

Rapports sur la santé

Prévalence et corrélats d'une santé buccodentaire autodéclarée passable ou mauvaise au Canada

par Michelle Rotermann et Kellie Murphy

Date de diffusion : le 15 avril 2026



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par la ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par la ministre de l'Industrie, 2026

L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Prévalence et corrélats d'une santé buccodentaire autodéclarée passable ou mauvaise au Canada

par Michelle Rotermann et Kellie Murphy

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202600400001-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

La santé buccodentaire est une partie importante de la santé globale et de la qualité de vie. Les problèmes de santé buccodentaire peuvent, pour la plupart, être évités ou traités. Certaines sous-populations ont une moins bonne santé buccodentaire que d'autres. Des données détaillées et à jour sur la santé buccodentaire de la population du Canada sont essentielles pour améliorer les soins, réduire les inégalités et orienter les récentes initiatives politiques, comme le Régime canadien de soins dentaires, et mesurer leurs répercussions.

Méthodes

Les données autodéclarées tirées de l'Enquête canadienne sur la santé buccodentaire de 2023-2024 ont été utilisées pour estimer la prévalence d'une santé buccodentaire passable ou mauvaise en fonction d'autres problèmes liés à la santé buccodentaire, des pratiques de soins personnels buccodentaires et des caractéristiques sociodémographiques. Des modèles de régression logistique multivariée ont permis d'examiner les liens entre le fait de déclarer une santé buccodentaire passable ou mauvaise, en tenant compte de caractéristiques sociodémographiques et d'autres covariables.

Résultats

Environ 17 % des adultes au Canada ont déclaré avoir une santé buccodentaire passable ou mauvaise. Les tableaux croisés bivariés et la régression non ajustée laissent entendre qu'une santé buccodentaire autodéclarée passable ou mauvaise était positivement associée à d'autres problèmes liés à la santé buccodentaire. La régression logistique multivariée a également montré que les chances de déclarer une santé buccodentaire passable ou mauvaise restaient plus élevées chez les personnes ayant d'autres problèmes liés à la santé buccodentaire, que la personne ait des dents ou un dentier : être insatisfait de l'apparence de ses dents ou de son dentier; avoir des douleurs à la bouche; avoir des problèmes de bouche non traités; éviter certains aliments en raison de problèmes reliés à la bouche. Le fait de ne pas avoir fait de visite annuelle chez le dentiste ou de ne pas se brosser les dents deux fois par jour augmentait également le risque, tout comme le fait d'être un homme, une personne racisée, ou le fait d'appartenir à un ménage à faible revenu, ainsi que d'avoir un moins bon état de santé général.

Interprétation

La présente étude a révélé des associations entre une santé buccodentaire autoévaluée passable ou mauvaise, d'autres problèmes liés à la santé buccodentaire, plusieurs caractéristiques sociodémographiques et les pratiques de soins personnels buccodentaires (hygiène), ce qui permet de réaffirmer que l'autoévaluation de la santé buccodentaire continue d'être utile pour la surveillance de la santé buccodentaire au Canada.

Mots-clés

Maladie parodontale, enquête sur les soins dentaires, problèmes buccaux non traités, douleur à la bouche, bouche sèche, hygiène buccale, état de santé buccodentaire, perte de dents, élément unique

AUTEURES

Michelle Rotermann et Kellie Murphy travaillent à la Division de l'analyse de la santé et de la modélisation de Statistique Canada.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- La santé buccodentaire comprend la capacité de parler, de sourire, de mâcher, d'avaler et de communiquer non verbalement par des expressions faciales sans douleur ni inconfort ni maladie de la tête et du visage. C'est un élément important du bien-être et de la qualité de vie.
- Bien que la plupart des Canadiens déclarent des niveaux élevés de santé buccodentaire, beaucoup d'autres ne peuvent pas en dire autant et, au contraire, ont des dents manquantes ou endommagées, des douleurs à la bouche et des difficultés à mâcher.
- Les obstacles financiers qui empêchent de nombreuses personnes d'accéder aux soins dentaires au Canada devraient diminuer avec l'admissibilité au Régime canadien de soins dentaires (RCSD). La surveillance des changements liés à la santé buccodentaire après la mise en œuvre du RCSD est nécessaire pour évaluer les progrès.

Ce qu'apporte l'étude

- À mesure que le nombre de problèmes de santé buccodentaire autodéclarés augmentait (y compris la douleur à la bouche, les problèmes de bouche non traités, la nécessité d'éviter certains aliments en raison de problèmes reliés à la bouche et la bouche sèche de façon persistante), la déclaration d'une santé buccodentaire passable ou mauvaise augmentait également, passant d'un taux de prévalence de 5,7 % lorsqu'aucun autre problème de santé buccodentaire n'était déclaré, à 65,0 % lorsque quatre problèmes de santé buccodentaire étaient déclarés. La satisfaction à l'égard de l'apparence des dents ou du dentier a également joué un rôle. Les personnes qui étaient satisfaites ou très satisfaites de leurs dents ou de leur dentier enregistraient des taux moins élevés de santé buccodentaire passable ou mauvaise (variant de 1,9 % à 27,8 %, selon le nombre de problèmes de santé buccodentaire), tandis que celles qui étaient insatisfaites enregistraient des taux plus élevés de santé buccodentaire passable ou mauvaise (23,1 % à 85,7 %). Dans l'ensemble, 17,1 % des adultes canadiens ont déclaré que leur santé buccodentaire était passable ou mauvaise.
- Le fait de suivre les recommandations pour les soins dentaires personnels, y compris le brossage deux fois par jour et les examens dentaires annuels, était associé à une meilleure santé buccodentaire autoévaluée, même après avoir pris en compte les facteurs de confusion.
- Certaines populations se sont révélées plus susceptibles d'avoir une santé buccodentaire passable ou mauvaise, y compris les hommes, les personnes racisées (et non autochtones), les personnes appartenant à un ménage à faible revenu et les personnes ayant déclaré un moins bon état de santé général.

La santé buccodentaire est un élément important de la santé globale et de la qualité de vie¹⁻⁵. Une mauvaise santé buccodentaire peut avoir des répercussions sur la capacité d'une personne à manger, à boire, à parler, sur la qualité du sommeil, le fonctionnement social et la confiance en soi^{1,6}. Inversement, une bonne santé buccodentaire est associée à un risque plus faible de maladies cardiovasculaires⁷ et de certains cancers⁸⁻⁹, ainsi qu'à la longévité¹⁰. En revanche, la perte de dents et la maladie parodontale sont liées à des risques plus élevés d'hospitalisation¹¹ et d'incapacité¹².

La surveillance de la santé buccodentaire à l'échelle de la population a traditionnellement reposé sur des enquêtes cliniques périodiques coûteuses au Canada¹³ et ailleurs, y compris aux États-Unis¹⁴⁻¹⁵, en Australie¹⁶, en Écosse¹⁷, en Finlande¹⁸, et au Royaume-Uni^{1,19}.

L'intérêt pour des approches de surveillance moins exigeantes en ressources et plus abordables n'est pas nouveau²⁰⁻²², bien que cet intérêt ait augmenté pendant la pandémie de COVID-19²³. Bien que certains indicateurs cliniques, comme les poches parodontales profondes et la récession gingivale, nécessitent un

examen par un professionnel²⁴, des études de validation montrent que des indicateurs comme le nombre de dents ou l'utilisation de prothèses dentaires peuvent être autodéclarés avec précision²⁵⁻²⁷.

Les avantages de la surveillance de la santé buccodentaire autodéclarée comprennent le coût peu élevé, la facilité d'intégration aux enquêtes de santé existantes, la possibilité d'identifier rapidement les personnes nécessitant un suivi, l'amélioration de la rapidité grâce à des enquêtes plus fréquentes et l'élargissement de la couverture géographique²⁰. Au minimum, la santé buccodentaire autodéclarée fournit une indication subjective et non clinique de la demande potentielle de services et de traitements¹.

Les autoévaluations d'un seul élément sont bien établies dans la recherche en santé. L'autoévaluation de la santé, par exemple, est un indicateur fiable et valide de la survie, de la capacité fonctionnelle et de l'utilisation des services²⁸⁻³⁰. Statistique Canada compte aussi régulièrement sur d'autres comportements et caractéristiques de santé autodéclarés³¹.

La présente étude permet de mieux comprendre la manière dont l'autoévaluation de la santé buccodentaire renvoie à d'autres mesures autodéclarées de la santé buccodentaire des Canadiens et clarifie les liens entre les facteurs liés à la santé buccodentaire, les soins personnels buccodentaires et les caractéristiques sociodémographiques, dont certaines ne sont pas traditionnellement disponibles simultanément dans les enquêtes nationales.

Les deux principaux objectifs de cette étude étaient de : 1) calculer la prévalence des adultes au Canada qui ont déclaré que leur santé buccodentaire était passable ou mauvaise; 2) examiner les caractéristiques sociodémographiques, d'autres problèmes liés à la santé buccodentaire et les pratiques de soins personnels buccodentaires parmi ceux qui ont évalué leur santé buccodentaire comme passable ou mauvaise.

Méthodes

Source des données

Les données proviennent de l'Enquête canadienne sur la santé buccodentaire (ECSB) de 2023-2024, une enquête auprès des ménages, représentative à l'échelle nationale et à participation volontaire menée par Statistique Canada, en partenariat avec Santé Canada, qui recueille des renseignements autodéclarés auprès des ménages canadiens composés d'adultes âgés de 18 ans ou plus vivant dans les 10 provinces³². Les répondants vivant avec des enfants de moins de 18 ans ont fourni des renseignements sur le ménage, les enfants et eux-mêmes. Les personnes vivant dans les territoires ou dans les réserves des Premières Nations et d'autres peuplements autochtones dans les provinces, la population vivant en établissement et les résidents de logements collectifs ont été exclus (environ 3 % de la population canadienne). Les données ont été recueillies du 27 novembre 2023 au 13 mars 2024, et l'enquête a eu un taux de réponse de 52,2 %, correspondant à 27 039 répondants âgés de 18 ans ou plus. La plupart des répondants ont rempli le questionnaire de l'enquête en ligne; une minorité a participé avec l'aide d'intervieweurs formés.

