

# RAPPORT FINAL SYSTÈME D'ENREGISTREMENT ET DE SURVEILLANCE DE LA SANTÉ BUCCO- DENTAIRE POPULATION BELGE 2023-2024

CELLULE INTERUNIVERSITAIRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE

À LA DEMANDE DE



EN COLLABORATION AVEC



KU LEUVEN

UCLouvain

ULB UNIVERSITÉ  
LIBRE  
DE BRUXELLES

UNIVERSITEIT  
GENT

CIE  
ICE



# Table des matières

<b>1. PRÉFACE .....</b>	<b>1</b>
<b>2. INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>3. DESCRIPTION DE L'ÉQUIPE DU PROJET ET DE SES TÂCHES.....</b>	<b>7</b>
3.1. Équipe .....	7
3.2. Tâches de l'équipe du projet .....	8
<b>4. PARTENAIRES ET INSTITUTIONS CONCERNÉES.....</b>	<b>9</b>
4.1. Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) .....	9
4.1.1. Comité de l'assurance de l'INAMI .....	9
4.1.2. Comité d'accompagnement .....	9
4.1.3. Promotion de la qualité « Praticiens de l'art dentaire ».....	9
4.2. Sciensano .....	9
4.3. Agence InterMutualiste .....	10
4.4. Centre de Biostatistique et Bio-informatique statistique de la KU Leuven (L-Biostat) .....	10
<b>5. MATÉRIEL ET MÉTHODES .....</b>	<b>11</b>
5.1. Plan de l'étude .....	11
5.1.1. Conception de l'étude .....	11
5.1.2. Période de l'étude .....	11
5.2. Population et échantillon.....	12
5.2.1. Population cible et population étudiée .....	12
5.2.2. Taille de l'échantillon .....	12
5.2.3. Méthodologie d'échantillonnage .....	13
5.2.4. Recrutement et motivation des participants .....	14
5.3. Enquêteurs et dentistes .....	15
5.3.1. Enquêteurs Statbel.....	15
5.3.2. Dentistes-examineurs et examinateurs-CIE.....	16
5.4. Données collectées et leurs sources.....	18
5.4.1. État de santé général et informations sociodémographiques .....	18
5.4.2. Habitudes liées à la santé bucco-dentaire et perception de la santé bucco- dentaire .....	19
5.4.3. Résultats cliniques .....	20
5.4.4. Consommation de soins de santé et utilisation de médicaments .....	21
5.5. Travail de terrain .....	22
5.5.1. Activités préparatoires à l'organisation du travail de terrain .....	22
5.5.2. Secrétariat de la CIE et ligne d'assistance pour le suivi du travail de terrain .....	23
5.5.3. Démarrage de la collecte des données .....	24

5.5.4.	<i>Procédures de contact avec les ménages</i> .....	24
5.5.5.	<i>Examen clinique, encodage des données et formalités</i> .....	25
5.5.6.	<i>Bons cadeaux pour les participants</i> .....	25
5.5.7.	<i>Indemnisation des dentistes-examineurs et examinateurs-CIE</i> .....	25
5.6.	<i>Considérations éthiques et de confidentialité</i> .....	26
5.6.1.	<i>Approbation par le Comité d'Ethique</i> .....	26
5.6.2.	<i>Consentement éclairé</i> .....	26
5.6.3.	<i>Risques et bénéfices potentiels</i> .....	26
5.6.4.	<i>Confidentialité</i> .....	27
5.6.5.	<i>Assurance de l'étude</i> .....	27
5.6.6.	<i>Traitemet des données et protection de la vie privée</i> .....	27
5.7.	<i>Base de données globale</i> .....	27
5.8.	<i>Gestion des données et statistiques</i> .....	30
5.8.1.	<i>Traitemet des données et contrôle de qualité</i> .....	30
5.8.2.	<i>Élaboration du cahier des codes pour l'analyse statistique</i> .....	30
5.8.3.	<i>Analyses de données</i> .....	30
5.9.	<i>Assurance qualité</i> .....	30
<b>6.</b>	<b>RÉSULTATS ET DISCUSSION</b> .....	<b>32</b>
6.1.	<i>La participation</i> .....	32
6.2.	<i>Dentiste-examineur et examinateur-CIE</i> .....	34
6.3.	<i>Caractéristiques de l'échantillon</i> .....	34
6.3.1.	<i>Distribution selon la nationalité</i> .....	35
6.3.2.	<i>Distribution selon la région et la province</i> .....	36
6.3.3.	<i>Distribution selon l'âge et le sexe</i> .....	37
6.3.4.	<i>Distribution selon les caractéristiques sociodémographiques</i> .....	38
6.3.5.	<i>Distribution selon le statut social BIM</i> .....	39
6.3.6.	<i>Représentativité de l'échantillon</i> .....	40
6.4.	<i>Présentation des résultats et discussion</i> .....	42
6.4.1.	<i>Pondération des résultat</i> .....	42
6.4.2.	<i>Présentation des résultats selon certains indicateurs</i> .....	42
6.4.3.	<i>Métriques utilisées pour décrire les résultats obtenus</i> .....	43
6.5.	<i>Résultats : État de santé bucco-dentaire</i> .....	44
6.5.1.	<i>Nombre de dents</i> .....	44
6.5.2.	<i>Hygiène bucco-dentaire</i> .....	45
6.5.3.	<i>État parodontal (DPSI)</i> .....	46
6.5.4.	<i>État dentaire</i> .....	49

6.5.5.	<i>Anomalies dento-faciales antérieures</i> .....	60
6.5.6.	<i>Prothèses dentaires</i> .....	62
6.5.7.	<i>Contacts occlusaux fonctionnels et occlusion fonctionnelle</i> .....	66
6.6.	Résultats : Comportement rapporté concernant la santé bucco-dentaire .....	69
6.6.1.	<i>Habitudes d'hygiène bucco-dentaire</i> .....	69
6.6.2.	<i>Habitudes alimentaires</i> .....	79
6.6.3.	<i>Consommation de soins dentaires</i> .....	85
6.6.4.	<i>Consommation de stimulants</i> .....	90
6.7.	Résultats : Santé bucco-dentaire subjective.....	95
6.7.1.	<i>Auto-évaluation de l'état de santé bucco-dentaire</i> .....	95
6.7.2.	<i>Plaintes liées au visage et à la cavité buccale</i> .....	97
6.8.	Résultats : Santé générale .....	99
6.8.1.	<i>Santé subjective</i> .....	99
6.8.2.	<i>Conditions de santé chroniques</i> .....	101
6.8.3.	<i>Santé générale et qualité de vie</i> .....	102
6.9.	Résultats : Santé bucco-dentaire et consommation de soins de santé .....	104
6.9.1.	<i>Consommation des soins bucco-dentaires</i> .....	104
6.9.2.	<i>Consommation de services de soins de santé généraux</i> .....	111
<b>7.</b>	<b>COMPARAISON DES RÉSULTATS DE L'OHDRES 2023-2024 AVEC LES ENQUÊTES PRÉCÉDENTES DE L'OHDRES .....</b>	<b>113</b>
7.1.	Données sociodémographiques .....	114
7.2.	Hygiène bucco-dentaire et habitudes associées .....	115
7.3.	État parodontal .....	118
7.4.	État dentaire .....	119
7.5.	État prothétique et fonctionnel.....	122
7.6.	Plaintes liées au visage et à la cavité buccale.....	125
7.7.	Soins dentaires .....	125
<b>8.</b>	<b>ÉVALUATION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>126</b>
8.1.	Collaboration avec le commanditaire .....	126
8.2.	Défis et recommandations .....	126
8.2.1.	<i>Calendrier du projet</i> .....	126
8.2.2.	<i>Organisation et planification du projet</i> .....	127
8.2.3.	<i>Exécution du travail de terrain</i> .....	127
8.2.4.	<i>Méthodologie appliquée</i> .....	128
8.2.5.	<i>Analyse et rapport</i> .....	128
<b>9.</b>	<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>130</b>

<b>10. ANNEXES.....</b>	<b>133</b>
10.1. Section santé bucco-dentaire de l'Enquête de santé HIS.....	133
10.2. Formulaire d'examen clinique .....	135
10.3. Organigramme échantillon OHDRES 2023-2024 .....	137
10.4. Liste des annexes .....	138

## 1. PRÉFACE

Le projet « Enregistrement des données et de surveillance de la santé bucco-dentaire 2023-2024 », abrévié en anglais (OHDRES) « Oral Health Data Registration and Examination Survey 2023-2024 » est la nouvelle édition de la collecte des données sur la santé bucco-dentaire de la population en Belgique qui fait suite aux enquêtes précédentes réalisées en 2008-2010 et 2012-2014. L’OHDRES 2023-2024 couple les informations collectées lors d’entretiens en face-à-face dans le cadre de l’Enquête de santé 2023-2024 (Health Interview Survey (HIS) 2023-2024), à des données cliniques obtenues lors d’examens bucco-dentaires ainsi qu’à certaines données de consommation de soins de santé. Ce couplage de données au niveau individuel permet de constituer une base de données unique, facilitant la prise de décisions éclairées ainsi que l’élaboration de politiques fondées sur des données probantes en matière d’organisation et de prestation de soins bucco-dentaires en Belgique.

Ce rapport présente une sélection des résultats obtenus à partir de l’échantillon des participants à l’OHDRES 2023-2024 et compare ces résultats à ceux des éditions précédentes de l’OHDRES. Des informations plus détaillées sont fournies dans les chapitres suivants du document.

Le projet OHDRES 2023-2024 a été commandité et financé par l’Institut national d’assurance maladie-invalidité (INAMI). Il est une étude secondaire de l’Enquête de santé 2023-2024 (Health Interview Survey (HIS) 2023-2024), réalisée par Sciensano, sur mandat et avec le cofinancement des différentes autorités belges compétentes en matière de santé publique. Dans le cadre du projet OHDRES 2023-2024, une convention de collaboration a été conclue entre Sciensano et la Cellule Interuniversitaire d’Épidémiologie (CIE), une collaboration entre la KU Leuven (Dominique Declerck), l’ULB (Peter Bottenberg), l’UCLouvain (Joana Carvalho) et l’UGent (Martijn Lambert).

L’équipe scientifique HIS de Sciensano a coordonné les activités entre la HIS et l’OHDRES et a assuré un appui méthodologique. L’équipe CIE tient à mettre en évidence la collaboration avec Stefaan Demarest (coordinateur), Johan Van der Heyden, Christina Stabourlos et Manon Janssens.

La mise en œuvre et le suivi de l’OHDRES 2023-2024 ont été encadrés par un Comité d’accompagnement, présidé par le Directeur général de l’INAMI, Mickaël Daubie, et composé de représentants du Service des soins de santé, du Comité de l’assurance et du Comité national Dentistes-Mutualités de l’INAMI ; de représentants des organismes assureurs, de la cellule stratégique du Ministre de la Santé ainsi que du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

La collaboration avec les partenaires suivants a été essentielle pour le couplage des données provenant de différentes sources : le Comité de sécurité de l’information, l’Office belge de statistique (Statbel), l’Agence InterMutualiste (Montse Urbina, David Jaminé). L’équipe CIE les remercie pour leurs efforts ayant permis de concrétiser ce processus.

L’équipe CIE tient également à remercier tout particulièrement Kris Bogaerts et Ann Belmans du Centre de biostatistique et de bio-informatique statistique de la KU Leuven pour leur aide dans les analyses statistiques et leur collaboration efficace.

L'équipe CIE remercie tous les enquêteurs de la HIS ayant contribué à la collecte des données issues des questionnaires. Les données cliniques provenant des examens bucco-dentaires ont été collectées par les dentistes-examineurs et les examinateurs-CIE. L'équipe CIE tient à souligner leur travail et apprécie à leur juste valeur, les efforts supplémentaires que cela a exigé d'eux.

Enfin, l'équipe CIE souhaite remercier les membres de l'équipe du projet : Doris Voortmans (collaboratrice scientifique), Ezgi Ögün (collaboratrice scientifique), Truu Ravelengée (soutien administratif) et Hilde Gevaert (soutien administratif). Leurs contributions ont été indispensables à la réussite du projet.

### **Informations complémentaires ?**

Veuillez contacter :

Sciensano - Manon Janssens ■ [manon.janssens@sciensano.be](mailto:manon.janssens@sciensano.be)

### **Référence recommandée pour ce rapport :**

Declerck D., Bottenberg P., Carvalho J., Gevaert H., Lambert M., Ögün E., Voortmans D.  
Système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge 2023-2024: Rapport final, Juin 2025

## 2. INTRODUCTION

Selon le dernier Rapport sur l'état de la santé bucco-dentaire dans le monde, publié par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les pathologies bucco-dentaires demeurent les affections de santé les plus répandues à l'échelle mondiale et ceci au niveau des quatre groupes de revenus dans lesquels les pays sont classés (OMS, 2022). En 2019, il était estimé que 3,5 milliards de personnes souffraient d'une affection bucco-dentaire non traitée. Entre 1990 et 2019, la prévalence mondiale des pathologies bucco-dentaires a connu une augmentation de 3,2 %. Bien que la prévalence des caries dans la dentition temporaire (42,7 %) et permanente (28,7 %) a légèrement diminué au cours de cette période — respectivement de 3,3 % et 2,6 % — c'est surtout la parodontite sévère qui a enregistré une progression notable. En effet, sa prévalence mondiale s'élève désormais à 18,8 %, soit une augmentation de 24 % par rapport à il y a trente ans. Cette évolution est particulièrement préoccupante, car la parodontite touche majoritairement les personnes âgées de plus de 50 ans. Dans un contexte de vieillissement démographique mondial et d'allongement de l'espérance de vie, il est peu probable que la prévalence de cette pathologie diminue de manière significative sans la mise en place de mesures de prévention et d'intervention renforcées.

Les pathologies bucco-dentaires représentent également un fardeau considérable, tant sur le plan de la santé que de l'économie. En complément au rapport de l'OMS, le Forum économique mondial (WEF) a également publié un document soulignant l'importance d'investir dans la santé bucco-dentaire (WEF White Paper, 2024). Les deux publications mettent en évidence le lien indéniable entre la santé bucco-dentaire et la santé générale, tout en soulignant les conséquences économiques des pathologies bucco-dentaires, qu'il s'agisse de coûts directs ou indirects.

Par ailleurs, les scientifiques ont démonté clairement un lien entre la parodontite et le diabète de type II (Alwithanani, 2023). Cette relation s'avère bidirectionnelle : une personne diabétique présente un risque accru de développer une parodontite ou peut connaître une progression plus rapide de la pathologie. En outre, un diabète mal contrôlé expose davantage l'individu à un risque accru d'infections à Candida, des dysfonctionnements des glandes salivaires et de retard de la cicatrisation après extraction dentaire. Inversement, la présence de parodontite complique le contrôle glycémique. Le traitement de la parodontite améliore la régulation de la glycémie, réduisant ainsi les risques de complications graves liées au diabète ainsi que les coûts qui y sont associés (Nasseh et al., 2016).

Une prévalence et une incidence accrues des maladies cardiovasculaires ont également été démontrées chez les personnes souffrant d'une inflammation parodontale chronique, ainsi qu'un lien avec l'hypertension (Sanz et al., 2020 ; Martin-Cabezas et al., 2016). Par ailleurs, il existe un risque réel d'endocardite bactérienne — une infection de l'endocarde provoquée par des bactéries circulant dans le système sanguin et se fixant sur des zones vulnérables de la paroi cardiaque.

Une autre affection médicale liée aux bactéries buccales est la pneumonie d'aspiration, une infection du tissu pulmonaire provoquée par l'entrée accidentelle de bactéries buccales dans les voies respiratoires (Khadka et al., 2021). Une bonne hygiène bucco-dentaire peut réduire de manière significative le risque de pneumonie d'aspiration ainsi que la mortalité associée (Van der Maarel-Wierink et al., 2013). En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, une corrélation a également été observée avec la parodontite, bien que le mécanisme biologique sous-jacent à ce lien ne soit pas encore entièrement élucidé (Barbarisi et al., 2024). Cependant, la bactérie buccale *Porphyromonas gingivalis* a été retrouvée en plus grande quantité dans le cerveau des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Les effets directs sur la santé ainsi que le traitement des pathologies bucco-dentaires engendrent des coûts très élevés. Une estimation de 2019 a calculé qu'au niveau mondial, les dépenses directes liées au traitement des affections bucco-dentaires dépassaient 387 milliards de dollars américains, soit une moyenne de 50 USD par personne à l'échelle mondiale, et représentent ainsi près de 5 % des dépenses totales de santé (Jevdjovic et Listl, 2025). Par ailleurs, les coûts indirects doivent également être pris en compte, tels que les pertes de productivité et d'autres conséquences liées à une mauvaise santé bucco-dentaire, estimés à 323 milliards de dollars supplémentaires. La prévention des pathologies bucco-dentaires peut être considérée comme une mesure politique importante qui promeut des économies, la santé publique ainsi que la qualité de vie associée à la santé bucco-dentaire.

Lorsque les gouvernements souhaitent améliorer la santé bucco-dentaire, ils doivent prendre en compte la répartition inégale des pathologies bucco-dentaires. À l'instar de la santé générale, la santé bucco-dentaire dépend d'un ensemble de déterminants liés à l'individu, à son environnement physique et social, ainsi qu'au contexte sociétal plus large et au système de santé du pays où il réside. De nettes disparités socio-économiques de santé apparaissent, suivant un gradient social : à mesure que la vulnérabilité sociale augmente, le risque de pathologies bucco-dentaires croît également (Tellez et al., 2014).

En raison de la forte prévalence et de l'impact des pathologies bucco-dentaires, combinés à leur répartition inégale, il est crucial que les gouvernements surveillent systématiquement la santé bucco-dentaire de la population. Cela permet de réagir en temps utile aux évolutions de la santé bucco-dentaire elle-même ainsi qu'aux changements des profils de risque. Il n'est donc pas surprenant que l'OMS ait inclus parmi ses six objectifs stratégiques de la *Stratégie mondiale sur la santé bucco-dentaire 2023-2030*, un axe consacré à l'acquisition d'informations sanitaires : « renforcer la surveillance et les systèmes d'information sanitaire afin de fournir aux décideurs des retours pertinents et en temps utile sur la santé bucco-dentaire, pour une élaboration de politiques fondée sur des preuves scientifiques » (OMS, 2024).

Afin de disposer d'un outil permettant de suivre l'état de santé bucco-dentaire de la population belge, le Comité de l'assurance de l'institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) a pris l'initiative, il y a plus de vingt ans, de confier à la Cellule Interuniversitaire d'Épidémiologie (CIE), le développement d'un système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire.

Un aspect important de cette mission consistait à élaborer une proposition compatible avec le système national d'accréditation des dentistes. Ainsi, en 2004, la CIE a développé un premier projet comprenant une description détaillée des objectifs et des questions de recherche du système d'enregistrement et de surveillance, des partenaires potentiels, de la population cible et de l'échantillon envisagé, ainsi que des matériaux et méthodes, des modalités de collecte et de saisie des données, de l'analyse statistique, du budget et du calendrier.

Par la suite, en 2007, la CIE a été chargé de réaliser une étude de faisabilité visant à valider les instruments de mesure proposés ainsi qu'à évaluer le processus. Le rapport final de cette étude a été présenté au Comité de l'assurance de l'INAMI le 1er septembre 2008. Sur la base de ce rapport, il a été décidé de procéder à la mise en œuvre définitive du Système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire, en anglais, « Oral Health Data Registration and Evaluation System » (OHDRES).

Un premier enregistrement des données a été réalisé entre 2008 et 2010 (OHDRES 2008-2010). Dès le lancement du projet, et déjà durant l'étude de faisabilité, une intégration avec l'Enquête nationale de santé par entretien (HIS) avait été envisagée et testée sur le plan opérationnel. Cependant, en raison de contraintes légales, il n'a pas été possible d'obtenir les autorisations nécessaires auprès des différentes instances concernées. Cette première collecte de données s'est donc limitée aux données issues des examens bucco-dentaires, des questionnaires remplis par les participants ainsi qu'aux informations relatives à la consommation de soins de santé, sans lien avec les données de l'Enquête nationale de santé par entretien. Un rapport détaillé de l'OHDRES 2008-2010 est accessible sur le site de l'INAMI ([https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport\\_sante\\_bucodentaire\\_2011.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport_sante_bucodentaire_2011.pdf)).

L'INAMI reconnaît l'importance de suivre l'évolution de l'état de santé bucco-dentaire de la population en Belgique dans le temps. C'est pourquoi une nouvelle collecte de données a été lancée en 2012. Pour ce projet, les autorisations nécessaires ont été obtenues afin de permettre un croisement des données au niveau individuel avec celles de l'Enquête nationale de santé. La collecte conjointe de données sur la santé bucco-dentaire et la santé générale apporte une valeur ajoutée considérable. Le rapport en ligne, accessible sur le site de l'INAMI, présente les méthodes utilisées et décrit les résultats du projet OHDRES 2012-2014 ([https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport\\_sante\\_bucodentaire\\_2012\\_2014.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport_sante_bucodentaire_2012_2014.pdf)).

Après une interruption de dix ans, une nouvelle collecte de données a été planifiée, dans le cadre du projet OHDRES 2023-2024, qui est rapportée ici. Sciensano a été mandaté pour coordonner ce projet et a établi un partenariat avec la Cellule Interuniversitaire d'Épidémiologie (CIE).

L'objectif du projet OHDRES 2023-2024 était de fournir un état des lieux représentatif et actualisé de la santé bucco-dentaire, des comportements liés à la santé bucco-dentaire, des aspects pertinents de la santé générale ainsi que de l'impact sur la qualité de vie de la population en Belgique pour la période 2023-2024. Un lien a été établi avec les données pertinentes de consommation de soins médicaux et bucco-dentaires pour la période 2018-2022, ainsi qu'avec les données de l'Enquête nationale de santé (HIS 2023-2024).

Les données ainsi recueillies offrent une vision globale de l'état de santé bucco-dentaire actuel de la population belge, ainsi que des tendances observées au fil du temps. Elles constituent une base précieuse pour formuler des recommandations et mener des recherches complémentaires, avec des implications importantes pour la politique de santé bucco-dentaire en Belgique.

Le rapport décrit en détail la structure du projet, les partenaires impliqués, les matériels et méthodes utilisés, la collecte et l'analyse des données, les résultats, une évaluation finale du projet ainsi que des recommandations futures. Lorsque cela était possible, une comparaison avec les résultats des précédentes collectes de données est présentée.

Ce rapport se base sur les données recueillies auprès des participants à l'Enquête nationale de santé (HIS 2023-2024) ayant accepté de participer également au projet OHDRES 2023-2024. Le questionnaire sur les habitudes de santé bucco-dentaire faisait partie intégrante de la HIS 2023-2024 et a donc été soumis à un plus grand nombre de participants ; ces résultats sont rapportés séparément ([https://www.sciensano.be/sites/default/files/dh\\_report\\_2023\\_fr.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/dh_report_2023_fr.pdf)).

### **3. DESCRIPTION DE L'ÉQUIPE DU PROJET ET DE SES TÂCHES**

#### **3.1. Équipe**

Dans le cadre de l'Enquête nationale de santé 2023–2024 (HIS 2023–2024), l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) a confié à Sciensano la mission de mettre en œuvre le Système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge (OHDRES), une étude épidémiologique à l'échelle nationale visant à évaluer l'état de santé bucco-dentaire en Belgique.

Le volet consacré à la santé bucco-dentaire a fait l'objet d'un accord de sous-traitance entre Sciensano et la Cellule interuniversitaire d'épidémiologie (CIE), qui réunit des représentants des différentes facultés de médecine dentaire belges. La KU Leuven a assuré le rôle de représentante officielle de la CIE dans le cadre de la collaboration avec l'ensemble des partenaires et parties prenantes concernées, conformément aux modalités décrites dans le chapitre suivant.

L'équipe de la CIE comprenait les experts suivants :

- Dominique Declerck (KU Leuven, coordinatrice du projet)
- Peter Bottenberg (ULB)
- Joana Carvalho (UCLouvain)
- Martijn Lambert (UGent)

Collaborateurs de l'équipe du projet :

- Doris Voortmans (KU Leuven)
- Ezgi Öğün (KU Leuven)
- Truu Ravelenghe (KU Leuven)
- Hilde Gevaert (KU Leuven)
- Kris Bogaerts (KU Leuven, L-Biostat)
- Ann Belmans (KU Leuven, L-Biostat)

Conseiller :

- Stefaan Hanson (Verbond der Vlaamse Tandartsen – VVT)

Travail de terrain :

Le travail de terrain a été réalisé en partie par une équipe d'examineurs-CIE (dentistes) et en partie par les dentistes traitant des participants (dentistes-examineurs).

### **3.2. Tâches de l'équipe du projet**

Le développement et la mise en œuvre du Système d'enregistrement et d'évaluation des données de santé bucco-dentaire de la population belge (OHDRES 2023–2024) ont consisté en plusieurs étapes :

- A. Rédaction du protocole de recherche
- B. Conclusion des accords nécessaires (Sciensano, AIM)
- C. Demande des autorisations requises (Comité de sécurité de l'information)
- D. Mise à jour des différents instruments de mesure (questionnaire, module clinique)
- E. Élaboration de la procédure de terrain
- F. Diffusion des informations et des mises à jour du projet auprès du grand public et des professionnels dentaires
- G. Développement des outils de formation, de calibrage et du formulaire numérique d'examen bucco-dentaire
- H. Mise en place du secrétariat et du service d'assistance de la CIE
- I. Sélection, contact, formation et calibrage des examinateurs-CIE et des dentistes-examinateurs
- J. Préparation du cahier de codes pour l'analyse statistique
- K. Réalisation et suivi de l'enquête, en étroite collaboration avec Sciensano
- L. Envoi des compensations aux participants (chèques-cadeaux)
- M. Optimisation des données de recherche dans les bases de données dédiées
- N. Suivi du processus de couplage des données
- O. Analyse des résultats de la recherche
- P. Evaluation des processus et formulation de recommandations
- Q. Préparation du rapport final

Pour une description plus détaillée de la mission, nous renvoyons au chapitre 5 ainsi qu'au protocole de projet (voir l'annexe 1).

## **4. PARTENAIRES ET INSTITUTIONS CONCERNÉES**

### **4.1. Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)**

#### ***4.1.1. Comité de l'assurance de l'INAMI***

L’Institut national d’assurance maladie-invalidité (INAMI) a été à la fois l’initiateur et l’instance de supervision du projet « Système d’enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge » (OHDRES 2023–2024). Pour ce projet, une convention de collaboration officielle a été conclue entre le Comité de l’assurance de l’INAMI et Sciensano le 03/10/2022. Pour l’élaboration du protocole du projet OHDRES 2023–2024 et la réalisation de la collecte de données, Sciensano a conclu un accord avec la CIE pour la période allant du 01/06/2022 au 31/12/2024, signé en date du 19/12/2022.

Une prolongation du projet (six mois supplémentaires, jusqu’au 30/06/2025) a été approuvée par le Comité de l’assurance de l’INAMI le 10/03/2025 et signée le 10/04/2025.

#### ***4.1.2. Comité d’accompagnement***

Un Comité d’accompagnement a été mis en place. Le Comité était présidé par le Directeur général de l’INAMI, Mickaël Daubie, et était composé de représentants du Service des soins de santé, du Comité de l’assurance et du Comité national Dentistes-Mutualités de l’INAMI ; de représentants des organismes assureurs, de la Cellule stratégique du Ministre de la Santé ainsi que du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Le Comité d’accompagnement recevait régulièrement des mises à jour sur l’avancement du projet.

Un rapport intermédiaire sur l’état d’avancement du projet a été soumis et discuté avec le Comité d’accompagnement les 09/10/2023 et 13/09/2024. Lors de cette dernière réunion, une prolongation de six mois de la période de collecte des données a été demandée en raison du rythme lent du recrutement de participants.

#### ***4.1.3. Promotion de la qualité « Praticiens de l’art dentaire »***

Puisque les participants au projet OHDRES 2023–2024 pouvaient faire réaliser l’examen bucco-dentaire chez leur dentiste traitant, une autorisation a été demandée auprès du Comité de promotion de la qualité « Praticiens de l’art dentaire » d’inclure l’examen bucco-dentaire dans les exigences d’accréditation des dentistes généralistes. Cette démarche visait à éviter un faible taux de participation de la part des dentistes traitant.

## **4.2. Sciensano**

Sciensano est l’institut national belge de santé publique. Il soutient les politiques de santé et la santé publique par la recherche scientifique, la surveillance et le conseil d’experts. Sciensano collecte et analyse des données de santé afin de surveiller les tendances, de garantir la qualité des soins et protéger la santé publique. Il est également responsable de la réalisation des Enquêtes de santé par entretien (Health Interview Survey - HIS) en Belgique.

Un accord a été conclu entre Sciensano et la CIE pour la collecte de données sur la santé bucco-dentaire. L’équipe scientifique HIS de Sciensano a coordonné les activités entre la HIS et l’OHDRES et a fourni un soutien méthodologique.

#### **4.3. Agence InterMutualiste**

L'Agence InterMutualiste (AIM) est une organisation sans but lucratif fondée par les sept mutualités. Sa mission est d'analyser les données de santé collectées par les organismes assureurs dans le cadre de leur mandat, et de fournir des informations pertinentes.

L'AIM a apporté son soutien à la CIE lors de sa demande de couplage de données auprès du Comité de sécurité de l'information (CSI), en contribuant à l'élaboration du schéma de flux de données et en veillant au respect de l'ensemble des procédures requises. Une fois l'approbation du CSI obtenue (délibération du 03/12/2024, modifiée le 01/04/2025), l'AIM a fourni les données demandées sur la consommation des soins médicaux et dentaires via un serveur sécurisé.

#### **4.4. Centre de Biostatistique et Bio-informatique statistique de la KU Leuven (L-BioStat)**

Le Centre de biostatistique et bio-informatique statistique (L-BioStat) de la KU Leuven fait partie de la Faculté de Médecine et du Groupe des sciences biomédicales de la KU Leuven. L-BioStat était responsable de l'analyse statistique des données couplées dans le cadre de ce projet.

## **5. MATÉRIEL ET MÉTHODES**

### **5.1. Plan de l'étude**

L'OHDRES 2023-2024 est une étude épidémiologique transversale réalisée auprès de la population générale en Belgique. Elle a été répétée au fil du temps depuis son lancement en 2008-2010. La présente édition constitue la troisième du genre. Comme des informations similaires ont déjà été recueillies lors des précédents cycles de collecte de données, les données comparables des différentes études peuvent être fusionnées et la combinaison des études peut être considérée comme une étude épidémiologique transversale répétée. Le plan de l'étude a été conçu de manière à assurer la compatibilité avec les informations obtenues lors des éditions précédentes de l'OHDRES ainsi qu'avec les données internationales sur la santé bucco-dentaire, permettant des comparaisons longitudinales et transversales.

#### **5.1.1. Conception de l'étude**

L'organisation de l'Enquête de santé HIS 2023-2024 a offert une excellente opportunité pour une nouvelle collecte de données sur la santé bucco-dentaire. Ainsi, les participants éligibles à la HIS ont été invités à participer également à l'OHDRES 2023-2024. La participation à l'OHDRES 2023-2024 impliquait un examen bucco-dentaire de préférence réalisé dans les 2 mois suivant la participation à la HIS. Pour les participants ayant donné leur consentement éclairé, un couplage individuel des données provenant de la HIS 2023-2024, des données d'examen bucco-dentaire et des données pertinentes sur la consommation de soins de santé a été réalisé.

L'OHDRES 2023-2024 se composait de 3 volets :

- un module santé bucco-dentaire intégré au questionnaire en face-à-face de la HIS 2023-2024, recueilli par les enquêteurs Statbel ;
- un examen bucco-dentaire (EBD) réalisé par un dentiste calibré selon des critères standardisés ;
- des données sélectionnées sur la consommation des soins de santé et des médicaments remboursés extraites des registres de l'Agence InterMutualiste (AIM).

#### **5.1.2. Période de l'étude**

La période de l'étude a été déterminée par le calendrier de la HIS 2023-2024. Le travail de terrain de la HIS 2023-2024 s'est déroulé de février 2023 à décembre 2024. Les participants à la HIS 2023-2024 devaient être invités à participer à l'OHDRES 2023-2024 jusqu'à ce que la taille nette d'échantillon prévue soit atteinte. La collecte des données OHDRES 2023-2024 a débuté le 15 octobre 2023 et s'est clôturée le 15 janvier 2025.

## 5.2. Population et échantillon

### 5.2.1. Population cible et population étudiée

Les participants au projet OHDRES 2023-2024 ont été recrutés parmi les participants à la HIS 2023-2024, selon le principe du recrutement en deuxième étape.

L'objectif principal de la HIS 2023-2024 était de décrire l'état de santé et les comportements associés des résidents belges, indépendamment de leur lieu de naissance, nationalité ou toute autre caractéristique. À cet effet, le cadre d'échantillonnage comprenait tous les ménages inscrits au Registre national belge (RN).

Il convient de noter que, pour des raisons pratiques, des règles d'exclusion ont été appliquées et que la population étudiée ne comprenait donc pas :

- les personnes vivant en Belgique mais non inscrites au RN (personnes sans domicile fixe, immigrants illégaux, etc.) ;
- les personnes résidant dans:
  - une institution (y compris les institutions psychiatriques), à l'exception des personnes âgées vivant en centres de soins résidentiels, maisons de repos et maisons de repos psychiatriques ;
  - une communauté religieuse ou cloître ;
  - une prison ;
- les personnes dans des ménages nouvellement constitués non enregistrés comme tels dans le RN.

Des informations plus détaillées sur l'échantillon HIS 2023-2024 sont disponibles dans le protocole de l'étude HIS 2023-2024 :

([https://www.sciensano.be/sites/default/files/studyprotocol\\_his2023\\_1.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/studyprotocol_his2023_1.pdf)).

### 5.2.2. Taille de l'échantillon

Il convient de distinguer les 3 collectes de données faisant partie de l'OHDRES 2023-2024.

- La taille de l'échantillon des personnes participant au **module d'entretien de la santé bucco-dentaire** correspond au nombre de participants à la HIS dans le groupe étudié. Pour la HIS 2023-2024, la taille de base de l'échantillon a été fixée à 10 700 personnes (4 200 pour la Flandre, 3 500 pour la Wallonie, dont 300 pour la Belgique de l'Est, et 3 000 pour Bruxelles). Les autorités de la Communauté germanophone ont demandé et financé un sur-échantillonnage de 600 unités. En conséquence, la taille finale de l'échantillon HIS 2023-2024 a été fixée à 11 300.
- La taille de l'échantillon des participants à l'**examen bucco-dentaire** (EBD) a été fixée pour correspondre à celle de l'Enquête Nationale sur la Consommation Alimentaire (FCS-2014), avec un objectif de 3 200 individus. Cela impliquait que 30 % des participants éligibles à la HIS 2023-2024 devaient participer à l'OHDRES 2023-2024. Compte tenu de l'expérience des précédentes éditions de l'OHDRES (échantillon final n = 1 875) et de l'Enquête nationale de Santé HES-2018 (participation de 24 % parmi les répondants HIS-2018 éligibles), et considérant que les participants devaient jouer un rôle beaucoup plus actif que dans les enquêtes précédentes, il était douteux que ce taux de participation soit atteint. La taille

maximale de l'échantillon de l'OHDRES 2023-2024 a donc été fixée en fonction d'un taux de participation de 25 %. Ceci a abouti à un échantillon de 2 675 personnes.

- La taille de l'échantillon des personnes pour lesquelles un couplage a été réalisé avec des données sélectionnées sur **la consommation des soins de santé et des médicaments remboursés** extraits des registres de l'AIM est identique à celle de l'entretien HIS 2023-2024, moins une perte anticipée d'environ 10 % due aux refus de couplage et à l'impossibilité d'identifier les numéros RN des répondants à l'HIS dans la base de données AIM.

### **5.2.3. Méthodologie d'échantillonnage**

Les participants à l'OHDRES 2023-2024 ont été recrutés parmi les participants à la HIS 2023-2024 selon le principe du recrutement en deuxième étape. Cette section décrit brièvement la procédure d'échantillonnage globale utilisée pour la HIS 2023-2024, suivie de celle appliquée pour l'OHDRES 2023-2024.

#### **Stratégie d'échantillonnage de la HIS 2023-2024**

Dans la conception du plan d'échantillonnage, la couverture de la population belge et la faisabilité logistique du travail de terrain étaient des préoccupations majeures. Par conséquent, un plan stratifié, par grappes et à plusieurs étapes a été développé. Dans ce plan, les communes constituaient les unités primaires de sélection, tandis que les ménages au sein des communes et les individus au sein des ménages constituaient respectivement les unités secondaires et tertiaires.

Le schéma final d'échantillonnage, c'est-à-dire le mécanisme permettant d'obtenir un échantillon probabiliste de ménages et de répondants, combinait plusieurs techniques : stratification, échantillonnage en plusieurs étapes et grappes. Le processus de sélection comprenait les étapes suivantes :

- stratification régionale (Région flamande, Région wallonne et Région de Bruxelles-Capitale)
- stratification au niveau des provinces, proportionnelle à la taille de la population provinciale
- stratification au niveau des arrondissements électoraux permettant des comparaisons géographiques à un niveau inférieur
- au sein de chaque strate, sélection des communes avec une probabilité de sélection proportionnelle à leur taille. Ces communes ont été appelées unités primaires d'échantillonnage (UPE)
- au sein de chaque commune, un échantillon de ménages – unités secondaires d'échantillonnage (USE) – a été tiré de manière à pouvoir interroger au total 50 individus par UPE
- enfin, au maximum quatre individus – unités tertiaires d'échantillonnage (UTE) – ont été choisis pour les entretiens au sein de chaque ménage. Pour les ménages comptant au moins cinq membres, la personne de référence et son conjoint (le cas échéant) ont été sélectionnés. Parmi les autres membres du ménage, une sélection aléatoire a été effectuée pour aboutir à quatre membres sélectionnés.

La procédure d'échantillonnage a été réalisée par l'Office belge de statistique, Statbel. Des informations plus détaillées sur la procédure d'échantillonnage HIS 2023-2024 sont disponibles dans le protocole de l'étude HIS 2023-2024 :

([https://www.sciensano.be/sites/default/files/studyprotocol\\_his2023\\_1.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/studyprotocol_his2023_1.pdf)).

### **Stratégie d'échantillonnage pour l'entretien de la HIS sur la santé bucco-dentaire**

Tous les participants éligibles à la HIS 2023-2024 ont répondu au module de la santé bucco-dentaire intégré à l'entretien HIS 2023-2024. Pour les répondants âgés de moins de 15 ans et les adultes n'étant pas en mesure de répondre eux-mêmes au questionnaire, cet entretien a été réalisé avec un tiers (proxy).

