CIE) organise pour la première fois une **enquête sur la santé bucco-dentaire** en Belgique. Cette enquête a lieu à la demande de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité, et est supplémentaire à l'enquête sur la santé 2008.

Les enquêtes sur la santé précédentes nous ont permis de rassembler des données précises sur **l'état de santé** des habitants **et leurs besoins en matière de soins**. Ces informations sont essentielles pour améliorer le bien-être de la population au moyen d'une politique de santé approprié. Cette enquête sur la santé bucco-dentaire a le même but, mais concerne spécifiquement le domaine de la bouche et des dents. **Votre participation à l'enquête bucco-dentaire est très importante et nous vous remercions pour votre intérêt.**

L'enquête sur la santé bucco-dentaire consiste en un questionnaire et un examen de bouche. L'ensemble prendra environ 30 minutes à 1 heure maximum par personne et se fera chez vous à un moment de votre choix. Puisque la validité des résultats issus de cette enquête dépend de la participation des familles contactées, votre collaboration serait très appréciée. La Cellule Interuniversitaire Epidémiologie vous garantit **la confidentialité absolue, en respect de la loi belge** (voir dépliant en annexe).

Dans les 15 jours qui suivent la réception de ce courrier, **vous allez être contacté par un dentiste - enquêteur** afin de fixer un rendez-vous. Pendant ce contact, vous aurez bien sûr l'occasion de lui demander de plus amples informations. Vous pouvez également joindre notre secrétariat au 02/477.49.39.

En vous remerciant d'avance pour votre aimable collaboration, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Prof. Dr. Peter Bottenberg
Coordinateur
Cellule Interuniversitaire Epidémiologie
Vrije Universiteit Brussel

Avenue Laarbeek 103– 1090 Bruxelles

Annexe B: Dépliant pour les ménages

VOTRE PARTICIPATION EST IMPORTANTE

Si vous voulez influencer la politique de santé dans l'avenir, participez à notre enquête.

Même si vous n'avez plus vos propres dents ou si vous êtes porteur d'une prothèse, vous pouvez apporter une contribution importante à cette enquête

Participez !



Enquête nationale sur la santé bucco-dentaire



2008-2009

Pour toutes informations, contactez :

Vrije Universiteit Brussel
Prof. Dr. Peter Bottenberg
Lambeeklaan 101 - 1050 Brussel
Secrétariat: 02/477.49.39

Autres partenaires :

Katholieke Universiteit Leuven
Prof. Dr. Dominique Doderckx

Université Catholique de Louvain
Prof. Dr. Jean-Pierre Van Nieuwenhuysen

Université Gent
Prof. Dr. Jacques Vanobbergen

Université Libre de Bruxelles
Prof. Dr. Astrid Vanden Abbeele



UNIVERSITEIT
LEUVEN

UCL

UNIVERSITEIT
GENT

ULB



Santé bucco-dentaire et santé générale, même priorité !



Quel est l'objectif de cette recherche ?

Santé bucco-dentaire et santé générale sont indissociables. Une bonne santé bucco-dentaire ne bénéficie pas seulement à la qualité de vie, mais présente également un impact important sur la santé en général. Inversement, les maladies ou leurs traitements ont aussi des répercussions sur la cavité buccale.

A ce jour, nous ne disposons pas d'outils donnant une image claire de l'estimation de la santé bucco-dentaire de la population belge et de ses besoins. En 2008-2009 à la demande de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité une enquête nationale sur la santé bucco-dentaire sera menée en relation avec l'enquête de santé nationale qui est organisée régulièrement par l'Institut Scientifique de Santé Publique.

Votre famille a été sélectionnée pour l'enquête de santé bucco-dentaire. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous y portez.

Questionnaire et examen de bouche

Endéans les deux semaines après réception de ce dépliant, vous allez être contacté par un de nos dentistes enquêteurs, qui vous proposera un rendez-vous à domicile à votre convenance. Au cours de cette visite, il vous sera demandé de remplir un questionnaire concernant vos habitudes de santé bucco-dentaire.

En outre, le dentiste vous demandera aussi de participer à un examen de bouche



gratuit. Cet examen de bouche nous permettra de rassembler des données concernant la santé bucco-dentaire de la population

belge. C'est l'objectif principal de cette enquête.

Comme dans l'enquête de santé, un maximum de 4 personnes par famille sera choisi.

Anonymat garanti

Chacun d'entre nous a droit au respect de sa vie privée. Nous garantissons l'anonymat complet de toutes les données personnelles, qui seront collectées au cours de cette enquête. Le contenu de cette enquête a été soumis pour avis à la Commission pour la Protection de la Vie Privée et à la Commission d'Éthique Biomédicale de l'Université de Gand.

Les données recueillies seront analysées de manière anonyme. Personne ne pourra être identifié. Les résultats seront présentés sous une forme telle, qu'il sera impossible de les relier à un nom ou à une adresse.