Davantage de renseignements sur l'ECSB, y compris l'échantillonnage, les questionnaires et l'assurance qualité, sont disponibles ailleurs³².

Échantillon analytique

Pour être intégrés à cette étude, les répondants devaient avoir fourni des réponses non manquantes (valides) à trois questions concernant leur santé buccodentaire autoévaluée, leurs dents naturelles et l'utilisation de prothèses dentaires (y compris les dentiers, les prothèses partielles fixes ou les prothèses partielles). Étant donné que la question sur la santé buccodentaire perçue a été posée uniquement aux répondants âgés de 18 ans ou plus, l'échantillon principal de l'étude était limité aux adultes et comprenait 26 752 personnes (représentant 31,2 millions de personnes). Les valeurs manquantes pour la santé buccodentaire perçue ($n = 84$), les dents naturelles

($n = 78$), l'utilisation de prothèses dentaires ($n = 154$) et la plupart des autres covariables étaient peu élevées (allant de l'absence de valeurs manquantes pour le revenu, le groupe d'âge et le sexe à $n = 788$ pour l'assurance). Les valeurs manquantes pour le statut d'immigrant étaient l'exception ($n = 3\,382$).

Définitions

Résultats

La santé buccodentaire perçue reposait sur les réponses à la question « En général, comment évalueriez-vous votre santé buccale? » Les choix de réponse étaient « excellente », « très bonne », « bonne », « passable » ou « mauvaise ». La bouche comprend les dents ou les prothèses dentaires, les gencives, la langue, les lèvres et les articulations de la mâchoire. Les réponses ont été regroupées en deux catégories : santé buccodentaire passable ou mauvaise par rapport à la santé buccodentaire excellente, très bonne ou bonne.

Covariables

La sélection des covariables a été guidée par leur disponibilité dans l'ECSB et la littérature connexe sur la santé buccodentaire.

Le genre était divisé en hommes+ et femmes+. La catégorie « Hommes+ » comprend les hommes, ainsi que certaines personnes non binaires, tandis que la catégorie « Femmes+ » comprend les femmes ainsi que certaines personnes non binaires. En raison de la petite taille de la population non binaire, l'utilisation de la variable de genre à deux catégories était nécessaire.

Il y avait trois groupes d'âge : 18 à 34 ans, 35 à 64 ans et 65 ans ou plus. Les groupes d'âge étaient harmonisés avec la stratégie d'échantillonnage de l'enquête.

Les répondants ont été invités à indiquer s'ils étaient membres des Premières Nations (peu importe le statut), Métis ou Inuk (Inuit). Dans la négative, les répondants ont été invités à indiquer s'ils appartenaient à un ou plusieurs groupes de population racisés ou culturels, y compris Blanc, Sud-Asiatique, Chinois, Noir, Philippin, Latino-Américain, Arabe, Asiatique du Sud-Est, Asiatique occidental, Coréen, Japonais ou d'autres groupes. Ces renseignements ont été utilisés pour créer une variable de groupe de population selon trois catégories : Autochtones (Premières Nations [peu importe le statut], Métis ou Inuk [Inuit]), population non autochtone et non racisée (Blanc), ou populations non autochtones et racisées (Sud-Asiatique, Chinois, Noir, Philippin, Latino-Américain, Arabe, Asiatique du Sud-Est, Asiatique occidental, Coréen, Japonais ou autres).

Les répondants à l'ECSB n'ont pas été interrogés sur leur citoyenneté ou leur lieu de naissance. Ces renseignements ont plutôt été obtenus au moyen d'un couplage à la Base de données longitudinales sur l'immigration (BDIM)³³. Le statut

d'immigrant a été catégorisé comme non-immigrant (citoyen de naissance, qui comprend potentiellement des immigrants arrivés avant 1952), immigrant (immigrant reçu ou résident non permanent) ou manquant. Une catégorie manquante a été incluse dans l'analyse parce que 13,9 % de l'échantillon analytique pondéré ne pouvait pas être couplé à la BDIM.

De même, les répondants à l'ECSB n'ont pas été interrogés sur leur revenu. Au lieu de cela, un couplage au Fichier administratif principal du revenu personnel de Statistique Canada a été effectué³⁴. La plupart des répondants (84,5 %) ont été couplés, et pour les 15,5 % qui n'ont pas été couplés, des données sur le revenu ont été imputées. Le revenu familial net rajusté (RFNR) a été calculé en fonction du revenu familial net (comprenant le revenu familial net moins les déductions admissibles, comme l'allocation canadienne pour enfants) selon les données fiscales de 2022. Les quintiles du RFNR ont été créés en divisant le RFNR selon un ordre croissant, en cinq catégories : quintile 1 (0 \$ à 25 295 \$), quintile 2 (25 300 \$ à 57 395 \$), quintile 3 (57 397 \$ à 95 723 \$), quintile 4 (95 736 \$ à 145 629 \$), et quintile 5 (145 645 \$ ou plus).

La couverture d'assurance dentaire a été déterminée en fonction des réponses à la question « Vos frais dentaires sont-ils couverts en tout ou en partie par un régime d'assurance ou un régime gouvernemental? »

La santé autoévaluée et la santé mentale autoévaluée reposaient sur les réponses aux questions : « En général, comment évalueriez-vous votre santé? » et « En général, comment évalueriez-vous votre santé mentale? ». Les réponses à chaque question ont été reclassées en trois catégories : « excellente ou très bonne », « bonne », et « passable ou mauvaise ».

La variable composite pour la perte de dents et le statut par rapport à l'utilisation d'un dentier a été calculée à partir des réponses aux questions : « Avez-vous encore au moins une de vos propres dents? » et « Portez-vous un dentier, des prothèses dentaires ou de fausses dents? ». La variable comprenait trois catégories : dents seulement, pas de dents avec ou sans dentier (édenté), et dents et dentiers.

La douleur persistante à la bouche a été codée comme oui (souvent ou parfois) ou non (rarement ou jamais), en fonction des réponses à la question : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu une douleur persistante ou continue à la bouche? ». Cela inclut la douleur dans les dents, les gencives, la langue, la mâchoire et les articulations de la mâchoire.

Les problèmes de bouche non traités ont été codés comme oui ou non en fonction de la question « Est-ce que vous avez des problèmes de bouche non traités? ». Dans l'ECSB, les problèmes liés à la bouche étaient décrits comme des problèmes qui causent de la douleur ou de l'inconfort, y compris des abcès, des problèmes de gencives, des caries non traitées, des plombages qui doivent être remplacés, des douleurs dentaires, des blessures ou des lésions dans la bouche.

Éviter de manger certains aliments en raison de problèmes liés à la bouche a été codé comme oui (souvent ou parfois) ou non

(rarement ou jamais) en fonction des réponses à la question : « Au cours des 12 derniers mois, combien de fois les membres suivants de votre ménage ont-ils évité de manger des aliments particuliers en raison de problèmes liés à la bouche? ». Cela exclut le fait d'éviter de manger des aliments en raison d'allergies ou de traitements orthodontiques.

La bouche sèche de façon persistante a été codée comme oui (souvent ou parfois) ou non (rarement ou jamais) en fonction des réponses à la question : « Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu la bouche sèche de façon persistante? »

L'insatisfaction concernant l'apparence des dents ou du dentier a été codée comme oui (insatisfait ou très insatisfait), non (très satisfait ou satisfait), ou ni satisfait ni insatisfait en fonction des réponses à la question : « Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents ou de votre dentier? ». Une tentative a été faite pour diviser davantage les réponses en deux catégories au lieu de trois afin de faciliter le comptage des conditions liées à la santé buccodentaire. Cependant, l'analyse préliminaire a révélé que la catégorie « Ni satisfait, ni insatisfait » était effectivement distincte des catégories satisfait et insatisfait, et par conséquent, la catégorie de réponse intermédiaire « Ni satisfait, ni insatisfait » a été conservée.

Se brosser les dents au moins deux fois par jour reposait sur les réponses à la question : « À quelle fréquence vous brossez-vous habituellement les dents ou le dentier? ». Les réponses valides ont été regroupées en deux catégories : deux fois ou plus par jour, ou moins de deux fois par jour.

L'utilisation régulière du fil de soie dentaire a été définie comme cinq fois ou plus par semaine, par rapport à moins de cinq fois par semaine, et reposait sur les réponses à la question : « À quelle fréquence utilisez-vous le fil de soie dentaire ou un autre type de porte-fil dentaire? ». Cette question n'a pas été posée aux répondants qui ont déclaré ne pas avoir de dents ou avoir un dentier; pour conserver ces répondants (n = 198) dans l'analyse, ils ont été inclus dans la catégorie de moins de cinq fois par semaine.

Une visite chez un professionnel des soins dentaires il y a moins d'un an a été codée comme il y a moins d'un an, ou il y a un an ou plus. Les services peuvent avoir été fournis dans n'importe quel cadre où le professionnel de la santé buccodentaire est autorisé à exercer; professionnels incluent les dentistes, les denturologistes, les hygiénistes dentaires ou tout autre spécialiste dentaire.

Le statut de consommateur de nicotine comprenait deux catégories : non-utilisateur à l'heure actuelle, si l'utilisation avait eu lieu dans le passé ou jamais, et utilisateur quotidien ou occasionnel, lorsque des produits contenant de la nicotine (y compris la cigarette, le cigare, les produits de vapotage et le tabac à mâcher) étaient utilisés quotidiennement ou occasionnellement.