### **Consommation des soins de santé et des médicaments remboursés**

Tous les participants à la HIS 2023-2024 ont été sollicités pour donner leur consentement afin que leurs données soient couplées avec celles de l'AIM. Ce couplage n'a été réalisé qu'en cas de consentement éclairé (des parents ou tuteur en cas de mineur).

### **Stratégie d'échantillonnage pour l'examen bucco-dentaire**

Tous les participants à la HIS 2023-2024 étaient éligibles pour participer au projet OHDRES 2023-2024, à l'exception des enfants de moins de 5 ans. Tous les participants à la HIS éligibles ont été invités à participer à l'examen bucco-dentaire jusqu'à atteindre la taille cible de l'échantillon ou jusqu'à la fin du travail de terrain HIS 2023-2024.

#### **5.2.4. Recrutement et motivation des participants**

La phase de collecte des données pour la HIS 2023-2024 a débuté lorsque les ménages ont été informés qu'ils avaient été sélectionnés au hasard pour participer à la HIS 2023-2024. Pour informer un ménage de sa sélection, Statbel a envoyé une lettre d'invitation (annexe 2) et un dépliant d'introduction (annexe 3) adressés à la personne de référence du ménage. Le dépliant expliquait, entre autres, l'objectif et le contenu de la HIS 2023-2024 ainsi que les modalités pratiques de contact, c'est-à-dire qu'un enquêteur prendrait contact avec eux peu de temps après la réception de la lettre. La lettre mentionnait également la possibilité de participer à l'OHDRES 2023-2024.

Dès l'envoi de ces documents d'information au ménage, l'enquêteur responsable du (des) ménage(s) concerné(s) recevait l'accès aux données de contact (noms complets des membres du ménage et adresse), avec indication des membres sélectionnés pour la HIS 2023-2024. L'enquêteur tentait alors d'établir le contact afin de vérifier si le ménage souhaitait participer et, le cas échéant, de fixer un rendez-vous pour l'entretien.

Avant le début de l'entretien HIS 2023-2024, les enquêteurs demandaient aux répondants éligibles s'ils acceptaient d'être recontactés pour participer à l'OHDRES 2023-2024. Le cas échéant, le participant était invité à signer un formulaire de consentement éclairé autorisant la transmission de ses coordonnées au secrétariat de la CIE ainsi qu'au dentiste en charge de l'organisation de l'examen bucco-dentaire. Un ajout spécifique au formulaire de consentement éclairé de la HIS 2023-2024 avait été prévu à cet effet.

À la fin de l'entretien en face-à-face de la HIS 2023-2024, les répondants souhaitant être recontactés pour l'examen bucco-dentaire étaient invités à indiquer s'ils préféraient que l'examen soit réalisé par leur dentiste traitant ou un examinateur-CIE. En cas de préférence pour leur dentiste traitant, ses coordonnées (nom, adresse, téléphone, e-mail) étaient enregistrées, ce qui permettait au secrétariat de la CIE de prendre contact avec le dentiste en question et de planifier le rendez-vous.

Étant donné qu'un faible taux de participation était considéré comme un risque majeur, particulièrement dans les groupes vulnérables, des incitations ont été mis en place pour motiver la participation. Cela était d'autant plus important que les participants devaient investir du temps et engager des frais de déplacement pour se rendre chez le dentiste. Ainsi, un bon d'une valeur de 40 € a été offert aux participants qui ont consulté leur dentiste traitant et de 20 € à ceux examinés à domicile par un examinateur-CIE. Les enquêteurs de la HIS 2023-2024 expliquaient que l'incitation plus élevée offerte en cas de visite chez le dentiste traitant visait à compenser les frais de déplacement. Les incitations étaient remises aux participants après l'enregistrement des données de l'examen bucco-dentaire dans la base de données centrale.

### **5.3. Enquêteurs et dentistes**

Le principe de base appliqué était que les participants à la HIS 2023-2024 souhaitant également participer à l'OHDRES 2023-2024, désignaient le dentiste de leur choix pour enregistrer les conditions bucco-dentaires pertinentes, en utilisant les outils développés à cet effet. Ce n'est que lorsque cela n'était pas possible qu'un examinateur-CIE se rendrait au domicile du participant pour réaliser l'examen.

#### **5.3.1. Enquêteurs Statbel**

Les enquêteurs employés par Statbel recueillaient les données d'entretien via le questionnaire de la HIS 2023-2024, incluant les informations relatives à la santé bucco-dentaire. Leur rôle était double : (1) établir le contact avec tous les ménages sélectionnés pour un entretien dans le groupe qui leur était attribué, et (2) réaliser les entretiens avec les membres sélectionnés des ménages participants. Les entretiens structurés se déroulaient en face-à-face avec tous les membres sélectionnés du ménage (ou en entretien par tiers pour les moins de 15 ans et les adultes ayant des besoins particuliers). Les données étaient collectées via un logiciel d'entretien assisté par ordinateur (« *computer-assisted personal interview* », CAPI). Les enquêteurs lisaiient à haute voix les questions à chaque participant et saisissaient directement leurs réponses dans le programme installé sur leur ordinateur portable. Après la réalisation des entretiens, les données recueillies étaient directement téléchargées dans la base de données de la HIS 2023-2024 chez Statbel sans traitement supplémentaire. L'application CAPI avait été développée par Sciensano et Statbel à l'aide du logiciel Blaise® 5.10.7.

Les questionnaires étaient disponibles en français, néerlandais, allemand (les trois langues nationales de Belgique) et anglais (pour les étrangers). Si un individu sélectionné ne parlait aucune de ces langues, un traducteur pouvait être appelé à l'aide. Ce dernier était généralement un membre du ménage maîtrisant à la fois la langue maternelle du participant et une des langues parlées en Belgique. Tous les enquêteurs impliqués dans la HIS 2023-2024 devaient suivre une formation d'une journée afin d'assurer la standardisation de toutes les procédures de collecte de données et de travail de terrain. Cette formation incluait également des informations sur les tâches supplémentaires liées à l'OHDRES 2023-2024. La CIE a élaboré un guide d'entretien (annexe 4) destiné aux enquêteurs Statbel pour les aider dans leur mission de collecte des informations sur la santé bucco-dentaire.

Pour plus de détails sur les procédures liées à la collecte des données de la HIS 2023-2024, nous renvoyons au protocole de l'étude HIS 2023-2024 :  
[\(\[https://www.sciensano.be/sites/default/files/studyprotocol\\\_his2023\\\_1.pdf\]\(https://www.sciensano.be/sites/default/files/studyprotocol\_his2023\_1.pdf\)\)](https://www.sciensano.be/sites/default/files/studyprotocol_his2023_1.pdf).

### **5.3.2. Dentistes-examineurs et examinateurs-CIE**

Les procédures de terrain adoptées pour l'OHDRES 2023-2024 diffèrent de celles appliquées lors des précédentes éditions de l'OHDRES. Lors des éditions précédentes, chaque examen bucco-dentaire était réalisé par des dentistes-enquêteurs de la CIE au domicile des participants. Dans l'édition 2023-2024, les participants ayant accepté de participer à l'OHDRES 2023-2024 ont été invités à se rendre chez leur dentiste traitant pour un examen bucco-dentaire. Si les participants ne disposaient pas d'un dentiste traitant ou préféraient ne pas faire appel à leur dentiste traitant, une visite à domicile par un dentiste examinateur-CIE était organisée. À cette fin, une équipe d'examineurs-CIE a été recrutée. De plus amples informations sont fournies dans les sections suivantes.

#### *5.3.2.1. Recrutement, sélection et motivation des dentistes*

La CIE a lancé une campagne d'information et de motivation des dentistes en vue de la réalisation des examens bucco-dentaires. À cet effet, une lettre d'information (annexe 5) a été diffusée par l'INAMI à tous les dentistes généralistes agréés en Belgique. Par ailleurs, les associations dentaires représentatives, Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT), Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen (VBT), Société de Médecine Dentaire (SMD) et Chambre de Médecine Dentaire (CMD), ont été sollicitées afin de diffuser l'annonce relative à l'OHDRES 2023-2024 auprès de leurs membres via leurs propres canaux d'information.

La participation des dentistes était considérée comme faisant partie des exigences d'accréditation pour les dentistes généralistes (et mentionnée explicitement dans la section « Participer à la collecte de données dans le cadre de la politique de santé bucco-dentaire », consultable via la page web <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/dentistes/collecte-de donnees-sante-buccale> ), ce qui visait à motiver des dentistes généralistes à participer.

En compensation du temps et des efforts consacrés à la réalisation des examens, les dentistes recevaient 100 € par examen. Lorsque l'examen bucco-dentaire était effectué par le dentiste traitant du participant, ce montant couvrait l'examen proprement dit (75 €) ainsi que le temps nécessaire à la préparation, à la formation et au calibrage pour cet examen (25 €). Lorsque l'examen était réalisé par un examinateur-CIE, ce montant comprenait à la fois l'examen (75 €) et une somme forfaitaire destinée à compenser le temps consacré à la formation et au calibrage (une seule fois) ainsi que les frais de déplacement (25 €).

#### *5.3.2.2. Dentistes-examineurs*

Lorsqu'un participant à l'OHDRES 2023-2024 choisissait de se faire examiner par son dentiste traitant, le secrétariat de la CIE recevait les coordonnées du dentiste via l'enquêteur de la HIS par une application numérique développée spécifiquement à cet effet (voir aussi section 5.5.1.5). Le secrétariat de la CIE contactait ensuite le dentiste par courrier postal, exposant l'objectif de l'examen bucco-dentaire en transmettant toutes les informations pratiques et la documentation nécessaires : lettre d'invitation (annexe 6), coordonnées du ou des participant(s), formulaires de consentement éclairé (annexe 7), instructions de préparation à l'examen bucco-dentaire, incluant les consignes de formation et de calibrage (annexe 8), ainsi que le formulaire de demande d'indemnisation (annexe 9). Le dentiste invitait ensuite les participants faisant partie de sa patientèle à se présenter à son cabinet pour réaliser l'examen bucco-dentaire selon des instructions standardisées (voir aussi section 5.3.2.4).

### **5.3.2.3. Examinateurs-CIE**

Dans le cadre de la campagne d'information (voir aussi 5.3.2.1), les dentistes ont également été invités à intervenir en tant qu'examinateurs-CIE. Ces dentistes acceptaient de réaliser les examens bucco-dentaires au domicile des participants, en appliquant des procédures d'examen standardisées identiques. À cet effet, chaque examinateur-CIE recevait un kit d'examen par participant.

Lorsque qu'un participant à l'OHDRES 2023-2024 choisissait de se faire examiner par un examinateur-CIE, le secrétariat de la CIE contactait un examinateur-CIE disponible et lui fournissait toutes les instructions et documents nécessaires. Les examinateurs-CIE suivaient la même procédure de formation et de calibrage que celle développée pour les dentistes-examinateurs (voir aussi section 5.3.2.4).

### **5.3.2.4. Formation et calibrage**

Afin de standardiser l'examen bucco-dentaire, un guide illustré pour l'examen clinique (annexe 10) a été développé. Il comprend un document de 32 pages détaillant le déroulement de l'examen bucco-dentaire, y compris les critères à utiliser pour chaque condition clinique, illustré par des photos cliniques. Ce guide a été mis à disposition des dentistes-examinateurs et des examinateurs-CIE en néerlandais et en français via un lien vers la plateforme du projet. Le document pouvait être téléchargé et des exemplaires imprimés étaient envoyés sur demande. Dans le but d'optimiser la standardisation, la CIE a développé, en collaboration avec Sciensano, des modules de formation et de calibrage en ligne utilisant © LimeSurvey GmbH.

Le **module de formation** comprenait six cas cliniques initialement présentés sous forme de diapositives PowerPoint. Ces cas cliniques ont été élaborés de manière à couvrir toutes les conditions bucco-dentaires pertinentes décrites dans le formulaire d'examen bucco-dentaire OHDRES. Les cas étaient basés sur des patients réels de différents âges, venus pour un examen bucco-dentaire de routine et ayant accepté que leur état bucco-dentaire soit photographié à des fins pédagogiques. Chaque cas était illustré par des photographies standardisées de l'ensemble de la denture comprenant des vues frontale et latérales droite et gauche ainsi que des vues occlusales maxillaire et mandibulaire. Cette méthode simulait autant que possible les dentures des personnes examinées en pratique courante. Cette méthode d'évaluation a été préalablement validée (Carvalho et al. 2018 ; Kanaan et al. 2021).

Dans le module de formation en ligne, les dentistes étaient invités à évaluer les conditions cliniques sélectionnées pour chaque cas. En cas d'erreur lors du premier essai, un second essai était permis. Si le second essai était également incorrect, la réponse correcte était affichée. Le module de formation était facultatif et les dentistes pouvaient accéder au module de calibrage dès qu'ils se sentaient confiants dans leur évaluation.

Le **module de calibrage** comprenait sept autres cas cliniques couvrant une variété de conditions cliniques à évaluer. Ces cas ont été développés selon les mêmes spécifications que celles mentionnées pour le module de formation. Après avoir terminé ce module en ligne, les dentistes recevaient un score basé sur le nombre de réponses correctes, comparé à une référence établie par la CIE. Les dentistes obtenant un taux de concordance  $\geq 75\%$  par rapport à cette référence étaient autorisés à réaliser les examens cliniques de l'OHDRES 2023-2024.

Ceux qui n'atteignaient pas ce seuil étaient invités à répéter les modules de formation et de calibrage. Les dentistes rencontrant des difficultés à réussir le test de calibrage pouvaient contacter la CIE pour recevoir un retour personnalisé et un accompagnement individuel. La réussite du module de calibrage était un prérequis pour pouvoir réaliser des examens cliniques de l'OHDRES 2023-2024.

#### 5.3.2.5. *Documents et matériels utilisés pour l'examen*

Les documents et matériels mis à disposition des examinateurs pour la réalisation de l'examen clinique sont listés ci-dessous et disponibles en annexe :

- Lettre d'invitation au dentiste (annexe 6) incluant instructions générales et liens (disponible en néerlandais, français et allemand)
- Instructions de formation et de calibrage (annexe 8) (disponibles en néerlandais, français et anglais)
- Guide illustré pour l'examen clinique (annexe 10) (disponible en néerlandais, français et anglais)
- Informations et formulaires de consentement éclairé des participants (annexe 7) (adultes/mineurs) (disponibles en néerlandais, français et anglais)
- Formulaire de demande d'indemnisation pour les dentistes (annexe 9) (disponible en néerlandais et français)
- Matériel pour examen clinique (réservé aux examinateurs-CIE, fourni en colis contenant des sets pour 20 participants, expédié par courrier) :
  - kits d'examen (par participant, kit d'instruments de diagnostic dentaire MDDI SI951ST-1) comprenant miroir buccal, sonde standard n°8/CPITN-C 3,5/5,5/7,5/11,5 et précelle
  - champs jetables
  - rouleaux de coton
  - masques faciaux IIR à attaches auriculaires
  - lampe frontale (Black Diamond®)
  - sacs pour déchets médicaux

### 5.4. Données collectées et leurs sources

#### 5.4.1. *État de santé général et informations sociodémographiques*

Plusieurs variables, déjà intégrées dans l'enquête HIS 2023-2024, ont été utilisées pour obtenir des informations sur :

- les caractéristiques sociodémographiques (nationalité, niveau d'éducation, logement, emploi, revenu, ...)
- l'accès aux soins bucco-dentaires
- les habitudes nutritionnelles (consommation de fruits/légumes, boissons sucrées, ...)
- la consommation de substances addictives (alcool, tabac, drogues, ...)
- certaines pathologies médicales sélectionnées (maladies chroniques, maladies cardiovasculaires, diabète, cancer, démence, ...)
- les handicaps physiques chroniques
- la santé mentale (anxiété, dépression, ...)
- la qualité de vie

Un aperçu détaillé de toutes les questions relatives à la santé bucco-dentaire incluses dans la HIS 2023-2024 est disponible dans la délibération du Comité de Sécurité de l'Information (annexe 11 ou pages 15-18 : [24-224-n148-ohdres-ku-leuven-gewijzigd-op-1-april-2025.pdf](https://www.sciensano.be/en/projects/health-interview-survey)).

#### **5.4.2. Habitudes liées à la santé bucco-dentaire et perception de la santé bucco-dentaire**

Les informations sur les habitudes liées à la santé bucco-dentaire et la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire faisaient partie intégrante de l'entretien en face-à-face de la HIS 2023-2024, plus précisément dans les modules « santé bucco-dentaire et soins dentaires » ainsi que « contacts avec le dentiste ». Les questions ont été sélectionnées, préparées et validées par la CIE. La comparabilité avec les enquêtes précédentes a guidé ce travail afin de permettre des comparaisons inter-études et le suivi de l'évolution des indicateurs dans le temps. La plupart des questions étaient identiques à celles utilisées lors de la précédente édition de l'OHDRES. Par ailleurs, les évolutions dans le domaine scientifique international, les préoccupations émergentes en santé publique, des demandes spécifiques (ex. OMS) et des sujets de recherche actuels ont été pris en compte. Lorsque cela était possible et disponible, des instruments et indicateurs validés ont été utilisés.

Le développement du questionnaire de la HIS 2023-2024 a également été guidé par la nécessité de limiter la durée de l'entretien, ce qui n'a pas permis d'intégrer toutes les demandes de sujets/questions supplémentaires. Cette approche était nécessaire pour ne pas compromettre la participation à l'étude ni la validité des résultats. Les questionnaires utilisés pour la HIS 2023-2024 sont disponibles sur le site HIS (<https://www.sciensano.be/en/projects/health-interview-survey>). Pour plus de détails sur la procédure globale de développement du questionnaire de la HIS 2023-2024, nous renvoyons au protocole d'étude HIS 2023-2024 : ([https://www.sciensano.be/sites/default/files/studyprotocol\\_his2023\\_1.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/studyprotocol_his2023_1.pdf)).

Les **informations spécifiques liées à la santé bucco-dentaire** collectées dans la HIS 2023-2024 comprennent :

- présence déclarée de denture naturelle
- port d'une prothèse dentaire amovible
- pratiques d'hygiène bucco-dentaire
  - fréquence du brossage des dents
  - usage de dentifrice fluoré
  - fréquence du nettoyage interdentaire
  - fréquence du nettoyage de la prothèse amovible
- auto-évaluation de l'état de santé bucco-dentaire
- consommation de soins dentaires
  - besoin d'examen/traitement bucco-dentaire
  - raison principale de consultation chez le dentiste > 12 mois

**La qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire** a été évaluée à l'aide de questions portant sur la perception de la santé bucco-dentaire, la douleur au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire, la présence de saignements gingivaux et d'autres douleurs ou inconforts. Ces questions portaient sur la présence éventuelle de ces plaintes au cours des 4 semaines précédent l'entretien.

Un aperçu détaillé de toutes les questions liées à la santé bucco-dentaire incluses dans la HIS 2023-2024 figure dans la section de la santé bucco-dentaire de la HIS (voir chapitre 10.1).

### **5.4.3. Résultats cliniques**

Les informations relatives à l'état de santé bucco-dentaire des participants ont été recueillies lors d'un examen clinique bucco-dentaire réalisé par un dentiste calibré (voir également section 5.3.2). L'état de santé bucco-dentaire comprenait une sélection d'indicateurs pertinents, fournissant une image globale de la santé bucco-dentaire de la population. Les conditions bucco-dentaires suivantes ont été évaluées lors de l'examen clinique (dans l'ordre décrit ci-dessous) :

- **Anomalies dento-faciales :**  
encombrements, malocclusion horizontale (overjet) et verticale (béance, supraclusion) enregistrés dans la région antérieure des mâchoires supérieure et inférieure, chez les participants âgés de  $\geq 12$  ans, sur base de Mohlin et al. (2017)
- **État d'hygiène bucco-dentaire :**  
Évalué au niveau des dents sélectionnées (dents 16, 12, 24, 36, 32 et 44 en denture permanente ; dents 55, 52, 64, 75, 72 et 84 en denture temporaire), dans tous les groupes d'âge, selon l'indice de plaque décrit par Löe (1967).
- **État parodontal :**  
Enregistré au niveau de tous les sextants, chez les participants âgés de  $\geq 15$  ans, selon le Dutch Periodontal Screening Index (DPSI), décrit par Van der Velden (2009).
- **Usure dentaire :**  
Évaluée au niveau de tous les sextants, sur les incisives et premières molaires permanentes, chez les participants  $\geq 6$  ans, sur base de l'indice BEWE (Basic Erosive Wear Index, Bartlett et al. 2008) et des recommandations publiées par Martignon et al. (2019).
- **Hypominéralisation des premières molaires (MIH) :**  
Enregistrée au niveau des premières molaires permanentes, chez les participants  $\geq 6$  ans, sur base de Ghanim et al. (2017).
- **État dentaire :**  
L'expérience carieuse a été enregistrée sur toutes les dents, dans tous les groupes d'âge, selon les principes décrits dans les *Basic Methods for Oral Health Surveys* de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2013).
- **Etat prothétique :**  
Présence de dispositifs prothétiques fixes ou amovibles, enregistrée dans tous les groupes d'âge.
- **Contacts occlusaux fonctionnels :**  
Nombre de contacts entre paires de dents antagonistes, enregistrés bilatéralement (droite/gauche) et avec/sans port de prothèse amovible, chez les participants âgés de  $\geq 15$  ans, comme décrit par Reismann et al. (2019).

Pour plus de détails sur les indicateurs utilisés, veuillez consulter le formulaire d'examen clinique (voir chapitre 10.2) et le guide illustré pour l'examen clinique (annexe 10).

#### **5.4.4. Consommation de soins de santé et utilisation de médicaments**

##### **5.4.4.1. Source des données**

Les informations relatives à la consommation de soins de santé et des médicaments remboursés ont été extraites des registres de l'Agence InterMutualiste (AIM). Les données décrites ci-dessous ont été demandées pour tous les participants à la HIS 2023-2024. De cette manière, la consommation de soins de l'ensemble de l'échantillon pouvait être étudiée en relation avec les données auto-déclarées sur le comportement lié à la santé bucco-dentaire, le bien-être, les caractéristiques sociodémographiques, les maladies chroniques et l'utilisation de médicaments. Dans le sous-échantillon participant à l'OHDRES 2023-2024, ces données ont en outre été croisées avec l'état de santé bucco-dentaire actuel du participant (données cliniques). Par ailleurs, un lien avec les données de Farmanet a également été établi afin d'analyser les liens éventuels entre l'usage de certains types de médicaments et la santé bucco-dentaire.

##### **5.4.4.2. Période des données**

Les données ont été demandées pour la période de collecte (2023-2024), ainsi que pour les 5 années précédentes, couvrant ainsi la période de 2018 à 2024.

##### **5.4.4.3. Variables incluses**

###### **Consommation de soins bucco-dentaires**

Pour ce volet, tous les codes dentaires repris dans la nomenclature des prestations de l'INAMI ont été pris en compte. Cette nomenclature est reprise dans la délibération du Comité de sécurité de l'information (annexe 11 ou pages 22-42 : [24-224-n148-ohdres-ku-leuven-gewijzigd-op-1-april-2025.pdf](#)). Pour l'analyse, les codes ont été agrégés afin d'obtenir une image plus claire (voir page 22 de la délibération). L'agrégation a tenu compte des modifications de la nomenclature survenues durant la période étudiée. Le nombre de prestations (n) par catégorie a été relevé pour chaque année considérée. L'AIM regroupe également certaines variables relatives à des sous-domaines de la dentisterie. Les variables agrégées suivantes ont été demandées :

- Nombre de prestations de soins dentaires
- Nombre de prestations de soins dentaires préventifs
- Nombre de radiographies dentaires
- Nombre d'exams d'imagerie médicale par un dentiste
- Nombre de prestations orthodontiques
- Nombre de prestations orthodontiques de première intention

Toutes ces données ont été analysées par année pour la période 2018-2022 afin d'évaluer la régularité de la consommation de soins. Cette approche a permis d'identifier différents profils : patients à forte consommation de soins curatifs (nombreuses restaurations ou traitements endodontiques), patients avec un suivi régulier axé sur la prévention (denture saine), ou encore patients avec une consommation irrégulière voire absente. Il convient de noter que la nomenclature de l'INAMI ne couvre qu'une partie des traitements dentaires et/ou que les remboursements sont limités à certaines tranches d'âge.

## **Soins stomatologiques et maxillo-faciaux**

Les codes relatifs à ces soins concernent des actes techniques hautement spécialisés (voir la délibération du Comité de sécurité de l'information – annexe 11 ou pages 43-50 : [24-224-n148-ohdres-ku-leuven-gewijzigd-op-1-april-2025.pdf](#)). Une analyse détaillée ne s'avérait pas utile dans le cadre de cette étude. Une agrégation a été réalisée, distinguant consultations, poses d'implants, extractions sous anesthésie générale et autres traitements (voir page 22 de la délibération).

## **Consommation de soins médicaux**

Pour ce groupe de variables, seuls les codes relatifs aux consultations médicales ont été pris en compte, à l'exception de certains codes jugés peu pertinents compte tenu de la question de recherche posée (voir délibération – annexe 11 ou pages 22 et 63 : [24-224-n148-ohdres-ku-leuven-gewijzigd-op-1-april-2025.pdf](#)). Dans ce cas aussi, le nombre (n) de prestations a été relevé par catégorie.

Lors de l'analyse finale, les multiples codes ont été regroupés dans les catégories suivantes : consultation chez un médecin généraliste (et assimilés) ; visites à domicile par un médecin généraliste (pendant ou hors heures ouvrables) ; consultations avec médecins spécialistes (sans distinction de spécialité) ; visites à domicile par médecins spécialistes (pendant ou hors heures ouvrables). Cette classification a permis de définir différents profils de consommation : « patient urgent » (peu de contacts, mais souvent en dehors des heures), « patient sain » (contacts réguliers mais peu fréquents) ou « patient nécessitant des soins » (contacts fréquents avec plusieurs spécialistes et le médecin généraliste).

## **Utilisation de médicaments**

Ces informations ont été extraites de la base Farmanet (<https://metadata.imaaim.be/fr/app/bdds/Fu>), où les médicaments sont classés selon le système ATC (anatomique, thérapeutique, chimique) (plus d'informations : [https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](https://www.whocc.no/atc_ddd_index/)). Toutes les classes de médicaments n'ont pas été incluses ; pour un aperçu, voir la délibération du Comité de Sécurité de l'Information (annexe 11 ou pages 51-65 : [24-224-n148-ohdres-ku-leuven-gewijzigd-op-1-april-2025.pdf](#)). Dans le cadre de la présente étude, le nombre de prescriptions annuelles a été relevé, sans distinction supplémentaire selon la dose (DDD) ou le conditionnement.

## **5.5. Travail de terrain**

### **5.5.1. Activités préparatoires à l'organisation du travail de terrain**

Afin de faciliter le déroulement du travail de terrain, plusieurs préparatifs ont été effectués.

#### **5.5.1.1. Rédaction des lettres destinées aux participants, aux dentistes et aux associations dentaires**

Une campagne d'information a été lancée à l'attention de l'ensemble des dentistes belges pour les informer du projet. À cet effet, une lettre informative (annexe 5) a été envoyée à tous les dentistes par l'INAMI et les associations dentaires ont informé leurs membres par le biais de leurs canaux habituels de communication (voir également section 5.3.2.1).

D'autres activités menées durant cette phase comprenaient la préparation de matériel de communication destiné aux participants (y compris le site internet du projet, voir <https://www.sciensano.be/fr/projets/enquete-de-sante-bucco-dentaire>), ainsi que la création du modèle de lettre à envoyer aux dentistes (annexe 6) dans le cas où les participants choisissaient de faire réaliser leur examen bucco-dentaire par leur dentiste traitant.

#### **5.5.1.2. *Élaboration de lignes directrices, du formulaire d'examen clinique, et des modules de formation et de calibrage***

La CIE a sélectionné, préparé et validé les variables cliniques pertinentes à recueillir dans le cadre de l'examen bucco-dentaire, en utilisant des procédures et du matériel standardisés. À cet effet, la CIE a élaboré des instructions et lignes directrices détaillées (annexes 8 & 10), disponibles sous format numérique, comprenant des modules en ligne, un site internet et une ligne d'assistance. Vu la diversité des contextes dans lesquels les examens étaient réalisés, tous les efforts ont été faits pour harmoniser les conditions d'examen et appliquer des techniques statistiques afin de compenser les biais potentiels.

#### **5.5.1.3. *Vérification de faisabilité du formulaire d'examen clinique en ligne***

Afin de tester les différentes procédures prévues dans le cadre du projet OHDRES 2023-2024, une étude de faisabilité a été réalisée, avec un accent particulier sur les procédures proposées et les flux de données. Cinq dentistes volontaires, ne faisant pas partie de l'équipe du projet, ont chacun reçu cinq cas cliniques. Ces cas étaient virtuels, basés sur des données fictives. Les dentistes ont été invités à appliquer le protocole d'étude pour chacun des cas afin de tester la faisabilité et d'identifier d'éventuels dysfonctionnements ou lacunes. Les adaptations nécessaires ont été effectuées.

#### **5.5.1.4. *Vérification de faisabilité des modules de formation et de calibrage en ligne***

Après plusieurs phases de test menées par la CIE, les modules de formation et de calibrage ont été évalués par sept dentistes (francophones et néerlandophones) affiliés à des hôpitaux universitaires. Le temps moyen requis pour compléter les deux modules a été enregistré, ce qui a conduit à la suppression de certains exercices afin de raccourcir le module de formation. Chaque dentiste a transmis ses commentaires par courriel. Des problèmes techniques mineurs ont été identifiés et corrigés.

#### **5.5.1.5. *Développement de l'application en ligne de suivi du travail de terrain (Sciensano)***

Des applications informatiques spécifiques ont été développées par Sciensano pour la planification, la gestion et le suivi du travail de terrain. L'unité informatique de Sciensano a mis en place une plateforme numérique permettant au secrétariat de la CIE de vérifier pour quels numéros HIS-ID des données OHDRES valides (y compris un formulaire de consentement éclairé valide) avaient été reçues.

### **5.5.2. *Secrétariat de la CIE et ligne d'assistance pour le suivi du travail de terrain***

La CIE et Sciensano ont tous deux été impliqués dans le suivi et la gestion du travail de terrain du projet OHDRES 2023-2024. Grâce à une connexion SFTP sécurisée, le secrétariat de la CIE avait accès au serveur de Statbel contenant les coordonnées des participants et des dentistes fournies durant l'entretien de la HIS 2023-2024. Le secrétariat de la CIE informait les différents acteurs concernés dès qu'un participant à la HIS 2023-2024 avait accepté de participer à l'OHDRES 2023-2024 (voir également section 5.5.5).

Par le biais de la plateforme numérique régulièrement mise à jour par Sciensano, le secrétariat de la CIE recevait les informations concernant les HIS-ID pour lesquels des données d'examen bucco-dentaire avaient été reçues. En l'absence de réaction du dentiste contacté dans les 3 mois suivant l'envoi de la lettre, le secrétariat de la CIE le recontactait pour vérifier si un rendez-vous avait été fixé. Dans le cas contraire, le secrétariat encourageait le dentiste à en organiser un dans les plus brefs délais. Sciensano fournissait régulièrement des mises à jour sur le taux de participation à OHDRES 2023-2024 et le nombre d'examens bucco-dentaires réalisés. Ces informations étaient disponibles chez Sciensano, étant donné que les dentistes introduisaient les résultats des examens bucco-dentaires via une plateforme numérique hébergée par Sciensano. Ces données étaient utilisées pour suivre la progression de la collecte de données et adapter le travail de terrain si nécessaire. Durant toute la période de collecte de données, le secrétariat de la CIE restait disponible pour répondre aux questions des examinateurs-CIE, des dentistes-examinateurs et des participants, par téléphone et par courriel.

#### **5.5.3. Démarrage de la collecte des données**

La CIE a organisé le recrutement des examinateurs-CIE à partir de septembre 2023. Cette tâche comprenait la définition des zones géographiques dans lesquelles chaque examinateur pouvait intervenir ainsi que la préparation d'un calendrier reprenant leurs disponibilités. Le travail de terrain du projet OHDRES 2023-2024 a été lancé en octobre 2023. Une première période de six semaines a été consacrée en priorité aux examens bucco-dentaires réalisés par les examinateurs-CIE, afin de tester davantage les modalités de terrain et de finaliser les différents outils. À partir de novembre 2023, les dentistes-examinateurs désignés par leurs patients (ayant participé à l'enquête HIS 2023-2024) ont été contactés.

#### **5.5.4. Procédures de contact avec les ménages**

Peu après la participation à l'enquête HIS 2023-2024, et si le participant avait accepté de faire réaliser un examen bucco-dentaire, les différents acteurs concernés étaient contactés par le secrétariat de la CIE.

Si le participant choisissait de faire réaliser l'examen bucco-dentaire par son dentiste traitant, le secrétariat de la CIE envoyait à ce dernier une lettre personnalisée contenant des informations détaillées sur le projet, les modalités de l'examen, les modalités de paiement, ainsi qu'un lien vers le site internet du projet avec des instructions complémentaires. La lettre était accompagnée du nombre requis de formulaires de consentement éclairé et d'une enveloppe préaffranchie pour le retour postal à Sciensano des formulaires de consentement éclairé signés. Les dentistes-examinateurs étaient chargé de contacter leurs patients pour organiser le rendez-vous.

Si les participants optaient pour un examinateur-CIE, le secrétariat de la CIE contactait le participant et organisait un rendez-vous avec un examinateur-CIE disponible. Ce dernier était ensuite informé des rendez-vous planifiés, et le secrétariat lui envoyait le nombre requis de formulaires de consentement éclairé ainsi qu'une enveloppe préaffranchie pour le retour postal à Sciensano des formulaires signés.

### **5.5.5. Examen clinique, encodage des données et formalités**

L'examen bucco-dentaire était réalisé soit au cabinet du dentiste-examinateur, si le participant avait choisi son dentiste traitant, soit au domicile du participant par un examinateur-CIE. Il était mené conformément aux directives disponibles sur la plateforme numérique. Cette plateforme permettait également l'encodage des données sur place via des protocoles de transfert sécurisés.

Les dentistes étaient formés et calibrés pour réaliser l'examen clinique selon des directives spécifiques. Après validation du calibrage, l'accès à la plateforme d'encodage leur était accordé (voir section 5.3.2.4 pour plus d'informations).

L'examen clinique était réalisé à l'aide d'instruments et de fournitures couramment utilisés au cabinet (miroir buccal, sonde parodontale, précelle, rouleaux de coton, masque, gants, récipient pour déchets, lampe frontale portable — cette dernière uniquement pour les examinateurs-CIE). Les dentistes étaient responsables de l'hygiène et de l'élimination des déchets selon les recommandations en vigueur.

Le dentiste devait également veiller à ce que le formulaire de consentement éclairé soit signé par lui-même et par le participant (ou son représentant légal), puis à l'envoyer à Sciensano. Avant le début de l'examen, le participant ou son représentant était interrogé sur d'éventuelles contre-indications médicales.

Après l'examen bucco-dentaire, les dentistes saisissaient toutes les informations recueillies dans la base de données via la plateforme numérique. Enfin, ils envoyoyaient au secrétariat de la CIE un formulaire rempli (annexe 9) contenant toutes les informations nécessaires (données d'identification, numéro de TVA si applicable, numéro IBAN, identifiants HIS des participants examinés, dates des examens) pour demander l'indemnisation.

### **5.5.6. Bons cadeaux pour les participants**

Dès confirmation de l'encodage des données de l'examen bucco-dentaire dans la base de données en ligne par le dentiste-examinateur ou l'examinateur-CIE, le secrétariat de la CIE envoyait un bon cadeau aux participants. Le secrétariat de la CIE pouvait vérifier cette information via la plateforme en ligne, régulièrement mise à jour par le secrétariat de Sciensano.

### **5.5.7. Indemnisation des dentistes-examinateurs et examinateurs-CIE**

En compensation du temps et des efforts consacrés à la réalisation de l'examen bucco-dentaire, les dentistes recevaient une indemnité de 100 € par examen, que celui-ci ait été réalisé par le dentiste traitant ou par un examinateur-CIE. Pour plus d'informations détaillées, voir également la section 5.3.2.1.

Lors de la réception d'une demande de paiement, la CIE vérifiait d'abord si le dentiste avait été correctement calibré avant l'examen et si les données de l'examen avaient été enregistrées de manière adéquate. Sciensano était responsable de l'indemnisation des dentistes. Chaque mois, le secrétariat de la CIE transmettait au secrétariat de Sciensano une liste contenant les informations nécessaires au traitement des paiements. Cette liste comprenait, pour chaque dentiste : les données d'identification personnelle, le numéro de TVA (le cas échéant), le numéro de compte bancaire IBAN, les identifiants HIS des participants examinés, et les dates des examens réalisés.

## **5.6. Considérations éthiques et de confidentialité**

### ***5.6.1. Approbation par le Comité d'Ethique***

Le Comité d'Ethique (CE) de l'Université de Gand (UGent) et de l'Hôpital universitaire de Gand (UZ Gent) a examiné et discuté la demande relative au projet, et a conclu que l'étude proposée présente une pertinence scientifique ainsi qu'une justification éthique suffisantes. Le CE a dès lors émis un avis favorable sur cette étude le 2 mars 2023. L'étude a été enregistrée sous le numéro B6702023000057.

### ***5.6.2. Consentement éclairé***

Le consentement éclairé a été obtenu auprès des participants à différents moments.

Un dépliant (annexe 3), joint à la lettre d'invitation envoyée aux personnes invitées à participer à l'enquête HIS 2023-2024, les informait de la possibilité de participer au module de santé bucco-dentaire, plus précisément à l'OHDRES 2023-2024. En se référant à ce dépliant, et en fournissant des informations complémentaires si nécessaire, les enquêteurs demandaient aux personnes éligibles pour la HIS 2023-2024, avant le début de l'entretien, si elles acceptaient d'être recontactées pour participer au projet OHDRES 2023-2024. Le cas échéant, le participant devait signer un formulaire de consentement éclairé autorisant le partage de ses coordonnées avec le dentiste-examinateur et le secrétariat de la CIE pour organiser l'examen. Un point spécifique du formulaire de consentement éclairé de la HIS 2023-2024 le mentionnait. Le consentement était obtenu individuellement, conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

De plus, dans le cadre de l'entretien HIS 2023-2024, l'enquêteur de Statbel demandait en début d'entretien si le participant acceptait que ses données d'enquête soient couplées à d'autres ensembles de données de manière pseudo-anonyme (via un tiers de confiance – TTP).