Annexe C: Formulaire de communication

N° Dentiste N° Groupe **Formulaire de communication: Enquête 2009-2010** Commune:

<p>N° de sécurité Sociale de la personne de référence: <input type="text"/></p> <p>N° de téléphone ou GSM de la personne de référence: <input type="text"/></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Contact</th> <th>Manière de contact*</th> <th>Moment du contact*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> <tr><td>2</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> <tr><td>3</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> <tr><td>4</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> <tr><td>5</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> </tbody> </table> <p>Statut définitif du ménage: *Encercler ce qui convient <input type="radio"/> Non contactable Nombre de questionnaires remplis: <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Refus <input type="radio"/> Non complété <input type="radio"/> En suspens Nombre d'ex.clin. remplis: <input type="checkbox"/></p> <p>Date d'envoi de l'adresse du ménage:/...../.....</p>	Contact	Manière de contact*	Moment du contact*	1	T D	AM PM S	2	T D	AM PM S	3	T D	AM PM S	4	T D	AM PM S	5	T D	AM PM S	<p>N° de sécurité Sociale de la personne de référence: <input type="text"/></p> <p>N° de téléphone ou GSM de la personne de référence: <input type="text"/></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Contact</th> <th>Manière de contact*</th> <th>Moment du contact*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> <tr><td>2</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> <tr><td>3</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> <tr><td>4</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> <tr><td>5</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> </tbody> </table> <p>Statut définitif du ménage: *Encercler ce qui convient <input type="radio"/> Non contactable Nombre de questionnaires remplis: <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Refus <input type="radio"/> Non complété <input type="radio"/> En suspens Nombre d'ex.clin. remplis: <input type="checkbox"/></p> <p>Date d'envoi de l'adresse du ménage:/...../.....</p>	Contact	Manière de contact*	Moment du contact*	1	T D	AM PM S	2	T D	AM PM S	3	T D	AM PM S	4	T D	AM PM S	5	T D	AM PM S	<p>N° de sécurité Sociale de la personne de référence: <input type="text"/></p> <p>N° de téléphone ou GSM de la personne de référence: <input type="text"/></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Contact</th> <th>Manière de contact*</th> <th>Moment du contact*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> <tr><td>2</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> <tr><td>3</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> <tr><td>4</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> <tr><td>5</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> </tbody> </table> <p>Statut définitif du ménage: *Encercler ce qui convient <input type="radio"/> Non contactable Nombre de questionnaires remplis: <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Refus <input type="radio"/> Non complété <input type="radio"/> En suspens Nombre d'ex.clin. remplis: <input type="checkbox"/></p> <p>Date d'envoi de l'adresse du ménage:/...../.....</p>	Contact	Manière de contact*	Moment du contact*	1	T D	AM PM S	2	T D	AM PM S	3	T D	AM PM S	4	T D	AM PM S	5	T D	AM PM S	<p>N° de sécurité Sociale de la personne de référence: <input type="text"/></p> <p>N° de téléphone ou GSM de la personne de référence: <input type="text"/></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Contact</th> <th>Manière de contact*</th> <th>Moment du contact*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> <tr><td>2</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> <tr><td>3</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> <tr><td>4</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> <tr><td>5</td><td>T D</td><td>AM PM S</td></tr> </tbody> </table> <p>Statut définitif du ménage: *Encercler ce qui convient <input type="radio"/> Non contactable Nombre de questionnaires remplis: <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Refus <input type="radio"/> Non complété <input type="radio"/> En suspens Nombre d'ex.clin. remplis: <input type="checkbox"/></p> <p>Date d'envoi de l'adresse du ménage:/...../.....</p>	Contact	Manière de contact*	Moment du contact*	1	T D	AM PM S	2	T D	AM PM S	3	T D	AM PM S	4	T D	AM PM S	5	T D	AM PM S
Contact	Manière de contact*	Moment du contact*																																																																									
1	T D	AM PM S																																																																									
2	T D	AM PM S																																																																									
3	T D	AM PM S																																																																									
4	T D	AM PM S																																																																									
5	T D	AM PM S																																																																									
Contact	Manière de contact*	Moment du contact*																																																																									
1	T D	AM PM S																																																																									
2	T D	AM PM S																																																																									
3	T D	AM PM S																																																																									
4	T D	AM PM S																																																																									
5	T D	AM PM S																																																																									
Contact	Manière de contact*	Moment du contact*																																																																									
1	T D	AM PM S																																																																									
2	T D	AM PM S																																																																									
3	T D	AM PM S																																																																									
4	T D	AM PM S																																																																									
5	T D	AM PM S																																																																									
Contact	Manière de contact*	Moment du contact*																																																																									
1	T D	AM PM S																																																																									
2	T D	AM PM S																																																																									
3	T D	AM PM S																																																																									
4	T D	AM PM S																																																																									
5	T D	AM PM S																																																																									

* T: contact par téléphone B: contact à domicile AM: matin PM: après-midi S: soir - Utilisez de préférence le formulaire que vous pouvez trouver en ligne sur www.ice.ugent.be !

Annexe D: Formulaire de réception

FORMULAIRE DE RECEPTION – Enquête 2009-2010

N° dentiste: NSS^(*) personne de référence:

RF.01. Avez-vous eu un contact avec (un membre du) le ménage, éventuellement après plusieurs essais ?

Oui Non

Brève description de la situation:

STATUT DEFINITIF : NON CONTACTABLE

RF.02. Le ménage a-t-il participé à l'enquête ?