Techniques analytiques

Des tableaux croisés pondérés ont été calculés pour examiner les estimations de prévalence de déclaration de santé buccodentaire passable ou mauvaise selon certaines caractéristiques.

Les liens entre une santé buccodentaire passable ou mauvaise et les covariables ont également été présentés sous forme de rapports de cotes à l'aide de régressions logistiques multivariées non ajustées et ajustées pour tenir compte du potentiel de confusion des autres facteurs. Étant donné que des différences liées au sexe ou au genre ont été observées précédemment pour la santé buccodentaire et les comportements associés, les analyses et les modèles ont également été stratifiés selon le genre³⁵⁻³⁸.

Étant donné que les personnes peuvent éprouver plusieurs problèmes de santé buccodentaire en même temps, deux tableaux supplémentaires sont présentés. L'un comprend différentes combinaisons des quatre problèmes dichotomiques

liés à la santé buccodentaire (douleur persistante à la bouche, problèmes de bouche non traités, éviter de manger certains aliments en raison de problèmes reliés à la bouche et bouche sèche de façon persistante). L'autre tableau comprend un compteur de zéro à quatre des sous-ensembles de quatre problèmes liés à la santé buccodentaire en fonction de deux autres variables liées à la santé buccodentaire : l'insatisfaction à l'égard de l'apparence des dents ou du dentier, et statut par rapport à la perte de dents et à l'utilisation d'un dentier.

Des poids bootstrap ont été appliqués en utilisant la version 9.4 de SAS et la version 11.0.3 de SUDAAN pour tenir compte de la sous-estimation des erreurs-types découlant de la conception complexe de l'enquête³⁹. Les différences entre les genres, les groupes de santé buccodentaire et les catégories de référence ont été calculées à l'aide de tests t et considérées comme statistiquement significatives lorsque $p < 0,05$.

Tableau 1
Prévalence de l'autodéclaration d'une santé buccodentaire passable ou mauvaise selon des caractéristiques sélectionnées, dans l'ensemble et selon le genre, population âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires

Caractéristique	Total			Hommes+			Femmes+		
	%	Intervalle de confiance de 95 %		%	Intervalle de confiance de 95 %		%	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à		de	à		de	à
Total	17,1	15,9	18,3	18,5 [†]	16,7	20,5	15,6	14,3	17,0
Groupe d'âge									
18 à 34 ans [†]	15,1	12,2	18,4	17,5	13,0	23,2	12,4	9,5	16,1
35 à 64 ans	15,5	14,1	16,9	16,5	14,5	18,8	14,4	12,7	16,4
65 ans ou plus	22,7 *	21,2	24,3	24,3 *	21,9	26,8	21,4 *	19,5	23,4
Groupe de population									
Non racisé, non autochtone [†]	14,3	13,3	15,4	15,7 [†]	14,0	17,6	13,0	11,9	14,3
Racisé, non autochtone	24,3 *	21,2	27,6	24,5 *	20,1	29,5	24,0 *	20,0	28,4
Autochtone	20,4	12,5	31,5	23,0 [‡]	10,3	43,9	17,7	11,9	25,5
Revenu familial net rajusté									
Quintile 1 (inférieur)	23,5 *	20,3	27,1	25,5 *	20,2	31,7	21,6 *	18,1	25,6
Quintile 2	23,6 *	21,0	26,3	26,5 * [‡]	22,1	31,5	20,9 *	18,4	23,7
Quintile 3	17,9 *	15,7	20,4	21,1 * [‡]	17,4	25,2	14,8 *	12,4	17,6
Quintile 4	12,7 *	10,5	15,2	14,1 *	11,0	18,0	11,4	8,7	14,7
Quintile 5 (supérieur) [†]	7,6	5,9	9,8	6,8	5,1	9,2	8,6	5,7	12,7
Couverture dentaire (assurance)									
Non [†]	25,3	23,2	27,4	27,1	23,8	30,6	23,6	21,2	26,1
Oui	12,1 *	10,8	13,6	13,3 *	11,1	15,8	11,0 *	9,6	12,7
Statut d'immigrant									
Non-immigrant (citoyen de naissance) [†]	14,2	13,0	15,5	15,8 [†]	13,8	18,0	12,9	11,5	14,4
Immigrant ou résident non permanent	24,4 *	21,5	27,6	25,3 *	21,0	30,1	23,3 *	19,6	27,5
Manquant	18,7 *	15,4	22,5	18,9	13,9	25,1	18,4	14,7	22,8
Santé générale autoévaluée									
Excellente ou très bonne [†]	6,8	5,6	8,2	7,7	5,8	10,2	5,8	4,7	7,2
Bonne	20,1 *	18,1	22,2	22,6 * [‡]	19,3	26,3	17,6 *	15,4	20,1
Passable ou mauvaise	54,5 *	50,4	58,6	58,4 *	52,1	64,5	51,2 *	45,9	56,5
Santé mentale autoévaluée									
Excellente ou très bonne [†]	11,2	9,9	12,7	12,6 [†]	10,5	15,1	9,7	8,3	11,3
Bonne	20,2 *	18,0	22,5	22,6 *	19,1	26,4	18,1 *	15,6	21,0
Passable ou mauvaise	33,1 *	29,1	37,4	37,6 * [‡]	30,9	44,9	29,6 *	25,4	34,2

[†] catégorie de référence

* valeur significativement différente de la catégorie de référence ($p < 0,05$)

[‡] valeur significativement différente de l'estimation correspondante pour les femmes+ ($p < 0,05$)

[‡] à utiliser avec prudence (coefficient de variation $\geq 25\%$ et $< 50\%$)

Notes : La catégorie « Hommes+ » comprend les hommes de même que certaines personnes non binaires, tandis que la catégorie « Femmes+ » comprend les femmes de même que certaines personnes non binaires. Une approche panautochtone a été utilisée pour cette partie de l'analyse, car la taille de l'échantillon était insuffisante pour désagréger les résultats par identité autochtone. Les renseignements sur le statut autochtone n'étaient pas disponibles.

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur la santé buccodentaire, 2023-2024.

Résultats

Selon l'ECSB de 2023-2024, 17,1 % des Canadiens âgés de 18 ans ou plus ont déclaré que leur santé buccodentaire était passable ou mauvaise (tableau 1).

Les résultats bivariés ont montré qu'une santé buccodentaire autoévaluée passable ou mauvaise était plus fréquente chez les hommes (18,5 %) que chez les femmes (15,6 %). Un pourcentage plus élevé de personnes âgées de 65 ans ou plus (22,7 %) ont qualifié leur santé buccodentaire comme passable ou mauvaise par rapport aux jeunes âgés de 18 à 34 ans (15,1 %).

Près d'un quart (24,3 %) de la population racisée a qualifié sa santé buccodentaire comme passable ou mauvaise, ce qui était supérieur au pourcentage de 14,3 % observé pour la population non racisée (en excluant les personnes autochtones). Les estimations de santé buccodentaire passable ou mauvaise ont suivi la même tendance pour les immigrants (24,4 %) par rapport aux non-immigrants (14,2 %).

Un gradient de revenu a été relevé, selon lequel un pourcentage plus faible de personnes du quintile de revenu le plus élevé ont évalué leur santé buccodentaire comme passable ou mauvaise

par rapport aux personnes dans chacun des quintiles de revenu inférieurs. Par exemple, une santé buccodentaire passable ou mauvaise était environ trois fois moins fréquente chez les personnes du quintile de revenu le plus élevé (7,6 %) comparativement à celles du quintile de revenu inférieur (23,5 %). Une santé buccodentaire passable ou mauvaise était également plus répandue parmi les personnes qui ont déclaré ne pas avoir d'assurance dentaire (25,3 %) que parmi celles qui avaient au moins une certaine couverture (12,1 %).

De plus, les analyses bivariées ont révélé que la santé buccodentaire était corrélée à la santé générale et à la santé mentale. Plus de la moitié (54,5 %) des personnes qui ont qualifié leur santé générale comme passable ou mauvaise et un tiers (33,1 %) qui ont qualifié leur santé mentale comme passable ou mauvaise ont également qualifié leur santé buccodentaire comme passable ou mauvaise. À l'inverse, les pourcentages de répondants ayant déclaré une santé buccodentaire passable ou mauvaise étaient plus faibles parmi ceux qui évaluaient leur santé générale ou mentale de manière plus favorable (p. ex. 6,8 % pour ceux ayant une très bonne ou une excellente santé générale et 11,2 % pour ceux ayant une très bonne ou une excellente santé mentale).