Le consentement pour l'examen bucco-dentaire était obtenu à l'aide de documents remis par le dentiste-examinateur ou l'examinateur-CIE au moment de l'examen bucco-dentaire, et signé avant la réalisation de l'examen clinique. Le formulaire de consentement éclairé comprenait également une section permettant aux participants d'autoriser le couplage des données de l'examen avec celles de la HIS et/ou de l'AIM. Les formulaires de consentement éclairé étaient envoyés par voie postale à Sciensano, où ils étaient archivés.

### ***5.6.3. Risques et bénéfices potentiels***

Les risques associés aux procédures effectuées dans le cadre de l'examen bucco-dentaire étaient similaires à ceux d'une visite de contrôle dentaire classique et donc considérés comme limités. Les dentistes étaient instruits de respecter à tout moment les règles de sécurité et de contrôle des infections. L'examen se limitait à des procédures visuelles et tactiles, sans recours à des radiations ionisantes. Les participants n'ayant pas consulté de dentiste depuis longtemps bénéficieraient directement de l'examen bucco-dentaire, puisque le dentiste était tenu d'informer oralement le participant de tout problème important de santé bucco-dentaire constaté. La société bénéficierait indirectement des informations collectées, grâce à l'identification éventuelle des groupes à risque et des barrières à l'accès aux soins. Ces données pourraient également contribuer à la planification des besoins en traitement et en personnel.

#### **5.6.4. Confidentialité**

Les données personnelles collectées dans le cadre du projet OHDRES 2023-2024 ont été à tout moment traités de manière confidentielle, et toutes les mesures nécessaires ont été prises pour en garantir la sécurité. Les dentistes sont soumis au secret professionnel.

#### **5.6.5. Assurance de l'étude**

En parallèle de la soumission au Comité d'Ethique, une assurance globale a été souscrite par Sciensano (Ethias, n° 45.476.254). Par ailleurs, les dentistes participants étaient couverts par leur assurance responsabilité professionnelle.

#### **5.6.6. Traitement des données et protection de la vie privée**

Le traitement des données était pseudonymisé et les rapports étaient établis sous forme agrégée. Le traitement et la protection des données pour cette étude respectaient les dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) de l'Union européenne (règlement 2016/679 du 27 avril 2016) et ses arrêtés d'exécution. Toute question relative à la protection des données pouvait être adressée au Délégué à la protection des données de Sciensano : [dpo@sciensano.be](mailto:dpo@sciensano.be).

Le RGPD, la législation européenne régissant la protection des données à caractère personnel, s'applique à la présente étude. La base légale du traitement des données est le consentement. Plus spécifiquement :

- Article 6 § 1 (e) du RGPD : « le traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le responsable du traitement » ;
- Article 9 § 2 (j) du RGPD : « le traitement est nécessaire à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques conformément à l'article 89, paragraphe 1 , sur la base du droit de l'Union ou du droit d'un État membre, qui doit être proportionné à l'objectif poursuivi, respecter l'essence du droit à la protection des données et prévoir des mesures appropriées et spécifiques pour la sauvegarde des droits fondamentaux et des intérêts de la personne concernée. »

### **5.7. Base de données globale**

Dans le cadre de ce projet, un couplage univoque a été établi entre les données HIS 2023-2024, les données OHDRES 2023-2024 et les données provenant des mutualités, centralisées par l'Agence InterMutualiste (AIM). Cela a abouti à une base de données finale comprenant :

- Les variables collectées dans le cadre de la HIS 2023-2024, y compris le module bucco-dentaire (données de questionnaire) (voir plus de détails en section 5.4.)
- Les données d'examen bucco-dentaire (voir plus de détails en section 5.4.3)
- Une sélection de variables issues de l'AIM (voir plus de détails en section 5.4.4)

Les procédures de couplage des données OHDRES 2023-2024/HIS 2023-2024 avec celles de l'AIM ont été développées en concertation avec tous les partenaires impliqués : CIE, Sciensano, AIM, Statbel et eHealth. Ces procédures ont été approuvées par le Comité de sécurité de l'information (CSI). La procédure est brièvement décrite dans ce document ; pour plus de détails, nous renvoyons à la délibération du CSI (annexe 11 ou [24-224-n148-ohdres-ku-leuven-gewijzigd-op-1-april-2025.pdf](#)).

**Étape 1 :** La personne responsable de la gestion des données de recherche chez Sciensano sélectionne les pseudonymes (= HISCode) de la population d'étude et transmet la liste des HISCode à Statbel.

**Étape 2 :** Statbel convertit chaque HISCode de la liste en numéro d'identification de la sécurité sociale (NISS). La liste de NISS est ensuite transmise au Tiers de Confiance (Trusted Third Party – TTP) eHealth.

**Étape 3 :** Le TTP eHealth crée un identifiant unique Cproject pour chaque NISS de la liste, ainsi qu'un numéro aléatoire RN1. Le TTP eHealth réalise ensuite les étapes suivantes :

- **Sous-étape 3.1 :** La liste de conversion NISS/RN1 est transmise à Statbel.
- **Sous-étape 3.2 :** La même liste de conversion NISS/RN1 est transmise au point de contact unique du Collège InterMutualiste National (SPOC CIN).
- **Sous-étape 3.3 :** La liste de conversion RN1/Cproject est transmise au Tiers de Confiance des institutions d'assurance – Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (TTP VI (BCSS)).

**Étape 4 :** Statbel convertit chaque NISS de la liste NISS/RN1 en HISCode correspondant et transmet la nouvelle liste HISCode/RN1 à Sciensano.

**Étape 5 :** La personne responsable des données de recherche chez Sciensano sélectionne toutes les données nécessaires de la HIS 2023-2024 et de l'OHDRES 2023-2024 sur la base des pseudonymes HISCode, puis remplace chaque HISCode par le code RN1 correspondant. Ensuite, les données RN1/OHDRES et RN1/HIS sont transmises au TTP VI (BCSS).

**Étape 6 :** Le SPOC CIN convertit chaque NISS de la liste obtenue à l'étape 3.2 en code des institutions d'assurance (C1) et transmet la nouvelle liste C1/RN1 au TTP VI (BCSS).

**Étape 7 :** Le TTP VI (BCSS) convertit chaque C1 de la liste C1/RN1 en code C2 de l'Agence InterMutualiste (AIM) et place uniquement les codes C2 dans l'entrepôt de données de l'AIM (Data Warehouse – DWH).

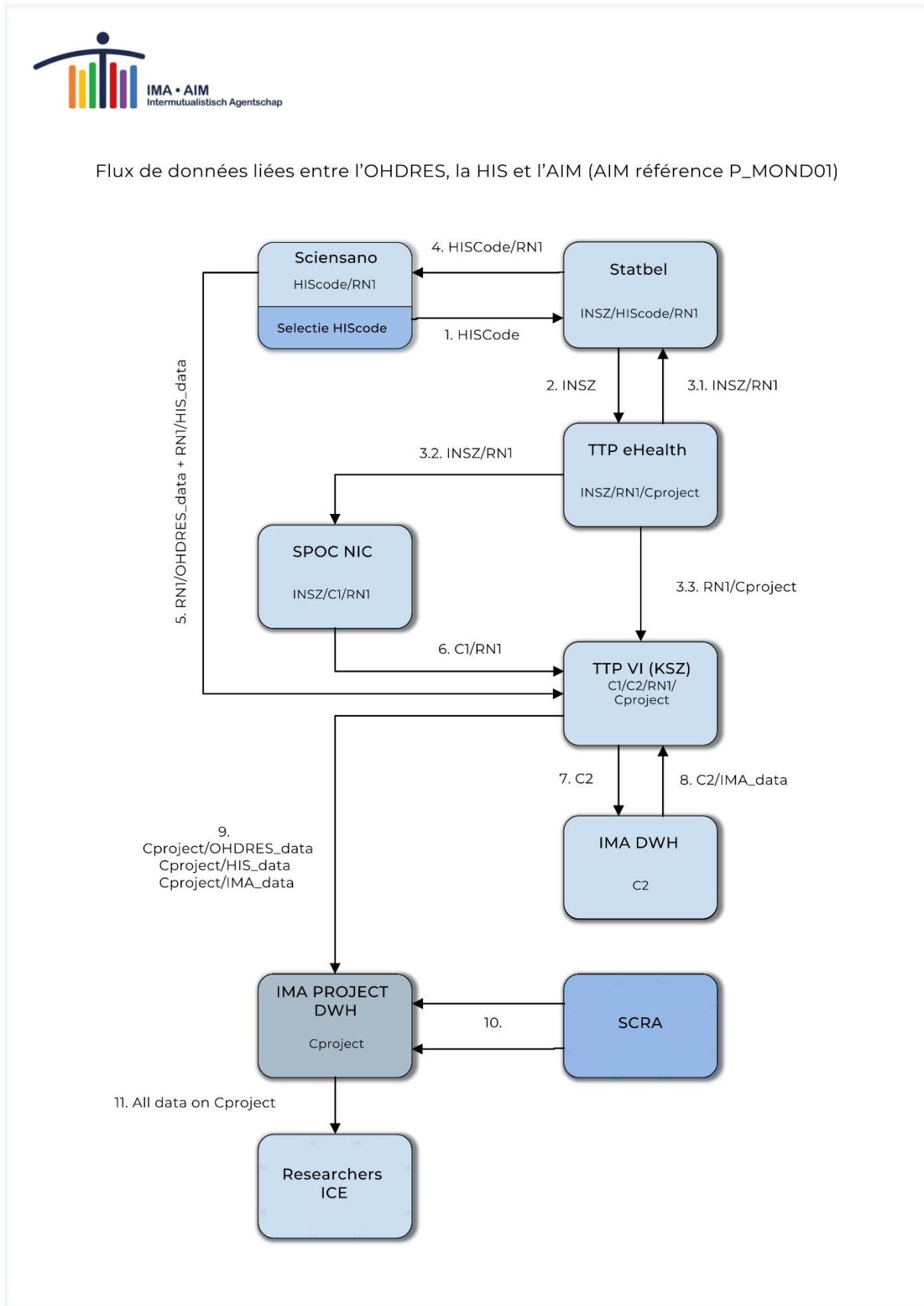
**Étape 8 :** L'AIM sélectionne toutes les données nécessaires sur C2 (données\_AIM) et transmet les données C2/données\_AIM au TTP VI (BCSS).

**Étape 9 :** Toutes les données OHDRES, HIS et AIM sont placées par le TTP VI (BCSS) sur Cproject et transférées à l'entrepôt de données de projet de l'AIM.

**Étape 10 :** Une analyse des risques de cellules de petite taille (Small Cells Risk Analysis – SCRA) est effectuée avant la mise à disposition des données, si cela est jugé nécessaire par le Comité de Sécurité de l'Information (CSI).

**Étape 11 :** Les données OHDRES, HIS et AIM sont mises à disposition des chercheurs de la CIE dans l'entrepôt de données de projet de l'AIM DWH.

La figure 5.1 illustre le flux de données utilisé pour le couplage des informations, composé de 11 étapes.



**Figure 5.1. Flux de données liées entre l'OHDRES, la HIS & l'AIM**

## **5.8. Gestion des données et statistiques**

### **5.8.1. Traitement des données et contrôle de qualité**

Une fois les données de l'examen bucco-dentaire encodées par le dentiste, la CIE vérifiait si ce dernier avait correctement complété le calibrage au préalable. Dans le cas contraire, les données étaient exclues et aucun dédommagement n'était accordé. Le dentiste pouvait également réencoder les données en cas d'erreur lors de la première saisie. De plus, les codes d'identification à 12 chiffres saisis étaient vérifiés par la CIE, et les éventuelles erreurs corrigées.

### **5.8.2. Élaboration du cahier des codes pour l'analyse statistique**

Un cahier des codes détaillé a été élaboré pour guider les analyses statistiques. Celui-ci a été développé dans un fichier Excel, avec un onglet séparé pour chaque source de données (OHDRES, HIS ou AIM). Chaque onglet contient les variables originales agrégées avec les modalités de réponse correspondantes, les méthodes de calcul et un aperçu des analyses descriptives demandées. La structure des résultats selon le sexe, l'âge, la région, le niveau d'éducation et le statut social y figure également.

### **5.8.3. Analyses de données**

Les résultats sont présentés à l'aide de statistiques descriptives sous forme de nombres, pourcentages, moyennes ( $\pm$ écart-type), médianes, intervalles interquartiles, étendues, ainsi que des tests du chi carré. Pour améliorer la généralisabilité (validité externe) des résultats à la population, des facteurs de pondération ont été appliqués. L'utilisation de ces facteurs permet de corriger les différences entre l'échantillon de l'enquête et la population actuelle, notamment selon la répartition par âge, sexe et province. Une fois pondérés, les résultats peuvent être considérés comme représentatifs de la population totale aux niveaux national, régional et provincial. Toutes les statistiques (pourcentages, moyennes, écarts-types, intervalles interquartiles, etc.), à l'exception des nombres absolus, ont été pondérées. Des pondérations différentes ont été utilisées pour l'échantillon complet (comprenant tous les examens bucco-dentaires valides, N = 1724) et le sous-échantillon couplé (comprenant les examens bucco-dentaires valides couplés aux données de la HIS 2023-2024 et l'AIM 2018-2022, N = 1382), en raison de leurs compositions distinctes.

## **5.9. Assurance qualité**

Afin d'assurer la qualité des évaluations réalisées dans le cadre de l'OHDRES 2023-2024, différentes actions ont été entreprises.

### **Qualité des questionnaires :**

- Les questions incluses dans les modules « santé bucco-dentaire » et « soins dentaires » de l'entretien HIS 2023-2024 ont été sélectionnées par l'équipe de la CIE et présentées à l'équipe du projet HIS 2023-2024 ainsi qu'à des experts scientifiques et académiques (voir aussi section 5.4.1).
- Les questionnaires ont été traduits dans les quatre langues prévues pour les entretiens (néerlandais, français, allemand et anglais) par des chercheurs natifs membres de l'équipe HIS 2023-2024 et de la CIE.

- Un pré-test complet de l'enquête HIS 2023-2024 a été réalisé par l'équipe HIS, y compris les modules de santé bucco-dentaire. Ce test portait notamment sur la compréhension, la lisibilité des questions, les logiques de cheminement et les filtres appliqués.

#### **Qualité de l'examen clinique :**

- Les évaluations cliniques étaient fondées sur des méthodes et des critères validés, appliqués lors des enquêtes OHDRES précédentes, permettant des comparaisons avec des données similaires provenant d'autres pays (voir aussi section 5.4.3).
- Chaque dentiste a été calibré pour l'examen clinique via un module en ligne développé spécifiquement pour l'OHDRES 2023-2024. Un module de formation ainsi qu'un guide illustré pour l'examen clinique (annexe 10) était mis à disposition (voir aussi section 5.3.2.4).

Enfin, le projet a été intégré dans le système de qualité de Sciensano et soumis à des audits internes par l'unité Qualité, (bio)Sécurité et Environnement (QSE).

## 6. RÉSULTATS ET DISCUSSION

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus des données recueillies dans le cadre de l'Enquête de santé (HIS 2023-2024) et d'examens bucco-dentaires, croisés avec les données extraites de l'Agence InterMutualiste (AIM 2018-2022), offrant ainsi un aperçu global de l'état de santé bucco-dentaire de la population belge.

### 6.1. La participation

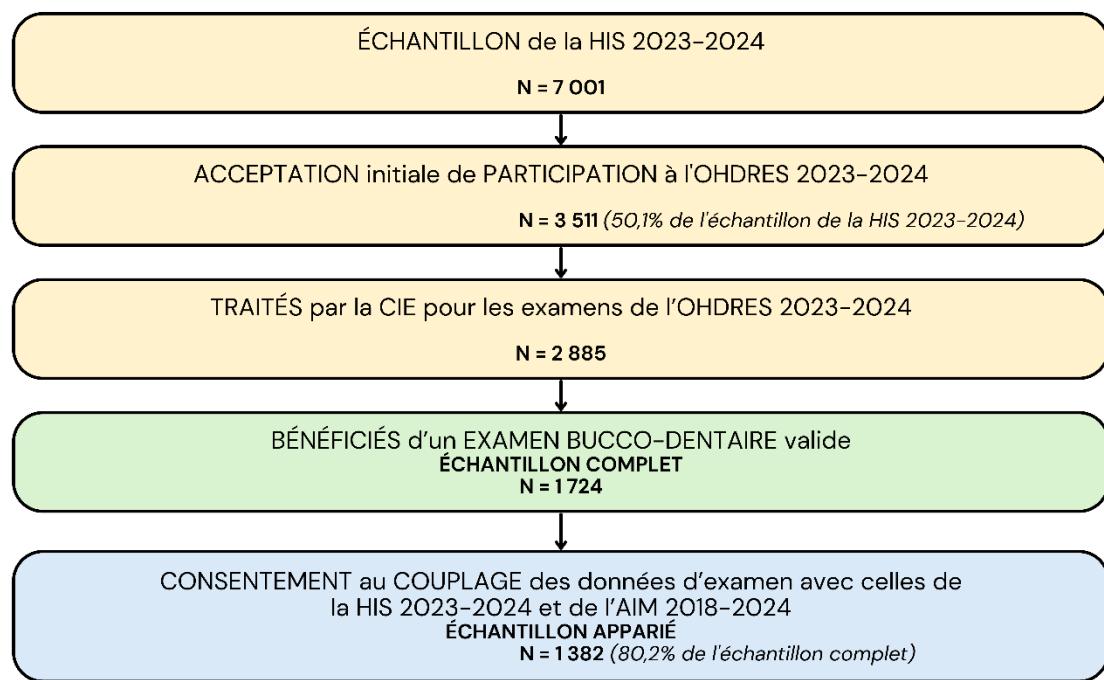
Dans le cadre de l'entretien en face-à-face de la HIS 2023-2024, les enquêteurs ont demandé aux participants éligibles s'ils acceptaient de se soumettre à un examen bucco-dentaire. Les personnes ayant donné leur accord ont été examinées entre le 16 octobre 2023 et le 30 décembre 2024.

La taille initiale de l'échantillon pour la HIS 2023-2024 avait été estimée à 11 300 personnes, sur la base d'un plan d'échantillonnage stratifié en grappes à plusieurs degrés. L'échantillon effectivement obtenu comprenait 7 001 personnes, dont un sous-échantillon a été sélectionné pour l'examen bucco-dentaire. La figure 6.1 présente des informations sur les personnes incluses dans l'échantillon de la HIS 2023-2024, ainsi que sur les étapes successives de sélection menant à l'échantillon de l'OHDRES 2023-2024.

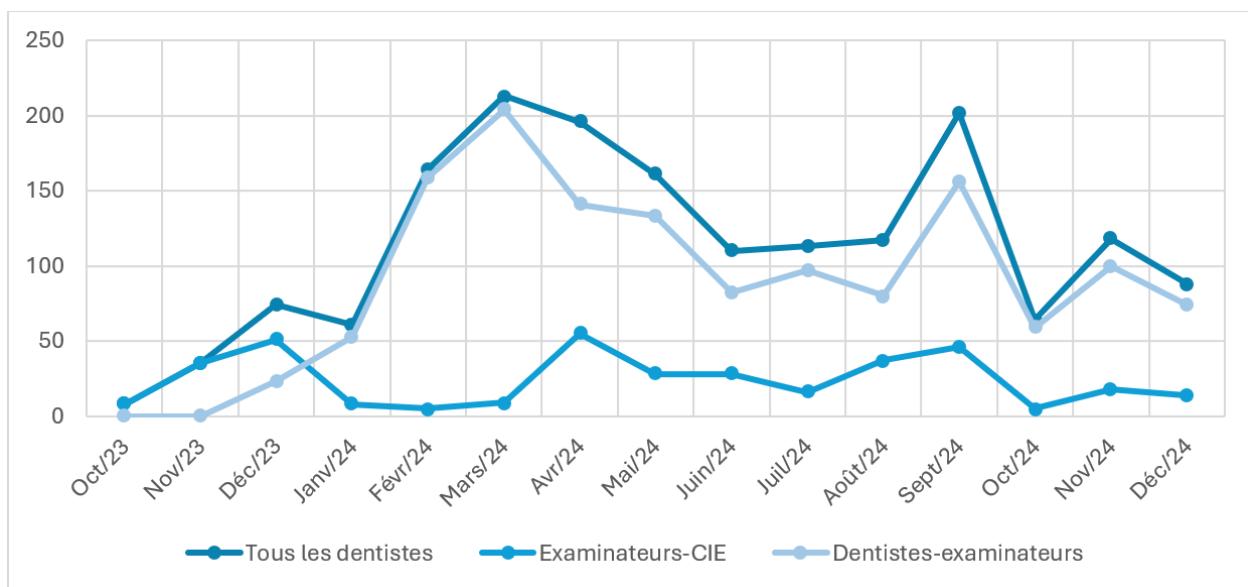
Un total de 3 511 personnes a initialement accepté de participer à l'examen bucco-dentaire. Parmi celles-ci, 1 724 ont effectivement bénéficié d'un examen bucco-dentaire valide, constituant ainsi l'**« échantillon complet »** de l'OHDRES 2023–2024. En outre, un "**échantillon apparié**" de l'OHDRES 2023-2024 a été établi en couplant des données sélectionnées provenant des bases de données de la HIS 2023-2024 et de l'AIM 2018-2022. Parmi les 1 724 participants ayant bénéficié d'un examen bucco-dentaire valide, les données de 103 d'entre eux n'ont pas pu être couplées à celles de la HIS 2023-2024 en raison de données non valides, résultant d'un enquêteur Statbel frauduleux. Par ailleurs, certains participants examinés n'avaient pas donné leur consentement au couplage de leurs données d'examens bucco-dentaires avec celles de la HIS et de l'AIM. Il en résulte un échantillon apparié de l'OHDRES 2023-2024 composé de 1 382 participants.

**NOTE : Dans l'ensemble des tableaux présentant les résultats, les données de l'échantillon complet sont affichées sur fond vert, tandis que celles de l'échantillon apparié apparaissent sur fond bleu.**

La figure 6.2 illustre la distribution du nombre de personnes selon le mois et l'année de l'examen bucco-dentaire, réalisé soit par les dentistes traitant des participants, soit par des examinateurs-CIE. Le taux de participation tout au long de la période des examens a atteint des pics environ six mois et douze mois après le début de la collecte des données.



**Figure 6.1.** Aperçu de la participation à l'OHDRES 2023–2024 aux différentes étapes de la sélection



**Figure 6.2.** Distribution du nombre de participants et d'examineurs selon le mois et l'année de l'examen,  
 OHDRES 2023–2024, Belgique (N=1 724)

La non-participation s'expliquait principalement par le fait que certaines personnes éligibles n'ont pas subi l'examen bucco-dentaire. Les raisons pour lesquelles elles ne se sont pas soumises à cet examen peuvent être résumées comme suit : les dentistes traitant de 655 participants éligibles n'ont pas répondu à la demande d'examen ; 731 participants se sont désistés ; 288 participants éligibles n'ont pas été pris en charge par la CIE ; et 40 rendez-vous n'ont pas pu être programmés en raison de contraintes de temps au cours de la période de collecte des données. Une raison supplémentaire de la non-inclusion était la non-validité de l'examen bucco-dentaire ( $n = 61$ ), liée à des dentistes-examinateurs non calibrés. Par conséquent, 1 724 examens bucco-dentaires valides ont été obtenus (**échantillon complet**).

L'absence de consentement pour le couplage des données (n=342) a été la principale raison de la non-inclusion dans l'**échantillon apparié**, conduisant à une taille d'échantillon finale de 1 382 personnes.

Pour un aperçu détaillé de la non-participation à l'enquête, nous renvoyons à la figure présentée à la section 10.3.

## 6.2. Dentiste-examinateur et examinateur-CIE

Les participants à la HIS 2023-2024 qui ont accepté de se soumettre à l'examen bucco-dentaire pouvaient choisir d'être examinés soit par leur dentiste traitant, désigné comme **dentiste-examinateur**, soit par un examinateur de la CIE, désigné comme **examinateur-CIE**. Sur la base de ces informations, 1 080 dentistes généralistes ont été invités par courrier à participer à la collecte de données sur la santé bucco-dentaire dans le cadre de l'OHDRES 2023-2024.

Une condition préalable à la réalisation des examens bucco-dentaires était la réussite d'un test de calibrage en ligne, nécessitant un taux d'accord d'au moins 75 % avec une référence établie par l'équipe du projet. Cette référence était basée sur l'évaluation correcte des conditions de santé bucco-dentaire incluses dans le formulaire d'examen clinique standardisé. Au total, 614 dentistes ont réalisé des examens bucco-dentaires valides, répartis comme suit :

- Trente dentistes ont été recrutés et se sont portés volontaires pour devenir examinateurs-CIE, et ont réussi le test de calibrage requis. Ensemble, ils ont réalisé un total de 363 examens bucco-dentaires valides, avec le nombre d'examens par examinateur variant de 1 à 71 (moyenne =  $12,1 \pm$  écart-type = 14,8).
- Parmi les dentistes-examinateurs restants, 584 ont réussi le test de calibrage requis et ont réalisé 1 361 examens bucco-dentaires valides, avec un nombre d'examens par examinateur allant de 1 à 28 (moyenne =  $2,3 \pm$  écart-type = 2,3).
- Un total de 119 dentistes-examinateurs ont renoncé et ont officiellement informé leur décision au secrétariat de la CIE.
- Vingt-six dentistes-examinateurs ont réalisé des examens bucco-dentaires sans avoir réussi le test de calibrage requis. Ces examens ont été exclus de la base de données finale.
- Les 321 dentistes-examinateurs restants avaient des participants qui soit ne se sont pas présentés pour l'examen bucco-dentaire, soit qui se sont tous désistés ou qui n'ont pas répondu à l'invitation à participer à l'OHDRES 2023-2024.

## 6.3. Caractéristiques de l'échantillon

Les informations relatives au sexe, à l'âge et à la région de résidence des participants ont été recueillies lors de l'examen bucco-dentaire. Les données concernant la nationalité, le niveau d'instruction et la situation professionnelle ont été obtenues à partir de l'entretien en face-à-face de la HIS 2023-2024, tandis que les informations concernant la province de résidence et le statut social provenaient de la base de données de l'AIM 2018-2022.

La majorité des participants à la HIS 2023-2024, soit 5 698 sur 7 001 (81,4 %), ont répondu eux-mêmes à l'entretien en face-à-face. Dans 18,6 % des cas, les réponses ont été fournies par un tiers (proxy) qui, dans 70,8 % de ces cas, répondaient à la place de participants âgés de moins de 15 ans. Les autres raisons invoquées pour le recours à un tiers comprenaient l'absence prolongée (11,6 %), le handicap mental (4,1 %), la maladie ou d'autres limitations (9,5 %) ainsi que le refus de répondre personnellement (4,0 %).

### **6.3.1. Distribution selon la nationalité**

Au total, 61 participants (6,8 %) ne détenaient pas la nationalité belge (Tableau 6.1a). Dans la région de Bruxelles-Capitale, 28,4% des participants n'étaient pas de nationalité belge. Parmi les ressortissants non belges, 44 (5,1%) étaient des citoyens de pays européens et 17 (1,7 %) des ressortissants de pays non européens.

En ce qui concerne le pays de naissance, 134 participants (13,6 %) n'étaient pas nés en Belgique (tableau 6.1b). Dans la Région de Bruxelles-Capitale, 46,1 % des participants étaient nés dans un autre pays que la Belgique. Parmi l'ensemble des participants nés à l'étranger, 62 (6,2 %) étaient nés dans un pays européen et 72 (7,4 %) dans un pays hors Europe.

**Tableau 6.1a.** Distribution des participants selon la nationalité et la région (N= 1 285),  
OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 382)

Nationalité	Région flamande		Région de Bruxelles-Capitale		Région wallonne		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Belges</b>	923	95.3	52	71.6	249	96.6	1 224	93.2
<b>Non-Belges</b>	36	4.7	13	28.4	12	3.4	61	6.8
<b>TOTAL</b>	<b>959</b>	<b>100.0</b>	<b>65</b>	<b>100.0</b>	<b>261</b>	<b>100.0</b>	<b>1 285</b>	<b>100.0</b>

Source : HIS 2023-2024 ; N = nombre de personnes ; % = pourcentage.

**Tableau 6.1b.** Distribution des participants selon le pays de naissance et la région (N=1 285),  
OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 382)

Pays de naissance	Région flamande		Région de Bruxelles-Capitale		Région wallonne		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Belgique</b>	874	89.8	42	53.9	235	90.9	1 151	86.4
<b>Autres pays</b>	85	10.2	23	46.1	26	9.1	134	13.6
<b>TOTAL</b>	<b>959</b>	<b>100.0</b>	<b>65</b>	<b>100.0</b>	<b>261</b>	<b>100.0</b>	<b>1 285</b>	<b>100.0</b>

Source : HIS 2023-2024 ; N = nombre de personnes ; % = pourcentage

### 6.3.2. Distribution selon la région et la province

Le tableau 6.2a décrit la distribution de l'échantillon complet selon la région et la province de résidence, tandis que le tableau 6.2b montre la même distribution pour l'échantillon apparié. Les différences entre les deux échantillons étaient très faibles, tant au niveau régional que provincial. Près des deux tiers des participants résidaient en Région flamande (59,5 % dans l'échantillon complet et 59,1 % dans l'échantillon apparié), environ 10 % en Région de Bruxelles-Capitale (10,9 % et 10,1 %, respectivement) et environ 30 % en Région wallonne (29,6 % et 30,8 %, respectivement).

**Tableau 6.2a.** Distribution des participants selon la région et la province de résidence, OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724)

Région	Participants	
	N	%
Région flamande	1 120	59.5
Région de Bruxelles-Capitale	128	10.9
Région wallonne	476	29.6

Provinces	Participants	
	N	%
Anvers	205	16.8
Brabant flamand	125	10.4
Flandre orientale	262	13.7
Flandre occidentale	348	10.7
Limbourg	180	7.9
Bruxelles	128	10.9
Brabant wallon	47	3.9
Hainaut	144	11.9
Liège	110	7.6
Luxembourg	70	2.6
Namur	105	4.4
<b>TOTAL</b>	<b>1 724</b>	<b>100.0</b>

Source : OHDRES 2023-2024 ; N = nombre de personnes ; % = pourcentage.

**Tableau 6.2b.** Distribution des participants selon la région et la province de résidence, OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 382)

Région	Participants	
	N	%
Région flamande	959	59.1
Région de Bruxelles-Capitale	70	10.1
Région wallonne	353	30.8

Provinces	Participants	
	N	%
Anvers	181	16.7
Brabant flamand	94	10.4
Flandre orientale	228	13.6
Flandre occidentale	299	10.6
Limbourg	157	7.8
Bruxelles	70	10.1
Brabant wallon	33	2.6
Hainaut	106	11.8
Liège	81	9.7
Luxembourg	49	2.6
Namur	84	4.2
<b>TOTAL</b>	<b>1 382</b>	<b>100.0</b>

Source : AIM 2018-2022 ; N = nombre de personnes ; % = pourcentage.

### 6.3.3. Distribution selon l'âge et le sexe

La distribution des participants par groupe d'âge dans l'échantillon complet et dans l'échantillon apparié est présentée dans les tableaux 6.3a et 6.3b. Concernant la distribution des participants dans ces deux échantillons, les différences observées en Région flamande étaient négligeables dans l'ensemble des groupes d'âge. Dans les Régions de Bruxelles-Capitale et wallonne, les écarts étaient également faibles, à l'exception du groupe d'âge 15-24 ans dans la première. Le nombre de participants âgés de 14 ans ou moins était limité dans les deux échantillons. La proportion de femmes était identique dans les deux échantillons, s'élevant à 50,3 %.

**Tableau 6.3a.** Distribution des participants selon l'âge et la région,  
OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724)

Âge	Région flamande		Région de Bruxelles-Capitale		Région wallonne		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
5-7	25	3.7	4	4.5	6	0.9	35	2.9
8-11	44	5.2	8	11.0	26	9.2	78	7.0
12-14	47	7.0	3	2.7	23	5.3	73	6.0
15-24	94	11.1	6	12.7	53	13.1	153	11.9
25-34	113	12.3	10	17.3	38	10.8	161	12.4
35-44	140	12.8	19	15.0	72	14.0	231	13.4
45-54	172	12.8	20	13.3	82	14.3	274	13.3
55-64	195	13.7	21	10.5	78	14.5	294	13.6
65-74	183	11.0	18	6.8	70	10.1	271	10.3
≥75	107	10.4	19	6.2	28	8.0	154	9.2
<b>TOTAL</b>	<b>1 120</b>	<b>100.0</b>	<b>128</b>	<b>100.0</b>	<b>476</b>	<b>100.0</b>	<b>1 724</b>	<b>100.0</b>

Source : OHDRES 2023-2024 ; N = nombre de personnes ; % = pourcentage.

**Tableau 6.3b.** Distribution des participants selon l'âge et la région,  
OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 382)

Âge	Région flamande		Région de Bruxelles-Capitale		Région wallonne		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
5-7	21	3.7	2	5.7	6	1.9	29	3.4
8-11	39	5.8	4	10.6	14	8.2	57	7.1
12-14	35	6.3	1	3.2	15	6.9	51	6.2
15-24	81	11.1	1	6.8	43	12.6	125	11.2
25-34	95	12.3	9	18.5	23	12.1	127	12.9
35-44	110	12.8	9	16.0	46	12.6	165	13.1
45-54	146	12.8	8	14.2	65	13.6	219	13.2
55-64	167	13.7	10	11.2	60	13.8	237	13.5
65-74	163	11.0	13	7.3	57	10.6	233	10.5
≥75	102	10.4	13	6.6	24	7.7	139	9.2
<b>TOTAL</b>	<b>959</b>	<b>100.0</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>	<b>353</b>	<b>100.0</b>	<b>1 382</b>	<b>100.0</b>

Source : AIM 2018-2022 ; N= nombre de personnes ; % = pourcentage.

#### **6.3.4. Distribution selon les caractéristiques sociodémographiques**

La distribution de l'échantillon apparié selon le niveau d'instruction, l'activité professionnelle rémunérée et le statut d'emploi est décrite ci-dessous. Le groupe des étudiants, défini comme les individus âgés de 6 ans et plus inscrits dans un programme d'études de jour, comprenait 167 participants (22,6 %). Le niveau d'instruction n'a été enregistré que pour les participants non étudiants. Le tableau 6.4 illustre la distribution des participants non étudiants selon leur niveau d'instruction. La moitié d'entre eux étaient titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur. La Région de Bruxelles-Capitale affichait la proportion la plus élevée de participants diplômés de l'enseignement supérieur (63,8 %), suivie de la Région flamande (49,5 %) et de la Région wallonne (45,8 %). En revanche, seule une faible proportion de participants (3,8 %) déclarait n'avoir atteint que l'enseignement primaire ou ne posséder aucun diplôme officiel.

**Tableau 6.4.** Distribution des participants non étudiants âgés de plus de 6 ans, selon le niveau d'instruction et la région, OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 382)

Diplôme le plus élevé	Région flamande		Région de Bruxelles-Capitale		Région wallonne		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaire/sans diplôme	28	3.7	2	4.8	6	3.6	36	3.8
Secondaire inférieur	103	12.8	4	9.2	18	9.9	125	11.7
Secondaire supérieur	259	34.0	13	22.2	57	40.1	329	34.4
Enseignement supérieur	333	49.5	32	63.8	86	45.8	451	50.1
<b>TOTAL</b>	<b>723</b>	<b>100.0</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>	<b>167</b>	<b>100.0</b>	<b>941</b>	<b>100.0</b>

Source : HIS 2023-2024 ; N = nombre de personnes ; % = pourcentage.

Le tableau 6.5 présente la distribution des participants selon leur activité professionnelle. Plus d'un tiers des participants (38,5 %) déclaraient ne pas exercer d'activité professionnelle rémunérée. La proportion de participants sans activité rémunérée était plus faible dans la Région de Bruxelles-Capitale (30,8 %) qu'en Région flamande (39,3 %) et en Région wallonne (40,0 %). Il convient de noter que certains de ces participants étaient encore étudiants et n'étaient donc pas censés exercer une activité professionnelle rémunérée.

**Tableau 6.5.** Distribution des participants selon l'activité professionnelle rémunérée et la région, OHDRES 2023-2024, Belgique (N=1 382)

Activité rémunérée	Région flamande		Région de Bruxelles-Capitale		Région wallonne		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Oui	405	60.8	24	69.2	92	60.0	521	61.5
Non	311	39.3	26	30.8	74	40.0	411	38.5
<b>TOTAL</b>	<b>716</b>	<b>100.0</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>	<b>166</b>	<b>100.0</b>	<b>932</b>	<b>100.0</b>

Source : HIS 2023-2024 ; N = nombre d'individus ; % = pourcentage.

Comme l'indique le tableau 6.6, le groupe des participants sans activité professionnelle rémunérée était majoritairement composé de pensionnés (77,5 %). Dans la Région de Bruxelles-Capitale, la proportion de pensionnés au sein de ce groupe était nettement inférieure à la moyenne nationale, avec une valeur de 57,1 %. Par ailleurs, près de trois pour cent (2,7 %) des participants sans activité non rémunérée étaient au chômage.

**Tableau 6.6.** Distribution des participants sans activité professionnelle rémunérée selon la raison,  
OHDRES 2023-2024, Belgique (N = 1 382)

Raison	Région flamande		Région de Bruxelles-Capitale		Région wallonne		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Chômage	5	1.7	2	14.2	1	1.6	8	2.7
Maladie/invalidité	32	11.8	3	24.6	8	10.0	43	12.4
Études	1	0.3	0	0.0	0	0.0	1	0.2
Pensionné	251	78.8	20	57.1	60	80.8	331	77.5
Occupé dans le ménage	15	4.6	1	4.2	3	4.9	19	4.6
Aidant chez un indépendant	1	0.8	0	0.0	0	0.0	1	0.5
Autre raison	6	2.1	0	0.0	2	2.7	8	2.1
<b>TOTAL</b>	<b>311</b>	<b>100.0</b>	<b>26</b>	<b>100.0</b>	<b>74</b>	<b>100.0</b>	<b>411</b>	<b>100.0</b>

Source : HIS 2023-2024 ; N = nombre de personnes ; % = pourcentage.