Oui Non

Donnez les raisons du refus:

Pas intéressé..... 1

Pas le temps 2

A cause de l'état de santé 3

A cause de l'âge 4

Autre raison 5

↳ Précisez:

STATUT DEFINITIF: REFUS

STATUT DEFINITIF: PARTICIPATION: complétez le tableau ci-dessous

Pour chaque personne sélectionnée dans le ménage, indiquez (dans le tableau) si les formulaires (questionnaire et formulaire d'examen clinique) sont complétés ou non, et précisez la raison pour laquelle certains formulaires ne le seraient pas. Remplissez le tableau en utilisant les codes ci-dessous pour chaque personne et chaque formulaire (questionnaire et formulaire d'examen clinique).

CODE

- Questionnaire ou formulaire d'examen clinique complété 1
- Questionnaire non complété car ne s'y appliquait pas (< 15 ans ou proxy utilisé)..... 2
- Questionnaire ou formulaire d'examen clinique non complété suite à un refus..... 3
- Questionnaire ou formulaire d'examen clinique non complété pour une autre raison (à préciser dans tableau) 4

Personne sélectionnée	NSS ^(*)	Questionnaire	Précision 'autre raison'	Formulaire d'examen clinique	Précision 'autre raison'
1					
2					
3					
4					

* NSS: Numéro de Sécurité Sociale

Annexe E: Example liste d'adresses

enquête de santé 2008 - gezondheidsenquête 2008			
			19/11/2007
Listing des adresse Adressenlijst		Enquêteur ID: 125 GALAI Mohamed Rue Garibaldi, 35 1060 BRUXELLES	
trimestre/trimester	1		
groupe/groep	202		
formulaire/formulier	75		
ménage/huishouden	adresse/adres	taille/grootte	statut/status
20211071	MECHELSESTEENWEG, 47 1100 11002	1	activé/geactiveerd
	nom/naam	âge/leeftijd	
	VAN ROMPHEY, FRANCISCUS	86	
		nbre personne dont l'âge / aantal personen van leeftijd	
		<15 ans 15-64 ans >=65 ans	
			1
ménage/huishouden	adresse/adres	taille/grootte	statut/status
20212111	GRAANMARKT, 3 1100 11002	1	activé/geactiveerd
	nom/naam	âge/leeftijd	
	SMILOVICI, NATHALIE	72	
		nbre personne dont l'âge / aantal personen van leeftijd	
		<15 ans 15-64 ans >=65 ans	
			1



**CELLULE INTERUNIVERSITAIRE
D'EPIDEMIOLOGIE**

**ENQUÊTE NATIONALE SUR LA
SANTÉ BUCCO-DENTAIRE**

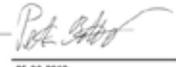
....., dentiste,
s'est présenté(e) le/...../200..... chez la famille
.....
concernant une participation à l'Enquête Nationale de Santé
Bucco-Dentaire.

Elle/il vous contactera à nouveau afin de fixer un rendez-vous
à votre convenance. Vous pouvez la/le contacter par
téléphone au numéro

Meilleurs salutations,

Dentiste-enquêteur

Annexe G: Certificat CIE

 Certificat	Enquête de santé bucco- dentaire 2009 - 2010
	La Cellule Interuniversitaire d'Epidémiologie autorise Dentiste
Prof. dr. Peter Bollenberg	Afin d'effectuer, à la demande de la C.I.E., l'enquête sur la santé bucco-dentaire ainsi qu'un examen de bouche
Prof. dr. Jacques Verbeergem	 25-03-2009  25-03-2009
<small>L'Enquête nationale sur la santé bucco-dentaire est menée à la demande du Comité d'assurances de l'ONAMI</small>	

ANNEXE 2: Conseils pour les dentistes-enquêteurs

La participation à l'enquête n'est pas obligatoire. Cependant, il vaut mieux tout mettre en oeuvre pour éviter les refus de la part des ménages, car ils peuvent compromettre la validité de l'enquête. En effet, non seulement un refus altère la représentativité des résultats, mais encore, il augmente la charge de travail de l'enquêteur.

Outre les moyens traditionnels pour faciliter le contact, tels que la précision dans la présentation de l'enquête, le respect des rendez-vous, la politesse, la discrétion etc., un minimum d'arguments peut s'avérer utile pour obtenir une bonne coopération.

Si le ménage refuse d'emblée de participer à l'enquête, demandez poliment et sans trop d'insistance si la personne de contact veut bien expliquer les raisons de ce refus, car vous devrez nous informer sur les raisons invoquées pour la non-participation. En fonction des réponses, vous trouverez ci-dessous des suggestions de répliques:

“Cela ne m'intéresse pas”

- Savez-vous vraiment de quoi il s'agit? Donner une brève explication de l'enquête (attention: il importe de ne pas être trop long dans les explications, en règle générale et plus encore avec les personnes récalcitrantes).
- Ces informations seront très utiles pour améliorer la santé bucco-dentaire et la qualité de vie de la population.

“Est-ce obligatoire?”

- Cette enquête n'est pas obligatoire, mais le succès du projet et la qualité de l'enquête dépendent de la participation de tous et donc aussi de votre participation.

“Qu'ai-je à y gagner?”