Tableau 2

Pourcentage de l'autodéclaration d'une santé buccodentaire passable ou mauvaise selon d'autres problèmes de santé buccodentaire et les pratiques d'autosoins buccodentaires, dans l'ensemble et par genre, population âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires

Caractéristique	Total			Hommes+			Femmes+		
	%	Intervalle de confiance de 95 %		%	Intervalle de confiance de 95 %		%	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à		de	à		de	à
Perte de dents et statut par rapport à l'utilisation d'un dentier									
Dents naturelles seulement [†]	14,1	12,8	15,6	16,1 [‡]	13,8	18,6	12,2	10,7	13,8
Pas de dents (avec ou sans dentier)	20,6 *	16,6	25,3	19,4	13,1	27,9	21,5 *	16,7	27,2
Dents et dentier	25,1 *	23,0	27,5	26,2 *	23,0	29,7	24,2 *	21,3	27,2
Douleur persistante ou continue à la bouche									
Non (rarement ou jamais) [†]	10,0	8,8	11,3	11,1	9,3	13,3	8,8	7,6	10,2
Oui (souvent ou parfois)	39,7 *	36,9	42,7	45,6 * [‡]	41,0	50,2	35,1 *	31,6	38,7
Problèmes de bouche non traités									
Non [†]	8,4	7,3	9,5	9,8 [‡]	8,1	11,9	6,9	5,9	8,2
Oui	46,6 *	43,5	49,6	51,2 * [‡]	46,6	55,9	42,7 *	38,9	46,5
Évite de manger des aliments particuliers en raison de problèmes reliés à la bouche									
Non (rarement ou jamais) [†]	10,8	9,7	12,0	12,6 [‡]	10,7	14,7	9,0	7,8	10,4
Oui (souvent ou parfois)	45,8 *	42,6	49,1	50,5 * [‡]	45,6	55,5	42,3 *	38,2	46,5
Bouche sèche de façon persistante									
Non (rarement ou jamais) [†]	12,5	11,2	13,9	13,8 [‡]	11,8	16,1	11,1	9,7	12,6
Oui (souvent ou parfois)	31,1 *	28,5	33,7	34,9 * [‡]	30,8	39,3	27,9 *	25,0	31,0
Insatisfaction à l'égard de l'apparence des dents ou du dentier									
Non (très satisfait ou satisfait) [†]	4,5	3,8	5,4	4,5	3,3	6,0	4,6	3,6	5,8
Ni satisfait ni insatisfait	28,2 *	25,4	31,2	32,8 * [‡]	28,4	37,5	22,8 *	19,8	26,0
Oui (insatisfait ou très insatisfait)	57,2 *	53,3	61,1	59,2 *	53,1	65,0	55,6 *	50,3	60,7
A visité un professionnel des soins dentaires récemment (il y a moins d'un an)									
Oui [†]	11,2	10,2	12,3	11,7	10,1	13,4	10,8	9,5	12,2
Non	31,4 *	28,7	34,2	33,3 *	29,3	37,6	29,2 *	26,0	32,7
Se brossait les dents au moins deux fois par jour									
Oui [†]	13,4	12,3	14,6	13,1	11,3	15,2	13,6	12,2	15,1
Non	25,4 *	22,8	28,2	27,4 *	23,7	31,5	22,3 *	19,2	25,8
Utilisait du fil dentaire régulièrement (au moins cinq fois par semaine)									
Oui [†]	13,5	12,1	15,0	14,2	11,9	16,8	12,9	11,2	14,8
Non	18,7 *	17,1	20,4	20,0 *	17,5	22,6	17,3 *	15,5	19,2
Statut d'utilisation de nicotine									
Non-utilisateur à l'heure actuelle [†]	15,9	14,8	17,1	17,2	15,3	19,2	14,8	13,4	16,3
Consommateur quotidien ou occasionnel	24,1 *	20,5	28,0	24,6 *	19,7	30,2	23,1 *	19,4	27,3

[†] catégorie de référence

* valeur significativement différente de la catégorie de référence (p < 0,05)

[‡] valeur significativement différente de l'estimation correspondante pour les femmes+ (p < 0,05)

Note : La catégorie « Hommes+ » comprend les hommes de même que certaines personnes non binaires, tandis que la catégorie « Femmes+ » comprend les femmes de même que certaines personnes non binaires.

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur la santé buccodentaire, 2023-2024.

La plupart des adultes (95,6 %) au Canada avaient au moins une dent naturelle, et 4,4 % n'en avaient aucune, une situation connue sous le nom d'édentement (données non présentées). Plus d'un quart (27,6 %) des adultes ont remplacé des dents manquantes par des prothèses dentaires (fausses dents, prothèses dentaires ou ponts, etc.), avec ou sans dents naturelles restantes (données non présentées).

Comme on pouvait s'y attendre, la prévalence d'une santé buccodentaire passable ou mauvaise variait selon que la personne avait perdu quelques dents ou toutes ses dents ou si elle portait un dentier. Par exemple, une santé buccodentaire passable ou mauvaise était plus répandue chez les porteurs de prothèses dentaires qui ont encore quelques dents (25,1 %) et chez les personnes édentées, peu importe si elle utilisait ou non un dentier (20,6 %), que chez les personnes ayant seulement des dents naturelles (14,1 %) (tableau 2).

Déclarer une santé buccodentaire passable ou mauvaise était également plus courant chez les personnes insatisfaites de l'apparence de leurs dents ou de leurs prothèses dentaires (57,2 %), tandis que seulement 4,5 % de celles qui étaient satisfaites ou très satisfaites ont déclaré que leur santé buccodentaire était passable ou mauvaise. De plus, 28,2 % de celles qui ont déclaré n'être ni satisfaites ni insatisfaites de l'apparence de leurs dents ou de leurs prothèses dentaires ont considéré que leur santé buccodentaire était passable ou mauvaise.

La prévalence d'une santé buccodentaire passable ou mauvaise était également plus élevée chez les personnes éprouvant quatre autres types de problèmes liés à la santé buccodentaire. Plus précisément, en présence de chaque problème, la prévalence d'une santé buccodentaire passable ou mauvaise a augmenté de trois ou quatre fois par rapport à lorsque le problème était absent (ou rarement vécue) : 39,7 % des personnes ayant des douleurs à la bouche contre 10,0 % de celles n'en ayant pas, 46,6 % des personnes ayant des problèmes de bouche non traités contre 8,4 % de celles n'en ayant pas, 45,8 % des personnes devant

éviter certains aliments en raison de problèmes reliés à la bouche contre 10,8 % de celles qui n'en avaient pas, et 31,1 % des personnes ayant une bouche sèche de façon persistante contre 12,5 % de celles dont ce n'étaient pas le cas (tableau 2).

À mesure que le nombre de problèmes de santé buccodentaire augmentait, le nombre de personnes déclarant une santé buccodentaire passable ou mauvaise augmentait également, passant de 5,7 % des personnes sans problèmes de santé buccodentaire à 14,8 % des personnes ayant un problème, 28,4 % des personnes en ayant deux, 50,8 % des personnes en ayant trois et 65,0 % des personnes en ayant quatre (tableau 3). Certaines combinaisons de problèmes ont eu une incidence encore plus importante (tableau 4). Par exemple, parmi les personnes ayant deux problèmes de santé buccodentaire, le pourcentage de celles déclarant une santé buccodentaire passable ou mauvaise variait de 10,9 % lorsqu'elles avaient des douleurs à la bouche et évitaient certains aliments à 40,4 % lorsqu'elles avaient des problèmes de bouche non traités et évitaient certains aliments.

La satisfaction à l'égard de l'apparence des dents ou du dentier a également joué un rôle. Les personnes qui étaient satisfaites ou très satisfaites de leurs dents ou de leur dentier affichaient des taux plus bas de santé buccodentaire passable ou mauvaise (variant de 1,9 % à 27,8 %, selon le nombre de problèmes de santé buccodentaire) (tableau 3). En revanche, celles qui étaient insatisfaites de l'apparence de leurs dents ou de leur dentier ont déclaré des taux plus élevés de santé buccodentaire passable ou mauvaise (23,1 % à 85,7 %), et même celles qui se sentaient neutres (ni satisfaites ni insatisfaites) affichaient des taux plus élevés (16,6 % à 54,3 %). Cependant, l'incidence de la perte de dents et de l'utilisation de prothèses dentaires, en plus d'autres problèmes de santé buccodentaire, sur la prévalence d'une santé buccodentaire passable ou mauvaise était moins uniforme, avec peu de différences statistiquement significatives entre les personnes ayant différents niveaux de perte de dents et profils d'utilisation de dentier (tableau 3).

Tableau 3
Pourcentage de l'autodéclaration d'une santé buccodentaire passable ou mauvaise selon le nombre d'autres problèmes de santé buccodentaire, l'insatisfaction ou la satisfaction concernant l'apparence des dents ou du dentier, ou la perte de dents et l'utilisation d'un dentier, population âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires

	Aucun autre problème lié à la santé buccodentaire [†]			Un autre problème lié à la santé buccodentaire			Deux autres problèmes liés à la santé buccodentaire			Trois autres problèmes liés à la santé buccodentaire			Quatre autres problèmes liés à la santé buccodentaire		
	Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à
Total	5,7	4,5	7,2	14,8 *	12,7	17,3	28,4 *	24,5	32,7	50,8 *	45,7	55,9	65,0 *	58,9	70,7
Insatisfaction ou satisfaction à l'égard de l'apparence des dents ou du dentier															
Non (très satisfait ou satisfait)	1,9	1,2	3,0	5,3 *	3,4	8,1	11,7 *	8,1	16,6	18,6 *	13,6	24,8	27,8 *	18,0	40,2
Ni satisfait ni insatisfait	16,6 [‡]	12,0	22,6	22,0 [‡]	17,8	26,9	36,0 ^{‡‡}	27,6	45,4	57,1 ^{‡‡}	48,4	65,5	54,3 ^{‡‡}	43,6	64,6
Oui (insatisfait ou très insatisfait)	23,1 [‡]	16,2	31,8	45,8 ^{‡‡}	36,8	55,2	53,2 ^{‡‡}	44,1	62,0	76,2 ^{‡‡}	68,6	82,4	85,7 ^{‡‡}	78,8	90,7
Perte de dents et utilisation d'un dentier															
Dents naturelles seulement	5,7	4,2	7,6	12,6 *	10,0	15,7	24,3 *	19,4	30,0	47,7 *	41,1	54,5	61,2 *	53,0	68,9
Pas de dents (avec ou sans dentier)	3,5	2,2	5,5	17,7 *	12,2	24,9	40,8 *	25,0	58,8	61,7 *	46,0	75,3	54,8 *	35,5	72,7
Dents et dentier	6,1	4,6	8,2	20,2 ^{‡‡}	16,1	25,2	35,5 ^{‡‡}	29,7	41,8	55,3 *	47,8	62,5	70,9 *	60,6	79,5

[†] catégorie de référence

* valeur significativement différente de la catégorie de référence ($p < 0,05$)

[‡] valeur significativement différente de l'estimation correspondante pour satisfait ou très satisfait ($p < 0,05$)

^{‡‡} valeur significativement différente de l'estimation correspondante pour les dents naturelles seulement ($p < 0,05$)

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur la santé buccodentaire, 2023-2024.