### 6.3.5. Distribution selon le statut social BIM

En Belgique, le statut social BIM donne droit au bénéficiaire à une intervention majoré des frais de soins de santé par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Créé en 1963, ce statut n'était à l'origine accordé qu'aux veufs/veuves, invalides, pensionnés et orphelins dont les revenus familiaux étaient inférieurs à un certain seuil. En 1998, le champ d'application du statut social BIM a été élargi grâce à des modifications législatives. La loi a élargi les critères d'éligibilité au statut BIM aux chômeurs de longue durée âgés de plus de 50 ans, aux enfants bénéficiant d'une allocation familiale majorée, aux personnes percevant un salaire minimum ou un revenu garanti, aux personnes âgées et à leurs personnes à charge, ainsi qu'aux personnes en situation de handicap et à leurs ayants droit. Depuis 2007, le statut social BIM peut également être octroyé aux familles dont le revenu annuel de l'année précédant la demande est inférieur à un certain seuil. Ces familles ont droit à un tarif préférentiel, sans qu'il soit nécessaire de remplir des conditions supplémentaires (par exemple, orphelin, veuve, etc.). En outre, les bénéficiaires du revenu d'intégration ainsi que les mineurs étrangers non accompagnés peuvent également bénéficier du statut social BIM. À partir d'octobre 2024, certaines catégories de personnes bénéficient automatiquement de l'intervention majorée. Il s'agit notamment des personnes au chômage depuis au moins trois mois, en incapacité de travail et au chômage pendant trois mois, des personnes en situation de handicap, ainsi que des travailleurs indépendants bénéficiant d'un revenu d'assimilation pour cause de maladie. Pour 2024, le seuil de revenu annuel brut fixé pour l'obtention du statut social BIM s'élève à 27.370,91 €, avec un supplément de 5.067,11 € accordé pour chaque membre supplémentaire du ménage.

Dans l'échantillon apparié, 16 % des participants bénéficiaient du statut social BIM (tableau 6.7). Ce pourcentage était plus faible chez les hommes (14,6 %) que chez les femmes (17,7 %). Les proportions les plus élevées de bénéficiaires du statut social BIM se retrouvaient parmi les participants âgés de 5 à 7 ans (27,5 %) et de 75 ans et plus (25,1 %).

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, la proportion de participants bénéficiant du statut social BIM était significativement plus élevée (39,8 %) que la moyenne nationale (16,2 %). Toutefois, cette observation doit être interprétée avec prudence en raison de la taille réduite de l'échantillon pour cette région. Les proportions observées pour les Régions flamande et wallonne s'élevaient respectivement à 15,0 % et 10,5 %. La proportion de participants bénéficiant du statut social BIM diminuait nettement avec l'élévation du niveau d'instruction, allant de 44,3 % parmi ceux n'ayant suivi que l'enseignement primaire ou ne détenant aucun diplôme, à 7,1 % chez les participants ayant atteint le niveau d'instruction le plus élevé.

**Tableau 6.7. Distribution des participants selon le statut social BIM,  
OHDRES 2023-2024, Belgique (N=1 380)**

		Statut social BIM	
		N	%
<b>SEXÉ</b>	Homme	81	14.6
	Femmes	112	17.7
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	6	27.5
	8-11	5	9.2
	12-14	11	27.7
	15-24	19	19.7
	25-34	17	15.0
	35-44	22	15.7
	45-54	25	10.8
	55-64	30	13.6
	65-74	26	11.4
	≥75	32	25.1
<b>RÉGION</b>	Région flamande	128	15.0
	Région de Bruxelles-Capitale	21	39.8
	Région wallonne	44	10.5
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme ≥15y	16	44.3
	Secondaire inférieur	33	32.5
	Secondaire supérieur	42	13.5
	Enseignement supérieur	26	7.1
<b>TOTAL</b>		<b>193</b>	<b>16.2</b>

Source : AIM 2018-2022 qui a repris les données de la Banque Carrefour de la sécurité sociale ;  
N = nombre de personnes ; % = pourcentage.

### 6.3.6. Représentativité de l'échantillon

La représentativité de l'échantillon complet et de l'échantillon apparié par rapport à la population belge en 2024 est présentée dans les tableaux 6.8a et 6.8b. Les corrélations avec la population totale pour les deux échantillons ont été évaluées à l'aide du coefficient de corrélation de Spearman ( $r$ ), calculé à partir de pourcentages pondérés. La distribution des participants selon le sexe et le groupe d'âge était conforme à celle de la population belge ( $r= 0,999$  pour l'échantillon complet et  $r = 0,988$  pour échantillon apparié ;  $p<0,001$ ), sans surreprésentation ni sous-représentation significative.

Près de 60 % des participants (59,5 %) résidaient en Région flamande, 10,9 % en Région de Bruxelles-Capitale et 29,6 % en Région wallonne, une répartition qui reflète celle de la population totale selon Statbel 2024 (58,0 %, 10,6 % et 31,4 %, respectivement). Lors de l'analyse par province, la corrélation est restée élevée (échantillon complet :  $r= 0,991$  et échantillon apparié :  $r= 0,970$ ;  $p<0,0001$ ).

Si des différences supérieures à 1,0 % par rapport à la population sont considérées comme significatives, la province de Liège apparaît sous-représentée dans l'échantillon complet, tandis que la province du Brabant wallon est sous-représentée dans l'échantillon apparié. L'analyse d'indépendance entre ressortissants belges et non belges, réalisée à l'aide du test du chi carré ( $\chi^2$ ), n'a révélé aucune différence statistiquement significative entre les échantillons et la population ( $p > 0,05$ ).

La proportion de participants bénéficiant du statut social BIM était plus élevée que dans la population générale (source : AIM 2018-2022), en particulier dans le groupe d'âge le plus élevé. Cependant, aucune corrélation significative n'a pu être trouvée ( $r = 0,396$  ;  $p < 0,05$ ) avec les données de la population.

**Tableau 6.8a.** Distribution des participants à l'enquête OHDRES 2023-2024 - Échantillon complet (N= 1 724) en comparaison avec la population belge en 2024

	Belgique 2024	OHDRES 2023-2024
		Échantillon complet
	%	%
<b>SEXÉ</b>		
Hommes	49.3	49.7
Femmes	50.7	50.3
<b>GROUPE D'ÂGE</b>		
≤14	16.3	15.9
15-24	11.6	11.9
25-34	12.8	12.4
35-44	13.1	13.4
45-54	12.9	13.3
55-64	13.2	13.6
65-74	10.5	10.3
≥75	9.5	9.2
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Source : Statbel 2024 ; OHDRES 2023-2024 ; % = pourcentage.

**Tableau 6.8b.** Distribution des participants à l'OHDRES 2023-2024 - Échantillon apparié (N= 1 382) en comparaison à la population belge en 2024

	Belgique 2024	OHDRES 2023-2024
		Échantillon apparié
	%	%
<b>SEXÉ</b>		
Hommes	49.3	49.7
Femmes	50.7	50.3
<b>GROUPE D'ÂGE</b>		
≤14	16.3	16.4
15-24	11.6	11.2
25-34	12.8	12.9
35-44	13.1	13.1
45-54	12.9	13.2
55-64	13.2	13.5
65-74	10.5	10.5
≥75	9.5	9.2
<b>ÉDUCATION</b>		
Primaire/sans diplôme ≥15y	9.8	3.8
Secondaire inférieur	17.5	11.7
Secondaire supérieur	37.2	34.4
Enseignement supérieur	35.6	50.1
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Source : Statbel 2024 ; HIS 2023-2024 ; % = pourcentage.

La distribution de l'échantillon selon le niveau d'instruction était également comparable à celle de la population belge, bien que certaines différences aient été observées ( $r = 0,80$  ;  $p=0,333$ ). Les participants ayant un niveau d'instruction supérieur étaient légèrement surreprésentés, tandis que ceux n'ayant qu'un niveau d'instruction primaire ou aucun diplôme étaient sous-représentés. Les proportions de participants ayant atteint un niveau d'instruction secondaire inférieur ou supérieur étaient globalement cohérentes avec les moyennes des statistiques nationales. Les différences doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats liés au niveau d'instruction.

## 6.4. Présentation des résultats et discussion

Cette section décrit les résultats, en précisant la pondération appliquée, les indicateurs de santé retenus ainsi que les métriques utilisées pour leur analyse.

### 6.4.1. Pondération des résultat

Tous les résultats présentés ont été pondérés afin d'assurer la représentativité de la population belge. La pondération a permis d'ajuster les différences entre les échantillons de l'enquête et la population belge en termes de distribution par âge, par sexe et par province. La pondération a été calculée séparément pour l'échantillon complet et pour l'échantillon apparié de l'OHDRES 2023-2024, en raison de leur composition différente.

Grâce à l'application de ces pondérations, les résultats peuvent être considérés comme représentatifs de la population belge aux niveaux national, régional et provincial. Toutes les statistiques (pourcentages, moyennes, écarts-types, intervalles interquartiles, etc.), à l'exception des nombres absous, ont été pondérées à l'aide des facteurs mentionnés ci-dessus.

### 6.4.2. Présentation des résultats selon certains indicateurs

#### Le sexe et l'âge

Les résultats sont présentés séparément pour les hommes, les femmes, ainsi que pour les différents groupes d'âge, car l'âge et le sexe sont des déterminants majeurs de la santé. Afin de permettre des comparaisons internationales, les résultats ont été classés en groupes d'âge spécifiques. Ces groupes d'âge, à partir de 5 ans, comprennent ceux recommandés par l'OMS (2013) ; 5-7, 12-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, et  $\geq 75$  ans.

#### Niveau d'instruction

Toutes les données ont été analysées en fonction du niveau d'instruction des participants, utilisé ici comme indicateur du statut socioéconomique. Ce niveau correspond au diplôme le plus élevé obtenu par l'un des membres du ménage.

#### La Belgique et ses régions

Les résultats sont rapportés pour l'ensemble de la population belge, ainsi que séparément pour chacune des trois régions belges. Les participants ont été classés par région en fonction de leur lieu de résidence.

## **Denté et édenté**

Une denture fonctionnelle étant essentielle tant pour la nutrition que le bien-être général, la présence ou l'absence de dents constitue un indicateur pertinent de la santé bucco-dentaire. En conséquence, certains résultats sont présentés soit pour les personnes dentées, soit pour les édentées, tandis que d'autres analyses distinguent séparément les deux groupes. Les participants ont été considérés comme dentés s'ils possédaient au moins une dent naturelle, et comme édentés s'ils avaient perdu toutes leurs dents naturelles au niveau du maxillaire, de la mandibule ou des deux.

## **Statut social**

Les résultats sont également présentés en fonction du statut social BIM qui reflète l'éligibilité à une intervention majorée des dépenses de soins de santé par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et ce, conformément aux définitions spécifiées à la section 6.3.5.

### **6.4.3. Métriques utilisées pour décrire les résultats obtenus**

La distribution des variables enregistrées est présentée à l'aide de mesures absolues et relatives. En outre, des mesures de tendance centrale telles que la moyenne, la médiane et les proportions, ainsi que les valeurs minimales, maximales et les quartiles, sont utilisées pour décrire les caractéristiques de la population étudiée. Ces mesures sont complétées par des mesures de dispersion, notamment l'écart-type (ET) et l'intervalle interquartile (Q1-Q3). Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de SAS version 9.4 pour Windows pour l'échantillon complet (SAS/STAT version 15.2) et SAS Studio version 3.82 (Enterprise Edition), SAS version 9.4 pour Linux (SAS/STAT version 15.3) pour l'échantillon apparié.

## 6.5. Résultats : État de santé bucco-dentaire

### 6.5.1. Nombre de dents

Le tableau 6.9 décrit le nombre moyen de dents présentes, y compris les dents de sagesse, dans la denture permanente des participants. En cas de dentition mixte, c'est la denture permanente qui a été prise en compte.

Dans l'échantillon complet, le nombre moyen de dents permanentes était de 24,8 ( $\pm 7,1$ ), avec pratiquement aucune différence entre les hommes et les femmes. Ce nombre diminuait avec l'âge, la moyenne la plus élevée étant observée dans le groupe des 15-24 ans (28,5  $\pm 1,6$ ), contre 15,3 ( $\pm 9,3$ ) chez les participants âgés de 75 ans et plus. En Région flamande, le nombre moyen de dents permanentes était légèrement inférieur (24,2  $\pm 7,4$ ) par rapport à la Région wallonne (25,4  $\pm 6,8$ ) et à la Région de Bruxelles-Capitale (26,9  $\pm 5,1$ ).

Dans l'échantillon apparié, le nombre de dents permanentes augmentait nettement avec le niveau d'instruction. Les participants ayant le niveau d'instruction le plus bas n'avaient en moyenne que 15,8 ( $\pm 10,4$ ) dents, contre 26,0 ( $\pm 5,9$ ) chez ceux ayant le niveau le plus élevé. Par ailleurs, les participants bénéficiant du statut social BIM avaient en moyenne 23,0 ( $\pm 9,0$ ) dents contre 24,9 ( $\pm 6,9$ ) chez ceux ne bénéficiant pas de ce statut.

Concernant la présence de dents de sagesse, 66,4 % des participants n'avaient aucune dent de sagesse visible dans la cavité buccale, 9,3 % en avaient une et 9,9 % en avaient deux. Les pourcentages de participants ayant trois et quatre dents de sagesse étaient respectivement de 5,8 % et 8,6 %.

**Tableau 6.9.** Nombre moyen de dents permanentes des participants de 12 ans et plus (N= 1 724 et N= 1 382),  
OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

	Nombre moyen de dents permanentes		DS
	%	%	
<b>SEXÉ</b>	Hommes	25.1	7.0
	Femmes	24.5	7.1
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	12-14	26.5	3.7
	15-24	28.5	1.6
	25-34	28.0	3.9
	35-44	27.4	3.8
	45-54	26.8	4.5
	55-64	23.4	7.0
	65-74	20.1	8.5
	≥75	15.3	9.3
<b>RÉGION</b>	Région flamande	24.2	7.4
	Région de Bruxelles-Capitale	26.9	5.1
	Région wallonne	25.4	6.8
<b>TOTAL</b>		<b>24.8</b>	<b>7.1</b>
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	15.8	10.4
	Secondaire inférieur	18.9	10.1
	Secondaire supérieur	23.9	7.2
	Enseignement supérieur	26.0	5.9
<b>STATUT</b>	Non	24.9	6.9
<b>SOCIAL BIM</b>	Oui	23.0	9.0
<b>TOTAL</b>		<b>24.6</b>	<b>7.3</b>

Source : OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; DS = écart-type.

### 6.5.2. Hygiène bucco-dentaire

Dans le tableau 6.10, sont présentés les résultats de l'état d'hygiène bucco-dentaire des participants, évalué à l'aide de l'Indice de Plaque (Löe, 1967), enregistré sur six dents de référence, et des scores moyens au niveau individuel. Les scores de l'Indice de Plaque ont été définis comme suit : 0 = pas de plaque ; 1 = film de plaque dentaire adhérant à la gencive marginale et à la zone adjacente de la dent, détecté en passant une sonde parodontale sur les surfaces ; 2 = accumulation modérée de dépôt mou visible à l'œil nu dans le sillon gingival ou sur la dent et la gencive marginale ; et 3 = abondance de dépôt dans le sillon gingival et/ou sur la dent et la gencive marginale.

Le score moyen de plaque pour l'ensemble des participants de l'échantillon complet était de 0,7 ( $\pm 0,7$ ). La distribution des données était asymétrique, avec une forte déviation à droite. Le score médian s'élevait à 0,5 et l'intervalle interquartile (Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>) variait de 0,0 à 1,1. Des scores légèrement inférieurs, indiquant une meilleure hygiène bucco-dentaire, ont été observés chez les femmes par rapport aux hommes. À l'inverse, des scores plus élevés ont été relevés chez les participants âgés de 65 ans et plus, indiquant une hygiène bucco-dentaire moins efficace dans les groupes d'âge plus avancé. Enfin, l'hygiène bucco-dentaire s'est avérée légèrement moins bonne dans les Régions flamande et wallonne que dans la Région de Bruxelles-Capitale.

Dans l'échantillon apparié, des différences substantielles ont été identifiées selon le niveau d'instruction, les participants ayant le niveau d'instruction le plus élevé présentant des scores de plaque plus faibles ( $0,6 \pm 0,6$ ), reflétant ainsi une meilleure hygiène bucco-dentaire, comparativement à ceux n'ayant fréquenté que l'école primaire ou ne possédant aucun diplôme ( $0,9 \pm 0,8$ ). Une tendance similaire a été observée en fonction du statut social, car les bénéficiaires du statut social BIM présentaient une hygiène bucco-dentaire moins bonne, avec des scores de plaque moyens plus élevés ( $1,0 \pm 0,8$ ) que leurs homologues sans ce statut ( $0,6 \pm 0,7$ ).

**Tableau 6.10.** Indice de plaque des participants dentés de 5 ans et plus (N= 1 659 et N= 1 324), moyenne, écart-type, médiane, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>, OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

		Indice de plaque			
		Moyenne	DS	Médiane	Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub>
<b>SEXE</b>	Hommes	0.8	0.7	0.6	0.0-1.1
	Femmes	0.7	0.7	0.4	0.0-1.0
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	0.5	0.6	0.1	0.0-0.8
	8-11	0.8	0.7	0.5	0.0-1.1
	12-14	0.8	0.7	0.7	0.0-1.1
	15-24	0.6	0.7	0.4	0.0-0.9
	25-34	0.7	0.7	0.4	0.0-0.9
	35-44	0.6	0.6	0.3	0.0-0.9
	45-54	0.6	0.7	0.3	0.0-1.0
	55-64	0.7	0.7	0.6	0.0-1.1
	65-74	0.9	0.8	0.7	0.1-1.3
	≥75	1.2	0.9	0.9	0.4-1.9
<b>RÉGION</b>	Région flamande	0.7	0.8	0.5	0.0-1.1
	Région de Bruxelles-Capitale	0.6	0.7	0.3	0.0-0.9
	Région wallonne	0.7	0.7	0.6	0.0-1.1
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>0.7</b>	<b>0.7</b>	<b>0.5</b>	<b>0.0-1.1</b>
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	0.9	0.8	0.8	0.1-1.1
	Secondaire inférieur	1.0	0.9	0.7	0.1-1.6
	Secondaire supérieur	0.8	0.8	0.5	0.0-1.1
	Enseignement supérieur	0.6	0.6	0.3	0.0-0.9
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	0.6	0.7	0.4	0.0-1.0
	Oui	1.0	0.8	0.8	0.2-1.5
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>0.7</b>	<b>0.7</b>	<b>0.4</b>	<b>0.0-1.1</b>

Source : OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; DS = écart-type ; Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>= intervalle interquartile ; \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle.

### **6.5.3. État parodontal (DPSI)**

Pour évaluer l'état parodontal des participants, l'Indice de Dépistage Parodontal Néerlandais (DPSI) a été utilisé, comme décrit par Van der Velden (2009). Le système de notation est le suivant : 0 = parodonte sain : pas de saignement au sondage, pas de tartre, profondeur de poche ≤ 3 mm ; 1 = saignement au sondage, pas de tartre ou de poche > 3 mm ; 2 = tartre et/ou surplomb des restaurations, mais profondeur de poche ≤ 3 mm ; 3<sup>-</sup> = poches peu profondes, profondeur de sondage 4-5 mm ; 3<sup>+</sup> = même chose que 3-, mais avec présence de récession, gencive marginale à distance de la jonction émail-cément (JEC) et 4 = poches profondes, profondeur de sondage de 6 mm ou plus.

Le tableau 6.11 présente la distribution des scores de DPSI parmi les participants de l'échantillon complet. Plus d'un tiers (32,3 %) ont obtenu un score de 2, tandis que 21,0 % ont obtenu un score de 1 et 20,6 % un score de 0. Les scores 3<sup>-</sup> et 3<sup>+</sup> ont été enregistrés chez 13,1 % et 9,2 % des participants, respectivement. Le score 4, indiquant une maladie parodontale avancée, n'a été observé que chez 3,9 % des participants. Chez les participants, la proportion de femmes qui avaient le score 0 était légèrement inférieure à celle des hommes (19,3 % contre 22,0 %). Comme prévu, l'état de la santé parodontale diminuait avec l'âge. Les comparaisons régionales ont montré que la proportion la plus élevée de participants ayant un parodonte sain (score 0) résidait dans la Région de Bruxelles-Capitale (28,6 %), suivie de la Région wallonne (23,2 %) et de la Région flamande (17,8 %).

Des différences selon le niveau d'instruction ont été observées dans l'échantillon apparié. Un score de 0 était trois fois plus fréquent chez les participants ayant un niveau d'instruction élevé (24,3 %) que chez ceux qui avaient uniquement suivi l'enseignement primaire ou ne possédaient aucun diplôme (8,1 %). Les proportions de scores 3<sup>-</sup> et 3<sup>+</sup> diminuent avec l'élévation du niveau d'instruction. Cependant, une relation inverse a été identifiée pour les scores 1, 2 et 4, ces derniers étant moins fréquents chez les participants ayant uniquement suivi l'enseignement primaire ou ne possédant aucun diplôme. Parmi les participants bénéficiant du statut social BIM, des différences minimes dans les divers scores ont été notées dans les deux sens, sans qu'une tendance claire puisse être dégagée.

Le tableau 6.12 présente la distribution de la maladie parodontale au niveau du maxillaire et de la mandibule. Pour chaque sextant, le score DPSI le plus élevé a été retenu. Dans l'échantillon complet, la majorité des participants présentaient l'atteinte parodontale la plus sévère dans la région antérieure de la mandibule (68,6 %). Une proportion plus faible présentait un niveau d'atteinte maximale dans la région antérieure du maxillaire (40,0 %). Dans les sextants postérieurs, tant au maxillaire qu'à la mandibule, les proportions d'atteinte étaient relativement homogènes, variant entre 54,0 % et 57,7 %. Des différences selon le sexe ont été observées, les femmes présentant des niveaux d'atteinte parodontale plus faibles dans les régions postérieures du maxillaire et de la mandibule par rapport aux hommes.

Aucune tendance claire n'a été observée dans les groupes d'âge concernant la distribution de l'atteinte parodontale au niveau du maxillaire et de la mandibule. Les participants de la Région de Bruxelles-Capitale présentaient des niveaux plus élevés de maladie parodontale dans les sextants maxillaire et mandibulaire que ceux des Régions flamande et wallonne. Dans l'échantillon apparié, l'étendue de la maladie parodontale était plus élevée dans tous les sextants chez les participants ayant un niveau d'instruction plus élevé que chez ceux ayant un niveau d'instruction moins élevé. Cette tendance, contraire aux attentes mérite d'être interprétée avec prudence. En revanche, une tendance inverse a été observée en fonction du statut social BIM, les participants bénéficiant du statut BIM présentant une atteinte parodontale plus marquée que ceux n'en bénéficiant pas.

**Tableau 6.11.** Fréquence du plus haut score DPSI par participant denté de 15 ans et plus (N= 1 488 et N= 1 200),  
OHDRES 2023-2024, Belgique, (N= 1 724 et N= 1 382)

Plus haut score DPSI	0		1		2		3-		3+		4		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>SEXÉ</b>													
Hommes	127	22.0	127	19.3	224	30.8	96	14.8	82	9.7	39	3.4	
Femmes	155	19.3	174	22.7	253	33.7	89	11.4	76	8.7	39	4.3	
<b>GROUPE D'ÂGE</b>													
15-24	52	32.7	35	27.3	58	36.5	7	2.9	0	0	1	0.5	
25-34	29	21.9	40	22.7	70	40.4	17	13.2	3	1.4	1	0.5	
35-44	54	24.9	52	20.0	87	39.2	21	8.5	11	5.5	5	1.8	
45-54	43	19.8	60	21.9	88	30.0	37	13.5	32	10.5	11	4.2	
55-64	56	16.8	45	16.9	85	29.8	42	18.3	37	12.6	21	5.6	
65-74	31	11.3	45	18.4	64	26.6	48	21.6	36	13.8	27	8.4	
≥75	17	11.8	24	19.3	25	16.0	13	16.0	39	28.2	12	8.7	
<b>RÉGION</b>													
Région flamande	169	17.8	199	21.2	306	32.5	124	12.6	102	10.1	64	5.8	
Région de Bruxelles-Capitale	26	28.6	18	19.7	34	27.9	12	11.0	19	10.4	4	2.4	
Région wallonne	87	23.2	84	21.2	137	33.4	49	14.8	37	7.0	10	0.5	
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>282</b>	<b>20.6</b>	<b>301</b>	<b>21.0</b>	<b>477</b>	<b>32.3</b>	<b>185</b>	<b>13.1</b>	<b>158</b>	<b>9.2</b>	<b>78</b>	<b>3.9</b>
<b>ÉDUCATION</b>													
Primaire/sans diplôme	3	8.1	6	23.4	6	21.7	6	21.0	5	21.1	3	4.7	
Secondaire inférieur	16	14.6	23	19.1	24	24.7	17	14.4	20	20.4	9	6.8	
Secondaire supérieur	46	11.3	60	18.0	104	35.9	41	15.8	46	13.9	22	5.2	
Enseignement supérieur	91	24.3	91	19.0	136	30.7	66	14.2	38	7.9	21	3.9	
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>													
Non	204	19.8	208	20.2	325	33.4	139	13.1	101	9.2	57	4.3	
Oui	22	20.3	35	20.2	48	31.7	21	11.0	25	13.9	7	2.9	
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>226</b>	<b>19.8</b>	<b>244</b>	<b>20.3</b>	<b>374</b>	<b>33.2</b>	<b>160</b>	<b>12.8</b>	<b>126</b>	<b>9.9</b>	<b>64</b>	<b>4.0</b>

Source : OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage ; \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle.  
Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

**Tableau 6.12.** Distribution des sextants maxillaires et mandibulaires avec le plus haut score DPSI des participants dentés de 15 ans et plus ( $N=1\ 488$  et  $N=1\ 194$ ), OHDRES 2023-2024, Belgique, ( $N=1\ 724$  et  $N=1\ 382$ )

	Plus haut score DPSI	Sextant maxillaire droit		Sextant maxillaire central		Sextant maxillaire gauche		Sextant mandibulaire droit		Sextant mandibulaire central		Sextant mandibulaire gauche	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	371	56.3	237	41.0	379	59.1	356	56.3	455	68.0	352	56.8
	Femmes	387	51.7	268	39.0	398	56.4	394	52.4	539	69.2	388	50.7
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	15-24	90	55.4	85	56.1	93	58.6	83	53.1	131	81.0	89	54.8
	25-34	83	52.9	54	38.4	89	62.5	82	53.0	129	79.8	80	52.9
<b>RÉGION</b>	35-44	115	55.9	86	43.2	118	57.5	110	53.4	172	75.1	114	55.1
	45-54	144	54.4	88	36.8	151	58.0	146	57.3	178	66.1	145	58.1
<b>TOTAL</b>	55-64	152	50.6	90	32.5	143	51.5	144	51.0	168	58.0	143	50.0
	65-74	115	55.9	64	29.3	120	58.9	115	51.9	144	59.0	109	49.5
<b>ÉDUCATION</b>	≥75	59	52.7	38	41.4	63	57.1	70	65.0	72	54.3	60	55.1
	Région flamande	487	53.7	306	36.5	495	56.0	478	52.2	635	68.0	473	51.9
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Région de Bruxelles-Capitale	65	60.9	50	50.8	67	64.5	61	58.6	71	67.7	60	57.9
	Région wallonne	206	52.0	149	42.8	215	58.6	211	57.0	288	70.3	207	55.7
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>758</b>	<b>54.0</b>	<b>505</b>	<b>40.0</b>	<b>777</b>	<b>57.7</b>	<b>750</b>	<b>54.3</b>	<b>994</b>	<b>68.6</b>	<b>740</b>	<b>53.7</b>
	Primaire/sans diplôme	11	43.8	3	9.6	13	52.6	12	38.2	14	47.0	12	45.1
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Secondaire inférieur	42	49.6	31	35.3	46	54.0	55	52.3	66	60.4	48	48.5
	Secondaire supérieur	152	49.5	93	33.2	157	54.3	150	48.8	207	69.0	151	46.3
<b>TOTAL</b>	Enseignement supérieur	232	55.4	151	39.0	237	57.0	218	52.8	286	68.2	217	53.7
	Non	521	52.2	342	36.8	541	55.2	525	52.9	681	68.1	513	51.3
<b>TOTAL</b>	Oui	79	62.3	57	47.8	80	64.8	74	54.1	109	72.0	72	52.6
	Denté*	<b>601</b>	<b>53.6</b>	<b>399</b>	<b>38.3</b>	<b>622</b>	<b>56.5</b>	<b>599</b>	<b>52.9</b>	<b>791</b>	<b>68.6</b>	<b>585</b>	<b>51.3</b>

Source : OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N= nombre de participants ; % = pourcentage ; \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

## **6.5.4. État dentaire**

### **6.5.4.1. Caries experience**

L'expérience carieuse a été enregistrée à l'aide de l'indice caod/CAOD, en dentures temporaire et permanente, respectivement (OMS, 2013). L'état dentaire a été enregistré à l'aide de lettres pour les dents temporaires et de chiffres pour les dents permanentes. Les critères étaient les suivants : A/0 = saine ; B/1 = cariée ; C/2 = obturée avec carie ; D/3 = obturée sans carie ; E/4 = absente à la suite d'une carie ; N/5 = absente pour une raison autre que la carie ; F/6 = scellement ; G/7 = pont, pilier, couronne ou facette ; N/8 = dent non éruptée ; T/9 = traumatisme ; X/X = non enregistré.

Le tableau 6.13a présente les résultats relatifs à la denture permanente. Le score CAOD moyen pour l'échantillon complet était de 8,6 ( $\pm 7,2$ ). La composante principale de cet indice est le "O" (dents obturées), avec une moyenne de 6,4 ( $\pm 5,8$ ). En moyenne, 1,3 ( $\pm 4,0$ ) dents étaient absentes et 0,9 ( $\pm 2,4$ ) dents étaient cariées. La distribution des scores était fortement asymétrique. Le score CAOD moyen était légèrement plus élevé chez les femmes (8,2  $\pm 7,4$ ) que chez les hommes (7,5  $\pm 7,1$ ).

Les scores CAOD les plus élevés ont été observés dans les groupes d'âge de 65 à 74 ans et plus. Le nombre de dents cariées et extraites atteignait les niveaux les plus élevés chez les participants âgés de 75 ans et plus. En particulier, le nombre de dents extraites augmentait nettement à partir de 65 ans et plus, tandis que le nombre de dents obturées connaissait une hausse significative entre 25 et 64 ans. Il y avait une petite différence entre le score CAOD moyen entre les Régions flamande et wallonne (8,9  $\pm 7,2$  et 8,3  $\pm 7,2$ , respectivement), tandis que les résidents de la Région de Bruxelles-Capitale avaient un score CAOD moyen encore plus bas (7,4  $\pm 6,7$ ).

Dans l'échantillon apparié, une diminution du score CAOD moyen était observée avec l'élévation du niveau d'instruction, passant de (12,7  $\pm 7,0$ ) pour le niveau le plus bas à (9,2  $\pm 6,5$ ) pour le niveau le plus élevé. Cette tendance s'observait également pour la composante « A » (dents absentes).

Les participants bénéficiant du statut BIM avaient des scores CAOD moyens légèrement inférieurs, soit 8,4 ( $\pm 7,2$ ), comparé à 8,8 ( $\pm 7,2$ ) chez ceux ne bénéficiant pas de ce statut. Cependant, ils présentaient des moyennes plus élevées pour les composantes dents cariées (1,2  $\pm 2,4$ ) et dents absentes (2,1  $\pm 5,4$ ), contre respectivement 0,9 ( $\pm 2,5$ ) et 1,4 ( $\pm 4,1$ ) chez les homologues participants sans statut BIM. En revanche, les participants avec un statut BIM affichaient une moyenne plus basse pour la composante dents obturées (5,1  $\pm 5,5$ ) par rapport à 6,6  $\pm 5,7$  chez ceux sans ce statut.

Le score CAOD moyen dans le groupe des 12 ans (N = 22 ; non présenté séparément dans le tableau) était de 0,7 ( $\pm 1,8$ ) avec une médiane de 0, un intervalle interquartile (Q1-Q3) de 0-0, et une étendue de 0 à 7. Le nombre de participants dans ce sous-groupe étant particulièrement faible, il n'est pas possible de tirer des conclusions fiables.

**Tableau 6.13a.** Indice CAOD et ses composantes C (cariée), A (absente), O (obturée) D (dent), moyenne et écart-type des participants dentés de 12 ans et plus ( $N= 1\ 573/1\ 561$  et  $N= 1\ 262/1\ 251$ ) ; denture permanente, OHDRES 2023-2024, Belgique ( $N=1\ 724$  et  $N=1\ 382$ )

		DMFT (N=1 573)		D (N=1 561)		M (N=1 573)		F (N=1 561)	
		Moyenne	DS	Moyenne	DS	Moyenne	DS	Moyenne	DS
<b>SEXE</b>	Hommes	7.5	7.1	0.9	2.5	1.3	3.8	6.1	5.7
	Femmes	8.2	7.4	0.9	2.3	1.3	4.2	6.6	6.0
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	12-14	1.5	2.9	0.5	1.4	0.0	0.1	1.0	2.6
	15-24	2.4	3.6	0.9	2.7	0.0	0.1	1.5	2.3
	25-34	5.4	5.1	1.0	2.3	0.5	2.7	4.1	4.1
	35-44	8.0	5.8	1.0	2.2	0.6	2.0	6.4	4.8
	45-54	10.1	6.1	0.9	2.6	0.8	2.1	8.5	5.5
	55-64	12.8	6.5	1.0	2.7	1.9	4.5	10.0	5.8
	65-74	13.7	7.1	0.7	1.8	3.6	6.4	9.6	5.9
	≥75	12.9	7.7	1.2	2.4	3.7	6.8	8.1	6.1
<b>RÉGION</b>	Région flamande	8.9	7.2	0.9	2.5	1.4	4.1	6.6	5.9
	Région de Bruxelles-Capitale	7.4	6.7	0.7	1.7	0.7	2.7	6.0	5.5
	Région wallonne	8.3	7.2	1.0	2.4	1.2	4.1	6.1	5.8
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>8.6</b>	<b>7.2</b>	<b>0.9</b>	<b>2.4</b>	<b>1.3</b>	<b>4.0</b>	<b>6.4</b>	<b>5.8</b>
		(N= 1 262)		(N= 1 251)		(N= 1 262)		(N= 1 251)	
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	12.7	7.0	1.1	2.4	4.2	6.3	7.5	5.0
	Secondaire inférieur	10.9	7.2	1.0	2.3	3.6	6.5	6.5	5.4
	Secondaire supérieur	10.7	6.9	1.4	3.2	1.7	4.4	7.6	5.5
	Enseignement supérieur	9.2	6.5	0.8	2.3	0.9	2.7	7.6	5.6
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	8.8	7.2	0.9	2.5	1.4	4.1	6.6	5.7
	Oui	8.4	7.5	1.2	2.4	2.1	5.4	5.1	5.5
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>8.7</b>	<b>7.2</b>	<b>1.0</b>	<b>2.4</b>	<b>1.5</b>	<b>4.3</b>	<b>6.3</b>	<b>5.7</b>

Source : OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N= nombre ; SD= écart-type ;

\*denté = participant ayant au moins une dent naturelle.

Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

Le tableau 6.13b présente les résultats pour la denture primaire. Le score caod moyen pour les enfants âgés de 5 à 11 ans était de 1,8 ( $\pm 2,5$ ). La composante "c" (dents cariées) représente la majorité des scores, avec une moyenne de 1,1 ( $\pm 1,9$ ). Néanmoins, il est important de souligner que la taille de l'échantillon était trop petite pour permettre des comparaisons pertinentes entre les sous-groupes.

**Tableau 6.13b.** Indice caod et ses composants c (carié), a (absente), o (obturé) d (dent), moyenne et écart-type des participants dentés de 5 à 11 ans ( $N= 72$  ; denture primaire), OHDRES 2023-2024, Belgique ( $N= 1\ 724$ )

		caod (N= 72)		c (N= 72)		a (N= 72)		o (N= 72)	
		Moyenne	DS	Moyenne	DS	Moyenne	DS	Moyenne	DS
<b>SEXE</b>	Hommes	2.0	2.6	1.3	2.0	0.0	0.1	0.6	1.5
	Femmes	1.6	2.3	0.7	1.8	0.0	0.0	0.6	1.3
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	2.0	3.0	1.0	2.1	0.0	0.2	1.0	2.0
	8-11	1.7	2.2	1.3	2.1	0.0	0.0	0.4	1.2
<b>TOTAL</b>		<b>1.8</b>	<b>2.5</b>	<b>1.1</b>	<b>1.9</b>	<b>0.0</b>	<b>0.1</b>	<b>0.6</b>	<b>1.4</b>

Source : OHDRES 2023-2024 ; N = nombre ; SD= écart-type ;

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

Le tableau 6.14 donne un aperçu du nombre de participants indemnes de lésions carieuses cavitaires, de dents absentes et d'obturations (score caod/CAOD = 0). Cette situation concernait 18,1 % des personnes examinées dans l'échantillon complet. Une différence entre les hommes et les femmes est observée, avec respectivement 19,6 % et 16,6 %. La proportion de participants sans expérience carieuse diminuait nettement à partir de l'âge de 25 ans. Parmi les enfants de 5 à 7 ans, seulement 43,4 % étaient indemnes de caries, alors que cette proportion était de 61,3 % chez les 12-14 ans et de 45,8 % chez les 15-24 ans. Il convient néanmoins de souligner que la taille des échantillons dans ces groupes d'âge était trop faible pour permettre des comparaisons fiables entre sous-groupes.

Dans l'échantillon apparié, la proportion de participants indemne de caries augmentait avec le niveau d'instruction, du plus bas au plus élevé. En revanche, aucune différence n'a été observée selon que les participants bénéficiaient ou non du statut social BIM.

**Tableau 6.14.** Fréquence des participants de 5 ans et plus indemnes de caries, c.a.d. exempts de lésions carieuses cavitaires, de dents absentes ou obturées (score caod/CAOD = 0), (N= 1 686 et N= 1 348), OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382).