Voici quelques arguments concernant l'intérêt général de l'enquête:

- Orienter les politiques de prévention et de promotion de la santé
- Orienter les investissements dans les différents services de soins
- Identifier des problèmes de santé bucco-dentaire dont les gens ne parlent pas à leur dentiste
- Repérer si certains groupes sociaux ou certaines régions défavorisées en matière de santé bucco-dentaire
- Développer des politiques de prévention mieux ciblées
- C'est l'occasion de faire état de votre situation ou donner votre avis, de faire connaître aux décideurs, les conditions de vie de la population permettre aux décideurs de savoir comment vit la population
- En général, les gens sont contents de pouvoir s'exprimer, de décrire leurs conditions de vie, leur santé bucco-dentaire, de faire le point...

“Pourquoi moi?”

- C'est le hasard. Votre commune a été sélectionnée au hasard pour l'enquête et votre adresse a été tirée au sort dans le Registre National. Par cette méthode de tirage au sort, permet de recruter des personnes à la fois très différentes dans la population, mais aussi représentatives des autres personnes du même groupe. Vous êtes représentatif (ve) d'une série de personnes du même âge que vous et dont le ménage a la même taille que le vôtre.

“ Vous n’avez qu’à prendre quelqu’un d’autre”

- Ce n'est pas si facile... Lorsque quelqu'un refuse de participer, il faut, pour respecter une méthode scientifique, sélectionner un autre ménage de même taille que le vôtre, dans le même quartier et dont la personne de référence a le même âge que vous...

- Si trop de gens refusent, la qualité des résultats est compromise. En effet, il faut nécessairement se poser la question de savoir si la santé bucco-dentaire de ces personnes est comparable à la santé bucco-dentaire des personnes qui acceptent de participer.

- Remarquez que vous avez la chance de participer à un tel projet, la chance de pouvoir contribuer à l'amélioration de la santé bucco-dentaire et donc à la qualité de la vie de la population dans notre pays, la chance de pouvoir donner votre avis. Il serait dommage de passer à côté d'une telle opportunité.

“Je n'ai pas le temps”

- L'interview peut avoir lieu à un moment qui vous convient mieux : en semaine, le week-end, la journée ou en soirée; l'interview peut même être reporté de quelques semaines si vous le désirez...

“Une heure, c'est trop long”

- La durée varie en fonction des personnes: certaines personnes répondent plus vite que d'autres, certaines questions entraînent d'autres questions ou au contraire le saut d'une série de questions. En outre, pour la plupart des gens le temps de l'interview passe vite.

- Si jamais vous trouvez l'entretien trop long, il vous est toujours possible de l'interrompre en cours de route. Mais cela ne vous coûte pas grand chose d'essayer.

“Peut-être, mais je n'ai pas le temps, je suis très occupé”

- Je comprends mais c'est important que nous interrogeons aussi les gens très occupés, car si nous n'interviewons que les gens qui ont le temps, nous n'obtiendrons pas une image correcte de l'ensemble de la population. Il doit être possible de trouver un moment qui vous arrange. Ce n'est pas si long que ça.

“Ma santé bucco-dentaire ne vous regarde pas”

- Nous vous garantissons le respect de votre vie privée (tel qu'il est prévu par la loi) et la confidentialité absolue des données recueillies au cours de cette enquête.

- La Direction Générale de la Statistiques et de l'Information Economique (DGSIE), qui est responsable de la sélection par tirage au sort des personnes à interroger, ainsi que moi-même (et

tous les dentistes-enquêteurs), nous nous sommes engagés à garder le secret. Les informations rassemblées seront analysées de manière anonyme. Votre nom et adresse n'apparaissent nulle part sur le questionnaire. Les résultats seront présentés dans leur globalité et de telle sorte qu'ils ne puissent être associés à aucun nom ou adresse. C'est pour cette raison que la DGSIE est chargée de la sélection des personnes; elle ne communique aucun nom ou adresse à la CIE qui s'occupe d'analyser les réponses.

- De toute façon, vous restez libre de ne pas répondre aux questions auxquelles vous n'avez pas envie de répondre.

“J'ai déjà donné...”, “On est harcelé de sondages...”

- Ce n'est pas une enquête marketing, commerciale, nous ne vendons rien, c'est une enquête d'intérêt général dont vous pourrez (comme toute la population) tirer des bénéfices.

“Je n'y connais rien en santé bucco-dentaire”

- On ne vous interroge pas sur vos connaissances, on veut juste avoir des informations sur votre état de santé bucco-dentaire ou les problèmes de santé bucco-dentaire que vous avez peut-être rencontrés, savoir ce que vous vivez, éprouvez. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

“Je ne suis pas en forme pour l'instant”

- Cela fait partie des choses que nous voulons connaître, vous êtes représentatif d'autres personnes dans le même cas que vous. Si nous n'interrogeons que les personnes en pleine forme nous n'obtiendrions pas une image représentative de toute la population. Mais si vous préférez, nous pouvons reprendre rendez-vous quand vous irez mieux.

“Je n'ai aucun problème de santé bucco-dentaire”

“J'ai récemment fait une visite de contrôle chez mon dentiste”

- C'est une enquête scientifique, nous cherchons à interroger des personnes représentatives de toute la population, y compris des gens qui n'ont pas de problèmes de santé bucco-dentaire. Si l'on, n'interrogeait que les gens à problèmes, les résultats ne seraient pas fiables.

- En outre, si vous n'avez aucun problème, l'enquête et l'examen se dérouleront d'autant plus rapidement.