Tableau 4

Pourcentage de l'autodéclaration d'une santé buccodentaire passable ou mauvaise selon la combinaison d'autres problèmes de santé buccodentaire, population âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires

	Nombre de problèmes	%	Intervalle de confiance de 95 %	
			de	à
Aucun [†]	0	5,7	4,5	7,2
Douleur à la bouche seulement	1	12,0 *	8,1	17,5
Problèmes reliés à la bouche seulement	1	27,9 *	21,6	35,2
Fait d'éviter des aliments seulement	1	15,5 *	10,8	21,8
Bouche sèche seulement	1	10,3 *	8,0	13,3
Douleur à la bouche et problèmes reliés à la bouche	2	35,7 *	26,8	45,7
Douleur à la bouche et fait d'éviter des aliments	2	10,9 *	7,1	16,4
Douleur à la bouche et bouche sèche	2	17,6 *	11,8	25,5
Problèmes reliés à la bouche et fait d'éviter des aliments	2	40,4 *	29,9	52,0
Problèmes reliés à la bouche et bouche sèche	2	33,7 *	25,3	43,2
Fait d'éviter des aliments et bouche sèche	2	34,2 *	23,4	47,0
Douleur à la bouche, problèmes reliés à la bouche et fait d'éviter des aliments	3	57,5 *	50,0	64,6
Douleur à la bouche, problèmes reliés à la bouche et bouche sèche	3	47,0 *	35,9	58,5
Douleur à la bouche, fait d'éviter des aliments et bouche sèche	3	38,6 *	29,0	49,1
Problèmes à la bouche, fait d'éviter des aliments et bouche sèche	3	47,6 *	33,3	62,4
Douleur à la bouche, problèmes reliés à la bouche, fait d'éviter des aliments et bouche sèche	4	65,0 *	58,9	70,7

[†] catégorie de référence

* valeur significativement différente de la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur la santé buccodentaire, 2023-2024.

Les analyses bivariées ont montré que le non-respect des pratiques recommandées de soins personnels buccodentaires (hygiène), c'est-à-dire se brosser les dents deux fois par jour, passer la soie dentaire cinq fois ou plus par semaine, passer un examen dentaire annuel et éviter les produits contenant de la nicotine, était associé à une autoévaluation de la santé buccodentaire moins favorable (tableau 2). Par exemple, plus de 3 adultes sur 10 qui n'avaient pas consulté un professionnel dentaire au cours de la dernière année (31,4 %) ont évalué leur santé buccodentaire comme passable ou mauvaise, soit presque le triple du pourcentage de ceux qui avaient fait une visite annuelle chez le dentiste (11,2 %).

Étant donné que les caractéristiques sociodémographiques, d'autres problèmes liés à la santé buccodentaire et les soins personnels en santé buccodentaire ne sont pas indépendants les uns des autres, une analyse de régression logistique multivariée a été réalisée pour tenir compte des effets simultanés de ces facteurs sur l'autoévaluation de la santé buccodentaire comme étant passable ou mauvaise. L'insatisfaction à l'égard de l'apparence des dents ou des prothèses dentaires, une moins bonne santé générale et des problèmes de bouche non traités étaient les plus fortement associés à une santé buccodentaire passable ou mauvaise (tableau 5). D'autres facteurs importants reliés à une santé buccodentaire passable ou mauvaise comprenaient être un homme, être une personne racisée, avoir un faible revenu du ménage (tranche inférieure de 40 %), avoir des prothèses dentaires et quelques dents naturelles, avoir des douleurs à la bouche, éviter certains aliments en raison de problèmes reliés à la bouche, ne pas se brosser les dents deux fois par jour et ne pas avoir fait de visite annuelle chez le dentiste (tableau 5).

Les modèles logistiques propres au genre ont montré des résultats assez semblables, à trois exceptions près : un faible revenu et le brossage deux fois par jour sont restés importants uniquement pour les hommes, tandis que la différence entre les groupes de population racisée et non racisée est restée

statistiquement significative pour les femmes (tableau 6). En d'autres termes, les femmes racisées étaient plus susceptibles, sur le plan statistique, d'évaluer leur santé buccodentaire comme passable ou mauvaise que les femmes non racisées, tandis que les hommes racisés n'étaient pas plus susceptibles, sur le plan statistique, d'évaluer leur santé buccodentaire comme passable ou mauvaise que les hommes non racisés.

Discussion

La présente analyse des données de l'ECSB de 2023-2024 permet de fournir des estimations récentes et représentatives à l'échelle nationale de la santé buccodentaire autodéclarée comme passable ou mauvaise chez les adultes canadiens dans l'ensemble et entre les caractéristiques sociodémographiques, les problèmes liés à la santé buccodentaire et les pratiques de soins personnels buccodentaires préventifs. L'étude permet également d'établir des repères liés à la santé buccodentaire en utilisant des données recueillies principalement avant le lancement du Régime canadien de soins dentaires (RCSB).

La santé buccodentaire passable ou mauvaise était positivement associée aux quatre problèmes dichotomiques liés à la santé buccodentaire : douleur à la bouche, problèmes de bouche non traités, le fait d'éviter certains aliments et bouche sèche, ainsi qu'à deux autres problèmes (non dichotomiques) : perte de dents et utilisation d'un dentier, et insatisfaction quant à l'apparence des dents ou du dentier. De multiples problèmes de santé buccodentaire étaient également courants parmi le groupe ayant une santé buccodentaire passable ou mauvaise.

Des niveaux élevés de concordance entre la santé buccodentaire autoévaluée comme étant passable ou mauvaise et les autres mesures de la santé buccodentaire sont importants, car ils soutiennent l'utilisation de la santé buccodentaire autoévaluée comme un indicateur unique pour le suivi de la santé buccodentaire à l'échelle de la population. Ce résultat n'est pas vraiment surprenant étant donné que la plupart des personnes

Tableau 5

Rapports de cotes non ajustés et ajustés concernant les problèmes de santé buccodentaire autodéclarés, les pratiques de soins personnels buccodentaires et les caractéristiques sociodémographiques en lien avec l'autodéclaration d'une santé buccodentaire passable ou mauvaise, population âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires

Caractéristique	Non ajusté			Ajusté		
	RC	Intervalle de confiance de 95 %		RCA	Intervalle de confiance de 95 %	
Genre						
Hommes [†]	1,2 *	1,1	1,5	1,3 *	1,1	1,7
Femmes [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Groupe d'âge						
18 à 34 ans [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
35 à 64 ans	1,0	0,8	1,4	0,9	0,6	1,3
65 ans ou plus	1,7 *	1,3	2,1	1,0	0,7	1,5
Groupe de population						
Non racisé, non autochtone [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Racisé, non autochtone	1,9 *	1,6	2,3	1,7 *	1,2	2,5
Autochtone	1,5	0,8	2,8	1,8	0,7	4,5
Statut d'immigrant						
Non-immigrant (citoyen de naissance) [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Immigrant ou résident non permanent	1,9 *	1,6	2,4	1,2	0,8	1,7
Manquant	1,4 *	1,1	1,8	1,1	0,8	1,6
Revenu familial net rajusté						
Quintile 1 (inférieur)	3,7 *	2,7	5,2	1,9 *	1,2	2,8
Quintile 2	3,7 *	2,8	5,0	1,6 *	1,1	2,3
Quintile 3	2,6 *	1,9	3,6	1,5	1,0	2,2
Quintile 4	1,8 *	1,3	2,5	1,4	1,0	2,1
Quintile 5 (supérieur) [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Couverture dentaire (assurance)						
Non [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Oui	0,4 *	0,3	0,5	0,8	0,6	1,0
État de santé général autoévalué						
Excellente ou très bonne [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Bonne	3,5 *	2,7	4,4	1,8 *	1,3	2,5
Passable ou mauvaise	16,5 *	12,6	21,6	6,9 *	4,9	9,8
Santé mentale autoévaluée						
Excellente ou très bonne [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Bonne	2,0 *	1,6	2,4	1,0	0,7	1,3
Passable ou mauvaise	3,9 *	3,1	5,0	0,7	0,5	1,0
Perte de dents et statut par rapport à l'utilisation d'un dentier						
Dents naturelles seulement [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Pas de dents (avec ou sans dentier)	1,6 *	1,2	2,1	0,8	0,5	1,2
Dents et dentier	2,0 *	1,7	2,4	1,6 *	1,3	2,0
Douleur persistante ou continue à la bouche						
Non (rarement ou jamais) [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Oui (souvent ou parfois)	6,0 *	5,0	7,1	1,6 *	1,3	2,1
Problèmes de bouche non traités						
Non [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Oui	9,5 *	7,9	11,5	3,0 *	2,3	3,9
Évite de manger des aliments particuliers en raison de problèmes reliés à la bouche						
Non (rarement ou jamais) [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Oui (souvent ou parfois)	7,0 *	5,8	8,4	1,6 *	1,3	2,1
Bouche sèche de façon persistante						
Non (rarement ou jamais) [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Oui (souvent ou parfois)	3,2 *	2,7	3,8	1,1	0,9	1,4
Insatisfaction à l'égard de l'apparence des dents ou du dentier						
Non (très satisfait ou satisfait) [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Ni satisfait ni insatisfait	8,3 *	6,6	10,4	5,1 *	3,9	6,8
Oui (insatisfait ou très insatisfait)	28,3 *	22,0	36,3	11,7 *	8,4	16,3
A visité un professionnel des soins dentaires récemment (il y a moins d'un an)						
Oui [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Non	3,6 *	3,1	4,2	2,2 *	1,7	2,8
Se brossait les dents au moins deux fois par jour						
Oui [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Non	2,2 *	1,9	2,6	1,5 *	1,1	1,9
Utilisait du fil dentaire régulièrement (au moins cinq fois par semaine)						
Oui [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Non	1,5	1,3	1,8	1,2	1,0	1,5
Statut d'utilisation de nicotine						
Non-utilisateur à l'heure actuelle [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Consommateur quotidien ou occasionnel	1,7 *	1,3	2,1	1,2	0,9	1,7

... n'ayant pas lieu de figurer

[†] catégorie de référence

* valeur significativement différente de la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Notes : RC = rapport de cotes; RCA = rapport de cotes ajusté. La catégorie « Hommes+ » comprend les hommes de même que certaines personnes non binaires, tandis que la catégorie « Femmes+ » comprend les femmes de même que certaines personnes non binaires. Une approche panautochtone a été utilisée pour cette partie de l'analyse, car la taille de l'échantillon était insuffisante pour désagréger les résultats par identité autochtone. Les renseignements sur le statut autochtone n'étaient pas disponibles. Les modèles de régression excluent automatiquement les dossiers des répondants avec des données manquantes sur les covariables à l'étude. Les modèles non ajustés avaient des tailles d'échantillon de 26 073 à 26 752. Le modèle ajusté reposait sur 24 330 enregistrements.