	Indemnes de caries	
	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	130
	Femmes	113
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	19
	8-11	46
	12-14	45
	15-24	68
	25-34	27
	35-44	11
	45-54	11
	55-64	4
	65-74	6
	≥75	6
<b>RÉGION</b>	Région flamande	148
	Région de Bruxelles-Capitale	18
	Région wallonne	77
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>243</b>
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	1
	Secondaire inférieur	6
	Secondaire supérieur	12
	Enseignement supérieur	29
<b>STATUT</b>	Non	178
<b>SOCIAL BIM</b>	Oui	16
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>194</b>

Source : OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ;

N = nombre ; % = pourcentage, \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

#### *6.5.4.2. Indice de restauration et indice de soins*

Le tableau 6.15 donne un aperçu de l'indice de restauration et de l'indice de soins chez les participants ayant bénéficié d'un examen bucco-dentaire. L'indice de restauration évalue la proportion de dents cariées qui ont été traitées par des restaurations, tandis que l'indice de soins inclut également les extractions comme forme de traitement (Gupta *et al.*, 2017). Les deux indices sont compris entre 0 et 100.

Dans l'échantillon complet, l'indice de restauration moyen pour la denture permanente était de 85,8 ( $\pm 28,0$ ). Parmi les participants examinés, 6,4 % présentaient un score de 0 tandis que 66,9 % obtenaient un score de 100. L'indice de soins affichait une moyenne légèrement plus élevée, à 87,5 ( $\pm 25,9$ ), avec 4,8 % des participants ayant un score de 0 et 67,3 % un score de 100.

Concernant la denture primaire, chez les participants âgés de 5 à 7 ans, l'indice de restauration moyen était de 49,7 ( $\pm 34,6$ ). Parmi eux, 28,6 % avaient un indice de restauration de 0, alors que 7,6 % atteignaient un score de 100.

Quant à la comparaison entre les femmes et les hommes, ces derniers présentaient, pour les deux indices, des scores moyens plus élevés que les femmes. L'indice de restauration et l'indice de soins augmentent globalement avec l'âge, bien qu'une légère diminution ait été observée chez les participants âgés de 75 ans et plus. Aucune différence notable n'a été constatée entre la Région flamande et la Région de Bruxelles-Capitale, alors que ces deux régions affichaient des valeurs supérieures à celles observées en Région wallonne.

Dans l'échantillon apparié, les indices de restauration et de soins ont fluctué selon le niveau d'instruction, sans qu'une tendance nette ne puisse être dégagée. Les participants bénéficiant du statut BIM enregistraient des scores moyens inférieurs pour les deux indices par rapport à leurs homologues non BIM : 75,1 ( $\pm 34,5$ ) versus 87,3 ( $\pm 26,4$ ) pour l'indice de restauration, et 78,9 ( $\pm 31,9$ ) versus 89,0 ( $\pm 24,0$ ) pour l'indice de soins.

**Tableau 6.15.** Indice de restauration (N= 1 372 et N= 1 100) et indice de soins (N= 1 392 et N= 1 119)  
dans la denture permanente des participants de 12 ans et plus,  
OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

		Indice de restauration (N=1 372)			Indice de soins (N= 1 392)		
		Moyenne (DS)	=0 N (%)	=100 N (%)	Moyenne (DS)	=0 N (%)	=100 N (%)
<b>SEXÉ</b>	Hommes	85.0 (28.2)	35 (5.8)	397 (63.9)	86.7 (26.3)	26 (4.6)	409 (64.4)
	Femmes	86.5 (27.8)	38 (6.9)	531 (69.7)	88.2 (25.5)	28 (5.0)	539 (70.0)
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	12-14	57.3 (46.6)	10 (38.1)	12 (49.1)	59.0 (45.8)	9 (35.1)	13 (50.3)
	15-24	73.6 (38.9)	16 (18.6)	52 (59.0)	73.8 (38.7)	15 (18.4)	52 (59.0)
	25-34	80.1 (33.5)	12 (9.9)	81 (63.7)	81.1 (32.3)	11 (8.2)	84 (64.5)
	35-44	87.1 (23.5)	10 (3.3)	152 (64.8)	88.4 (21.5)	6 (1.8)	153 (64.9)
	45-54	91.4 (21.2)	7 (2.9)	181 (71.4)	92.9 (17.3)	3 (1.0)	182 (71.4)
	55-64	91.1 (21.1)	6 (2.5)	201 (73.5)	93.5 (15.7)	1 (0.1)	203 (73.6)
	65-74	91.6 (19.7)	6 (2.2)	172 (72.6)	93.4 (16.7)	4 (1.4)	182 (73.5)
	≥75	84.4 (27.5)	6 (4.6)	77 (61.1)	87.7 (24.5)	5 (3.2)	79 (61.7)
	<b>TOTAL</b>	<b>Denté*</b>	<b>85.8 (28.0)</b>	<b>73 (6.4)</b>	<b>628 (66.9)</b>	<b>87.5 (25.9)</b>	<b>54 (4.8)</b>
				(N= 1 100)		(N= 1 119)	
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	89.1 (22.8)	1 (3.0)	20 (65.9)	91.9 (16.4)	0 (0.0)	21 (66.4)
	Secondaire inférieur	83.6 (29.6)	6 (6.9)	66 (62.9)	88.5 (23.4)	2 (1.0)	69 (64.8)
	Secondaire supérieur	84.9 (28.3)	13 (4.7)	204 (65.8)	86.7 (26.4)	9 (3.4)	209 (66.2)
	Enseignement supérieur	89.8 (23.2)	11 (3.1)	304 (72.2)	90.9 (20.9)	7 (1.9)	306 (72.3)
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	87.3 (26.4)	40 (4.8)	666 (69.2)	89.0 (24.0)	29 (3.4)	682 (69.7)
	Oui	75.1 (34.5)	16 (12.3)	72 (47.7)	78.9 (31.9)	12 (8.4)	75 (49.2)
<b>TOTAL</b>	<b>Denté*</b>	<b>85.4 (28.0)</b>	<b>56 (5.9)</b>	<b>738 (65.8)</b>	<b>87.5 (25.5)</b>	<b>41 (4.1)</b>	<b>757 (66.5)</b>

Source : OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ;

N= nombre de participants ; DS = écart-type ; % = pourcentage ; \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle.  
Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

#### 6.5.4.3. État de la surface radiculaire

Le tableau 6.16 décrit la proportion de participants ayant des surfaces radiculaires exposées, ainsi que la proportion de participants dont ces surfaces étaient cariées et/ou obturées. Dans l'échantillon complet, ces proportions étaient respectivement de 56,3 % et 14,7 %. Une légère différence a été constatée entre les hommes et les femmes quant à la proportion de surfaces radiculaires exposées, alors qu'aucune différence n'a été relevée concernant la proportion de surfaces radiculaires exposées cariées et/ou obturées.

Les données indiquent que la proportion de participants présentant des surfaces radiculaires exposées et des surfaces radiculaires exposées cariées et/ou obturées augmentait généralement avec l'âge. Cependant, chez les participants âgés de 75 ans et plus, une diminution a été enregistré, notamment pour les surfaces radiculaires exposées. Les proportions de dents présentant des surfaces radiculaires exposées et des surfaces radiculaires exposées cariées et/ou obturées étaient les plus élevées dans la Région flamande (63,3 % et 15,3 %, respectivement), suivie de la Région wallonne (44,8 % et 14,7 %, respectivement) et de la Région de Bruxelles-Capitale (44,8 % et 11,9 %, respectivement).

Dans l'échantillon apparié, la proportion de participants présentant des surfaces radiculaires exposées cariées et/ou obturées était significativement plus faible chez ceux ayant le niveau d'instruction le plus élevé (16,2 %) comparativement à ceux n'ayant qu'un niveau d'instruction primaire ou aucun diplôme (38,4 %). En revanche, les participants bénéficiant du statut social BIM avaient une proportion légèrement plus élevée de dents présentant des surfaces radiculaires exposées cariées et/ou obturées (17,7 %) que leurs homologues n'ayant pas ce statut (16,9 %).

**Tableau 6.16.** Fréquence de participants dentés de 15 ans et plus avec des surfaces radiculaires exposées et exposées cariées et/ou obturées (N=1 538 et N=1 245),  
OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

		Surfaces radiculaires exposées		Surfaces radiculaires exposées cariées et/ou obturées	
		N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	472	58.0	150	14.6
	Femmes	505	54.6	141	14.9
<b>GROUPE D'ÂGE.</b>	15-24	13	5.3	0	0.0
	25-34	56	32.5	5	2.2
	35-44	134	55.7	18	6.1
	45-54	191	69.6	43	13.5
	55-64	241	80.8	84	27.4
	65-74	226	82.2	93	30.7
	≥75	116	70.5	48	28.8
<b>RÉGION</b>	Région flamande	680	63.3	178	15.3
	Région de Bruxelles-Capitale	74	48.8	23	11.9
	Région wallonne	223	44.8	90	14.7
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>977</b>	<b>56.3</b>	<b>291</b>	<b>14.7</b>
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	24	68.5	11	38.4
	Secondaire inférieur	88	68.8	23	15.2
	Secondaire supérieur	239	70.1	76	22.1
	Enseignement supérieur	323	65.9	82	16.2
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	698	59.8	199	16.9
	Oui	104	52.9	40	17.7
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>803</b>	<b>58.7</b>	<b>239</b>	<b>17.0</b>

Source : OHDRES 2023-2024, HI 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N= nombre de participants ; % = pourcentage ;

\*denté = participant ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

Le tableau 6.17 présente le nombre moyen de dents par participant avec des surfaces radiculaires exposées, ainsi que le nombre de dents avec des surfaces radiculaires exposées sur lesquelles des signes de caries dentaires, traitées ou non, ont été identifiés. Dans l'échantillon complet, les participants avaient en moyenne 3,5 ( $\pm 4,7$ ) dents avec des surfaces radiculaires exposées et 0,5 ( $\pm 1,5$ ) dents avec des surfaces radiculaires exposées cariées ou obturées. Les moyennes étaient similaires chez les hommes et les femmes et augmentaient de manière progressive avec l'âge, allant de 0,2 ( $\pm 0,9$ ) dans le groupe des 15-24 ans à 5,0 ( $\pm 5,3$ ) chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

Peu de différences ont été observées entre les régions. Le nombre moyen de dents avec des surfaces radiculaires exposées était le plus élevé dans la Région flamande, suivi par la Région de Bruxelles-Capitale, puis la Région wallonne. En revanche, le nombre moyen de dents présentant des surfaces radiculaires cariées et/ou obturées était le plus élevé dans la Région de Bruxelles-Capitale, suivi de la Région flamande, puis de la Région wallonne.

Le nombre moyen de dents présentant des surfaces radiculaires exposées cariées et/ou obturées dans l'échantillon apparié diminuait avec l'élévation du niveau d'instruction, allant de 1,5 ( $\pm 2,5$ ) chez les participants n'ayant qu'un niveau d'éducation primaire ou aucun diplôme à 0,6 ( $\pm 1,8$ ) chez ceux disposant d'un niveau d'éducation élevé. Néanmoins, le statut social des participants n'était pas associé au nombre moyen de dents présentant des surfaces radiculaires exposées cariées et/ou obturées.

**Tableau 6.17.** Nombre moyen de dents avec des surfaces radiculaires exposées et exposées cariées et/ou obturées des participants dentés de 15 ans et plus ( $N= 1\ 538$  et  $N= 1\ 245$ ),  
OHDRES 2023-2024, Belgique ( $N= 1\ 724$  et  $N= 1\ 382$ )

		Surfaces radiculaires exposées		Surfaces radiculaires exposées cariées et/ou obturées	
		Moyenne	DS	Moyenne	DS
<b>SEXÉ</b>	Hommes	3.5	4.6	0.4	1.5
	Femmes	3.6	4.7	0.5	1.6
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	15-24	0.2	0.9	0.0	0.0
	25-34	1.3	2.8	0.1	0.7
	35-44	3.0	4.0	0.2	1.3
	45-54	4.4	4.9	0.3	1.0
	55-64	5.3	4.9	0.8	2.1
	65-74	5.8	5.2	1.0	1.9
	≥75	5.0	5.3	1.0	2.3
<b>RÉGION</b>	Région flamande	4.1	4.9	0.5	1.5
	Région de Bruxelles-Capitale	3.2	4.7	0.5	1.7
	Région wallonne	2.4	4.0	0.4	1.5
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>3.5</b>	<b>4.7</b>	<b>0.5</b>	<b>1.5</b>
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	4.1	3.8	1.5	2.5
	Secondaire inférieur	4.6	5.0	0.4	1.0
	Secondaire supérieur	4.5	5.1	0.8	2.1
	Enseignement supérieur	4.4	5.1	0.6	1.8
<b>STATUT</b>	Non	3.9	4.9	0.6	2.0
<b>SOCIAL BIM</b>	Oui	3.4	4.7	0.4	1.2
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>3.8</b>	<b>4.8</b>	<b>0.6</b>	<b>1.7</b>

Source : OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ;  
DS= écart-type ; \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle.

#### *6.5.4.4. Usures dentaires*

L'usure dentaire, la perte cumulative de substance dentaire minéralisée causée par des processus physiques ou physico-chimiques tels que l'attrition dentaire, l'érosion dentaire et l'abrasion dentaire, a été enregistrée à l'aide de l'indice BEWE (Examen de base de l'usure érosive) (Bartlett *et al.*, 2008). Il s'agit d'une méthode simple pour diagnostiquer l'usure dentaire et fournir un guide aux cliniciens pour sa prise en charge. Les critères étaient les suivants : 0 = pas d'usure dentaire ; 1 = perte initiale de la texture de la surface ; 2 = défaut distinct, perte de tissu dur < 50 % de la surface de la zone, la dentine est souvent impliquée ; 3 = défaut distinct, perte de tissu dur > 50 % de la surface de la zone, la dentine est souvent impliquée. Dans la présente étude, des dents-index ont été utilisées, les incisives et les premières molaires (Martignon *et al.*, 2019), et seuls les participants présentant des scores 2 et 3 avec un défaut distinct et une atteinte de la dentine ont été enregistrés comme ayant une usure dentaire. Le score BEWE final de chaque participant a été établi par la somme des scores les plus élevés enregistrés par sextant.

Le tableau 6.18 décrit la distribution des participants âgés de 6 ans et plus présentant des signes distincts d'usure dentaire impliquant une exposition de la dentine. Dans l'ensemble de l'échantillon complet, 41,1 % des participants présentaient des signes d'usure dentaire avec exposition de la dentine. La prévalence était plus élevée chez les hommes (44,9 %) que chez les femmes (37,2 %). La taille des échantillons dans les groupes d'âge allant jusqu'à 34 ans était trop faible pour permettre des comparaisons appropriées. Cependant, la proportion de participants présentant une usure dentaire augmentait, passant de 45,9 % dans le groupe d'âge 35-44 ans à 62,9 % dans le groupe d'âge 75 ans et plus. La prévalence de l'usure dentaire était similaire entre les différentes régions. Dans l'échantillon apparié, la prévalence de l'usure dentaire diminuait avec le niveau d'instruction. Une prévalence nettement plus élevée a été enregistrée chez les participants n'ayant qu'un niveau d'éducation primaire ou aucun diplôme (69,3 %) par rapport à ceux disposant du niveau d'éducation le plus élevé (48,4 %). Aucune différence de perte de tissu dentaire par usure n'a été constatée entre les participants bénéficiaires ou non du statut social BIM.

**Tableau 6.18.** Fréquence d'usure dentaire des participants dentés de 6 ans et plus ( $N= 1\,665$  et  $N= 1\,329$ ),  
Enquête sur la santé bucco-dentaire, Belgique, 2023-2024 ( $N= 1\,724$  et  $N= 1\,382$ )

		Usure dentaire	
		N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	396	44.9
	Femmes	347	37.2
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	6-7	5	21.3
	8-11	9	12.6
	12-14	10	12.9
	15-24	13	9.9
	25-34	52	36.2
	35-44	105	45.9
	45-54	140	53.2
	55-64	168	60.8
	65-74	155	59.4
<b>RÉGION</b>	≥75	86	62.9
	Région flamande	486	41.8
	Région de Bruxelles-Capitale	62	40.3
<b>TOTAL</b>	Région wallonne	195	39.8
	Denté* ≥ 6	<b>743</b>	<b>41.1</b>
<b>ÉDUCATION</b>	Denté* ≥ 12	<b>729</b>	<b>43.8</b>
	Primaire/sans diplôme	21	69.3
	Secondaire inférieur	69	58.6
	Secondaire supérieure	162	50.3
<b>STATUT</b>	Enseignement supérieur	219	48.4
	Non	512	42.0
<b>SOCIAL BIM</b>	Oui	87	41.6
	Denté* ≥ 6	<b>600</b>	<b>42.0</b>
<b>TOTAL</b>	Denté* ≥ 12	<b>589</b>	<b>44.2</b>

Source : OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ;  
*N*= nombre de participants ; % = pourcentage ; \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle.  
Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

#### 6.5.4.5. Hypominéralisation des molaires et des incisives (HMI)

L'HMI est un défaut de développement systémique de l'email affectant une ou plusieurs premières molaires permanentes et elle est fréquemment associée à des lésions sur les incisives permanentes. L'HMI se caractérise par des opacités bien délimitées causées par une réduction des composants inorganiques de l'email, ce qui entraîne une décoloration blanchâtre, crèmeuse ou brunâtre (Ghanim *et al.*, 2017). Il s'agit d'un défaut qualitatif de l'email et l'hypominéralisation peut conduire à une absence partielle ou totale d'email dans le cas d'un délabrement post-éruptif.

Le tableau 6.19 montre la prévalence de l'HMI chez les participants âgés de 6 ans et plus. Dans l'échantillon complet, la prévalence de l'HMI était faible (6,9 %), sans différence notable entre les hommes et les femmes. La différence de prévalence observée entre le groupe d'âge 12-14 ans et les groupes plus âgés peut s'expliquer en partie par les traitements de restauration sur les molaires atteintes, rendant plus difficile l'identification clinique ultérieure de l'affection. En outre, les cas les plus sévères peuvent avoir nécessité l'extraction, ce qui réduit également le nombre de cas identifiables au moment de l'examen.

Néanmoins, en raison du petit nombre de cas, il n'est pas possible de tirer des conclusions définitives pour les différents groupes d'âge. Aucune différence significative dans la prévalence de l'HMI n'a été observée entre les régions. La prévalence de l'HMI chez les personnes ayant le statut social BIM était plus faible (4,1 %) que chez celles n'ayant pas ce statut (6,1 %).

**Tableau 6.19.** Fréquence de l'hypominéralisation des molaires et des incisives des participants dentés de 6 ans et plus ( $N= 1\,715$  et  $N= 1\,374$ ), OHDRES 2023-2024, Belgique ( $N= 1\,724$  et  $N= 1\,382$ )

	Hypominéralisation des molaires et des incisives (HMI)	
	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	34
	Femmes	53
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	6-7	3
	8-11	12
	12-14	11
	15-24	13
	25-34	11
	35-44	9
	45-54	10
	55-64	9
	65-74	7
<b>RÉGION</b>	≥75	2
	Région flamande	53
	Région de Bruxelles-Capitale	9
<b>TOTAL</b>	Région wallonne	25
	Denté* ≥6y	<b>87</b>
<b>ÉDUCATION</b>	<b>6.9</b>	
	Primaire/sans diplôme	2
	Secondaire inférieur	3
	Secondaire supérieur	7
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Enseignement supérieur	12
	Non	51
	Oui	6
<b>TOTAL</b>	Denté* ≥6	<b>58</b>
		<b>5.9</b>

Source : OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N = nombre de participants ;

% = pourcentage ; \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle.

Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

#### 6.5.4.6. Traumatisme dentaire

Le tableau 6.20 montre le nombre de participants ayant au moins une dent présentant des signes de traumatisme dentaire. Dans l'échantillon complet, 2,4 % des participants étaient concernés. En raison du faible nombre de cas dans les différents sous-groupes, il n'est pas possible de tirer des conclusions valables sur les différences observées. Les dents les plus souvent touchées étaient les incisives centrales supérieures, tant en denture permanente qu'en denture temporaire.

**Tableau 6.20.** Fréquence de participants dentés de 5 ans et plus ayant au moins une dent avec traumatisme dentaire ( $N=1\ 674$  et  $N=1\ 337$ ),  
OHDRES 2023-2024, Belgique ( $N= 1\ 724$  et  $N= 1\ 382$ )

		Au moins une dent avec un signe de traumatisme dentaire	
		N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	25	3.2
	Femmes	17	1.5
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	0	0.0
	8-11	0	0.0
	12-14	0	0.0
	15-24	4	2.4
	25-34	4	3.5
	35-44	6	2.9
	45-54	10	3.1
	55-64	10	3.5
	65-74	5	2.3
	≥75	3	1.2
<b>RÉGION</b>	Région flamande	26	2.6
	Région de Bruxelles-Capitale	4	2.6
	Région wallonne	12	1.7
<b>TOTAL</b>	Denté*	42	2.4
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	0	0.0
	Secondaire inférieur	2	2.1
	Secondaire supérieur	12	3.6
	Enseignement supérieur	14	4.8
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	35	3.2
	Oui	3	1.4
<b>TOTAL</b>	Denté*	38	2.9

Source : OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ;

$N$  = nombre de participants ; % = pourcentage ; \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

### 6.5.5. Anomalies dento-faciales antérieures

Le tableau 6.21 décrit la prévalence des anomalies dento-faciales antérieures chez les participants de 12 ans et plus (Mohlin *et al.*, 2017). Dans l'échantillon complet, environ un tiers des participants (36,3 %) présentaient une ou plusieurs anomalies dans le segment antérieur, avec pratiquement aucune différence entre les hommes et les femmes. Ces anomalies dento-faciales antérieures étaient les plus fréquentes chez les participants âgés de 35 à 74 ans, avec une prévalence avoisinant les 40,0 %. Dans les autres groupes d'âge, la taille des échantillons était insuffisante pour permettre une interprétation fiable. La région de Bruxelles-Capitale montrait une prévalence plus élevée (40,7 %) que la Région flamande (35,6 %) et que la Région wallonne (36,0 %).

Dans l'échantillon apparié, la prévalence des anomalies augmentait de façon marquée avec le niveau d'instruction, allant de 26,5 % chez les participants ayant fait des études primaires ou n'ayant aucun diplôme à 42,9 % chez ceux ayant suivi des études supérieures. Néanmoins, la prévalence de ces anomalies ne différait que légèrement en fonction du statut social, 36,2% chez les participants bénéficiant du statut BIM et 34,6 % chez leurs homologues non BIM.

**Tableau 6.21.** Fréquence de participants dentés de 12 ans et plus avec au moins une anomalie dento-faciale antérieure  
(N= 1 561 et N= 1 251), OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

	Anomalie dento-faciale antérieure	
	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	289
	Femmes	313
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	12-14	29
	15-24	40
	25-34	52
	35-44	93
	45-54	120
	55-64	129
	65-74	98
	≥75	41
<b>RÉGION</b>	Région flamande	390
	Région de Bruxelles-Capitale	53
	Région wallonne	159
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>602</b>
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	11
	Secondaire inférieur	33
	Secondaire supérieur	121
	Enseignement supérieur	198
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	419
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>477</b>
		<b>36.3</b>

Source : OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ;  
N= nombre de participants ; % = pourcentage ; \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle.  
Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

Le tableau 6.22 montre la distribution des anomalies d'espace dentaire et des malocclusions dento-faciales antérieures les plus répandues. L'encombrement a été défini comme une condition dans laquelle l'espace disponible entre la canine droite et la canine gauche était insuffisant pour permettre un alignement normal des quatre incisives. Seuls les cas présentant un encombrement supérieur à 2 mm ont été enregistrés. La malocclusion horizontale a été définie comme un surplomb maxillaire de  $\geq 6$  mm ou un surplomb mandibulaire de  $> 0$  mm. La malocclusion verticale a été définie comme une suoclusion de  $\geq 5$  mm ou une béance  $> 0$  mm.

Dans l'échantillon complet, la présence d'encombrement a été observée chez 24,7 % des participants. La malocclusion verticale a été enregistrée dans 13,4 % des cas et la malocclusion horizontale dans 10,2 %. Des différences mineures ont été observées entre les hommes et les femmes concernant ces conditions. L'encombrement est légèrement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (25,3 % contre 24,0 %), de même que la malocclusion horizontale (10,9 % contre 9,4 %). Cependant, la tendance s'inversait pour la malocclusion verticale, avec une prévalence de 12,5 % chez les hommes et de 14,4 % chez les femmes.

**Tableau 6.22.** Fréquence de participants dentés de 12 ans et plus avec au moins une anomalie dento-faciale antérieure : encombrement (N=1 499 et N= 1 195), malocclusion verticale (N= 1 474 et N= 1 177) et malocclusion horizontale (N= 1 472 et N= 1 176), OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

	Anomalie dento-faciale antérieure	Encombrement		Malocclusion verticale		Malocclusion horizontale	
		N	%	N	%	N	%
<b>SEXE</b>	Hommes	205	25.3	118	12.5	90	10.9
	Femmes	183	24.0	111	14.4	75	9.4
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	12-14	21	26.1	13	16.5	9	12.2
	15-24	22	14.0	19	13.4	11	4.9
	25-34	24	13.6	27	12.4	18	13.6
	35-44	72	32.1	31	13.7	10	3.8
	45-54	83	30.0	44	14.3	35	12.6
	55-64	86	30.2	43	13.5	41	14.6
	65-74	61	28.7	35	12.1	26	9.6
	≥75	19	21.2	17	11.8	15	12.3
<b>RÉGION</b>	Région flamande	250	24.5	149	14.3	119	11.6
	Région de Bruxelles-Capitale	32	24.7	21	16.0	16	10.7
	Région wallonne	106	25.0	59	10.6	30	7.1
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>388</b>	<b>24.7</b>	<b>229</b>	<b>13.4</b>	<b>165</b>	<b>10.2</b>
<b>ÉDUCATION</b>	École primaire/sans diplôme	4	10.9	3	11.1	4	11.3
	Secondaire inférieur	15	14.8	16	12.1	10	11.3
	Secondaire supérieur	77	26.8	48	14.3	40	11.9
	Enseignement supérieur	136	30.7	69	14.7	50	10.4
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	268	25.3	159	13.6	117	9.9
	Oui	32	17.8	24	18.6	19	10.5
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>300</b>	<b>24.1</b>	<b>184</b>	<b>14.5</b>	<b>136</b>	<b>10.0</b>

Source : OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N= nombre de participants ; % = pourcentage ;

\*denté = participant ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

Aucune tendance claire n'a été détectée selon les différents groupes d'âge. La prévalence de l'encombrement variait de 13,6 % à 32,1 %, celle de la malocclusion verticale de 11,8 % à 16,5 % et celle de la malocclusion horizontale de 3,8 % à 14,6 %. Il convient de souligner que la petite taille des échantillons dans de nombreux groupes d'âge limite la fiabilité des interprétations. Concernant les régions, la prévalence de l'encombrement ne présentait pratiquement pas de différences. Toutefois, la malocclusion verticale était plus fréquente dans la région de Bruxelles-Capitale (16,0 %), comparée à la Région flamande (14,3 %) et à la Région wallonne (10,6 %). La malocclusion horizontale était quant à elle plus courante en Région flamande (11,6 %) qu'en Région de Bruxelles-Capitale (10,7 %) et en Région wallonne (7,1 %).

Dans l'échantillon apparié, la prévalence de l'encombrement et de la malocclusion verticale augmentait avec le niveau d'instruction, allant de 10,9 % à 30,7 % et de 11,1 à 14,7 %, respectivement. En contraste, la malocclusion horizontale diminuait légèrement, passant de 11,3 % à 10,4 %. En ce qui concerne le statut social BIM, tous les types de malocclusions étaient plus fréquents chez les participants bénéficiant d'un statut BIM.

## **6.5.6. Prothèses dentaires**

### **6.5.6.1. Prothèse fixe et prothèse amovible partielle**

L'état prothétique dentaire a été enregistré chez tous les participants (Tableau 6.23). Dans l'échantillon complet, 8,7% avaient une couronne ou un bridge, tandis que 7,6% portaient des prothèses amovibles partielles. Les prothèses fixes étaient plus fréquemment observées chez les femmes que chez les hommes (10,2 % versus 7,2 %), tout comme les prothèses amovibles partielles, observées chez 8,7 % des femmes contre 6,6 % des hommes. La présence de prothèses fixes et de prothèses amovibles partielles augmentait à partir de 25 ans. Dans le groupe des participants âgés de 25 à 34 ans, un seul cas de prothèse partielle amovible a été enregistré.

Les reconstitutions prothétiques fixes étaient plus fréquemment enregistrées chez les participants de la Région flamande que chez ceux des Régions wallonne et de Bruxelles-Capitale (9,2 % versus 8,4 % versus 7,4 %, respectivement). Une tendance similaire a été identifiée pour la présence de prothèses amovibles partielles avec des taux de prévalence de 8,6 % en Région flamande, 7,2 % en Région wallonne et 4,0 % en Région de Bruxelles-Capitale.

Dans l'échantillon apparié, les participants ayant un niveau d'instruction élevé présentaient une prévalence significativement plus faible de prothèses fixes (11,0 %) et de prothèses amovibles partielles (5,5 %) par rapport à ceux n'ayant qu'un niveau d'instruction primaire ou aucun diplôme (18,2 % et 17,1 %, respectivement). Par ailleurs, les participants bénéficiant du statut social BIM portaient plus fréquemment des prothèses amovibles (12,0 %) que les homologues non BIM (7,2 %).

Parmi les porteurs de prothèses amovibles partielles, la majorité était appareillé de prothèses à base de résine (46,2 %), tandis que 40,9 % portaient des prothèses amovibles partielles à armature métallique et 12,9 % présentaient une combinaison des deux types.

### **6.5.6.2. Prothèse amovible complète**

Le pourcentage global de participants de l'échantillon complet portant des prothèses amovibles complètes était de 5,8 %, comme le montre le tableau 6.23. La prévalence de ces prothèses était significativement plus élevée chez les femmes (6,6 %) que chez les hommes (5,0 %). Le port de prothèses amovibles complètes augmentait clairement avec l'âge. Ainsi, parmi les participants âgés de 25 à 34 ans, seuls 0,8 % ( $n = 1$ ) en portaient, contre 30,5 % chez ceux âgés de 75 ans et plus.

Les porteurs de prothèses amovibles complètes étaient significativement plus nombreux parmi les participants de la Région flamande (7,3 %) que parmi ceux de la Région wallonne (4,5 %) et de la Région de Bruxelles-Capitale (1,6 %).

Dans l'échantillon apparié, la fréquence de présence d'une prothèse amovible complète était significativement plus faible chez les participants ayant un niveau d'instruction élevé (2,6 %) que chez ceux n'ayant qu'un niveau d'instruction primaire ou aucun diplôme (37,6 %). En outre, les participants bénéficiant du statut social BIM présentaient un taux de port de prothèses amovibles complètes plus de deux fois supérieur (11,5 %) à celui de leurs homologues non BIM (5,5 %). Ces résultats mettent en évidence l'influence déterminante des facteurs sociaux sur l'état de santé bucco-dentaire.

**Tableau 6.23.** Fréquence de participants avec au moins un bridge (N= 1 724 et N= 1 382), une prothèse amovible partielle (N= 1 724 et N= 1 382), ou une prothèse amovible complète (N= 1 724 et N= 1 382), OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

		Bridge		Prothèse amovible partielle		Prothèse amovible complète	
		N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	88	7.2	78	6.6	60	5.0
	Femmes	108	10.2	88	8.7	64	6.6
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	8-11	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	12-14	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	15-24	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	25-34	4	1.9	1	0.8	1	0.8
	35-44	12	5.4	10	4.1	2	0.6
	45-54	31	10.8	11	3.5	5	1.1
	55-64	52	15.1	32	11.0	22	7.6
	65-74	67	21.6	56	19.6	44	15.5
	≥75	30	22.4	56	32.6	50	30.5
<b>RÉGION</b>	Région flamande	132	9.2	108	8.6	93	7.3
	Région de Bruxelles-Capitale	17	7.4	11	4.0	3	1.6
	Région wallonne	47	8.4	47	7.2	28	4.5
<b>TOTAL</b>		<b>196</b>	<b>8.7</b>	<b>166</b>	<b>7.6</b>	<b>124</b>	<b>5.8</b>
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	5	18.2	7	17.1	13	37.6
	Secondaire inférieur	14	9.1	27	20.3	29	22.3
	Secondaire supérieur	52	12.3	47	12.4	38	9.4
	Enseignement supérieur	64	11.0	32	5.5	14	2.6
<b>STATUT</b>	Non	142	8.7	111	7.2	84	5.5
<b>SOCIAL BIM</b>	Oui	17	6.4	31	12.0	27	11.5
<b>TOTAL</b>		<b>159</b>	<b>8.3</b>	<b>142</b>	<b>8.0</b>	<b>111</b>	<b>6.5</b>

Source : OHDRES 2023-2024 ; HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

**Tableau 6.24.** Nombre de participants âgés de 35 ans et plus portant une prothèse complète amovible au niveau d'une ou des deux mâchoire(s) (N= 1 224 et N= 993),  
OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

	Maxillaire édenté	Mandibule édentée		Maxillaire et mandibule édentés		Prothèse complète amovible maxillaire		Prothèse complète amovible mandibule		Prothèse complète amovible maxillaire et mandibule	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	58	4.9	31	2.7	27	2.4	56	7.7	29	4.2
	Femmes	69	7.2	23	2.5	23	2.5	64	10.9	23	3.9
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	35-44	1	0.3	1	0.3	1	0.3	2	0.6	0	0.0
	45-54	6	1.6	3	0.9	3	0.9	5	1.1	3	0.9
	55-64	24	8.5	8	2.4	8	2.4	22	7.9	7	2.1
	65-74	46	16.4	21	7.2	18	6.2	42	14.6	18	5.1
	≥75	49	30.5	20	13.8	19	13.5	49	30.2	24	15.2
<b>RÉGION</b>	Région flamande	93	7.3	37	3.0	33	2.7	90	11.6	39	5.2
	Région de Bruxelles-Capitale	3	1.6	0	0.0	0	0.0	3	3.0	1	0.8
	Région wallonne	31	5.0	17	2.8	17	2.8	27	6.8	12	2.7
<b>TOTAL</b>		<b>126</b>	<b>9.9</b>	<b>53</b>	<b>4.2</b>	<b>49</b>	<b>3.9</b>	<b>120</b>	<b>9.4</b>	<b>52</b>	<b>4.0</b>
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	13	37.6	7	17.6	7	17.6	13	42.1	8	23.2
	Secondaire inférieur	30	23.6	13	11.6	12	11.3	29	24.6	13	12.4
	Secondaire supérieur	39	9.7	9	1.7	9	1.7	38	11.8	10	2.4
	Enseignement supérieur	13	2.4	11	2.1	8	1.6	11	2.7	9	2.3
<b>STATUT</b>	Non	83	5.5	37	2.6	33	2.4	80	8.5	33	3.4
<b>SOCIAL BIM</b>	Oui	28	12.2	12	5.0	12	5.0	27	21.2	13	9.7
<b>TOTAL</b>		<b>110</b>	<b>10.7</b>	<b>48</b>	<b>4.7</b>	<b>44</b>	<b>4.5</b>	<b>107</b>	<b>10.3</b>	<b>46</b>	<b>4.3</b>
											<b>4.1</b>

Source : OHDRES 2023-2024, HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N= nombre de participants ; % = pourcentage.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

Comme le montre le tableau 6.24, une distinction a été faite entre les participants portant une prothèse amovible complète au maxillaire, à la mandibule et aux deux mâchoires. Sur l'ensemble des participants de l'échantillon complet, 9,4 % des participants portaient une prothèse amovible complète au maxillaire, 4,0 % à la mandibule et 3,8 % aux deux mâchoires. La présence de prothèses amovibles complètes au maxillaire augmentait de 0,6 % dans la tranche d'âge 35-44 ans à 30,2 % chez les participants âgés de 75 ans et plus. Les taux correspondants pour la mandibule étaient nettement inférieurs, allant de 0,0 % à 15,2 %. De même, la proportion de participants portant des prothèses amovibles complètes aux deux mâchoires passait de 0,0 % dans le groupe 35-44 ans à 14,8 % chez les 75 ans et plus. Par ailleurs, si l'on compare ce dernier chiffre au pourcentage d'édentés complets dans l'échantillon (3,9 %), il apparaît que presque tous les édentés étaient porteurs d'une prothèse amovible complète (3,8 %).

Dans l'échantillon apparié, le port de prothèses amovibles complètes dans les deux mâchoires était significativement plus faible chez les participants ayant un niveau d'instruction élevé (1,7 %) que chez ceux n'ayant qu'un niveau d'éducation primaire ou aucun diplôme (23,2 %). De même, seuls 3,1 % des participants ne bénéficiant pas du statut social BIM portaient des prothèses amovibles complètes dans les deux mâchoires, contre 9,7 % de ceux bénéficiant de ce statut. Ces résultats soulignent l'influence des indicateurs sociaux sur l'état de santé bucco-dentaire des participants.

#### 6.5.6.3. *Implants*

La proportion globale de participants ayant au moins un implant dentaire dans l'échantillon complet était de 8,2 %, sans aucune différence entre les hommes et les femmes (8,2 % contre 8,1 %). Le nombre moyen d'implants chez les participants âgés de 15 à 24 ans et plus était de 0,2 ( $\pm 0,9$ ). Le nombre de participants ayant des implants augmentait à partir de 25 ans. Parmi les participants âgés de 25 à 34 ans, seuls quatre implants ont été enregistrés. La proportion d'implants en Région flamande (9,0 %) était comparable à celle de la Région de Bruxelles-Capitale (9,8 %) ; toutes deux présentant des taux plus élevés que la Région wallonne (5,8 %).

Dans l'échantillon apparié, la prévalence des implants dentaires était plus élevée chez les participants ayant un niveau d'instruction élevé (12,6 %) que chez ceux ayant le niveau d'instruction le plus bas (8,0 %). De même, parmi les participants bénéficiant du statut social BIM, 6,1 % avaient des implants, contre 9,1 % chez ceux ne relevant pas de ce statut.

Au total, neuf participants édentés (11,4 %) âgés de 15 ans et plus avaient des implants.

#### 6.5.6.4. *Édentation sans remplacement prothétique*

Seuls les participants âgés de 35 ans et plus ont été pris en compte pour l'évaluation de l'édentation complète. Parmi eux, le nombre de participants édentés sans remplacement prothétique était limité à 2 sur 49 (4,1 %).

### **6.5.7. Contacts occlusaux fonctionnels et occlusion fonctionnelle**

Les contacts occlusaux fonctionnels ont été évalués en comptant le nombre total de contacts occlusaux entre les dents naturelles et/ou les prothèses fixes (prémolaires et molaires) en occlusion au niveau de chaque hémio-arcade (droite et gauche). Si une dent était en contact avec deux dents antagonistes, un seul contact était enregistré. Pour les participants portant une prothèse amovible, les contacts occlusaux ont d'abord été évalués sans la prothèse amovible en place, puis à nouveau avec la prothèse en bouche. Le nombre total de contacts fonctionnels par participant pouvait varier de 0 à 10.