Enquête de santé bucco-dentaire 2009 - 2010

La Cellule Interuniversitaire d'Epidémiologie
autorise
Dentiste



Certificat

Afin d'effectuer, à la demande de la C.I.E., l'enquête
sur la santé bucco-dentaire ainsi qu'un examen de
bouche


25-03-2009

Prof. dr. Peter Bottenberg


25-03-2009

Prof. dr. Jacques Vanobbergen

L'Enquête nationale sur la santé bucco-dentaire est menée à la demande du Comité d'assurances de l'INAMI.

FORMULAIRE DE RECEPTION – Enquête 2009-2010

N° dentiste:

NSS^(*) personne de référence:

RF.01. Avez-vous eu un contact avec (un membre du) le ménage, éventuellement après plusieurs essais ?

Oui Non

Brève description de la situation:

.....

STATUT DEFINITIF : **NON CONTACTABLE**

RF.02 Le ménage a-t-il participé à l'enquête ?

Oui Non

Donnez les raisons du refus:

Pas intéressé..... 1

Pas le temps 2

A cause de l'état de santé 3

A cause de l'âge 4

Autre raison 5

↳ Précisez:

STATUT DEFINITIF: **REFUS**

STATUT DEFINITIF: **PARTICIPATION:** complétez le tableau ci-dessous

Pour chaque personne sélectionnée dans le ménage, indiquez (dans le tableau) si les formulaires (questionnaire et formulaire d'examen clinique) sont complétés ou non, et précisez la raison pour laquelle certains formulaires ne le seraient pas. Remplissez le tableau en utilisant les codes ci-dessous pour chaque personne et chaque formulaire (questionnaire et formulaire d'examen clinique).

CODE

Questionnaire ou formulaire d'examen clinique complété **1**

Questionnaire non complété car ne s'y appliquait pas (< 15 ans ou proxy utilisé) **2**

Questionnaire ou formulaire d'examen clinique non complété suite à un refus **3**

Questionnaire ou formulaire d'examen clinique non complété pour une autre raison (à préciser dans tableau) **4**

Personne sélectionnée	NSS ^(*)	Questionnaire	Précision 'autre raison'	Formulaire d'examen clinique	Précision 'autre raison'
1					
2					
3					
4					

* NSS: Numéro de Sécurité Sociale

Tableau des variables de la base de données globale de la santé bucco-dentaire

Données sociodémographiques	Santé générale (Partie A: questionnaire)	Données de santé bucco-dentaire (Partie A: questionnaire)	Données de santé bucco-dentaire (Partie B: examen clinique buccal)	Données de consommation de soins (Partie C: AIM)
Région <ul style="list-style-type: none"> • Bruxelles-Capitale • Flamande • Wallone Groupes d'âge (ans) <ul style="list-style-type: none"> • 5 - 7 • 12 - 14 • 15 - 24 • 25 - 34 • 35 - 44 • 45 - 54 • 55 - 64 • 65 - 74 • > 75 • tous les âges Sexe <ul style="list-style-type: none"> • Femme • Hommes Education <ul style="list-style-type: none"> • Scolarité Nationalité <ul style="list-style-type: none"> • Nationalité • Pays de naissance Code postale	<ul style="list-style-type: none"> • Maladies chroniques ou handicaps • Diabétisme • IMC • Tabagisme 	Hygiène bucco-dentaire <ul style="list-style-type: none"> • Brossage • Aides à l'hygiène bucco-dentaire • Produits fluorés Soins dentaires <ul style="list-style-type: none"> • Conseils • Sources de conseils • Visites irrégulières chez le dentiste Alimentation <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence des prises d'aliments et boissons • Heures des prises d'aliments et boissons Plaintes <p>Santé bucco-dentaire et qualité de vie</p>	Anomalies dento-faciales <ul style="list-style-type: none"> • Espace / malocclusion Hygiène bucco-dentaire <ul style="list-style-type: none"> • Indice de plaque Etat parodontale <ul style="list-style-type: none"> • DPSI Usure dentaire <ul style="list-style-type: none"> • Erosion / abrasion / attrition Anomalies de développement de l'émail <ul style="list-style-type: none"> • Hypoplasie / fluorose Etat dentaire <ul style="list-style-type: none"> • Saine / Scellée • Cariée • Extraite • Absente • Couronne incluse • Traumatisme • Bridge, couronne • Racines exposées / implants Etat prothétique <ul style="list-style-type: none"> • Pas de prothèse • Bridge, prothèse amovible partielle ou prothèse amovible complète • Matière de prothèse dentaire Contacts occlusaux fonctionnels	Soins dentaires <ul style="list-style-type: none"> • Contacts avec un dentiste • Prévention / nettoyage • Obturations • Traitements endodontiques • Radiographies • Urgences dentiste/ stomatologue • Consultations parodontologiques • Traitements stomatologiques • Implants • Extractions sous anesthésie générale • Traitements prothétiques • Extractions et petite chirurgie • Orthodontie Soins médicaux <ul style="list-style-type: none"> • Contacts avec un médecin • Contacts avec un spécialiste • Urgences Information générale <ul style="list-style-type: none"> • Statut Omnio • Statut Vipo

Bruxelles, 06/11/07

Cher collègue,

Au cours des mois écoulés, vous avez réalisé un (des) examen(s) de bouche dans le cadre du projet “Enregistrement des données de santé bucco-dentaire, étude de faisabilité”.