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur la santé buccodentaire, 2023-2024.

Tableau 6

Rapports de cotes non ajustés et ajustés selon le genre, qui établissent un lien entre les problèmes de santé buccodentaire autodéclarés, les pratiques de soins personnels buccodentaires et les caractéristiques sociodémographiques et l'autodéclaration d'une santé buccodentaire passable ou mauvaise, population âgée de 18 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires

Caractéristique	Hommes+						Femmes+					
	Non ajusté			Ajusté			Non ajusté			Ajusté		
	RC	Intervalle de confiance de 95 %		RCA	Intervalle de confiance de 95 %		RC	Intervalle de confiance de 95 %		RCA	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à		de	à		de	à		de	à
Groupe d'âge												
18 à 34 ans [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
35 à 64 ans	0,9	0,6	1,4	0,8	0,4	1,4	1,2	0,8	1,7	1,0	0,6	1,7
65 ans ou plus	1,5 *	1,0	2,2	0,8	0,4	1,4	1,9 *	1,4	2,7	1,3	0,8	2,2
Groupe de population												
Non racisé, non autochtone [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Racisé, non autochtone	1,7 *	1,3	2,3	1,2	0,8	2,0	2,1 *	1,6	2,7	2,4 *	1,4	4,2
Autochtone	1,6	0,5	4,8	2,2	0,5	9,7	1,4	0,9	2,3	1,1	0,5	2,5
Statut d'immigrant												
Non-immigrant (citoyen de naissance) [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Immigrant ou résident non permanent	1,8 *	1,4	2,4	1,4	0,8	2,3	2,1 *	1,6	2,7	1,0	0,6	1,7
Manquant	1,2	0,8	1,9	0,9	0,6	1,5	1,5 *	1,1	2,1	1,3	0,8	2,1
Revenu familial net rajusté												
Quintile 1 (inférieur)	4,7 *	2,9	7,4	2,5 *	1,3	5,0	2,9 *	1,8	4,8	1,2	0,7	2,1
Quintile 2	4,9 *	3,3	7,3	2,0 *	1,1	3,6	2,8 *	1,8	4,5	1,2	0,7	2,0
Quintile 3	3,6 *	2,4	5,4	2,1 *	1,2	3,8	1,9 *	1,2	3,0	0,9	0,6	1,5
Quintile 4	2,2 *	1,5	3,5	1,9 *	1,1	3,4	1,4	0,8	2,3	1,0	0,6	1,8
Quintile 5 (supérieur) [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Couverture dentaire (assurance)												
Non [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Oui	0,4 *	0,3	0,5	0,8	0,5	1,2	0,4 *	0,3	0,5	0,7	0,5	1,0
État de santé général autoévalué												
Excellente ou très bonne [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Bonne	3,5 *	2,4	5,1	1,9 *	1,2	3,1	3,5 *	2,6	4,5	5,7 *	3,6	8,9
Passable ou mauvaise	16,8 *	11,1	25,4	8,9 *	5,2	15,1	16,9 *	12,3	23,3	5,7 *	3,6	8,9
Santé mentale autoévalué												
Excellente ou très bonne [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Bonne	2,0 *	1,5	2,7	0,9	0,6	1,4	2,1 *	1,6	2,6	1,0	0,7	1,4
Passable ou mauvaise	4,2 *	2,9	6,0	0,7	0,4	1,2	3,9 *	3,0	5,2	0,8	0,5	1,2
Perte de dents et statut par rapport à l'utilisation d'un dentier												
Dents naturelles seulement [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Pas de dents (avec ou sans dentier)	1,3	0,8	2,1	0,5	0,3	1,0	2,0 *	1,4	2,8	1,1	0,7	1,7
Dents et dentier	1,9 *	1,5	2,4	1,6 *	1,1	2,3	2,3 *	1,8	2,9	1,7 *	1,2	2,3
Douleur persistante ou continue à la bouche												
Non (rarement ou jamais) [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Oui (souvent ou parfois)	6,7 *	5,1	8,8	1,8 *	1,2	2,6	5,6 *	4,5	7,0	1,5 *	1,1	2,1
Problèmes de bouche non traités												
Non [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Oui	9,7 *	7,3	12,9	2,7 *	1,8	4,0	10,0 *	7,9	12,7	3,5 *	2,5	5,0
Évite de manger des aliments particuliers en raison de problèmes reliés à la bouche												
Non (rarement ou jamais) [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Oui (souvent ou parfois)	7,1 *	5,4	9,3	1,7 *	1,1	2,5	7,4 *	5,8	9,4	1,6 *	1,2	2,2
Bouche sèche de façon persistante												
Non (rarement ou jamais) [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Oui (souvent ou parfois)	3,3 *	2,6	4,3	1,2	0,8	1,8	3,1 *	2,5	3,9	1,1	0,8	1,5
Insatisfaction à l'égard de l'apparence des dents ou du dentier												
Non (très satisfait ou satisfait) [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Ni satisfait ni insatisfait	10,5 *	7,3	15,0	6,9 *	4,5	10,7	6,1 *	4,6	8,3	3,6 *	2,6	5,2
Oui (insatisfait ou très insatisfait)	31,2 *	21,0	46,4	14,2 *	8,5	23,9	26,1 *	18,7	36,4	10,1 *	6,8	15,0
A visité un professionnel de soins dentaires récemment (il y a moins d'un an)												
Oui [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Non	3,8 *	3,0	4,8	2,6 *	1,8	3,7	3,4 *	2,7	4,2	1,8 *	1,3	2,4
Se brossait les dents au moins deux fois par jour												
Oui [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Non	2,5 *	1,9	3,2	1,8 *	1,2	2,6	1,8 *	1,5	2,3	1,1	0,8	1,5
Utilisait du fil dentaire régulièrement (au moins cinq fois par semaine)												
Oui [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Non	1,5 *	1,2	2,0	1,2	0,8	1,6	1,4 *	1,2	1,7	1,3	1,0	1,7
Statut d'utilisation de nicotine												
Non-utilisateur à l'heure actuelle [†]	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Consommateur quotidien ou occasionnel	1,6 *	1,2	2,2	1,2	0,7	1,9	1,7 *	1,4	2,2	1,3	0,9	1,9

... n'ayant pas lieu de figurer

[†] catégorie de référence

* valeur significativement différente de la catégorie de référence (p < 0,05)

Notes : RC = rapport de cotes; RCA = rapport de cotes ajusté. La catégorie « Hommes+ » comprend les hommes de même que certaines personnes non binaires, tandis que la catégorie « Femmes+ » comprend les femmes de même que certaines personnes non binaires. Une approche panautochtone a été utilisée pour cette partie de l'analyse, car la taille de l'échantillon était insuffisante pour désagréger les résultats par identité autochtone. Les renseignements sur le statut autochtone n'étaient pas disponibles. Les modèles de régression excluent automatiquement les dossiers des répondants avec des données manquantes sur les covariables à l'étude. Les modèles non ajustés avaient des tailles d'échantillon de 11 042 à 11 355 pour les hommes+ et de 15 031 à 15 397 pour les femmes+. Le modèle ajusté hommes+ reposait sur 10 192 enregistrements; la taille d'échantillon correspondante pour le modèle ajusté femmes+ était de 14 138.

Source : Statistique Canada, Enquête canadienne sur la santé buccodentaire, 2023-2024.

considèrent leurs problèmes de santé buccodentaire actuels, comme la douleur à la bouche, la perte de dents et l'utilisation d'un dentier, les problèmes fonctionnels (comme le besoin d'éviter certains aliments en raison de problèmes reliés à la bouche), les besoins en traitement et les pratiques de soins personnels de santé buccodentaire (hygiène)^{40,41}, lorsqu'elles évaluent l'état actuel de leur bouche et de leurs dents; tous ces éléments étaient présents dans l'ECSB et inclus dans cette analyse.

De nombreux modèles sociodémographiques étaient également cohérents avec la littérature existante. Par exemple, dans la présente étude, une santé buccodentaire passable ou mauvaise était plus répandue chez les hommes que chez les femmes. Il s'agit d'un schéma bien établi que l'on attribue généralement aux mauvaises habitudes d'hygiène buccale chez les hommes, à des niveaux plus élevés de caries dentaires, aux taux de traumatismes dentaires et au nombre moins élevé de visites chez le dentiste, tandis que la meilleure hygiène des femmes, leur plus grande littératie en matière de santé buccodentaire et leurs attitudes plus positives envers les soins dentaires contribuent à leurs meilleures évaluations^{1,37,38,42,43}.