Le tableau 6.25 présente le nombre de contacts occlusaux fonctionnels mesurés à la fois sans et avec le port d'une prothèse amovible, chez les participants âgés de 15 ans et plus. Dans l'échantillon complet, pour les participants ne portant pas de prothèse amovible, qu'ils en aient une ou non, le nombre moyen de contacts occlusaux entre les dents naturelles et/ou les prothèses fixes était de 6,6 ( $\pm 3,0$ ). Le nombre moyen de contacts occlusaux fonctionnels était légèrement plus élevé chez les hommes ( $7,1 \pm 2,9$ ) que chez les femmes ( $6,7 \pm 3,0$ ). Le nombre moyen de contacts occlusaux diminuait considérablement avec l'âge, passant de 8,4 ( $\pm 1,5$ ) dans le groupe des 15-24 ans à 3,3 ( $\pm 3,3$ ) chez les participants âgés de 75 ans et plus. La Région flamande a enregistré le nombre moyen le plus bas de contacts fonctionnels occlusaux ( $6,6 \pm 3,0$ ), suivie par la Région wallonne ( $7,1 \pm 3,0$ ) et la Région de Bruxelles-Capitale ( $7,8 \pm 2,6$ ).

Dans l'échantillon apparié, les participants ayant le niveau d'instruction le plus élevé présentaient un nombre moyen de contacts occlusaux fonctionnels significativement plus élevé ( $7,5 \pm 2,4$ ) que ceux ayant le niveau d'instruction le plus bas ( $4,8 \pm 4,1$ ). Par ailleurs, le nombre moyen de contacts occlusaux était également plus élevé chez les participants ne bénéficiant pas du statut social BIM ( $6,9 \pm 2,9$ ) que chez ceux bénéficiant de ce statut ( $5,9 \pm 3,5$ ).

Pour les participants porteurs d'une prothèse amovible, le nombre moyen de contacts occlusaux entre les dents naturelles et/ou les prothèses fixes et la prothèse amovible était de 7,5 ( $\pm 2,3$ ) dans l'échantillon complet. Aucune différence significative n'a été observée entre les hommes et les femmes. Néanmoins, une diminution progressive du nombre moyen de contacts occlusaux a été notée avec l'âge, passant de 8,4 ( $\pm 1,5$ ) dans le groupe des 15-24 ans à 5,9 ( $\pm 2,9$ ) chez les participants âgés de 75 ans et plus. De légères différences ont été enregistrées entre les régions, la Région flamande enregistrant le nombre moyen le plus bas de contacts occlusaux fonctionnels ( $7,3 \pm 2,3$ ), suivie par la Région wallonne ( $7,6 \pm 2,3$ ) et la Région de Bruxelles-Capitale ( $8,1 \pm 2,2$ ).

Dans l'échantillon apparié, le niveau d'instruction était associé à un nombre plus élevé de contacts occlusaux fonctionnels. Les participants ayant le niveau d'instruction le plus élevé présentaient un nombre moyen de contacts occlusaux plus élevé ( $7,8 \pm 2,0$ ) que ceux ayant le niveau d'instruction le plus bas ( $6,8 \pm 3,2$ ). Par ailleurs, le nombre moyen de contacts occlusaux était légèrement inférieur chez les participants bénéficiant du statut social BIM comparé à ceux ne relevant pas de ce statut ( $7,1 \pm 2,6$  contre  $7,5 \pm 2,3$ ).

**Tableau 6.25.** Nombre de contacts fonctionnels occlusaux des participants de 15 ans et plus ( $N= 1\,488$  et  $N= 1\,230$ ), OHDRES 2023-2024, Belgique ( $N= 1\,724$  et  $N= 1\,382$ ).

		Contacts fonctionnels occlusaux			
		Entre paires de dents naturelles antagonistes, y compris les prothèses fixes, sans éventuelle prothèse amovible ( $N= 1,488$ )		Entre paires de dents naturelles, y compris les prothèses fixes, et/ou dents de prothèse amovible antagoniste ( $N= 1,531$ )	
		Moyenne	DS	Moyenne	DS
<b>SEXÉ</b>	Hommes	7.1	2.9	7.6	2.2
	Femmes	6.7	3.0	7.4	2.4
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	15-24	8.4	1.5	8.4	1.5
	25-34	8.5	1.5	8.5	1.5
	35-44	7.9	1.9	8.0	1.9
	45-54	7.6	2.2	7.9	2.0
	55-64	6.1	3.0	6.8	2.4
	65-74	4.9	3.3	6.3	2.5
	≥75	3.3	3.3	5.9	2.9
<b>RÉGION</b>	Région flamande	6.6	3.0	7.3	2.3
	Région de Bruxelles-Capitale	7.8	2.6	8.1	2.2
	Région wallonne	7.1	3.0	7.6	2.3
<b>TOTAL</b>		<b>6.6</b>	<b>3.0</b>	<b>7.5</b>	<b>2.3</b>
		(N=1,230)		(N=1,238)	
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	4.8	4.1	6.8	3.2
	Secondaire inférieur	4.5	3.4	6.2	2.6
	Secondaire supérieur	6.4	3.2	7.3	2.4
	Enseignement supérieur	7.5	2.4	7.8	2.0
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	6.9	2.9	7.5	2.3
<b>TOTAL</b>		<b>6.8</b>	<b>3.0</b>	<b>7.4</b>	<b>2.3</b>

Source : OHDRES 2023-2024 ; HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N = nombre de participants ; DS = écart-type.  
Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

Dans ce rapport, l'occlusion fonctionnelle a été définie comme la présence d'au moins 20 dents naturelles, dont un minimum de 10 dents au maxillaire et de 10 dents à la mandibule, ainsi que la présence bilatérale d'au moins 2 contacts occlusaux fonctionnels, comme décrit par Reissmann et al. (2019).

Le tableau 6.26 montre la prévalence de l'occlusion fonctionnelle, avec et sans prise en compte de la présence d'une prothèse amovible. Dans l'échantillon complet, 79,4 % des participants âgés de 15 ans et plus présentaient une occlusion fonctionnelle, indépendamment de l'usage de prothèses amovibles. Cette proportion augmentait à 89,6 % lorsque les prothèses amovibles étaient incluses dans l'évaluation. Les hommes présentaient une occlusion fonctionnelle plus fréquemment que les femmes, que ce soit en l'absence ou en présence de prothèse amovible.

Le pourcentage de participants présentant une occlusion fonctionnelle diminuait progressivement avec l'âge. Parmi les participants âgés de 15 à 24 ans, 99,6 % présentaient une occlusion fonctionnelle, indépendamment de la présence ou l'absence d'une prothèse amovible, tandis que cette proportion chutait à seulement 32,4 % chez les participants âgés de 75 ans et plus en l'absence de prothèse amovible. En présence de prothèses amovibles, les chiffres correspondants, pour les participants âgés de 15 à 24 ans comparés aux participants âgés de 75 ans et plus, étaient respectivement de 99,6 % et 73,1 %. C'est en Région flamande que la proportion de participants présentant une occlusion fonctionnelle, sans ou avec port de prothèses amovibles, était la plus réduite en comparaison à la Région wallonne et à la Région de Bruxelles-Capitale.

**Tableau 6.26.** Nombre de participants âgés de 15 ans et plus avec une occlusion fonctionnelle (N= 1 488 et N= 1 245),  
OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

		Occlusion fonctionnelle sans port de prothèse amovible		Occlusion fonctionnelle avec port de prothèse amovible	
		N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	541	81.7	625	90.5
	Femmes	611	77.3	710	88.7
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	15-24	152	99.6	152	99.6
	25-34	157	97.5	158	98.3
	35-44	210	92.6	214	93.8
	45-54	238	89.7	250	92.8
	55-64	209	72.2	243	85.2
	65-74	143	55.7	208	78.5
	≥75	43	32.4	110	73.1
<b>RÉGION</b>	Région flamande	746	76.8	873	88.6
	Région de Bruxelles-Capitale	92	88.9	103	94.0
	Région wallonne	314	81.3	359	89.9
<b>TOTAL</b>		<b>1 152</b>	<b>79.4</b>	<b>1 335</b>	<b>89.6</b>
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	12	39.3	25	78.9
	Secondaire inférieur	55	48.6	91	76.2
	Secondaire supérieur	231	75.3	284	88.2
	Enseignement supérieur	383	87.0	413	92.9
<b>STATUT</b>	Non	813	79.9	935	89.3
<b>SOCIAL BIM</b>	Oui	97	64.9	132	83.5
<b>TOTAL</b>		<b>912</b>	<b>77.7</b>	<b>1 069</b>	<b>88.4</b>

Source : OHDRES 2023-2024 ; HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022. N = nombre de participants ; % = pourcentage.  
Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

Dans l'échantillon apparié, le niveau d'instruction apparaissait comme un facteur déterminant important de l'occlusion fonctionnelle. Sans tenir compte du port d'une prothèse amovible, seulement 39,3 % des participants ayant un niveau d'instruction primaire ou sans diplôme avaient une occlusion fonctionnelle, par rapport à 87,0 % parmi ceux ayant le niveau d'instruction le plus élevé. Lorsque les prostheses amovibles étaient portées, les chiffres correspondants s'élevaient respectivement à 78,9 % et 92,9 %. Une tendance similaire a été enregistrée chez les participants bénéficiant du statut social BIM dont 64,9 % présentaient une occlusion fonctionnelle, sans le port de prostheses amovibles, contre 79,9 % chez ceux qui n'ont pas ce statut. En présence de prostheses amovibles, cette différence s'atténueait, avec des proportions respectives de 83,5 % à 89,3 %.

## **6.6. Résultats : Comportement rapporté concernant la santé bucco-dentaire**

### **6.6.1. Habitudes d'hygiène bucco-dentaire**

Dans cette section, nous présentons une vue d'ensemble des données combinées issues de l'entretien en face-à-face de la HIS 2023-2024 réalisé par Sciensano, et des données extraites de la base de données AIM 2018-2022. Cet ensemble constitue l'échantillon apparié. En outre, cette section porte spécifiquement sur les habitudes d'hygiène bucco-dentaire quotidiennes des participants âgés de 5 ans et plus. Les données concernent le brossage des dents naturelles et des prothèses fixes, l'utilisation d'un dentifrice fluoré, le nettoyage interdentaire, ainsi que le brossage des prothèses amovibles et/ou complètes.

#### *6.6.1.1. Fréquence de brossage des dents*

Le tableau 6.27 décrit les données relatives à la fréquence du brossage des dents chez les participants dentés, définis comme des participants possédant au moins une dent naturelle. Plus de la moitié d'entre eux (60,2 %) ont déclaré se brosser les dents au moins deux fois par jour. Une proportion considérable (36,5 %) se brossaient les dents une fois par jour, tandis que 3,1 % ont indiqué ne pas se brosser les dents quotidiennement. Enfin, quatre participants (0,2 %) ont déclaré ne jamais se brosser les dents.

Les femmes ont déclaré se brosser les dents deux fois par jour plus fréquemment que les hommes (67,2 % comparé à 52,9 %). Les participants âgés de 25 à 34 ans étaient les plus nombreux à signaler un brossage des dents deux fois par jour (70,3 %), tandis que ceux âgés de 55 à 64 ans étaient les moins nombreux (54,7 %). En outre, le brossage biquotidien était le plus fréquent dans la Région de Bruxelles-Capitale (81,1 %), suivie de la Région flamande (58,1 %) et de la Région wallonne (56,4 %). Une tendance à la hausse était également observée avec l'élévation du niveau d'instruction, passant de 48,3 % chez les participants ayant un niveau secondaire inférieur à 66,6 % chez ceux ayant le niveau d'instruction le plus élevé. Cette tendance ne se retrouvait pas dans le groupe ayant un niveau d'instruction primaire ou aucun diplôme, mais il s'agissait d'un groupe de très petite taille. Aucune différence n'a été observée concernant le statut social des participants.

**Tableau 6.27.** Fréquence du brossage dentaire rapportée par les participants dentés de 5 ans et plus ( $N= 1\,079$ ),  
OHDRES 2023-2024, Belgique ( $N= 1\,724$  et  $N= 1\,382$ )

		Brossage des dents							
		Deux fois par jour ou plus		Une fois par jour		Moins d'une fois par jour		Jamais	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	246	52.9	226	41.1	36	5.6	4	0.4
	Femmes	374	67.2	188	32.1	5	0.7	0	0.0
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	13	55.4	9	44.6	0	0.0	0	0.0
	8-11	25	60.0	17	37.2	2	1.7	1	1.2
	12-14	21	52.2	14	46.6	1	1.2	0	0.0
	15-24	61	60.4	35	37.3	2	2.3	0	0.0
	25-34	68	70.3	34	25.0	5	4.7	0	0.0
	35-44	84	62.6	47	34.8	5	2.7	0	0.0
	45-54	105	62.5	65	33.0	8	4.5	0	0.0
	55-64	101	54.7	83	42.9	5	2.2	1	0.3
	65-74	93	54.8	77	41.3	6	3.1	2	0.8
	≥75	49	58.1	33	35.5	7	6.4	0	0.0
<b>RÉGION</b>	Région flamande	465	58.1	314	37.5	35	4.1	4	0.3
	Région de Bruxelles-Capitale	43	81.0	14	18.2	2	0.8	0	0.0
	Région wallonne	112	56.4	86	41.8	4	1.8	0	0.0
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	14	63.4	11	31.3	1	4.2	1	1.2
	Secondaire inférieur	52	48.3	46	45.6	7	5.6	1	0.5
	Secondaire supérieur	161	55.0	131	39.5	18	5.5	0	0.0
	Enseignement supérieur	272	66.6	154	31.2	10	2.1	1	0.1
<b>STATUT</b>	Non	538	60.1	368	36.9	35	2.9	2	0.1
<b>SOCIAL BIM</b>	Oui	80	60.0	46	34.7	6	4.7	2	0.7
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>620</b>	<b>60.2</b>	<b>414</b>	<b>36.5</b>	<b>41</b>	<b>3.1</b>	<b>4</b>	<b>0.2</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage ; \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle.  
Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

#### 6.6.1.2. Utilisation de dentifrice fluoré

Le tableau 6.28 illustre la fréquence d'utilisation quotidienne d'un dentifrice fluoré, recommandée pour le contrôle des caries dentaires. Le brossage des dents avec un dentifrice fluoré est reconnu comme une mesure essentielle de santé publique, car il permet à la fois l'élimination mécanique de la plaque dentaire et l'application topique de fluor.

La plupart des participants dentés (81,6 %) ont déclaré utiliser un dentifrice contenant du fluor. Aucune différence n'a été observée entre les hommes et les femmes. L'utilisation la plus élevée de dentifrice fluoré a été rapportée chez les participants âgés de 45 à 54 ans (88,9 %), alors que tous les autres groupes d'âge rapportaient des taux d'utilisation d'au moins 77,0 %. Sur le plan régional, l'utilisation régulière dentifrice fluoré était la plus fréquemment rapporté en Région flamande (84,1 %), suivie de la Région de Bruxelles-Capitale (80,3 %) et de la Région wallonne (75,9 %). Il est intéressant de noter que les participants n'ayant suivi que l'enseignement primaire ou n'ayant aucun diplôme déclaraient plus souvent utiliser un dentifrice fluoré (90,3 %) que ceux ayant le niveau d'instruction le plus élevé (82,1 %). Enfin, une différence marginale a été détectée en fonction du statut social des participants.

**Tableau 6.28.** Utilisation de dentifrice fluoré rapportée par les participants dentés âgés de 5 ans et plus ((N= 935), OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

		Utilisation de dentifrice fluoré	
		N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	361	81.9
	Femmes	410	81.3
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	15	86.4
	8-11	29	77.6
	12-14	29	85.6
	15-24	67	77.0
	25-34	74	77.4
	35-44	101	81.7
	45-54	145	88.9
	55-64	143	84.8
	65-74	119	78.4
	≥75	49	76.4
<b>RÉGION</b>	Région flamande	608	84.1
	Région de Bruxelles-Capitale	34	80.3
	Région wallonne	129	75.9
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	16	90.3
	Secondaire inférieur	75	81.2
	Secondaire supérieur	221	81.9
	Enseignement supérieur	318	82.1
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	681	81.6
	Oui	90	82.4
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>771</b>	<b>81.6</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage

\*Denté = participant ayant au moins une dent naturelle.

Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

#### *6.6.1.3. Nettoyage interdentaire*

Seuls 8,2 % des participants ont rapporté pratiquer un nettoyage interdentaire deux fois par jour, comparé à 17,5 % qui ont déclaré le faire une fois par jour. En revanche, près de la moitié des participants (48,2 %) ont indiqué ne jamais recourir au nettoyage interdentaire.

Les femmes ont rapporté pratiquer un nettoyage interdentaire quotidien plus fréquemment que les hommes (32,0 % versus 19,1 %). La fréquence de cette pratique augmentait avec l'âge, atteignant un maximum chez les participants âgés de 75 ans et plus (37,0 %). Le nettoyage interdentaire quotidien était significativement plus fréquent dans la Région de Bruxelles-Capitale (34,3 %) que dans la Région flamande (26,5 %) et la Région wallonne (19,9 %). Il est intéressant de noter que les participants ayant un niveau d'instruction inférieur (46,3 %) et ceux bénéficiant du statut social BIM (38,5 %) déclaraient un recours quotidien au nettoyage interdentaire plus fréquent par rapport aux participants ayant un niveau d'instruction plus élevé (31,8 %) ou n'ayant pas le statut social BIM (23,4 %).

**Tableau 6.29.** Fréquence du nettoyage interdentaire rapportée par les participants dentés âgés de 5 ans et plus (N= 1 074),  
OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

		Nettoyage interdentaire							
		Deux fois par jour ou plus		Une fois par jour		Moins d'une fois par jour		Jamais	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	36	6.0	76	13.1	123	23.7	272	57.3
	Femmes	64	10.3	133	21.7	178	28.6	192	39.4
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	0	0.0	1	6.4	0	0.0	21	93.6
	8-11	0	0.0	2	5.5	4	8.1	38	86.5
	12-14	2	9.7	1	9.5	4	10.4	29	70.4
	15-24	2	2.0	12	9.0	21	22.0	62	67.0
	25-34	9	6.5	12	11.5	40	33.6	46	48.5
	35-44	5	2.3	24	16.5	54	40.2	53	41.0
	45-54	21	14.0	40	22.7	57	29.7	60	33.6
	55-64	22	10.5	50	28.7	66	33.8	51	27.1
	65-74	28	17.9	44	26.6	45	27.0	59	28.6
	≥75	11	14.0	23	23.0	10	11.4	45	51.7
<b>RÉGION</b>	Région flamande	77	8.1	161	18.4	230	28.3	346	45.2
	Région de Bruxelles-Capitale	8	13.5	14	20.8	16	23.7	21	42.0
	Région wallonne	15	6.2	34	13.7	55	21.7	97	58.4
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	4	22.3	6	24.0	2	3.5	14	50.3
	Secondaire inférieur	14	11.9	17	15.6	28	27.2	46	45.3
	Secondaire supérieur	29	7.9	74	20.7	104	32.8	103	38.6
	Enseignement supérieur	48	10.1	93	21.7	142	33.2	153	35.0
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	78	7.2	181	16.2	275	28.0	406	48.6
	Oui	22	14.0	27	24.5	26	16.0	57	45.6
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>100</b>	<b>8.2</b>	<b>209</b>	<b>17.5</b>	<b>301</b>	<b>26.2</b>	<b>464</b>	<b>48.2</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N= nombre de participants ; % = pourcentage ;

\*denté = participant ayant au moins une dent naturelle.

Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

#### *6.6.1.4. Brossage des prothèses amovibles*

Le tableau 6.30 donne un aperçu de la fréquence de brossage des prothèses amovibles. Plus d'un tiers des participants (36,4 %) rapportaient brosser leur prothèse amovible deux fois par jour, alors que plus de la moitié (57,9 %) ne le faisaient qu'une fois par jour. Seuls 5,7 % indiquaient qu'ils ne brossaient pas leur prothèse amovible quotidiennement.

Toutes les femmes (100,0 %) ont déclaré brosser leur prothèse une ou deux fois par jour, comparé à 88,1 % des hommes. Le brossage biquotidien des prothèses amovibles était plus fréquent en Région flamande (33,8 %) qu'en Région wallonne (29,1 %) et plus fréquent chez les participants dentés (36,4 %) que chez les édentés (13,3 %).

Cette pratique augmente légèrement avec le niveau d'instruction, allant de 30,9 % chez les participants n'ayant suivi que l'enseignement primaire ou n'ayant aucun diplôme à 33,8 % chez ceux ayant le niveau d'instruction le plus élevé. Les participants bénéficiant du statut BIM ont déclaré brosser leur prothèse deux fois par jour moins souvent (25,0 %) que ceux ne disposant pas de ce statut (33,3 %).

**Tableau 6.30.** Fréquence de brossage des prothèses amovibles rapportée par les participants agés de plus de 15 ans porteurs d'une prothèse amovible (N= 176), OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

		Brossage de la prothèse amovible							
		Deux fois par jour ou plus		Une fois par jour		Moins d'une fois par jour		Jamais	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	16	19.3	58	68.8	11	11.9	0	0.0
	Femmes	38	41.2	53	58.8	0	0.0	0	0.0
<b>AGE</b>	15-24	-	-	-	-	-	-	-	-
	25-34	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0
	35-44	0	0.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0
	45-54	3	26.6	6	73.4	0	0.0	0	0.0
	55-64	7	17.6	23	73.2	2	9.2	0	0.0
	65-74	21	33.5	42	63.3	3	3.2	0	0.0
	≥75	23	38.6	37	55.3	6	6.2	0	0.0
<b>RÉGION</b>	Région flamande	46	33.8	88	61.6	7	4.6	0	0.0
	Région de Bruxelles-Capitale	0	0.0	4	91.1	1	8.9	0	0.0
	Région wallonne	8	29.1	19	63.8	3	7.2	0	0.0
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥ 35	49	36.4	85	57.9	9	5.7	0	0.0
	Édentés ≥ 35	5	13.3	25	82.1	2	4.7	0	0.0
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	5	30.9	12	65.3	1	3.8	0	0.0
	Secondaire inférieur	14	29.5	32	68.0	2	2.6	0	0.0
	Secondaire supérieur	21	33.3	41	60.3	4	6.4	0	0.0
	Enseignement supérieur	14	33.8	24	57.8	4	8.4	0	0.0
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	44	33.3	86	61.5	9	5.3	0	0.0
	Oui	10	25.0	25	69.1	2	5.9	0	0.0
<b>TOTAL</b>		<b>54</b>	<b>31.3</b>	<b>111</b>	<b>63.3</b>	<b>11</b>	<b>5.4</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage ; \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle.

Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

#### *6.6.1.5. Hygiène bucco-dentaire quotidienne de base recommandée par l'Institut flamand pour la santé bucco-dentaire « Gezonde Mond ».*

Les recommandations de base en matière d'hygiène bucco-dentaire pour les dents naturelles et les prothèses fixes, y compris les couronnes, les bridges, les implants et les piliers avec des attachements de (semi-)précision pour les prothèses amovibles, consistent à se brosser les dents au moins deux fois par jour avec un dentifrice fluoré ainsi qu'un nettoyage interdentaire quotidien. L'usage d'un gratte-langue une fois par jour est également recommandé, bien qu'il n'ait pas été pris en compte dans cette section des résultats (Vlaams Instituut Mondgezondheid 'Gezonde Mond', 2025).

La procédure quotidienne de base recommandée en matière d'hygiène bucco-dentaire pour les porteurs de prothèses amovibles, qu'elles soient partielles ou complètes, consiste à brosser la prothèse deux fois par jour à l'aide d'un savon neutre, ainsi qu'à nettoyer les surfaces gingivales situées sous la prothèse à l'aide d'une gaze ou d'une brosse à dents souple. Ce dernier aspect n'a toutefois pas été pris en compte dans cette section des résultats (Vlaams Instituut Mondgezondheid 'Gezonde Mond', 2025).

Comme le montre le tableau 6.31, la conformité globale aux recommandations d'hygiène bucco-dentaire de base parmi les participants âgés de 15 ans et plus était faible (18,3 %). Alors que seulement 21,2 % des participants dentés ont déclaré s'y conformer, ce taux atteignait 82,3 % chez les participants édentés. Toutefois, ce dernier chiffre repose uniquement sur quatre participants édentés, les 13 autres ont dû être exclus de l'analyse en raison de l'absence de remplacement prothétique. De manière générale, les femmes ont signalé une meilleure adhérence aux recommandations que les hommes (23,1 % contre 13,1 %).

Le taux d'observance est passé de 8,7 % chez les participants âgés de 15 à 24 ans à 26,3 % chez ceux âgés de 45 à 54 ans, avant de diminuer dans les groupes d'âge suivants, puis d'augmenter à nouveau chez les participants âgés de 75 ans et plus, qui ont affiché le taux le plus élevé (28,9 %). Ce niveau d'observance accru dans la tranche d'âge la plus élevée est probablement associé à l'édentation et au brossage biquotidien des prothèses.

En outre, l'observance était la plus élevée dans la Région de Bruxelles-Capitale (25,7 %), suivie de la Région flamande (19,1 %) et de la Région wallonne (13,3 %). Une tendance à la hausse de l'observance a également été observée en fonction du niveau d'instruction, passant de 9,6 % chez les personnes ayant un niveau d'éducation secondaire inférieur à 21,1 % chez celles ayant un niveau d'éducation élevé. Le taux d'observance élevée chez les personnes n'ayant qu'un niveau d'éducation primaire ou aucun diplôme (47,9 %) doit toutefois être interprétée avec prudence, en raison du très faible nombre de personnes dans cette sous-catégorie. Par ailleurs, les participants bénéficiant du statut social BIM ont fait état d'un taux d'observance plus élevé (25,4 %) que ceux ne disposant pas de ce statut (17,2 %).

**Tableau 6.31.** Observance des recommandations quotidiennes d'hygiène bucco-dentaire de base de l'Institut flamand pour la santé bucco-dentaire "Gezonde Mond" chez les participants âgés de 15 ans et plus (N= 856), OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

		Observance	
		N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	49	13.1
	Femmes	106	23.1
<b>ÂGE</b>	15-24	8	8.7
	25-34	12	10.5
	35-44	18	14.2
	45-54	38	26.3
	55-64	29	18.7
	65-74	32	24.7
	≥75	18	28.9
<b>RÉGION</b>	Région flamande	125	19.1
	Région de Bruxelles-Capitale	8	25.7
	Région wallonne	22	13.3
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥ 35	131	21.2
	Édentés ≥ 35	4	82.3
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	7	47.9
	Secondaire inférieur	10	9.6
	Secondaire supérieur	53	16.5
	Enseignement supérieur	76	21.3
<b>STATUT</b>	Non	128	17.2
<b>SOCIAL BIM</b>	Oui	27	25.4
<b>TOTAL</b>		<b>155</b>	<b>18.3</b>

Source : HIS-2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage ; \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle. Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

#### 6.6.1.6. Brossage biquotidien des dents naturelles et des prothèses fixes avec un dentifrice fluoré

L'information relative au brossage biquotidien des dents avec un dentifrice fluoré est un indicateur de l'hygiène bucco-dentaire fréquemment utilisé dans les enquêtes internationales, permettant ainsi une comparaison entre les pays. Le tableau 6.32 décrit les données relatives au brossage biquotidien des dents avec un dentifrice fluoré chez les participants âgés de 15 ans et plus. Au total, 63 participants ont été exclus des analyses parce qu'ils étaient édentés.

Près de la moitié des participants (49,4 %) ont rapporté se brosser les dents au moins deux fois par jour avec un dentifrice fluoré. Le pourcentage de femmes qui ont déclaré se brosser les dents deux fois par jour était significativement plus élevé (56,0 %) que celui des hommes (42,4 %). Les pourcentages les plus élevés de brossage deux fois par jour avec un dentifrice fluoré ont été observés chez les participants âgés de 25 à 34 ans (51,4 %), de 35 à 44 ans (51,6 %) et de 45 à 54 ans (55,2 %).

Le brossage des dents deux fois par jour était le plus fréquent dans la région de Bruxelles-Capitale (57,4 %), suivie de la région flamande (49,9 %) et de la région wallonne (44,9 %). Il est intéressant de noter que la fréquence de brossage des dents deux fois par jour était plus élevée chez les participants n'ayant suivi que l'enseignement primaire ou n'ayant aucun diplôme (69,2 %) que chez ceux ayant le niveau d'éducation le plus élevé (53,9 %) ; là encore, il convient de tenir compte du faible nombre de participants dans le premier groupe. De même, les participants bénéficiant du statut social BIM ont rapporté une fréquence légèrement plus élevée de brossage biquotidien (54,2 %) que ceux n'ayant pas ce statut (48,7 %).

Il est possible que la faible fréquence d'utilisation du dentifrice fluoré s'explique par le fait que les participants n'étaient pas conscients ou ne se souciaient pas de la présence ou de l'absence de fluor dans leur dentifrice.

**Tableau 6.32.** Brossage deux fois par jour des dents naturelles et des prothèses fixes avec dentifrice fluoré rapporté par les participants de 15 ans et plus ( $N= 836$ ), OHDRES 2023-2024, Belgique ( $N= 1\,724$  et  $N= 1\,382$ )

Brossage biquotidien avec un dentifrice fluoré			
		N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	156	42.4
	Femmes	247	56.0
<b>GROUPES D'ÂGE</b>	15-24	37	44.2
	25-34	46	51.4
	35-44	65	51.6
	45-54	85	55.2
	55-64	76	46.3
	65-74	67	46.1
	≥75	27	45.4
<b>RÉGION</b>	Région flamande	316	49.9
	Région de Bruxelles-Capitale	20	57.4
	Région wallonne	67	44.9
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	10	69.2
	Secondaire inférieur	38	39.2
	Secondaire supérieur	115	44.5
	Enseignement supérieur	200	53.9
<b>STATUT</b>	Non	350	48.7
<b>SOCIAL BIM</b>	Oui	53	54.2
<b>TOTAL</b>	Denté*	403	49.4

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 HIS-2023 et AIM 2018-2022.

*N = nombre de participants ; % = pourcentage ; \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle.  
Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.*

## **6.6.2. Habitudes alimentaires**

### **6.6.2.1. Consommation de boissons gazeuses sucrées**

Certaines habitudes alimentaires sont reconnues comme néfastes pour la santé bucco-dentaire, en particulier en raison de leur association avec le développement de caries et l'usure dentaires. Dans ce contexte, la consommation de boissons gazeuses sucrées par les participants a été analysée, car ces boissons ont un potentiel cariogène et érosif. La consommation de sodas est une source particulière d'inquiétude chez les enfants et les jeunes adultes.

Le tableau 6.33 indique que 18,5 % des participants ont déclaré consommer des boissons gazeuses sucrées quotidiennement, une ou plusieurs fois par jour, tandis que 37,3 % ont déclaré ne jamais en consommer.

Au total, 21,9 % des participants déclaraient consommer des sodas au moins 4 fois par semaine. Concernant la fréquence de consommation, les hommes rapportaient une consommation plus élevée que les femmes (29,4 % contre 14,8 %). Par ailleurs, la proportion de femmes ayant déclaré ne jamais consommer de sodas était nettement plus élevée que celle des hommes (42,5 % contre 31,9 %).

Les groupes d'âge plus jeunes ont rapporté une consommation de sodas plus fréquente que les groupes plus âgés. En Région wallonne, la consommation de ces boissons au moins quatre fois par semaine (24,4 %) était plus fréquente qu'en Région flamande (21,5 %) et qu'en Région de Bruxelles-Capitale (18,5 %). En ce qui concerne le niveau de consommation, les participants dentés ont rapporté une fréquence plus élevée (16,5 %) que les participants édentés (13,6 %).

La consommation de sodas au moins quatre fois par semaine était particulièrement fréquente chez les participants ayant suivi un enseignement secondaire inférieur (26,5 %) ou supérieur (28,8 %). Par rapport à la moyenne de l'échantillon (21,9 %), une différence substantielle a été observée entre les participants bénéficiant du statut social BIM et ceux qui n'en disposaient pas, avec des taux de consommation respectifs de 33,7 % et 19,9 %.

En 2018, la consommation quotidienne de sodas en Belgique s'élevait à 20,4 %, dont 4,1 % des personnes déclaraient consommer un litre ou plus par jour (Sciensano, 2020a). En outre, les données d'Eurostat de 2019 indiquaient que les Belges âgés de 15 ans et plus figuraient parmi les plus grands consommateurs de boissons gazeuses sucrées au sein de l'Union européenne, avec 20 % déclarant une consommation quotidienne

([https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_ehis\\_fv7e/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_fv7e/default/table?lang=en)).

Ces résultats sont globalement cohérents avec ceux observés dans notre échantillon.

### **6.6.2.2. Consommation d'aliments**

Le tableau 6.34a présente les données relatives à la consommation de fruits. Plus de la moitié des participants (56,6 %) ont rapporté consommer des fruits une fois par jour ou plus, tandis que 2,1 % ont rapporté ne jamais en consommer. Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à rapporter une consommation quotidienne de fruits (61,2 % contre 51,8 %). Les groupes d'âge montrant les proportions les plus élevées de consommation quotidienne de fruits étaient les enfants de 5 à 7 ans (100,0 %) et les adultes âgés de 75 ans ou plus (71,3 %). Dans la Région de Bruxelles-Capitale, la consommation quotidienne de fruits était plus fréquente (62,1 %) que dans la Région flamande (58,8 %) et la Région wallonne (48,8 %). En outre, les participants dentés ont déclaré une consommation quotidienne de fruits plus élevée (58,9 %) que les participants édentés (42,9 %).

Aucune tendance claire de la consommation quotidienne de fruits n'a été observée en fonction du niveau d'instruction ou le statut social.

La consommation de légumes et de salades est présentée dans le tableau 6.34b. Dans l'ensemble, 82,0 % des participants ont déclaré consommer des légumes et des salades au moins une fois par jour, tandis que 0,6 % ont rapporté ne jamais en consommer. Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à consommer quotidiennement des légumes et des salades (85,2 % contre 78,8 %). Tous les groupes d'âge ont rapporté une consommation quotidienne élevée, particulièrement à partir du groupe des 35-44 ans (82,5 %), atteignant 91,0 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Dans la Région de Bruxelles-Capitale, la consommation quotidienne de légumes et de salades était plus élevée (91,6 %) que dans la Région flamande (84,1 %) et la Région wallonne (73,1 %). De même, les participants édentés ont rapporté une consommation quotidienne de légumes et de salades supérieure (96,4 %) à celles des participants dentés (85,4 %).

La consommation quotidienne de légumes et de salades était également élevée chez 91,8 % des participants n'ayant qu'un diplôme d'enseignement primaire ou aucun diplôme, contre 86,8 % chez les participants ayant un niveau d'instruction plus élevé. Une fréquence légèrement plus élevée de consommation quotidienne de légumes et de salades a été observée chez les participants bénéficiant du statut social BIM (84,7 %) par rapport à ceux qui n'en bénéficiaient pas (81,7 %).

Le tableau 6.34c présente les données sur la consommation de snacks sucrés ou salés. Moins de la moitié des participants (48,9 %) ont rapporté consommer ces snacks quotidiennement, soit une ou plusieurs fois par jour, tandis que 3,2 % rapportaient ne jamais en consommer. Les hommes ont déclaré consommer des snacks sucrés ou salés au moins une fois par jour à une fréquence similaire à celle des femmes, avec des pourcentages respectifs de 48,6 % et 49,2 %. Les groupes d'âge plus jeunes, en particulier ceux âgés de 24 ans et moins, ont rapporté une consommation plus fréquente que les groupes d'âge plus âgés, la fréquence la plus élevée étant observée chez les enfants âgés de 5 à 7 ans (85,1 %). Dans la Région de Bruxelles-Capitale, la consommation de snacks sucrés ou salés une fois par jour ou plus (27,0 %) était moins fréquente qu'en Région wallonne (47,3 %) et en Région flamande (53,1 %). En ce qui concerne le niveau de consommation, une différence importante a été observée entre les participants dentés (44,5 %) et les participants édentés (57,0 %).

La consommation de snacks sucrés ou salés une fois par jour ou plus était similaire quel que soit le niveau d'instruction. Cependant, une différence a été observée entre les participants bénéficiant du statut social BIM (42,6 %) et les non BIM (50,1 %).

Il a été démontré dans la population belge que les habitudes alimentaires plus saines étaient plus fréquentes chez les femmes, les adultes plus âgés, les personnes ayant un niveau d'instruction plus élevé et les résidents de la Région de Bruxelles-Capitale (Sciensano, 2020a). Nos résultats concernant la consommation de boissons gazeuses sucrées et d'aliments sont en accord avec ces observations précédentes.