Afin de corriger la procédure pour l'étude à grande échelle qui sera entreprise dès 2008, nous souhaiterions connaître votre opinion à propos de l'étude et des documents ci-joint.

Nous apprécierions vivement si vous pouviez prendre le temps de répondre au questionnaire en annexe. Vous pouvez aussi, à la fin, donner votre propre commentaire à propos d'éléments qui ne seraient pas mentionnés dans les questions à choix multiple.

Veillez nous retourner le questionnaire rempli dans l'enveloppe ci-jointe (port payé par le destinataire).

Merci pour votre collaboration

Cordialement,

Peter Bottenberg

Au nom de la CIE

Questionnaire pour les dentistes

Cochez la réponse adéquate

1. Données personnelles:

1- Université dont vous êtes issu :

KUL RUG VUB UCL ULB ULg Autre

2- Années d'expérience professionnelle:

0-5 a 6-10 a 11-15 a 16-20 a 20-25 a >25 a

3- Sexe

Masculin Féminin

4- Temps de Travail

Temps partiel Temps plein

2. L'examen clinique a été mené :

- Dans un cabinet dentaire (le patient a pris contact avec le cabinet pour un examen de bouche)
 A la maison (la CIE a fait appel à vous pour subir un examen de bouche, après réception des instructions nécessaires)

3. Combien de temps a duré l'examen de bouche ?

≤ 20 min 20-30 min ≥ 30 min

4. Combien de temps avez-vous consacré aux procédures administratives?

5-10 min 10-15 min 15-20 min. > 20 min

5. Combien de temps a pris la préparation de l'examen (lecture du folder , la préparation du matériel)?

5-10 min 10-15 min 15-20 min 15-20 min 20-25 min > 25 min

6. Qualité du guide illustré:

Qualité du texte

Insatisfaisant Très bon

Qualité des illustrations:

Insatisfaisant Très bon

7. Anomalies dento-faciales antérieures (à partir de 12 ans):

Clarté de la question:

Très confuse Très claire

Pertinence de la question:

Peu pertinente Très pertinente

Aspects pratiques du remplissage de la partie concernant le questionnaire:

Très difficile Très facile

8. Malocclusion:

Clarté de la question:

Très confuse Très claire

Pertinence de la question:

Peu pertinente Très pertinente

Aspects pratiques du remplissage de la partie concernant le questionnaire:

Très difficile Très facile

9. Anomalies du développement de l'émail des incisives maxillaires (à partir de 12 ans):

Clarté de la question:

Très confuse Très claire

Pertinence de la question:

Peu pertinente Très pertinente

Aspects pratiques du remplissage de la partie concernant le questionnaire:

Très difficile Très facile

10. Indice de plaque:

Clarté de la question:

Très confuse Très claire

Pertinence de la question:

Peu pertinente Très pertinente

Aspects pratiques du remplissage de la partie concernant le questionnaire:

Très difficile Très facile

11. DPSI (à partir de 15 ans):

Clarté de la question:

Très confuse Très claire

Pertinence de la question:

Peu pertinente Très pertinente

Aspects pratiques du remplissage de la partie concernant le questionnaire:

Très difficile Très facile

12: Etat dentaire (tous les âges):

Clarté de la question:

Très confuse Très claire

Pertinence de la question:

Peu pertinente Très pertinente

Aspects pratiques du remplissage de la partie concernant le questionnaire:

Très difficile Très facile

13. Etat prothétique:

Clarté de la question:

Très confuse Très claire

Pertinence de la question:

Peu pertinente Très pertinente

Aspects pratiques du remplissage de la partie concernant le questionnaire:

Très difficile Très facile

14. Contacts fonctionnels occlusaux (à partir de 15 ans):

Clarté de la question:

Très confuse Très claire

Pertinence de la question:

Peu pertinente Très pertinente

Aspects pratiques du remplissage de la partie concernant le questionnaire:

Très difficile Très facile

15. Seriez-vous prêt à collaborer à nouveau au prochain projet d'enregistrement des données ?

Absolument pas Très certainement

16.

Vos remarques personnelles à propos des procédures

Session d'évaluation du 21 janvier 2010

Après un brève aperçu des résultats et l'énumération des remarques/questions qui sont arrivées au secrétariat CIE (via le site web, le téléphone ou le mail), la discussion a été ouverte. Les problèmes (ou les solutions apportées par les dentistes-enquêteurs) sont très divergents. Ce qui paraît être un problème ou une solution pour un dentiste-enquêteur/ou commune ne l'est pas nécessairement pour les autres dentistes-enquêteurs/communes.

Contact avec les ménages:

Certains dentistes-enquêteurs prétendent que dans leur commune la plupart des personnes qui acceptent de participer sont des personnes ayant une prothèse complète ou encore des gens avec une dentition bien soignée. D'autres dentistes semblent penser le contraire, examinant surtout des familles moins fortunées qui veulent participer. Ces familles ont ainsi l'occasion d'avoir un 'conseil/examen gratuit bien qu'elles soient gênées par leur dentition et/ou leur habitation. Certaines iront jusqu'à refuser de participer. La CIE indique que les résultats vont probablement se partager équitablement et en tout cas une correction se fera par l'analyse des non-participants vis-à-vis des participants dont les données de base sont connues.