Les chances de déclarer une santé buccodentaire passable ou mauvaise étaient 1,7 fois plus élevées pour les adultes racisés, non autochtones, par rapport aux adultes non racisés et non autochtones. De nombreuses études ont également révélé des différences en matière de santé buccodentaire, de caries dentaires et d'accès aux soins dentaires entre les personnes racisées et non racisées^{1,36,42,44}, avec quelques exceptions³⁷. Cependant, lorsque les résultats ont été stratifiés selon le genre, cette disparité n'a persisté que chez les femmes, reflétant possiblement l'intersection des inégalités selon le statut racisé et le genre en matière d'accès aux soins dentaires. Parmi les hommes, de moins bons comportements en matière de santé buccodentaire pourraient avoir éclipsé les différences selon le statut racisé.

Le revenu façonnait également les résultats. Les adultes vivant au sein d'un ménage du quintile de revenu inférieur de 40 % étaient plus susceptibles de déclarer une santé buccodentaire passable ou mauvaise que ceux vivant au sein d'un ménage du quintile de revenu supérieur. Lorsqu'on stratifie selon le genre, des différences significatives ont été observées parmi tous les quintiles de revenu inférieurs chez les hommes. Parmi les femmes, le revenu n'était pas associé à la déclaration d'une santé buccodentaire passable ou mauvaise. Plusieurs études ont révélé une mauvaise santé buccodentaire chez les personnes à faible revenu^{1,3,19,23,36,37,41,43-47}. Les explications des différences selon le genre sont probablement complexes. Étant donné que les femmes ont tendance à maintenir une meilleure hygiène buccodentaire et peuvent être plus susceptibles de rechercher des soins dentaires préventifs, même lorsque les ressources sont limitées, les répercussions d'un revenu inférieur sur leur santé buccodentaire peuvent avoir été minimisées. Par ailleurs, la santé buccodentaire des hommes pourrait être plus propice aux problèmes fonctionnels (comme les difficultés à mâcher) ou à

la détérioration visible, qui sont plus probables lorsque le revenu est plus faible et que les soins sont retardés.

La santé générale autodéclarée était également fortement liée aux perceptions autodéclarées de la santé buccodentaire : les adultes qui ne déclaraient pas une santé générale excellente ou très bonne étaient plus susceptibles de déclarer une santé buccodentaire passable ou mauvaise, ce qui concorde avec d'autres études montrant que les deux sont interconnectés et au moins en partie liés à des facteurs de risque partagés (p. ex. alimentation, tabagisme, inflammation systémique)^{7,12,23,47}. Bien que les analyses non ajustées aient également trouvé initialement des associations avec la santé mentale autodéclarée, ces associations ont disparu après ajustement; cela a déjà été observé auparavant⁴⁸.

Malgré une littérature considérable montrant que la santé buccodentaire (mesuré de différentes manières) se détériore avec l'âge^{3,16,43}, cette association, bien qu'observée dans les résultats bivariés, a perdu sa signification statistique après ajustement. Cela donne à penser que les effets de l'âge étaient expliqués par d'autres facteurs, bien qu'il puisse y avoir d'autres considérations. Par exemple, des recherches sur les critères que les gens utilisent pour évaluer leur santé buccodentaire ont révélé que les adultes plus âgés peuvent utiliser des cadres de référence différents de ceux des jeunes⁴⁰.

Une découverte inattendue a été que l'édentement n'était pas un indicateur important d'une santé buccodentaire passable ou mauvaise. Bien que des recherches antérieures établissent un lien entre la perte de dents et le port d'un dentier et une moins bonne santé buccodentaire autoévaluée, d'autres recherches ont révélé que certains adultes définissent une bonne santé buccodentaire moins en fonction de l'état physique (c.-à-d. être denté) que par l'absence de douleur, la capacité à fonctionner ou le sentiment de confiance^{36,45}. Ainsi, certaines personnes, en particulier les personnes âgées, donnaient des évaluations positives de leur santé buccodentaire malgré l'absence de leurs propres dents naturelles. Étant donné que la perte de toutes les dents est généralement considérée comme une indication d'une déficience dentaire, puisque les personnes sans dents naturelles ont une fonction buccale limitée, des recherches futures selon un échantillon plus large de personnes édentées seraient utiles pour permettre l'étude de cette apparente contradiction.

Points forts et limites

Parmi les points forts de la présente étude, on trouve l'utilisation de la première enquête nationale au Canada sur la santé buccodentaire, qui repose sur un large échantillon transversal d'environ 27 000 adultes et des renseignements autodéclarés variés sur la bouche, les dents et l'accès aux soins pour la santé buccodentaire. L'ECSB est distincte de l'Enquête annuelle sur la santé dans les collectivités canadiennes⁴⁹, qui est une enquête générale sur la santé abordant divers sujets de santé, dont seules certaines questions sur la santé buccodentaire ont été incluses occasionnellement et pas toujours pour les résidents de toutes les régions géographiques.

L'ECSB a également des limites. Malgré la grande taille de l'échantillon, des définitions plus larges (combinant des catégories) étaient parfois nécessaires pour garantir que les estimations puissent être présentées. Il n'était pas possible d'obtenir des estimations pour des groupes racisés précis et pour les membres des Premières Nations, des Métis et des Inuit. L'enquête a en outre été limitée aux résidents des provinces, excluant les réserves ou les établissements autochtones, les personnes en situation d'itinérance et les populations vivant en établissement. Malgré l'importance de la santé buccodentaire des enfants, ceux-ci ont également été exclus de la présente étude, car les données sur la santé buccodentaire autodéclarée n'étaient pas disponibles pour ce groupe d'âge.

Certaines covariables d'intérêt (p. ex. le nombre ou l'état des dents, la denture fonctionnelle) ont été exclues, tandis que d'autres n'étaient pas suffisamment détaillées. Par exemple, la raison de la consultation dentaire n'a pas été recueillie. Pour d'autres covariables, les catégories de réponse préférées étaient manquantes, comme l'usage actuel et à vie de tabac à fumer au lieu de « tout produit contenant de la nicotine »⁵⁰.

Des gencives qui saignent lors du brossage des dents, un indicateur parodontal clé, n'a pas pu être utilisé puisque la question n'a pas été posée à tous les répondants. Les analyses préliminaires ont laissé entendre un sous-dénombrement parmi les personnes qui se brossent les dents rarement, qui avaient moins d'occasions de remarquer des saignements.

Les données de l'ECSB étaient autodéclarées et donc susceptibles d'un biais de désirabilité sociale, où les personnes déclarent des comportements perçus comme corrects ou souhaitables plutôt que des comportements réels.

Bien que les poids d'enquête aient atténué le biais de non-réponse, un biais résiduel est possible si les participants présentaient des différences sur des caractéristiques non prises en compte dans l'établissement des poids d'enquête.

Conclusion

Une compréhension détaillée des personnes qui se sont autodéclarées comme ayant une santé buccodentaire passable ou mauvaise, ainsi que des renseignements sur des problèmes précis liés à la santé buccodentaire et sur les pratiques de soins personnels de santé buccodentaire selon les caractéristiques sociodémographiques recueillies en grande partie l'année précédant la mise en place du RCSD, est importante pour soutenir la surveillance future des répercussions potentielles. Comprendre qui a une santé buccodentaire passable ou mauvaise, avec ou sans la présence d'autres problèmes liés à la santé buccodentaire, est essentiel pour identifier les personnes à risque de maladies buccodentaires supplémentaires ou s'aggravant. La santé buccodentaire autodéclarée est utile, malgré le risque de surestimations ou de sous-estimations du statut de santé buccodentaire.