**Tableau 6.33.** Fréquence de consommation de sodas rapportée par les participants âgés de 5 ans et plus ( $N = 1\,141$ ),  
OHDRES 2023-2024, Belgique, ( $N = 1\,724$  et  $N = 1\,382$ )

		Consommation de sodas									
		≥ 1 fois par jour		4-6 fois par semaine		1 à 3 fois par semaine		< 1 fois par semaine		Jamais	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	108	23.7	26	5.7	105	20.2	99	18.5	210	31.9
	Femmes	66	13.6	10	1.2	108	20.7	125	22.0	284	42.5
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	0	0.0	0	0.0	9	38.9	4	24.0	9	37.1
	8-11	10	20.1	3	8.5	13	32.9	9	21.8	10	16.8
	12-14	8	31.4	1	1.2	17	42.8	5	13.3	5	11.4
	15-24	30	28.3	7	6.0	31	31.6	12	10.3	19	23.8
	25-34	27	32.2	3	3.1	29	21.2	24	22.1	24	21.4
	35-44	21	19.8	8	6.5	27	17.5	35	25.3	46	30.9
	45-54	33	19.1	4	2.5	32	16.9	41	25.1	71	36.4
	55-64	22	12.5	4	1.6	28	13.6	42	23.3	102	49.1
	65-74	15	6.2	6	2.7	20	10.9	36	18.5	124	61.6
	≥75	8	6.3	0	0.0	7	7.1	16	13.8	84	72.8
<b>RÉGION</b>	Région flamande	134	17.9	29	3.6	157	20.2	171	19.7	378	38.5
	Région de Bruxelles-Capitale	6	11.0	3	7.5	6	13.8	15	29.3	29	38.4
	Région wallonne	34	23.0	4	1.4	50	23.6	38	18.1	87	33.8
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	96	13.7	21	2.8	112	14.1	166	22.4	401	47.0
	Édenté ≥35	3	9.8	1	3.8	2	5.0	4	10.1	26	71.3
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	4	11.8	0	0.0	4	8.6	11	21.7	17	57.9
	Secondaire inférieur	26	19.8	5	6.7	15	9.9	22	17.8	57	45.8
	Secondaire supérieur	61	25.9	10	2.9	38	10.2	56	18.4	164	42.7
	Enseignement supérieur	38	10.6	12	2.6	89	21.0	104	25.2	207	40.5
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	141	17.0	29	2.9	198	22.1	199	20.9	424	37.2
	Oui	32	26.9	7	6.8	15	11.4	25	16.9	69	37.9
<b>TOTAL</b>		174	18.5	36	3.4	213	20.4	224	20.3	494	37.3

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage ; \*participant ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

**Tableau 6.34a.** Fréquence de consommation de fruits rapportée par les participants de 5 ans et plus (N= 1 142),  
OHDRES 2023-2024, Belgique, (N= 1 724 et N= 1 382)

		Consommation de fruits									
		≥ 1 fois par jour		4-6 fois par semaine		1 à 3 fois par semaine		< 1 fois par semaine		Jamais	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	293	51.8	74	13.8	113	21.5	57	10.9	12	2.0
	Femmes	361	61.2	74	13.4	107	15.9	41	7.3	10	2.3
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	22	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	8-11	31	64.0	6	19.1	6	10.8	1	0.8	1	5.4
	12-14	19	55.9	6	12.9	9	28.7	1	1.5	1	1.0
	15-24	34	40.5	15	17.2	33	27.6	15	13.3	2	1.4
	25-34	53	47.2	16	15.4	26	23.6	12	13.3	1	0.5
	35-44	80	55.3	16	14.0	28	17.5	11	11.7	2	1.5
	45-54	89	47.3	24	12.6	35	18.9	28	17.8	5	3.5
	55-64	116	59.2	24	11.4	43	23.0	12	5.1	3	1.3
	65-74	129	63.4	24	12.7	29	13.3	14	7.7	5	3.0
	≥75	81	71.3	17	13.6	11	8.1	4	3.3	2	3.7
<b>RÉGION</b>	Région flamande	509	58.8	101	12.0	167	19.0	77	8.5	15	1.7
	Région de Bruxelles-Capitale	36	62.1	10	15.4	10	13.6	4	8.9	0	0.0
	Région wallonne	109	48.8	37	16.9	43	19.7	17	10.6	7	4.1
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	478	58.9	100	12.7	136	16.7	68	9.9	14	1.8
	Édenté ≥35	17	42.9	5	15.2	10	23.6	1	0.9	3	17.3
<b>ÉDUCATION</b>	École primaire/sans diplôme	27	66.2	1	3.8	5	12.2	2	11.4	1	6.4
	École secondaire inférieur	69	51.5	17	13.1	20	17.5	15	14.0	4	4.0
	École secondaire supérieur	172	49.2	45	12.8	67	20.9	39	15.6	6	1.5
	Enseignement supérieur	277	61.0	56	13.2	83	17.5	27	6.3	8	2.0
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	567	56.5	130	13.9	194	18.5	83	9.1	18	2.0
Oui		86	57.4	18	12.3	26	19.5	15	8.8	3	2.1
<b>TOTAL</b>		<b>654</b>	<b>56.6</b>	<b>148</b>	<b>13.6</b>	<b>220</b>	<b>18.6</b>	<b>98</b>	<b>9.1</b>	<b>22</b>	<b>2.1</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N= nombre de participants ; % = pourcentage ; \*participant ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

**Tableau 6.34b.** Fréquence de consommation de légumes et de salades rapportée par les participants de 5 ans et plus ( $N= 1\,142$ ),  
OHDRES 2023-2024, Belgique, ( $N= 1\,724$  et  $N= 1\,382$ )

		Consommation de légumes et de salades									
		≥ 1 fois par jour		4-6 fois par semaine		1 à 3 fois par semaine		< 1 fois par semaine		Jamais	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	449	78.8	63	14.3	32	5.9	2	0.6	3	0.5
	Femmes	512	85.2	49	9.3	22	3.7	9	1.0	1	0.8
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	18	77.3	3	19.7	0	0.0	0	0.0	1	3.1
	8-11	37	82.0	4	7.7	3	4.9	0	0.0	1	5.4
	12-14	30	73.4	4	20.3	2	6.3	0	0.0	0	0.0
	15-24	75	78.8	13	12.1	7	6.5	4	2.7	0	0.0
	25-34	84	72.1	15	20.9	5	3.8	4	3.3	0	0.0
	35-44	117	82.5	10	11.3	8	5.4	0	0.0	2	0.9
	45-54	148	82.9	20	9.9	12	6.9	1	0.2	0	0.0
	55-64	168	85.5	24	10.6	5	3.7	1	0.2	0	0.0
	65-74	181	90.1	12	5.9	7	3.7	1	0.3	0	0.0
	≥75	103	91.0	7	4.9	5	4.1	0	0.0	0	0.0
<b>RÉGION</b>	Région flamande	745	84.1	84	11.8	30	3.1	7	0.7	3	0.4
	Région de Bruxelles-Capitale	51	91.6	5	3.6	4	4.8	0	0.0	0	0.0
	Région wallonne	165	73.1	23	15.0	20	8.9	4	1.5	1	1.5
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	683	85.4	72	9.3	36	5.0	3	0.2	2	0.2
	Édenté ≥35	34	96.4	1	1.4	1	2.1	0	0.0	0	0.0
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	32	91.8	0	0.0	3	7.1	1	1.1	0	0.0
	Secondaire inférieur	106	87.0	15	9.8	3	2.5	1	0.8	0	0.0
	Secondaire supérieur	268	77.1	37	16.0	19	5.6	3	0.8	2	0.5
	Enseignement supérieur	396	86.8	35	8.5	18	4.5	2	0.2	0	0.0
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	832	81.7	100	11.9	45	4.7	11	1.0	4	0.7
	Oui	128	84.7	11	10.1	9	5.1	0	0.0	0	0.0
<b>TOTAL</b>		961	82.0	112	11.8	54	4.8	11	0.8	4	0.6

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage ; \*participant ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

**Tableau 6.34c.** Fréquence de consommation de snacks sucrées ou salées rapportée par les participants de 5 ans et plus (N= 1 142),  
OHDRES 2023-2024, Belgique, (N=1 724 et N=1 389)

		Consommation de snacks sucrés ou salés									
		≥ 1 fois par jour		4-6 fois par semaine		1 à 3 fois par semaine		< 1 fois par semaine		Jamais	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	284	48.6	75	15.6	128	24.8	43	7.0	19	4.0
	Femmes	306	49.2	80	15.8	138	24.5	52	8.1	17	2.3
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	17	85.1	4	12.5	1	2.5	0	0.0	0	0.0
	8-11	33	72.2	5	11.0	6	12.6	1	4.3	0	0.0
	12-14	20	55.2	8	19.1	8	25.7	0	0.0	0	0.0
	15-24	62	50.2	16	26.3	15	18.1	5	4.1	1	1.4
	25-34	53	41.1	16	16.9	29	34.5	7	4.5	3	3.0
	35-44	63	42.1	25	18.9	36	27.5	11	10.8	2	0.7
	45-54	82	41.6	32	18.9	42	26.8	16	8.9	5	3.8
	55-64	95	43.8	21	12.4	53	26.5	19	9.7	10	7.6
	65-74	102	49.2	15	7.9	48	23.9	26	14.2	10	4.8
	≥75	63	51.6	9	9.2	28	25.8	10	8.5	5	4.9
<b>RÉGION</b>	Région flamande	473	53.1	110	14.7	204	24.1	63	6.6	19	1.5
	Région de Bruxelles-Capitale	18	27.0	10	20.3	15	25.1	10	15.2	7	12.4
	Région wallonne	99	47.3	35	16.3	47	26.0	22	6.9	10	3.5
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	383	44.5	105	14.4	201	26.6	79	10.4	28	4.1
	Édenté ≥35	22	57.0	1	3.8	6	18.0	3	10.4	4	10.7
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	21	48.2	2	4.7	10	37.4	2	7.7	1	2.1
	Secondaire inférieur	60	40.8	10	7.3	30	28.9	21	16.6	4	6.5
	Secondaire supérieur	172	48.8	38	11.9	80	27.5	29	9.5	10	2.4
	Enseignement supérieur	214	43.8	70	17.9	113	26.5	37	7.6	17	4.2
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	524	50.1	132	15.2	230	25.1	77	6.7	29	2.9
	Oui	66	42.6	22	18.2	35	21.7	18	12.9	7	4.7
<b>TOTAL</b>		590	48.9	155	15.7	266	24.7	95	7.6	36	3.2

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage ; \*participant ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

### 6.6.3. Consommation de soins dentaires

La consommation de soins dentaires a été évaluée et présentée en fonction des besoins non satisfaits en matière de consultation et de traitement dentaires, de la date de la dernière visite chez un dentiste, des raisons pour lesquelles les participants n'ont pas consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois, ainsi que des raisons ayant entraîné le report d'une visite dentaire.

#### 6.6.3.1. Besoins dentaires non satisfaits

Le tableau 6.35 présente les données sur les besoins non satisfaits des participants en matière de consultation et de traitement dentaires au cours des 12 derniers mois. Au total, 59 participants (6,0 %) ont déclaré avoir des besoins dentaires non satisfaits, cette proportion étant plus élevée chez les hommes (7,4 %) que chez les femmes (4,7 %). Les groupes d'âge déclarant le pourcentage le plus élevé de besoins dentaires non satisfaits étaient les participants âgés de 25 à 34 ans (11,2 %), suivis par ceux âgés de 75 ans et plus (10,3 %).

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, les besoins dentaires non satisfaits étaient plus fréquents (8,5 %) qu'en Région wallonne (7,8 %) et en Région flamande (4,9 %). En outre, les participants édentés ont rapporté des besoins dentaires non satisfaits dans une proportion trois fois inférieure à celle des participants dentés (2,1 % contre 6,3 %). Ces besoins non satisfaits diminuent progressivement avec l'élévation du niveau d'instruction, allant de 12,3 % chez les participants ayant le niveau d'instruction le plus bas à 5,9 % chez ceux ayant le niveau d'instruction le plus élevé. Les participants bénéficiant du statut social BIM ont déclaré un taux de besoins dentaires non satisfaits (10,6 %) environ deux fois supérieur à celui des participants n'ayant pas ce statut (5,1 %). Les principales raisons évoquées pour pour ne pas avoir consulté ou bénéficié d'un traitement dentaire étaient les longues listes d'attente (19,9 %), le manque de temps (19,3 %), les contraintes financières (14,1 %) et la peur du dentiste (13,2 %).

**Tableau 6.35.** Nombre de participants âgés de 5 ans et plus rapportant des besoins non satisfaits en matière de consultation ou de traitement dentaire au cours des douze derniers mois (N= 1 140), OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

	Besoins dentaires non satisfaits	
	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	34
	Femmes	25
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	0
	8-11	1
	12-14	0
	15-24	6
	25-34	9
	35-44	7
	45-54	6
	55-64	11
	65-74	9
	≥75	10
<b>RÉGION</b>	Région flamande	34
	Région de Bruxelles-Capitale	7
	Région wallonne	18
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	42
	Édenté ≥35	1
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	3
	Secondaire inférieur	11
	Secondaire supérieur	18
	Enseignement supérieur	21
<b>STATUT</b>	Non	42
<b>SOCIAL BIM</b>	Oui	16
<b>TOTAL</b>		<b>59</b>
		<b>6.0</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N= nombre de participants ; % = pourcentage ; \*participant ayant au moins une dent naturelle. Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

#### 6.6.3.2. Dernière visite chez un dentiste

Le tableau 6.36 présente le temps écoulé depuis la dernière visite des participants chez un dentiste. La majorité des participants (81,5%) ont rapporté avoir consulté un dentiste il y a moins d'un an, alors que 7 participants (1,3%) ont indiqué qu'ils n'avaient jamais consulté de dentiste. Les femmes (84,9 %) étaient plus nombreuses que les hommes (78 %) à avoir consulter un dentiste au cours de l'année écoulée. Au cours de la même période, les participants âgés de 14 ans et moins ont déclaré une fréquence beaucoup plus élevée de visites chez un dentiste que les groupes d'âge plus avancé.

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, 75,6 % des participants avaient consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois, ce qui était légèrement inférieur à la Région wallonne (78,5 %) et à la Région flamande (83,6 %). En outre, cette fréquence était plus de deux fois plus élevée chez les participants dentés (80,6%) que chez les participants édentés (31,9%).

La proportion de participants dont la dernière visite chez un dentiste remonte à moins d'un an augmentait avec le niveau d'instruction, passant de 67,8% chez les participants avec un niveau d'instruction primaire ou sans diplôme à 81,8% chez les participants avec un niveau d'instruction élevé. Une différence a également été observée en fonction du statut social, 71,6 % des participants bénéficiant du statut BIM ont déclaré une visite chez le dentiste au cours de l'année écoulée, contre 83,3 % des participants n'ayant pas ce statut.

**Tableau 6.36.** Dernière visite chez un dentiste rapportée par les participants âgés de 5 ans et plus (N= 1 142),  
OHDRES 2023-2024, Belgique, (N=1 724 et N=1 382)

		Dernière visite chez un dentiste							
		Moins de 6 mois		Plus de 6 mois mais moins de 12 mois		≥ 12 mois		Jamais	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	276	48.9	161	29.1	106	19.7	6	2.3
	Femmes	323	53.8	181	31.1	88	15.0	1	0.2
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	14	73.3	6	23.4	2	3.2	0	0.0
	8-11	23	57.7	18	32.5	3	6.8	1	3.0
	12-14	25	69.7	11	30.3	0	0.0	0	0.0
	15-24	47	49.1	37	37.7	14	12.5	1	0.7
	25-34	51	40.4	36	33.9	20	22.4	1	3.2
	35-44	74	52.7	39	29.1	23	15.9	1	2.4
	45-54	108	57.6	52	26.0	21	16.4	0	0.0
	55-64	107	50.2	53	24.9	37	24.2	1	0.7
	65-74	104	51.2	55	27.5	41	20.8	1	0.5
	≥75	46	37.0	35	34.6	33	27.8	1	0.6
<b>RÉGION</b>	Région flamande	478	56.7	255	26.9	132	15.2	4	1.2
	Région de Bruxelles-Capitale	25	42.8	18	32.8	15	20.3	2	4.1
	Région wallonne	96	41.6	69	36.9	47	21.2	1	0.3
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	433	52.3	228	28.3	131	18.5	4	0.9
	Édenté ≥35	6	12.1	6	19.8	24	68.1	0	0.0
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	11	30.6	10	37.2	15	32.2	0	0.0
	Secondaire inférieur	58	42.6	35	26.4	31	30.4	1	0.6
	Secondaire supérieur	166	45.2	100	32.1	62	22.2	1	0.4
	Enseignement supérieur	255	54.1	127	27.7	67	16.9	2	1.3
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	535	51.9	301	31.4	152	15.8	4	0.9
	Oui	64	49.2	40	22.4	41	25.2	3	3.6
<b>TOTAL</b>		<b>599</b>	<b>51.4</b>	<b>342</b>	<b>30.1</b>	<b>194</b>	<b>17.3</b>	<b>7</b>	<b>1.3</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022.

N= nombre de participants ; % = pourcentage ; \*participant ayant au moins une dent naturelle.  
Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

#### *6.6.3.3. Raisons de ne pas avoir consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois*

Les tableaux 6.37a et 6.37b résument les raisons invoquées par les participants pour justifier le report d'une visite chez le dentiste au cours des 12 derniers mois. La raison la plus fréquemment citée était l'absence de symptômes, signalée par 54,3% des participants. La difficulté à obtenir un rendez-vous a été mentionné par 10,2 % des participants, suivie par les préoccupations financières (9,0 %) et le manque de temps (8,6 %). En outre, 7,5 % des participants ont rapporté ne pas connaître un dentiste approprié, tandis que 5,4 % ont invoqué la peur des dentistes. Au total, 2,9 % des participants ont rapporté qu'ils attendaient la disparition spontanée des symptômes, et 1,5 % ont fait état d'une expérience négative antérieure avec un dentiste. L'accès limité aux soins dentaires, comme un cabinet dentaire trop éloigné ou un manque de moyens de transport, n'a été mentionné que par 0,6 % des participants.

L'absence de symptômes était plus souvent citée par les hommes (56,1 %) que par les femmes (51,8 %) comme principale raison de reporter une visite chez le dentiste. Il s'agit d'ailleurs de la seule raison invoquée par les responsables de tous les enfants âgés de 5 à 7 ans (100,0 %). En Région wallonne, 55,9% des participants ont cité l'absence de symptômes comme raison principale du report d'une visite chez le dentiste, une proportion comparable à celle de la Région de Bruxelles-Capitale (55,3%) et légèrement supérieure à celle de la Région flamande (53,2%). Cette raison a également été rapportée de manière beaucoup plus fréquente par les participants édentés (85,4%) que par les participants dentés (49,2%).

Au fur et à mesure que le niveau d'instruction augmentait, la proportion de participants mentionnant l'absence de symptômes comme principale raison de reporter une visite chez le dentiste diminuait, passant de 71,2% chez les participants ayant le niveau d'instruction le plus bas à 51,4% chez ceux ayant le niveau d'instruction le plus élevé. Cette raison a également été évoquée plus fréquemment par les participants bénéficiant d'un statut social BIM (59,2 %) que par ceux n'ayant pas ce statut (53,4 %).

Enfin, le coût a été plus souvent rapporté comme raison principale de ne pas consulter un dentiste chez les participants bénéficiant du statut social BIM (11,4 %) que chez ceux n'ayant pas ce statut (7,5 %). Le manque de temps a été particulièrement rapporté comme obstacle par les participants âgés de 15 à 44 ans.

**Tableau 6.37a.** Raisons du report d'une visite chez le dentiste rapportée par les participants âgés de 5 ans et plus (N= 197),  
OHDRES 2023-2024, Belgique, (N=1 724 et N=1 382)

	Raisons du report d'une visite chez le dentiste (partie 1)										
	Coûts		Distance/transport		Difficulté à obtenir un rendez-vous		Manque de temps		Peur des dentistes		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>SEXÉ</b>	Hommes	7	9.5	2	1.0	11	11.8	10	9.6	4	1.8
	Femmes	5	8.4	0	0.0	10	8.0	7	7.2	8	10.3
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	8-11	2	61.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	12-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	15-24	0	0.0	1	4.8	0	0.0	2	13.4	0	0.0
	25-34	1	4.2	0	0.0	3	16.4	4	15.0	2	5.4
	35-44	3	24.1	0	0.0	4	17.3	2	12.1	4	11.1
	45-54	0	0.0	0	0.0	3	5.2	2	9.1	0	0.0
	55-64	4	11.5	0	0.0	6	14.3	2	4.8	1	6.9
	65-74	2	3.9	0	0.0	5	12.1	5	9.5	2	4.1
	≥75	0	0.0	1	1.9	0	0.0	0	0.0	3	8.4
<b>RÉGION</b>	Région flamande	6	6.9	0	0.0	14	12.7	13	9.6	7	3.4
	Région de Bruxelles-Capitale	1	13.1	1	1.7	0	0.0	1	6.6	1	2.8
	Région wallonne	5	11.3	1	1.2	7	10.2	3	7.7	4	10.3
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	9	9.8	1	0.4	17	11.0	11	7.9	10	7.3
	Édenté ≥35	0	0.0	0	0.0	1	5.7	0	0.0	0	0.0
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	0	0.0	0	0.0	1	4.7	0	0.0	2	7.4
	Secondaire inférieur	1	1.3	0	0.0	5	14.7	2	4.7	1	4.4
	Secondaire supérieur	5	12.4	2	2.0	6	7.2	5	8.6	5	8.9
	Enseignement supérieur	3	2.5	0	0.0	9	15.7	8	11.8	4	4.6
<b>STATUT</b>	Non	7	7.5	2	0.8	18	12.1	15	8.9	10	5.7
<b>SOCIAL BIM</b>	Oui	4	11.4	0	0.0	3	4.2	2	7.8	2	4.5
<b>TOTAL</b>		12	9.0	2	0.6	21	10.2	17	8.6	12	5.4

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N= nombre de participants ; % = pourcentage ; \*participant ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

**Tableau 6.37b.** Raisons du report d'une visite chez le dentiste rapportées par les participants âgés de 5 ans et plus ( $N= 197$ ),  
OHDRES 2023-2024, Belgique, ( $N= 1\,724$  et  $N= 1\,382$ )

		Raisons du report d'une visite chez le dentiste (partie 2)									
		En attente de résolution		Ne connaît pas de dentiste approprié		Absence de symptômes		Mauvaise expérience avec le dentiste		Honte de sa bouche	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	4	2.2	7	5.3	61	56.1	2	2.6	0	0.0
	Femmes	4	3.9	8	10.5	47	51.8	0	0.0	0	0.0
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	0	0.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0
	8-11	0	0.0	0	0.0	2	38.5	0	0.0	0	0.0
	12-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	15-24	0	0.0	2	15.1	10	66.8	0	0.0	0	0.0
	25-34	1	2.5	2	4.1	8	52.4	0	0.0	0	0.0
	35-44	0	0.0	0	0.0	11	35.4	0	0.0	0	0.0
	45-54	0	0.0	2	17.8	13	61.5	1	6.4	0	0.0
	55-64	3	6.2	1	2.8	19	49.5	1	4.0	0	0.0
	65-74	1	2.3	3	7.6	24	60.6	0	0.0	0	0.0
	≥75	3	7.7	5	15.5	19	66.5	0	0.0	0	0.0
<b>RÉGION</b>	Région flamande	5	3.3	13	9.7	74	53.2	1	1.4	0	0.0
	Région de Bruxelles-Capitale	2	5.7	2	14.7	8	55.3	0	0.0	0	0.0
	Région wallonne	1	0.9	0	0.0	26	55.9	1	2.5	0	0.0
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	6	3.6	9	8.3	67	49.2	2	2.5	0	0.0
	Édenté ≥35	1	3.1	2	5.8	19	85.4	0	0.0	0	0.0
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	1	10.0	1	6.8	9	71.2	0	0.0	0	0.0
	Secondaire inférieur	0	0.0	3	5.5	19	69.4	0	0.0	0	0.0
	Secondaire supérieur	3	4.1	2	3.2	32	48.8	2	4.9	0	0.0
	Enseignement supérieur	3	2.5	7	11.6	34	51.4	0	0.0	0	0.0
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	7	3.2	9	6.5	84	53.4	2	2.0	0	0.0
	Oui	1	2.1	6	10.9	24	59.2	0	0.0	0	0.0
<b>TOTAL</b>		<b>8</b>	<b>2.9</b>	<b>15</b>	<b>7.5</b>	<b>108</b>	<b>54.3</b>	<b>2</b>	<b>1.5</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage ; \*participant ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

#### **6.6.4. Consommation de stimulants**

La consommation de stimulants a été évaluée sur la base de la consommation déclarée de tabac, de l'exposition au tabagisme passif, de l'utilisation de cigarettes électroniques, ainsi que de la consommation de drogues illicites et d'alcool. Ces données proviennent de l'enquête HIS 2023-2024 et concernent les participants âgés de 15 ans et plus.

##### **6.6.4.1. Consommation de tabac et tabagisme passif**

Le tableau 6.38 résume les résultats relatifs à l'exposition au tabac. Près de 10 % (9,7 %) des participants ont indiqué qu'ils fumaient quotidiennement, la fréquence étant plus élevée chez les hommes (11,9 %) que chez les femmes (7,5 %). Les proportions les plus élevées de tabagisme quotidien ont été observées dans le groupe des 25-34 ans (14,1 %) et dans celui des 35-44 ans (15,7 %). Des différences régionales étaient évidentes, avec une proportion plus élevée de fumeurs quotidiens en Région wallonne (18,2 %) qu'en Région de Bruxelles-Capitale (9,7 %) et en Région flamande (6,3 %). De plus, les participants dentés ont déclaré une consommation de tabac plus faible (9,3 %) que les participants édentés (14,0 %). Aucune tendance claire n'a pu être établie entre la consommation quotidienne de tabac et le niveau d'instruction ou le statut social. Les ex-fumeurs représentaient 26,1 % de la population étudiée. Enfin, le tabagisme passif était rapporté par 9,0 % des participants (150 sur 1 389), qui ont indiqué avoir été exposés à la fumée de tabac à l'intérieur de leur domicile. Nos résultats montrent que 9,7 % des participants ont rapporté une consommation quotidienne de tabac, ce qui est inférieur aux 15,0 % rapportés dans les données de 2018 en Belgique (Sciensano, 2020b). Il reste à déterminer si ce résultat reflète une véritable réduction de la consommation de tabac possiblement lié à l'intensification des campagnes de santé publique, à une réglementation plus stricte de la vente de tabac ou à une plus grande sensibilisation aux risques pour la santé associée au tabagisme. D'autres études complémentaires sont nécessaires pour confirmer cette évolution.

Les cigarettes électroniques ont été introduites à l'origine pour aider les fumeurs de tabac à réduire leur dépendance ou à faciliter son arrêt. Cependant, leur utilisation s'est largement répandue chez les jeunes, dont beaucoup sont devenus des utilisateurs réguliers. Les effets de l'utilisation des cigarettes électroniques sur la santé ne sont pas encore entièrement connus, et les risques ne peuvent pas être exclus à ce stade. De plus, la qualité des dispositifs des cigarettes électroniques sur le marché varie considérablement, dans un contexte de régulation encore insuffisante. Certaines cigarettes électroniques contiennent de la nicotine, alors que d'autres en sont exempts. Le tableau 6.39 présente des données sur l'utilisation des cigarettes électroniques sur le marché par les participants âgés de 15 ans et plus. Dans cette enquête, 96,0% ont déclaré ne pas utiliser des cigarettes électroniques, tandis que 1,7% ont rapporté en utiliser quotidiennement. Cette proportion était plus élevée chez les hommes (2,0 %) que chez les femmes (1,5 %). Le groupe d'âge où la fréquence de consommation quotidienne était la plus élevée était celui des 34-45 ans (3,6 %), suivi par celui des 45-54 ans (3,1 %). Des différences régionales ont été observées, avec une proportion plus élevée d'utilisateurs quotidiens des cigarettes électroniques dans la Région de Bruxelles-Capitale (3,6 %) que dans la Région flamande (1,6 %) et la Région wallonne (1,3 %). Aucun des participants édentés ont rapporté utiliser quotidiennement des cigarettes électroniques. Les participants ayant le niveau d'instruction le plus bas ont rapporté une utilisation quotidienne des cigarettes électroniques significativement plus fréquente. Néanmoins, les participants bénéficiant du statut social BIM (0,3%) étaient moins nombreux à déclarer une utilisation quotidienne des cigarettes électroniques que ceux qui n'ont pas ce statut (2,0%).

**Tableau 6.38.** Exposition au tabac rapportée par les participants de 15 ans et plus (N= 949),  
OHDRES 2023-2024, Belgique, (N=1 724 et N=1 382)

		Consommation de tabac							
		Quotidiennement		Occasionnellement		Ex-fumeur		Non	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	36	11.9	14	4.3	161	31.1	394	83.8
	Femmes	41	7.5	23	4.3	108	21.3	441	88.3
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	15-24	3	4.1	3	4.1	4	3.8	69	91.8
	25-34	12	14.1	5	6.3	18	17.3	88	79.7
	35-44	12	15.7	6	3.7	40	27.9	107	80.6
	45-54	18	9.3	14	8.4	39	28.0	136	82.3
	55-64	11	6.6	4	1.8	58	33.0	172	91.6
	65-74	19	10.8	2	1.1	74	37.0	170	88.1
	≥75	2	2.0	3	4.8	36	33.2	93	93.2
<b>RÉGION</b>	Région flamande	49	6.3	30	5.2	211	26.9	644	88.5
	Région de Bruxelles-Capitale	5	9.7	0	0.0	20	39.1	46	90.3
	Région wallonne	23	18.2	7	3.7	38	18.7	145	78.0
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	58	9.3	28	3.7	235	31.3	652	87.1
	Édenté ≥35	4	14.0	1	8.5	12	38.3	26	77.6
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	3	11.9	1	10.1	5	12.9	23	78.0
	Secondaire inférieur	15	16.4	1	0.7	38	35.4	92	82.9
	Secondaire supérieur	37	16.7	13	3.2	90	24.9	258	80.2
	Enseignement supérieur	18	4.7	19	5.6	128	29.4	393	89.6
<b>STATUT</b>	Non	62	9.5	31	4.2	240	26.3	745	86.3
<b>SOCIAL BIM</b>	Oui	14	9.5	6	5.4	29	25.3	90	85.1
<b>TOTAL</b>		<b>77</b>	<b>9.7</b>	<b>37</b>	<b>4.3</b>	<b>269</b>	<b>26.1</b>	<b>835</b>	<b>86.0</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N= nombre de participants ; % = pourcentage ; \*participant ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

**Tableau 6.39.** Consommation actuelle de cigarettes électroniques rapportée par les participants âgés de 15 ans et plus ( $N= 1\,245$ )  
OHDRES 2023-2024, Belgique, ( $N=1\,724$  et  $N=1\,389$ )

		Utilisation d'e-cigarettes									
		Quotidien		≥ 1 par semaine mais pas tous les jours		≥ 1 par mois mais pas hebdomadaire		< 1 par mois		Pas d'utilisation	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	7	2.0	2	0.6	3	0.7	2	0.5	430	96.3
	Femmes	5	1.5	6	1.0	3	0.9	3	0.9	479	95.8
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	15-24	2	1.6	1	0.8	6	7.0	4	4.9	66	85.7
	25-34	2	2.5	2	1.3	0	0.0	0	0.0	101	96.2
	35-44	5	3.6	2	1.3	0	0.0	0	0.0	122	95.1
	45-54	3	3.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	167	96.9
	55-64	3	1.4	0	0.0	0	0.0	1	0.7	179	97.9
	65-74	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	183	100.0
	≥75	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	91	100.0
<b>RÉGION</b>	Région flamande	9	1.6	6	0.8	5	0.9	4	0.9	693	95.8
	Région de Bruxelles-Capitale	1	3.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	49	96.4
	Région wallonne	2	1.3	2	1.1	1	0.8	1	0.4	167	96.5
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	8	1.6	5	0.7	0	0.0	1	0.2	709	97.5
	Édenté ≥35	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	33	100.0
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	1	13.0	1	3.7	0	0.0	0	0.0	27	83.4
	Secondaire inférieur	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	104	100.0
	Secondaire supérieur	5	1.8	3	1.0	1	0.3	0	0.0	291	96.9
	Enseignement supérieur	3	0.7	3	0.6	0	0.0	2	0.8	421	97.9
<b>STATUT</b>	Non	11	2.0	7	0.7	4	0.6	5	0.8	799	96.0
<b>SOCIAL BIM</b>	Oui	1	0.3	0	0.0	2	2.2	0	0.0	110	97.5
<b>TOTAL</b>		12	1.7	8	0.8	6	0.8	5	0.7	909	96.0

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N= nombre de participants ; % = pourcentage ; \*participant ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

#### 6.6.4.2. Consommation de drogues illicites

Le tableau 6.40 décrit la consommation de drogues illicites rapportée par les participants âgés de 15 ans et plus. Dans l'ensemble, 5,6 % ont déclaré avoir consommé du cannabis, tandis que 5,5 % ont rapporté avoir consommé d'autres drogues au cours des douze derniers mois. La fréquence déclarée était nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes, tant pour le cannabis (7,1 % et 4,2 % respectivement) que pour les autres drogues (7,4 % et 3,8 % respectivement). La consommation de cannabis était particulièrement élevée chez les participants âgés de 15 à 24 ans et de 25 à 34 ans, tandis que la consommation d'autres drogues atteignait son maximum dans le groupe d'âge des 25 à 34 ans.

Des différences régionales ont été observées dans la consommation de cannabis, avec une proportion plus élevée de participants en Région wallonne (8,1%), par rapport à la Région de Bruxelles-Capitale (4,2%) et à la Région flamande (4,8%). Concernant la consommation d'autres drogues, les résidents de la Région de Bruxelles-Capitale ont déclaré la fréquence la plus élevée (14,9%), suivis de la Région wallonne (7,1%) et de la Région flamande (3,4%). La consommation de cannabis et d'autres drogues a été rapportée exclusivement par les participants dentés, avec des fréquences respectives de 2,8 % et 4,0 %.

La consommation de cannabis était la plus élevée chez les participants ayant le niveau d'instruction le plus élevé (6,7%), tandis que la consommation d'autres drogues était la plus élevée chez les participants ayant un niveau d'instruction secondaire inférieur (9,8%), suivis par ceux ayant un niveau d'instruction supérieur (7,0%). Les participants ayant le statut social BIM ont déclaré une consommation de cannabis légèrement plus élevée (6,0 %) que ceux n'ayant pas ce statut (5,3 %). En revanche, les participants ayant le statut social BIM ont déclaré une consommation d'autres drogues significativement plus élevée (8,9 %) que leurs homologues non BIM (4,8 %).

**Tableau 6.40.** Consommation de drogues illicites au cours des 12 derniers mois rapportée par les participants âgés de 15 ans et plus (N= 943), OHDRES 2023-2024 (N=1 724 et N=1 382)

		Cannabis		Autres drogues	
		N	%	N	%
<b>SEXE</b>	Hommes	24	7.1	21	7.4
	Femmes	19	4.2	15	3.8
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	15-24	11	13.6	6	6.4
	25-34	13	12.3	10	12.1
	35-44	11	7.4	12	8.0
	45-54	6	2.8	5	4.4
	55-64	2	1.5	2	3.6
	65-74	0	0.0	1	0.7
	≥75	0	0.0	0	0.0
<b>RÉGION</b>	Région flamande	26	4.8	19	3.4
	Région de Bruxelles-Capitale	2	4.2	6	14.9
	Région wallonne	15	8.1	11	7.1
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	19	2.8	20	4.0
	Édenté ≥35	0	0.0	0	0.0
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	0	0.0	0	0.0
	Secondaire inférieur	3	3.2	6	9.8
	Secondaire supérieur	9	2.9	5	2.5
	Enseignement supérieur	21	6.7	19	7.0
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	35	5.3	28	4.8
	Oui	7	6.0	7	8.9
<b>TOTAL</b>		<b>43</b>	<b>5.6</b>	<b>36</b>	<b>5.5</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N= nombre de participants ; % = pourcentage ;

\*participant ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

#### 6.6.4.3. Consommation d'alcool

Dans la littérature internationale et nationale, il n'existe pas de définition universellement standardisée de la consommation excessive d'alcool, les seuils proposés variant d'un pays à l'autre. Sciensano classe la consommation excessive comme étant plus de 21 verres standard par semaine pour les hommes et plus de 14 verres standard par semaine pour les femmes (Sciensano, 2020c). Cette classification s'aligne sur les recommandations de "Reducing Alcohol Related Harm" (RARHA), une action conjointe européenne menée entre 2014 et 2016 et cofinancée par la Commission européenne ([https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/national-low-risk-drinking-recommendations-drinking-guidelines\\_en?utm\\_source=chatgpt.com](https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/national-low-risk-drinking-recommendations-drinking-guidelines_en?utm_source=chatgpt.com)).

Les résultats indiquent que 5,5 % des participants ont déclaré avoir consommé de l'alcool de manière excessive au cours des 12 derniers mois, tandis que 18,4 % ont déclaré ne pas avoir consommé d'alcool du tout (tableau 6.41). La consommation excessive d'alcool était plus fréquente chez les hommes (6,1 %) que chez les femmes (5,0 %). Les proportions les plus élevées ont été observées chez les participants âgés de 15 à 24 ans (8,2 %) et de 45-54 ans (8,0 %). C'est en Région wallonne que la consommation excessive d'alcool était la plus élevée (7,3%), suivie de la Région de Bruxelles-Capitale (5,7%) et de la Région flamande (4,8%). La fréquence était légèrement plus élevée chez les participants dentés (5,4 %) que chez les participants édentés (5,1 %).

Les participants ayant le niveau d'instruction le plus bas ont déclaré la fréquence la plus élevée de consommation excessive d'alcool (12,3 %), tandis que ceux ayant le niveau d'instruction le plus élevé ont déclaré une proportion significativement plus faible (5,4 %). En ce qui concerne le statut social, les participants bénéficiant du statut BIM ont déclaré une fréquence plus faible de consommation excessive d'alcool (3,3 %) que ceux qui n'ont pas ce statut (5,9 %).

**Tableau 6.41.** Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois rapportée par les participants âgés de 15 ans et plus (N= 953), OHDRES 2023-2024, Belgique, (N=1 724 et N=1 382)

		Consommation excessive		Pas de consommation	
		N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	23	6.1	59	15.4
	Femmes	26	5.0	101	21.2
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	15-24	5	8.2	19	27.9
	25-34	4	4.5	24	21.6
	35-44	5	4.3	19	17.7
	45-54	12	8.0	22	12.7
	55-64	9	4.6	28	17.2
	65-74	11	6.4	25	12.5
	≥75	3	2.9	23	23.5
<b>RÉGION</b>	Région flamande	30	4.8	122	16.2
	Région de Bruxelles-Capitale	3	5.7	12	26.6
	Région wallonne	16	7.3	26	20.7
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	39	5.4	109	15.8
	Édenté ≥35	1	5.1	8	28.5
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	1	12.3	6	14.3
	Secondaire inférieur	6	7.8	33	34.5
	Secondaire supérieur	13	3.4	55	20.8
	Enseignement supérieur	23	5.4	45	9.7
<b>STATUT</b>	Non	45	5.9	119	15.2
<b>SOCIAL BIM</b>	Oui	4	3.3	41	40.7
<b>TOTAL</b>		<b>49</b>	<b>5.5</b>	<b>160</b>	<b>18.4</b>

Source: HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022.

N= nombre de participants ; % = pourcentage ; \*participant ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

## **6.7. Résultats : Santé bucco-dentaire subjective**

La santé bucco-dentaire subjective a été évaluée chez les participants âgés de 15 ans et plus en tant qu'indicateur global intégrant les dimensions physiques, psychologiques et sociales de la santé. Elle a été mesurée sur la base de l'autoévaluation par les participants de leur propre état de santé bucco-dentaire, ainsi que de la présence de plaintes se rapportant à la cavité buccale. Ces données proviennent de l'enquête HIS 2023-2024.