- Chez les personnes âgées la communication pose parfois un problème. Ces personnes préfèrent attendre la présence et/ou l'avis d'un enfant, petit-enfant ou infirmier avant de participer.
- Plainte générale des dentistes-enquêteur: beaucoup de ménages sont difficilement contactable car il ne disposent pas (plus) d'un téléphone fixe, le dentiste est alors obligé de se rendre (parfois plusieurs fois) sur place avant de pouvoir contacter un ménage avec en plus le risque d'une réponse négative de la part de celui-ci.
- Les dentistes ne reçoivent quasiment jamais une réponse après avoir laissé leur carte de visite auprès des ménages.
- Une dentiste souligne que lorsqu'elle n'arrive pas à contacter un ménage par téléphone, elle leur adresse un. Elle demande dans cette lettre de la contacter afin de fixer un rendez-vous.
-

A noter: le dentiste-enquêteur a seulement le droit au montant de 10 EUR quand il/elle a reçu préalablement un consentement du ménage et que le ménage refuse finalement la consultation pendant la visite à domicile.

Le formulaire de communication ne peut plus être rempli on-line. Les dentistes-enquêteurs sont priés de remplir ce formulaire à la main et de l'envoyer ensemble avec le reste des formulaires (enveloppe jaune).

La lettre d'invitation destinée aux ménages sélectionnés a été adaptée. La phrase suivante a été ajoutée:

En raison d'éventuels refus de participation, le nombre de ménages contactés est plus important que le nombre de ménages sélectionnés pour réaliser l'étude. Il est donc possible que votre ménage, bien qu'initialement contacté pour participer à l'enquête, n'a pas été retenu et que vous ne serez pas contacté par nos dentistes-enquêteurs. Dans ce cas nous vous remercions, néanmoins, pour l'intérêt que vous avez porté à cette étude.

Cette adaptation enlève la pression des dentistes-enquêteurs afin de contacter tous les ménages sur leur liste. Une fois atteint le quota trimestriel, ils peuvent arrêter de contacter d'autres ménages.

Questionnaire:

- On remarque que souvent des enfants de moins de 15 ans remplissent quand-même les 14 questions concernant “La santé orale et la qualité de vie”. Ces questions ne sont qu’à remplir par les personnes de 15 ans ou plus.
- Attention à la question NB.01. sur l’alimentation! Veuillez faire attention à ce que les personnes remplissent également le moment de la journée auquel ils prennent les différents aliments (partie 2 de la question). Pour les aliments qui ne sont pas consommés la case ‘Jamais’ doit être cochée (et ne pas laisser vide toutes les cases) pour cet aliment.
- Un dentiste se demandait le pourquoi des questions répétées (e.a. dans la partie “La santé orale et la qualité de vie”). Ceci a bien sûr une raison scientifique (validité interne); ces questions ont été validées et sont utilisées au niveau international.

Examen clinique:

- Un dentiste remarquait qu’il n’était pas évident de déterminer le DPSI avec la sonde fournie et que l’éclairage fourni n’est pas adéquat.
- Un dentiste avait un astuce concernant l’éclairage: il emmène une torche et demande à un autre membre du ménage d’éclairer pendant l’examen de la bouche.
- Un dentiste demandait s’il était possible, dans des cas exceptionnels (p.e. en cas de transformations), de faire l’examen de la bouche dans le cabinet dentaire. Ceci n’est déontologiquement pas possible. D’autre part les circonstances de l’examen ne seront pas les mêmes.
- Certains miroirs de bouche sont défectueux (le miroir lâche) et ceci peut mener à des situations dangereuses. Il s’agit d’une erreur de fabrication. Le fabricant a été averti et on demande aux dentistes de nous communiquer le numéro de lot (qui se trouve sur l’emballage) de ces miroirs.
- Une erreur est présente sur le formulaire clinique, dans la partie “contacts fonctionnels occlusaux” : les parenthèses dans la phrase « ...et/ou dents de prothèse amovible (partielle) antagonistes » manquent. Ceci sera corrigé. Quand un dentiste aurait rempli par erreur/malentendu un “0” dans le cas d’une prothèse complète, l’erreur sera corrigée dans la base de données.
- Les dentistes qui ne remplissent pas le formulaire d’examen clinique on-line sont priés de bien vérifier si a. toutes les cases ont été complétées et b. pour le DPSI un 3+ ou 3- a été noté et non pas « 3 » (le programme on-line n’accepte pas les cases vides!).

Séance de questions auprès les dentistes-enquêteurs

- Les cartes de visite laissées dans les boîtes aux lettres n’ont pas beaucoup d’effet. Quelqu’un propose de plutôt joindre une copie de l’invitation ensemble avec les données de contact du dentiste-enquêteur. Ainsi, le ménage a la possibilité de relire la lettre afin de savoir de quoi il s’agit.
- Comment retrouver la vraie raison d’une perte de dent? Chez les personnes âgées il est souvent difficile de le déterminer car les personnes ne s’en souviennent plus. Astuce : d’abord termine l’examen de la bouche, ensuite les personnes se laisse souvent aller à discuter de leur dentition et on a alors l’occasion de le déterminer à ce moment.