Références

1. Office for Health Improvement & Disparities. Accredited official statistics: Adult oral health survey 2021: Self-reported health and oral impacts. Accessible à l'adresse : <https://www.gov.uk/government/statistics/adult-oral-health-survey-2021/adult-oral-health-survey-2021-self-reported-health-and-oral-impacts>.
2. FDI World Dental Federation. FDI's definition of oral health. Disponible à l'adresse : <https://www.fdiworlddental.org/fdis-definition-oral-health>, consulté le 18 novembre 2025.
3. Santé Canada. Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007–2009. 2010. Accessible à l'adresse : https://publications.gc.ca/site/archiver-archived.html?url=https://publications.gc.ca/collections/collection_2010/s-c-hc/H34-221-2010-fra.pdf.
4. Reissmann DR, John MT, Schierz O, et coll. Association between perceived oral and general health. *J Dent* 2013; vol. 41, n° 7 : p. 581 à 589. DOI : 10.1016/j.jdent.2013.05.007.
5. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, et coll. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Journal of the American Dental Association*, 2016; vol. 147, n° 12 : p. 915 à 917. DOI : 10.1016/j.adaj.2016.10.001.
6. Association dentaire canadienne. L'état de la santé buccodentaire au Canada. Mars 2017. Accessible à l'adresse : https://www.cda-adc.ca/stateoforalhealth/_files/LEtatdeLaSanteBuccodentaireauCanada.pdf.
7. Dietrich T, Webb I, Stenhouse L, et coll. Evidence summary: The relationship between oral and cardiovascular disease. *British Dental Journal* volume, 2017; vol. 222, n° 5 : p. 381 à 385. DOI : 10.1038/sj.bdj.2017.224.
8. Bui TC, Markham CM, Ross MW, et coll. Examining the association between oral health and oral HPV infection. *Cancer Prevention Research (Phila)* 2013; vol. 6, n° 9 : p. 917 à 924. DOI : 10.1158/1940-6207.CAPR-13-0081.
9. Lo C-H, Kwon S, Wang L, et coll. Periodontal disease, tooth loss, and risk of oesophageal and gastric adenocarcinoma: A prospective study. *Gut* 2021; vol. 70, n° 3 : p. 620 à 621. DOI : 10.1136/gutjnl-2020-321949.
10. Paganini-Hill A, White SC, Atchison KA. Dental health behaviors, dentition, and mortality in the elderly: The leisure world cohort study. *Journal of Aging Research* 2011; 2011 : 156061. DOI : 10.4061/2011/156061.
11. Hu XF, Moharrami M, Murphy K, Clarke J. Dents manquantes, mortalité et hospitalisation : analyse de cohorte fondée sur la population à partir des résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé et des bases de données couplées. *Rapports sur la santé*, 2025; vol. 36, n° 10, p. 1 à 14.
12. Kotronia E, Brown H, Papacosta AO, et coll. Oral health and all-cause, cardiovascular disease, and respiratory mortality in older people in the UK and USA. *Scientific Reports*, 2021; vol. 11, n° 1, article 16452. DOI : 10.1038/s41598-021-95865-z.
13. Statistique Canada. Enquête canadienne sur les mesures de la santé, Cycle 1. Accessible à l'adresse : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=10263.
14. Akinbami LJ, Chen T-C, Davy O, et coll. National Health and Nutrition Examination Survey, 2017–March 2020 prepandemic file: Sample design, estimation, and analytic guidelines. *Vital Health Statistics* 1. 2022; 190 : p. 1 à 36.
15. Lin M, Griffin SO, Gooch BF, et coll. Oral Health Surveillance Report : Trends in Dental Caries and Sealants, Tooth Retention, and Edentulism, United States, 1999–2004 to 2011–2016. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (É.-U.). Division of Oral Health 2019. Accessible à l'adresse : <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/82756>.
16. Australian Research Centre for Population Oral Health, The University of Adelaide. Australia's Oral Health – National Study of Adult Oral Health 2017–18. Adélaïde : Université d'Adélaïde, Australie-Méridionale; 2019. Accessible à l'adresse : <https://health.adelaide.edu.au/arcpop/ua/media/821/australias-oral-health-2017-18.pdf>.
17. National Services Scotland. Scottish Adult Oral Health Survey 2016–2018. Accessible à l'adresse : <https://www.scottishdental.nhs.scot/wp-content/uploads/2019/04/2019-04-30-SAOHS-Report.pdf>.
18. Sääksjärvi K, Elonheimo HM, Ikonen J, et coll. Cohort Profile : Healthy Finland Survey. *International journal of epidemiology*, 2025; vol. 54, n° 1 : dyae166. DOI : 10.1093/ije/dyae166.
19. National Public Dental Health Team (NPDHT) (Angleterre). National Dental Epidemiology Programme for England. Oral health survey of adults attending general dental practices 2018. Public Health England 2020. Accessible à l'adresse : https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5ee0abb0d3bf7f1eb9646438/AiP_survey_for_England_2018.pdf.
20. Eke PI, Genco RJ. CDC Periodontal Disease Surveillance Project: Background, objectives, and progress report. *Journal of Periodontology*, 2007; vol. 78 (7 Suppl) : p. 1366 à 1371. DOI : 10.1902/jop.2007.070134.
21. Tomar SL. Public health perspectives on surveillance for periodontal diseases. *Journal of Periodontology*, 2007; vol. 78 (7 Suppl) : p. 1380 à 1386. DOI : 10.1902/jop.2007.060340.
22. Taylor GW, Borgnakke WS. Self-reported periodontal disease: Validation in an epidemiological survey. *Journal of Periodontology*, 2007; vol. 78, Suppl 7S : p. 1407 à 1420. DOI : 10.1902/jop.2007.060481.
23. Australian Institute for Health and Wealth. Oral health and dental care in Australia - Web report [mis à jour le 4 octobre 2024]. Accessible à l'adresse : <https://www.aihw.gov.au/getmedia/54eca525-8a32-4ec4-96cb-f3c8aa551f8c/oral-health-and-dental-care-in-australia.pdf?v=20250513133628&inline=true>.
24. Do L, Luzzi L. Chapitre 4 (p. 38 à 96) : Oral health status. In: ARCPH. Australia's Oral Health: National Study of Adult Oral Health 2017–18. Adélaïde : Université d'Adélaïde, Australie-Méridionale; 2019.

25. Pitiphat W, Garcia RI, Douglass CW, et coll. Validation of self-reported oral health measures. *Journal of Public Health Dentistry*, 2002; vol. 62, n° 2 : p. 122 à 128. DOI : 10.1111/j.1752-7325.2002.tb03432.x.
26. Blicher B, Joshipura K, Eke P. Validation of self-reported periodontal disease: A systematic review. *Journal of Dental Research*, 2005; vol. 84, n° 10 : p. 881 à 890. DOI : 10.1177/154405910508401003.
27. Atala-Acevedo C, McGrath R, Glenister K, et coll. Self-rated oral health as a valid measure of oral health status in adults living in rural Australia. *Healthcare (Basel)* 2023; vol. 11, n° 12 : article 1721. DOI : 10.3390/healthcare11121721.
28. Schnittker J, Bacak V. The increasing predictive validity of self-rated health. *PloS One* 2014; vol. 9, n° 1 : article e84933. DOI : 10.1371/journal.pone.0084933.
29. Bond J, Dickinson HO, Matthews F, et coll. Self-rated health status as a predictor of death, functional and cognitive impairment: A longitudinal cohort study. *European Journal of Ageing*, 2006; vol. 3, n° 4 : p. 193 à 206. DOI : 10.1007/s10433-006-0039-8.
30. Shields M, Shoostari S. Déterminants de l'autoévaluation de la santé. *Rapports sur la santé*, 2001; vol. 13, n° 1, p. 39 à 63. Accessible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2001001/article/6023-fra.pdf>.
31. Statistique Canada. Statistiques d'indicateurs de santé, estimations annuelles. Tableau 13-10-0905-01. Accessible à l'adresse : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310090501&request_locale=fr.
32. Statistique Canada. Enquête canadienne sur la santé buccodentaire (ECSB). Accessible à l'adresse : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5399.
33. Statistique Canada. Base de données longitudinales sur l'immigration (BDIM). Accessible à l'adresse : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5057.
34. Statistique Canada. Fichier administratif principal du revenu personnel (FAPRP). Accessible à l'adresse : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5384.
35. Statistique Canada. Plan d'action sur les données désagrégées. Accessible à l'adresse : <https://www.statcan.gc.ca/fr/confiance/modernisation/donnees-desagregees>.
36. Agriculteur J, Phillips RC, Singhal S, et coll. Inequalities in oral health: Understanding the contributions of education and income. *Revue canadienne de Santé Publique* 2017; vol. 108, n° 3 : p. e240 à e245. DOI : 10.17269/CJPH.108.5929.
37. Finlayson TL, Williams DR, Siefert K, et coll. Oral health disparities and psychosocial correlates of self-rated oral health in the National Survey of American Life. *American Journal of Public Health* 2010; 100 Suppl 1 (Suppl 1) : S246 à S255. DOI : 10.2105/AJPH.2009.167783.
38. Su S, Lipsky MS, Licari FW, et coll. Comparing oral health behaviours of men and women in the United States. *Journal of Dentistry*, 2022; vol. 122, n° 4 : 104 157. DOI : 10.1016/j.jdent.2022.104157.
39. Rust, KF., et JNK, Rao. Variance estimation for complex surveys using replication techniques. *Statistical Methods in Medical Research*, 1996; vol. 5, n° 3 : p. 281 à 310. DOI : 10.1177/096228029600500305.
40. Locker D, Maggias J, Wexler E. What frames of reference underlie self-ratings of oral health? *Journal of Public Health Dentistry*, 2009; vol. 69, n° 2 : p. 78 à 89. DOI : 10.1111/j.1752-7325.2008.00103.x.
41. Matthias RE, Atchison KA, Lubben JE, et coll. Factors affecting self-ratings of oral health. *Journal of Public Health Dentistry*, 1995; vol. 55, n° 4 : p. 197 à 204. DOI : 10.1111/j.1752-7325.1995.tb02370.x.
42. Lipsky MS, Su S, Crespo CJ, et coll. Men and oral health: A review of sex and gender differences. *American Journal of Men's Health*, 2021; vol. 15, n° 3 : 15 579 883 211 016 361. DOI : 10.1177/15579883211016361.
43. Stevens C. Chapitre 3 (p. 111 à 135) : Dental Health. Dans : *Scottish Health Survey 2017 – Volume one: main report*. 2018. Accessible à l'adresse : <https://www.gov.scot/publications/scottish-health-survey-2017-volume-1-main-report/pages/42/>.
44. U.S. Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville, Maryland : U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000. Accessible à l'adresse : <https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2017-10/hck1ocv.%40www.surgeon.fullrpt.pdf>.
45. Locker D. Self-esteem and socioeconomic disparities in self-perceived oral health. *Journal of Public Health Dentistry*, 2009; vol. 69, n° 1 : p. 1 à 8. DOI : 10.1111/j.1752-7325.2008.00087.x.
46. Lyshol H, Grøtvedt L, Fagerhaug TN, et coll. A study of socio-economic inequalities in self-reported oral and general health in South-East Norway. *Scientific Reports*, 2022; vol. 12, n° 1 : article 13721. DOI : 10.1038/s41598-022-18055-5.
47. Brennan DS, Singh KA. General health and oral health self-ratings, and impact of oral problems among older adults. *European Journal of Oral Sciences*, 2011; vol. 119, n° 6 : p. 469 à 773. DOI : 10.1111/j.1600-0722.2011.00873.x.
48. Palomer T, Ramírez V, Ortuño D. Relationship between oral health and depression: Data from the National Health Survey 2016–2017. *BMC Oral Health*, 2024; vol. 24, n° 1 : p. 188. DOI : 10.1186/s12903-024-03950-2.
49. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC). Accessible à l'adresse : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226.
50. Holliday R, Chaffee BW, Jakubovics NS, et coll. Electronic cigarettes and oral health. *Journal of Dental Research*. 2021; vol. 100, n° 9 : p. 906 à 913. DOI : 10.1177/00220345211002116.