- Le ménages participant à l'étude se posent la question si (et quand) les résultats de l'étude seront communiqués: fin 2011 les résultats seront présentés lors d'une conférence de presse.
- Un dentiste se demande pourquoi l'étude n'est pas sponsorisée, ainsi on pourra laisser un échantillon de dentifrice ou une brosse à dent chez les ménages participant.
- Un certain nombre de ménages prétend de ne pas avoir reçu la lettre d'invitation. Ceci est peu probable car les envois non délivrés sont retournés au secrétariat. Le dentiste concerné est ensuite mis au courant.
- On demande un minimum de 10 à 15 interviews/ examinations par trimestre. Chaque dentiste-enquêteur est bien sûr libre de visiter plus de ménages!

Grâce aux remarques et commentaires des dentistes-enquêteurs l'ambiance de la session d'évaluation était constructive et positive. Une telle évaluation sera utile après chaque trimestre.

Il nous reste plus qu'à remercier tous les dentiste-enquêteurs pour tout l'effort et l'enthousiasme qu'ils mettent dans leur travail. On apprécie fortement leur coopération à cette étude!

Session d'évaluation du 29 avril 2010

Remarques concernant le formulaire clinique:

- DPSI: prière de bien noter "3+" ou "3-" et non pas « 3 ».
- Vérifiez si vous avez bien spécifié le type de prothèse partielle (également dans les cas « Non concerné »)
- Vérifiez si vous n'avez pas coché deux réponses là où seulement une réponse est requise (p.ex. anomalies dento-faciales)
- Contrôlez si vous avez bien rempli toutes les cases
- Lors du remplissage du formulaire en ligne, faites attention de ne pas soumettre deux fois le même formulaire (les doubles devront être enlevés manuellement)
- Si vous remarquez que vous avez fait une erreur lors du remplissage en ligne, notez le bien sur le formulaire en papier et avertissez le secrétariat (surtout ne pas introduire le formulaire une deuxième fois)
- Si vous obtenez un avertissement de sécurité lors de la connexion avec le site web de la VUB (formulaire en ligne) vous pouvez ignorer l'alerte et continuer votre travail)

Remarques concernant le questionnaire:

- Question NB.01: vérifiez que la personne aie bien rempli chaque ligne et qu'elle a également spécifié le moment de consommation de la nourriture/ boisson
- Question TA.03: faites attention à ce que les personnes ne cochent pas la case correspondant au type de tabac au lieu de remplir le nombre de tabac consommés.

Remarques des dentistes-enquêteurs

- Parfois les ménages n'avaient pas encore reçu l'invitation au moment où le dentiste prend le contact (le problème avec l'envoi des invitations a entre-temps été résolu)
- En utilisant la touche « retour » lors d'une éventuelle correction du formulaire d'examen clinique en ligne, les données déjà introduites sautent une place en arrière: il faut bien contrôler les données déjà introduites après avoir utilisé la touche « retour »
- Quelqu'un propose d'ajouter l'adresse des dentistes dans l'envoi. Ainsi le dentiste saura quand les invitations sont arrivées auprès des ménages.
- Beaucoup de personnes demandent s'ils recevront les résultats du projet: vous pouvez répondre que les résultats de l'enquête apparaîtront dans les médias au courant de l'année 2011
- On propose d'envoyer une lettre de remerciement aux participants à l'enquête.
- La lettre d'information et le formulaire de consentement sont trop difficiles et compliqués pour les ménages! Malheureusement la Commission de la Protection de la vie privée demande de mettre toutes ces informations.
- Beaucoup de personnes contactent leur propre dentiste pour plus d'information avant d'accepter la participation à l'enquête. Malheureusement pas tous les dentistes sont au courant du projet... Peut-être faudrait-il envoyer une lettre aux dentistes des communes concernées ?

Formulaire de consentement (remplir en majuscules SVP)

Je, soussigné(e) déclare de vouloir participer volontairement à l'enquête nationale sur la santé bucco-dentaire 2009-2010.

J'ai reçu une copie du formulaire de consentement, signé et daté. J'ai reçu les informations nécessaires concernant le genre, le but, la durée et les conséquences de l'étude ainsi que ce qui est attendu de moi. J'ai été informé sur les risques possibles et les avantages de l'étude. On m'a donné l'occasion et le temps nécessaire pour poser des questions éventuelles sur l'étude et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes à mes questions (médicales et autres).

J'ai été mis au courant de l'existence d'une assurance au cas où une blessure, due aux manœuvres de l'étude, se produisait.

Je suis conscient(e) du fait que cette étude a été approuvée par une commission indépendante d'éthique médicale de l'hôpital universitaire de Gand.

Je suis conscient(e) du fait que mes données personnelles soient conservées pendant 6 mois et les données relatives à ma santé pendant au moins trente ans. Je suis au courant que j'ai accès à ces données et que j'ai le droit de les modifier à tout moment, tant qu'elles n'ont pas été anonymisées. Ma vie privée sera respectée à tout moment.

J'accepte de participer à l'enquête sur la santé bucco-dentaire (questionnaire concernant les habitudes de santé dentaire).

J'accepte de participer à un examen de bouche.

Je donne mon consentement pour la mise en relation de mes données avec les données relatives à la consommation de soins.

Nom: Adresse:

.....

(En cas de patient handicapé ou mineur*) parenté:

.....

Lieu: Date:

Signature

* La personne est représentée par (dans l'ordre suivant):

- Le conjoint co-habitant ou partenaire
- Un enfant majeur
- Un parent
- Frère ou soeur