### ***6.7.1. Auto-évaluation de l'état de santé bucco-dentaire***

Les participants ont été invités à évaluer leur propre état de santé bucco-dentaire, en se référant spécifiquement à leur denture et aux tissus gingivaux, à l'aide d'une échelle d'autoévaluation globale. Les critères étaient les suivants : 1 (très bon), 2 (bon), 3 (médiocre), 4 (mauvais) et 5 (très mauvais). Les réponses "très bon" et "bon" ont été regroupées sous l'appellation "bonne santé bucco-dentaire", tandis que les réponses "médiocre", "mauvais" et "très mauvais" ont été regroupées sous l'appellation "pas de bonne santé bucco-dentaire". Les résultats de ces auto-évaluations sont résumés dans le tableau 6.42.

Dans l'ensemble, 78,1% des participants ont évalué leur propre santé bucco-dentaire comme étant très bonne ou bonne, ce qui les classe dans le groupe défini comme ayant une bonne santé bucco-dentaire subjective. Ce pourcentage était de 78,3 % chez les femmes et de 77,9 % chez les hommes. Une bonne santé bucco-dentaire subjective a été déclarée plus fréquemment par les groupes d'âge plus jeunes (44 ans ou moins) que par les groupes plus âgés, avec une diminution importante de 94,6 % chez les enfants âgés de 5 à 7 ans à 63,4 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

Les résidents de la Région flamande (81,3 %) se déclaraient plus fréquemment en bonne santé bucco-dentaire que ceux de la Région wallonne (73,3 %) et de la Région de Bruxelles-Capitale (70,8 %). Les scores d'auto-évaluation de bonne santé bucco-dentaire subjective étaient plus faibles chez les participants édentés (59,7 %) que chez participants dentés (72,5 %).

L'évaluation subjective de la santé bucco-dentaire s'améliorait progressivement avec le niveau d'éducation. Les participants ayant un niveau d'instruction élevé (78,6 %) ont déclaré plus souvent une bonne santé bucco-dentaire subjective que ceux n'ayant suivi que l'enseignement primaire ou ne disposant d'aucun diplôme (54,4 %). Par ailleurs, les participants bénéficiant du statut social BIM étaient moins nombreux à rapporter une bonne santé bucco-dentaire subjective (69,6 %) que leurs homologues ne disposant pas ce statut (79,7 %).

**Tableau 6.42.** Perception de son propre état de santé bucco-dentaire par les participants âgés de 5 ans et plus (N= 1 142)  
OHDRES 2023-2024, Belgique, (N=1 724 et N=1 382)

		Très bon		Bon		Médiocre		Mauvais		Très mauvais	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	149	30.7	268	47.2	104	17.5	25	4.4	3	0.2
	Femmes	194	33.3	272	45.0	92	14.8	32	5.9	3	1.1
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	17	67.8	4	26.8	0	0.0	0	0.0	1	5.4
	8-11	20	33.7	17	46.4	6	14.5	2	5.4	0	0.0
	12-14	20	40.5	15	58.0	1	1.5	0	0.0	0	0.0
	15-24	48	46.7	40	44.1	9	7.9	1	0.9	1	0.4
	25-34	45	41.8	45	40.2	15	16.5	3	1.5	0	0.0
	35-44	45	36.0	67	45.0	20	15.5	5	3.6	0	0.0
	45-54	50	25.3	89	48.5	30	16.0	11	8.0	1	2.2
	55-64	43	24.1	108	49.7	35	17.6	10	8.1	2	0.5
	65-74	37	16.8	96	46.5	51	27.2	16	8.9	1	0.6
<b>RÉGION</b>	≥75	18	14.3	59	49.1	29	27.2	9	9.4	0	0.0
	Région flamande	284	33.9	410	47.4	138	15.0	33	3.3	4	0.5
	Région de Bruxelles-Capitale	15	34.4	24	36.4	13	16.2	6	9.6	2	3.4
<b>DENTURE</b>	Région wallonne	44	26.5	106	46.8	45	18.9	18	7.8	0	0.0
	Denté* ≥35	187	24.8	401	47.7	158	19.7	46	7.0	4	0.7
	Édenté ≥35	6	12.2	18	47.5	7	25.1	5	15.2	0	0.0
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	5	9.8	16	44.6	6	12.2	9	33.6	0	0.0
	Secondaire inférieur	27	19.3	62	51.1	23	17.0	10	11.1	3	1.6
	Secondaire supérieur	73	26.4	170	45.8	66	20.4	20	7.4	0	0.0
	Enseignement supérieur	135	32.1	217	46.5	82	18.0	16	2.7	1	0.8
<b>STATUT</b>	Non	312	33.1	470	46.6	166	15.7	41	4.0	3	0.6
<b>SOCIAL BIM</b>	Oui	30	25.7	70	43.9	30	18.8	15	10.6	3	1.0
<b>TOTAL</b>		<b>343</b>	<b>32.0</b>	<b>540</b>	<b>46.1</b>	<b>196</b>	<b>16.1</b>	<b>57</b>	<b>5.1</b>	<b>6</b>	<b>0.6</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage ; \*participants ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

### **6.7.2. Plaintes liées au visage et à la cavité buccale**

Les plaintes et l'inconfort liés au visage et à la cavité buccale sont résumés dans le tableau 6.43. Dans l'ensemble, 34,3 % des participants ont déclaré avoir ressenti au moins une plainte se rapportant au visage et à la cavité buccale. La plainte la plus fréquemment mentionnée était le saignement des gencives (19,4 %), suivi du mal de dents (12,8 %) et d'autres douleurs ou gênes dans la bouche ou au niveau du visage (7,8 %). De plus, des douleurs situées au niveau de l'articulation de la mâchoire (articulation temporo-mandibulaire) ont été mentionnées par 6,2 % des participants.

Les femmes ont signalé des douleurs à l'articulation temporo-mandibulaire plus de deux fois plus souvent (8,8 %) que les hommes (3,6 %). En général, ces plaintes étaient moins fréquentes chez les participants âgés de 55 ans et plus. Les maux de dents et les douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire ont été plus fréquemment rapportés par les habitants de la Région de Bruxelles-Capitale (23,6 % et 10,0 % respectivement) et ceux de la Région wallonne (18,0 % et 9,3 %) que par les habitants de la Région flamande (8,9 % et 4,4 %). Les participants édentés (10,0 %) ont rapporté moins de plaintes que les participants dentés (35,9 %).

Les plaintes concernant le saignement des gencives étaient presque deux fois plus fréquentes chez les participants ayant un niveau d'instruction élevé (22,7 %) que chez ceux n'ayant qu'un diplôme d'école primaire ou aucun diplôme (12,2 %). Les participants bénéficiant du statut BIM étaient moins susceptibles de se plaindre de saignements des gencives (15,2 %).

**Tableau 6.43.** Plaintes liées au visage et à la cavité buccale au cours des quatre dernières semaines rapportées par les participants âgés de 5 ans et plus (N= 1 142), OHDRES 2023-2024, Belgique, (N=1 724 et N=1 382)

		Mal aux dents		Douleur de l'articulation de la mâchoire		Douleur au niveau du visage/ de la bouche		Saignement des gencives		Au moins une plainte	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	57	13.4	20	3.6	35	7.4	107	19.2	171	33.8
	Femmes	70	12.2	53	8.8	49	8.1	117	19.6	212	34.8
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.7	1	2.7
	8-11	4	11.7	2	1.9	4	6.7	6	13.9	11	21.8
	12-14	3	9.9	1	1.9	5	19.5	5	15.7	12	39.3
	15-24	11	10.2	5	4.1	5	2.7	24	21.5	33	28.6
	25-34	15	21.7	11	8.4	11	10.4	32	29.4	48	49.0
	35-44	24	18.9	11	8.4	14	10.2	29	21.5	61	45.0
	45-54	24	15.2	17	10.6	15	7.8	48	25.4	73	40.0
	55-64	22	9.8	9	7.3	8	5.4	36	17.8	65	32.6
	65-74	18	9.4	14	6.8	14	7.5	30	14.6	52	27.7
	≥75	6	5.7	3	1.7	8	7.1	13	10.9	27	23.7
<b>RÉGION</b>	Région flamande	80	8.9	47	4.4	65	8.0	160	17.6	267	29.9
	Région de Bruxelles-Capitale	10	23.6	6	10.0	5	9.7	14	21.7	22	39.3
	Région wallonne	37	18.0	20	9.3	14	6.4	50	22.9	94	43.1
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	94	12.9	53	7.6	57	7.7	154	19.3	274	35.9
	Édenté ≥35	-	-	1	1.2	2	5.4	2	5.0	4	10.0
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	5	13.2	4	8.8	3	13.4	5	12.2	12	33.3
	Secondaire inférieur	16	17.0	7	7.1	6	5.5	19	14.6	37	33.7
	Secondaire supérieur	42	15.9	16	5.9	21	6.0	70	21.8	114	36.6
	Enseignement supérieur	43	11.1	35	7.3	40	9.8	97	22.7	163	38.5
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	102	11.7	55	5.4	68	7.1	197	20.2	327	33.8
	Oui	24	18.1	18	11.4	16	11.8	27	15.2	55	36.6
<b>TOTAL</b>		<b>127</b>	<b>12.8</b>	<b>73</b>	<b>6.2</b>	<b>84</b>	<b>7.8</b>	<b>224</b>	<b>19.4</b>	<b>383</b>	<b>34.3</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage ; \*participants ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

## **6.8. Résultats : Santé générale**

### **6.8.1. Santé subjective**

Cette section donne un aperçu de l'état de santé général déclaré par les participants. Ces données proviennent de l'enquête HIS 2023-2024 et ne concernent que les participants âgés de 15 ans et plus.

Le concept de "santé subjective" repose sur l'auto-évaluation par les individus de leur propre état de santé. Il s'agit d'un critère global qui englobe les dimensions physiques, psychologiques et sociales de la santé. Cette perception peut être influencée par la présence de symptômes ou de plaintes spécifiques, ainsi que de diagnostics médicaux établis.

Comme cette mesure repose uniquement sur le jugement porté par les individus sur leur propre état de santé, elle n'est pas évaluée par un observateur externe. Bien que cette évaluation puisse être influencée par les attitudes et les expressions de l'entourage, l'évaluation finale est faite par l'individu lui-même. Par ailleurs, l'accent est mis sur l'état de santé général plutôt que sur les problèmes de santé actuels, temporaires ou aigus, afin de minimiser l'impact des fluctuations de l'état de santé à court terme sur l'évaluation.

Les catégories de réponses "très bon" et "bon" ont été regroupées sous la rubrique "bonne santé subjective", tandis que les réponses "médiocre", "mauvais" et "très mauvais" ont été regroupés sous la rubrique "pas de bonne santé subjective". Les résultats sont présentés dans le tableau 6.44.

Dans l'ensemble, 81,1 % des participants ont estimé que leur santé subjective était très bonne ou bonne. C'était plus souvent le cas pour les hommes (83,0 %) que pour les femmes (79,3 %). Parmi les groupes d'âge 15-24 ans et 25-34 ans, plus de 90 % des participants ont déclaré être en bonne santé subjective. En revanche, seuls 66,9 % des participants âgés de 75 ans et plus se percevaient en bonne santé. Les différences entre les régions étaient limitées : 83,3 % des participants de la Région wallonne, 81,1 % de la Région flamande et 75,8 % de la Région de Bruxelles-Capitale se déclaraient en bonne santé. Enfin, la proportion de participants édentés se déclarant en bonne santé subjective (62,4 %) était plus faible que celle des participants dentés (77,3 %).

Les différences de santé subjective en fonction du niveau d'instruction étaient particulièrement importantes. Parmi le groupe des participants ayant suivi l'enseignement primaire ou n'ayant aucun diplôme, seuls 45,3 % ont déclaré être en bonne santé subjective, contre 87,1 % des participants ayant un niveau d'instruction élevé. De même, les participants bénéficiant du statut social BIM se déclaraient nettement moins souvent en bonne santé subjective que leurs homologues ne possédant pas ce statut, respectivement 59,5% et 84,5%.

**Tableau 6.44.** Perception de son propre état de santé par les participants de 15 ans et plus ( $N= 961$ ),  
OHDRES 2023-2024, Belgique ( $N= 1\,724$  et  $N= 1\,382$ )

		Très bon		Bon		Médiocre		Mauvais		Très mauvais	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	125	32.8	241	50.2	69	13.7	10	2.5	3	0.8
	Femmes	102	24.2	301	55.1	94	17.1	14	2.9	2	0.6
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	15-24	24	38.5	47	54.0	7	7.6	0	0.0	0	0.0
	25-34	39	45.8	56	48.5	6	5.7	0	0.0	0	0.0
	35-44	39	35.5	68	46.4	20	14.6	3	1.9	2	1.7
	45-54	45	25.7	89	50.4	32	21.0	5	2.9	0	0.0
	55-64	37	20.5	109	57.2	33	15.4	4	4.6	3	2.3
	65-74	32	16.7	117	59.5	36	19.0	8	4.9	0	0.0
	≥75	11	11.1	56	55.8	29	27.7	4	5.4	0	0.0
<b>RÉGION</b>	Région flamande	159	23.8	431	57.3	128	16.8	13	1.9	3	0.3
	Région de Bruxelles-Capitale	16	38.9	22	36.9	9	16.1	2	3.2	2	5.0
	Région wallonne	52	35.9	89	47.4	26	11.8	9	5.0	0	0.0
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	161	24.0	421	53.3	139	18.0	22	3.7	5	1.0
	Édenté ≥35	3	6.0	18	56.4	11	34.0	2	3.6	0	0.0
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	4	10.2	11	35.1	12	40.9	4	13.8	0	0.0
	Secondaire inférieur	15	12.6	67	61.0	26	20.8	3	2.2	2	3.5
	Secondaire supérieur	56	23.4	174	52.2	66	18.9	11	4.6	2	1.0
	Enseignement supérieur	123	33.2	250	53.9	52	11.7	5	1.0	1	0.1
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	214	30.9	487	53.6	124	13.6	14	1.8	2	0.1
	Oui	13	12.8	54	46.7	39	27.5	10	8.9	3	4.2
<b>TOTAL</b>		<b>227</b>	<b>28.3</b>	<b>542</b>	<b>52.8</b>	<b>163</b>	<b>15.5</b>	<b>24</b>	<b>2.8</b>	<b>5</b>	<b>0.7</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N= nombre de participants ; % = pourcentage ; \*participants ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

### **6.8.2. Conditions de santé chroniques**

Le tableau 6.45 présente les données relatives aux problèmes de santé chroniques, aux maladies cardiaques et au diabète au cours des 12 derniers mois, telles que déclarées par les participants âgés de 15 ans et plus. Un tiers des participants (31,9 %) ont déclaré souffrir d'une ou plusieurs maladies chroniques ou d'un handicap. Cette proportion était plus élevée chez les femmes (34,8 %) que chez les hommes (28,8 %), et plus d'un tiers des participants âgés de 45 ans et plus ont déclaré souffrir d'une maladie chronique. Des différences ont été observées entre les régions. Au total, 26,4 % des résidents de la Région flamande ont déclaré souffrir d'une maladie chronique, soit nettement moins qu'en Région wallonne (39,6 %) et dans la Région de Bruxelles-Capitale (47,6 %). Les participants édentés (45,9 %) déclaraient plus fréquemment des maladies chroniques que les participants dentés (38,4 %).

Le niveau d'instruction des participants était un facteur important, les participants ayant un faible niveau d'instruction déclarant une fréquence presque deux fois plus élevée de problèmes de santé chroniques que ceux ayant un niveau d'instruction plus élevé (31,1 %). De même, les participants bénéficiant du statut social BIM ont signalé une fréquence plus élevée (50,5 %) de maladies chroniques que les participants ne possédant pas ce statut (29,0 %).

Parmi les autres problèmes de santé, la survenue de maladies cardiaques et de diabète au cours des 12 derniers mois a également été signalée par les participants, mais dans une bien moindre mesure. Les maladies cardiaques ont été rapportées par 4,1 % des participants, la fréquence la plus élevée étant observée chez les personnes âgées de 75 ans et plus (11,9 %). Le diabète a été signalé par 5,6 % des participants, atteignant 13,2 % dans le groupe d'âge des 65-74 ans et 13,8 % chez les 75 ans et plus. D'autres comparaisons n'ont pas été effectuées en raison du faible nombre de participants dans ces sous-groupes.

**Tableau 6.45.** Problèmes de santé chroniques, maladies cardiaques et diabète chez les participants âgés de 15 ans et plus  
(N= 1 389, N= 1 251 et N= 1 039), OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

		Affections chroniques		Maladie cardiaque		Diabète	
		N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	127	28.8	33	5.0	36	4.5
	Femmes	173	34.8	20	3.2	31	4.8
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	15-24	9	9.9	0	0.0	1	0.4
	25-34	23	35.7	0	0.0	0	0.0
	35-44	32	22.8	1	0.8	4	1.8
	45-54	59	38.9	6	3.1	5	4.7
	55-64	70	38.5	13	6.2	15	8.2
	65-74	66	35.6	20	8.9	25	13.2
	≥75	40	38.9	13	11.9	17	13.8
<b>RÉGION</b>	Région flamande	208	26.4	45	4.8	43	3.8
	Région de Bruxelles-Capitale	25	47.6	0	0.0	9	9.4
	Région wallonne	67	39.6	8	3.8	15	5.0
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	315	38.4	58	5.5	77	9.2
	Édenté ≥35	16	45.9	2	6.3	7	16.5
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	20	61.2	2	3.6	8	20.0
	Secondaire inférieur	45	43.9	12	10.2	13	9.5
	Secondaire supérieur	100	34.5	24	5.5	18	4.3
	Enseignement supérieur	127	31.1	15	2.8	26	5.7
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	237	29.0	44	3.7	49	3.8
	Oui	63	50.5	9	5.9	18	9.7
<b>TOTAL</b>		<b>300</b>	<b>31.9</b>	<b>53</b>	<b>4.1</b>	<b>67</b>	<b>5.6</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022.

N= nombre de participants ; % = pourcentage ; \* participant ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

### 6.8.3. Santé générale et qualité de vie

Cette section présente un aperçu de la qualité de vie globale des participants âgés de 15 ans et plus. L'instrument EQ-5D (EuroQol Group, 1990) a été utilisé pour mesurer la qualité de vie associée à la santé générale. Le questionnaire simple et rapide évalue l'impact de l'état de santé générale sur la qualité de vie selon cinq dimensions : la mobilité, les soins personnels, les activités quotidiennes, la douleur/l'inconfort, l'anxiété et la dépression. Sur la base des réponses à ces cinq dimensions, il est possible de créer un profil de santé pour chaque individu (Sciensano, 2022).

Les résultats sont présentés dans le tableau 6.46. En Belgique, 68,1 % de la population âgée de 15 ans et plus n'a déclaré aucun problème de santé. Leur score EQ-5D moyen était de 0,9 ( $\pm 0,2$ ). Les hommes étaient plus nombreux que les femmes à ne déclarer aucun problème de santé (71,2 % et 65,2 %, respectivement). Les proportions les plus faibles de participants sans problèmes de santé ont été observées dans les groupes d'âgés de 45-54 ans (61,1 %) et 75 ans et plus (61,2 %). Au total, 73,6% des participants de la Région flamande ont déclaré ne pas avoir de problèmes de santé, suivis par 60,4% en Région wallonne et 52,4% en Région de Bruxelles-Capitale.

La proportion de participants déclarant une absence de problèmes de santé augmentait progressivement avec le niveau d'instruction, allant de 38,8 % chez les participants ayant suivi l'enseignement primaire ou n'ayant aucun diplôme à 68,9 % chez ceux ayant suivi l'enseignement supérieur. Cette tendance se retrouve également en fonction du statut social : 49,5 % des participants bénéficiant du statut social BIM ont déclaré ne pas avoir de problèmes de santé, par rapport à 71,9 % des participants ne disposant pas de ce statut.

**Tableau 6.46.** Fréquence des participants âgés de 15 ans et plus rapportant ne pas avoir de problèmes de santé et l'impact de l'état de santé générale sur la qualité de vie, tel que mesuré par l'instrument EQ-5D (N= 932),  
OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

		Absence de problèmes de santé		Score EQ-5D	
		N	%	Moyenne	DS
<b>SEXÉ</b>	Hommes	319	71.2	0.9	0.2
	Femmes	338	65.2	0.8	0.2
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	15-24	68	90.1	0.9	0.1
	25-34	80	64.3	0.9	0.2
	35-44	97	77.2	0.9	0.2
	45-54	110	61.1	0.8	0.2
	55-64	115	61.7	0.8	0.2
	65-74	127	64.5	0.9	0.2
	≥75	60	61.2	0.8	0.3
<b>RÉGION</b>	Région flamande	522	73.6	0.9	0.2
	Région de Bruxelles-Capitale	27	52.4	0.8	0.2
	Région wallonne	108	60.4	0.8	0.2
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	492	66.1	0.8	0.2
	Édenté ≥35	17	55.2	0.7	0.3
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	10	38.8	0.6	0.3
	Secondaire inférieur	69	56.1	0.8	0.2
	Secondaire supérieur	210	65.5	0.8	0.2
	Enseignement supérieur	300	68.9	0.9	0.2
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	601	71.0	0.9	0.2
	Oui	55	49.5	0.7	0.3
<b>TOTAL</b>		<b>657</b>	<b>68.1</b>	<b>0.9</b>	<b>0.2</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N= nombre de participants ; % = pourcentage ;

\*participant ayant au moins une dent naturelle.

Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

## **6.9. Résultats : Santé bucco-dentaire et consommation de soins de santé**

Les données relatives à la santé bucco-dentaire et à la consommation de soins de santé enregistrée ont été extraites de la base de données de l'AIM 2018-2022, fournissant un aperçu d'ensemble de la consommation de actes de soins de la population belge.

### **6.9.1. Consommation des soins bucco-dentaires**

Les données sur la consommation de soins bucco-dentaires comprennent les actes réalisés par les dentistes généralistes ainsi que par les dentistes spécialistes en parodontologie ou en orthodontie.

Le tableau 6.47 montre le nombre de visites chez le dentiste au cours de la période de cinq ans 2018-2022 ainsi que le pourcentage de participants qui ont régulièrement consulté un dentiste. Un « participant régulier » a été défini comme une personne ayant eu au moins 3 visites chez un dentiste, hors consultations d'urgence, au cours de 3 années différentes, sur une période de 5 ans. Les données ont montré que 69,6 % des participants remplissaient ce critère de visites régulières chez le dentiste au cours de la période 2018-2022, tandis que 9,0 % n'ont eu aucun contact avec le dentiste pendant cette même période. Les femmes (72,6 %) ont consulté un dentiste de façon régulière plus fréquemment que les hommes (66,5 %). En revanche, les visites irrégulières (22,3 % contre 20,7 %) et les consultations d'urgence (1,5 % contre 0,8 %) étaient davantage déclarées par les hommes. Les visites régulières étaient les moins fréquentes dans le groupe des participants les plus jeunes âgés de 5 à 7 ans (29,0 %).

Les visites régulières chez le dentiste étaient plus fréquentes chez les habitants de la Région flamande (72,2 %) que chez ceux de la Région de Bruxelles-Capitale (67,1 %) et de la Région wallonne (65,4 %). Les visites régulières étaient significativement plus fréquentes dans le groupe des participants dentés (73,2%) que dans celui des édentés (22,9%). La fréquence des visites dentaires régulières augmentait systématiquement avec le niveau d'instruction, les participants ayant un niveau d'instruction supérieur déclarant des visites régulières (75,5 %) plus souvent que les participants ayant un niveau d'instruction primaire ou sans diplôme (57,0 %). De même, les participants bénéficiant du statut social BIM ont été moins nombreux à déclarer des visites régulières (58,8 %) que ceux ne possédant pas ce statut (71,8 %).

Le tableau 6.48 présente les données concernant les actes diagnostiques et préventifs d'après la consommation de soins enregistrée. Les examens bucco-dentaires préventifs ont été enregistrés pour 63,3% des participants, suivi des radiographies intra-orales (45,5%), des détartrages ou nettoyages prophylactiques (44,1%), des radiographies extra-orales (31,7%) et des applications de sealants (2,8%). Une faible différence a été enregistrée dans la fréquence des examens bucco-dentaires préventifs entre les femmes (64,1 %) et les hommes (62,1 %). De plus, un pic de consommation d'examens bucco-dentaires préventifs de plus de 80% a été enregistré chez les adolescents et les jeunes adultes âgés de 12 à 24 ans, l'explication la plus plausible étant les bilans orthodontiques et le suivi de l'éruption des dents de sagesse. Ces examens ont été plus fréquemment rapportés par les résidents de la Région flamande (66,3%) que par ceux de la Région de Bruxelles-Capitale (64,6%) et de la Région wallonne (47,1%). La consommation d'examens bucco-dentaires préventifs augmente avec le niveau d'instruction, les participants ayant un niveau d'instruction élevé enregistrant une consommation significativement plus élevée (64,3 %) que ceux ayant un faible niveau d'instruction (28,7 %). Les examens bucco-dentaires préventifs ont été réalisés moins fréquemment chez les participants bénéficiant du statut social BIM (58,7 %) que chez ceux ne possédant pas ce statut (64,1 %).

La proportion la plus élevée d'applications de sealants a été enregistrée dans le groupe d'âge 12-14 ans (27,9 %), ce traitement préventif étant essentiellement destiné aux enfants et aux adolescents.

Une différence a été enregistrée dans la fréquence des détartrages ou des nettoyages prophylactiques entre les femmes (46,6 %) et les hommes (41,6 %). L'utilisation de ces traitements augmentait graduellement avec l'âge, atteignant son niveau le plus élevé dans le groupe des 65-74 ans. Le détartrage ou le nettoyage prophylactique ont été plus fréquemment enregistrés chez les participants de la Région flamande (47,2 %), suivis par ceux de la Région de Bruxelles-Capitale (42,0 %) et de la Région wallonne (39,0 %).

La consommation des actes de détartrage ou de nettoyage prophylactique augmentait avec le niveau d'instruction, les participants ayant complété un parcours d'enseignement supérieur enregistrant une consommation significativement plus élevée (63,3 %) par rapport à ceux ayant suivi un enseignement primaire ou n'ayant aucun diplôme (30,3 %). Chez les participants bénéficiant du statut social BIM, ces actes préventifs ont été enregistrés moins fréquemment (35,8%) que chez ceux n'ayant pas ce statut (45,7%).

**Tableau 6.47.** Consultations dentaires durant la période de 5 ans 2018-2022 selon la consommation de soins enregistrée (N= 1382), OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

		Visites régulières**		Visites irrégulières***		Visites d'urgence****		Pas de visites	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	454	66.5	141	22.3	11	1.5	73	11.2
	Femmes	537	72.6	131	20.7	7	0.8	46	6.7
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	10	29.0	13	58.5	0	0.0	6	12.5
	8-11	31	56.4	20	32.1	0	0.0	6	11.4
	12-14	45	92.5	4	3.9	0	0.0	2	3.6
	15-24	100	79.3	20	17.3	2	1.0	5	3.4
	25-34	81	61.3	33	28.0	4	2.5	13	10.7
	35-44	110	69.9	39	20.6	2	0.9	16	9.5
	45-54	169	73.4	36	18.1	4	2.2	14	8.5
	55-64	176	70.2	43	21.0	4	1.3	18	8.8
	65-74	177	75.5	36	15.3	1	0.5	20	9.2
	≥75	92	65.0	28	21.5	1	0.7	19	13.5
<b>RÉGION</b>	Région flamande	717	72.2	168	19.4	14	1.4	74	8.4
	Région de Bruxelles-Capitale	49	67.1	12	18.5	1	0.6	9	14.4
	Région wallonne	225	65.4	92	26.5	3	0.9	36	8.2
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	712	73.2	171	19.0	12	1.3	66	7.8
	Édenté ≥35	12	22.9	11	26.1	0	0.0	21	51.0
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	20	57.0	9	26.9	0	0.0	7	16.1
	Secondaire inférieur	84	59.6	22	22.3	0	0.0	19	18.1
	Secondaire supérieur	250	72.9	55	19.1	4	0.8	24	8.0
	Enseignement supérieur	344	75.5	80	17.0	10	2.2	27	7.5
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	875	71.8	218	20.2	18	1.4	94	8.0
	Oui	116	58.8	52	27.0	0	0.0	25	14.2
<b>TOTAL</b>		991	69.6	272	21.5	18	1.1	119	9.0

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N= nombre de participants ; % = pourcentage ;

\*participant avec au moins une dent naturelle ; \*\*au moins 3 contacts au cours de 3 années différentes ; \*\*\*au moins un contact ; \*\*\*\* suppléments pour consultation d'urgence et supplément pour acte en urgence (codes INAMI/RIZIV 301055-081, 3735586).

Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

**Tableau 6.48.** Actes diagnostiques et soins préventifs réalisés par les dentistes au cours de la période de 5 ans 2018-2022 selon la consommation de soins enregistrée (N=1 382), OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

		Examen bucco-dentaire préventif		Sealant		Détartrage ou nettoyage prophylactique		Radiographie intra-orale		Radiographie extra-orale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	394	62.5	14	2.6	315	41.6	323	44.4	202	29.4
	Femmes	461	64.1	12	3.0	303	46.6	354	46.5	243	33.9
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	19	67.0	0	0.0	0	0.0	5	14.9	0	0.0
	8-11	45	69.3	5	6.6	0	0.0	19	30.9	8	10.3
	12-14	44	85.6	13	27.9	0	0.0	25	51.7	28	50.0
	15-24	101	82.3	8	5.6	14	11.5	59	46.8	74	57.1
	25-34	88	63.6	-	-	66	51.7	52	42.3	40	28.8
	35-44	119	73.5	-	-	92	53.2	68	37.9	43	29.9
	45-54	152	64.8	-	-	145	63.3	125	55.6	73	30.1
	55-64	153	67.1	-	-	145	60.1	130	50.9	82	36.0
	65-74	115	48.9	-	-	160	67.4	128	53.9	65	27.8
<b>RÉGION</b>	≥75	19	13.0	-	-	86	62.5	66	44.8	32	23.4
	Région flamande	621	66.3	15	2.5	512	47.2	470	45.0	296	29.6
	Région de Bruxelles-Capitale	36	64.6	1	2.5	39	42.0	36	39.5	25	34.5
<b>DENTURE</b>	Région wallonne	198	47.1	10	3.5	157	39.0	171	46.4	124	34.7
	Denté* ≥35	553	58.7	-	-	626	63.6	515	50.8	291	31.1
<b>ÉDUCATION</b>	Édenté ≥35	5	8.2	-	-	2	3.8	2	2.8	4	5.2
	Primaire/sans diplôme	12	28.7	0	0.0	11	30.3	12	34.6	9	25.6
	Secondaire inférieur	54	39.4	0	0.0	70	53.4	57	41.8	29	22.3
	Secondaire supérieur	200	60.7	0	0.0	218	60.5	164	45.5	103	30.9
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Enseignement supérieur	289	64.3	0	0.0	294	63.3	245	50.5	136	30.2
	Non	754	64.1	22	2.5	620	45.7	589	45.8	375	30.6
	Oui	99	58.7	4	4.4	87	35.8	86	42.8	68	36.0
<b>TOTAL</b>		<b>855</b>	<b>63.3</b>	<b>26</b>	<b>2.8</b>	<b>708</b>	<b>44.1</b>	<b>677</b>	<b>45.5</b>	<b>445</b>	<b>31.7</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N= nombre de participants ; % = pourcentage ; \*participant avec au moins une dent naturelle.

Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100

Le tableau 6.49 décrit les données relatives aux consultations avec des spécialistes en parodontologie et en orthodontie. Globalement, 4,4% des participants ont consulté un parodontologue et 5,9% un orthodontiste au cours de la période 2018-2022. Les consultations auprès d'un parodontologue ont augmenté à partir de l'âge de 25 ans et jusqu'à 74 ans. À l'exception des consultations d'orthodontie dans les groupes d'âge 12-14 ans et 15-24 ans, le recours aux services d'orthodontie était significativement moins fréquent dans les autres catégories d'âge. Le faible nombre de participants dans les différentes catégories n'a pas permis de réaliser des analyses plus approfondies en sous-groupes.

**Tableau 6.49.** Consultations auprès d'un dentiste spécialisé au cours de la période de 5 ans 2018-2022 selon la consommation de soins enregistrée, (N= 1 382),  
OHDRES 2023-2024, Belgique (N=1 724 et N=1 382)

		Consultation parodontologie		Consultation orthodontie	
		N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	26	3.5	28	5.4
	Femmes	45	5.3	29	6.3
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	0	0.0	0	0.0
	8-11	0	0.0	4	7.1
	12-14	0	0.0	9	17.3
	15-24	0	0.0	29	26.9
	25-34	2	1.2	10	7.4
	35-44	6	3.9	2	1.1
	45-54	17	7.0	3	1.5
	55-64	16	7.9	0	0.0
	65-74	23	12.2	0	0.0
	≥75	7	5.1	0	0.0
<b>RÉGION</b>	Région flamande	51	5.0	39	4.6
	Région de Bruxelles-Capitale	6	4.5	2	8.7
	Région wallonne	14	3.3	16	7.3
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	11	1.0	5	0.6
	Édenté ≥35	0	0.0	0	0.0
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	1	0.9	0	0.0
	Secondaire inférieur	7	7.9	1	0.8
	Secondaire supérieur	19	4.5	5	1.4
	Enseignement supérieur	34	7.1	11	3.2
<b>STATUT</b>	Non	59	4.2	53	5.8
<b>SOCIAL BIM</b>	Oui	12	5.5	4	6.3
<b>TOTAL</b>		<b>71</b>	<b>4.4</b>	<b>57</b>	<b>5.9</b>

Source: HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022.

N = nombre de participants ; % = pourcentage ; \*participant ayant au moins une dent naturelle.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

Le tableau 6.50 présente les données relatives aux traitements conservateurs réalisés par les dentistes généralistes sur la base des actes enregistrés au cours de la période 2018-2022. Dans l'ensemble, les obturations monofaces ont été enregistrées chez 26,6 % des participants, tandis que les obturations plurifaces l'ont été chez 54,2 % d'entre eux. De plus, des traitements endodontiques sans complexité particulière ont été documentés chez 13,3 % des participants, des procédures prothétiques chez 6,5 % et des extractions ou des interventions chirurgicales mineures chez 15,6 %. Des différences minimes ont été observées entre les hommes et les femmes pour les différents types de traitements conservateurs, mais aucune tendance claire ne s'est dégagée. Les obturations monofaces n'ont pas montré de tendance spécifique par rapport à l'âge, tandis que le nombre des obturations plurifaces a augmenté avec l'âge, atteignant le maximum dans le groupe d'âge des 55-64 ans. Les traitements endodontiques ont été le plus souvent enregistrés chez les participants âgés de 45 à 54 ans. Bien que des différences aient été observées entre les régions, aucune tendance claire n'a pu être établie lorsque tous les traitements conservateurs ont été pris en compte.

La consommation de traitements conservateurs était plus faible chez les participants ayant suivi l'enseignement primaire ou n'ayant aucun diplôme et ayant suivi l'enseignement secondaire inférieur, par rapport à ceux ayant suivi l'enseignement secondaire supérieur ou l'enseignement supérieur. Pour les traitements endodontiques, une augmentation progressive a été signalée avec l'augmentation du niveau d'instruction. Les traitements conservateurs ont été plus fréquemment enregistrés chez les participants bénéficiant du statut social BIM, en particulier les procédures prothétiques et les interventions chirurgicales mineures, par rapport à ceux ne possédant pas ce statut.

Le tableau 6.51 présente les nombres moyens d'actes réalisés par les dentistes en fonction de la consommation de soins enregistrée et de l'Atlas AIM. Le nombre moyen global de soins dentaires enregistrés était de 16,7 ( $\pm 14,4$ ), avec une moyenne de 17,1 ( $\pm 14,1$ ) pour les femmes et de 16,2 ( $\pm 14,8$ ) pour les hommes. Le nombre moyen le plus élevé d'actes dentaires a été enregistré dans le groupe d'âge 15-24 ans avec une moyenne de 22,0 ( $\pm 14,7$ ) actes. Parmi les régions, la Région wallonne a enregistré la plus faible consommation moyenne de soins dentaires, avec une moyenne de 15,2 ( $\pm 13,4$ ) actes. Les participants dentés avaient une consommation moyenne de soins dentaires de 19,1 ( $\pm 14,9$ ), soit près de six fois plus que les participants édentés (3,2  $\pm 7,8$ ). Aucune différence significative dans le nombre de soins dentaires n'a été enregistrée entre les participants bénéficiant du statut social BIM et ceux n'ayant pas ce statut.

**Tableau 6.50.** Traitements conservateurs réalisés par les dentistes généralistes au cours de la période de 5 ans 2018-2022 selon la consommation de soins enregistrée (N= 1 382), OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

		Obturations 1 surface		Obturations >1 surface		Endodontie sans complexité particulière		Tout acte prothétique**		Extraction ou petite chirurgie	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	182	26.1	383	54.2	110	15.1	64	6.1	144	16.7
	Femmes	204	27.0	429	54.3	103	11.5	59	6.9	113	14.5
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	5	22.3	3	10.0	0	0.0	0	0.0	1	2.2
	8-11	9	9.7	17	27.3	0	0.0	0	0.0	3	2.7
	12-14	14	25.4	23	47.3	1	1.5	0	0.0	16	31.1
	15-24	39	35.6	61	49.3	8	9.3	0	0.0	23	21.2
	25-34	30	22.5	58	47.9	17	11.7	0	0.0	1	0.4
	35-44	49	31.7	99	60.9	26	14.7	0	0.0	2	0.6
	45-54	73	29.9	157	68.0	53	23.9	3	0.8	5	2.4
	55-64	68	27.4	169	69.6	46	17.5	25	10.8	59	25.6
	65-74	68	30.2	155	64.9	45	21.8	46	18.0	98	38.8
	≥75	31	19.1	70	46.5	17	10.3	49	33.3	49	33.3
<b>RÉGION</b>	Région flamande	266	26.6	563	54.3	133	11.8	87	6.9	179	15.9
	Région de Bruxelles-Capitale	18	24.7	44	57.5	14	17.8	7	4.6	20	20.9
	Région wallonne	102	27.1	205	52.9	66	14.8	29	6.4	58	13.2
<b>DENTURE</b>	Denté* ≥35	288	29.4	646	65.8	187	18.8	107	10.1	209	18.9
	Édenté ≥35	1	2.1	4	6.0	0	0.0	16	29.4	4	10.2
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	5	11.2	18	45.2	5	10.2	8	24.3	12	31.7
	Secondaire inférieur	40	28.2	77	57.4	21	14.5	28	19.9	32	24.3
	Secondaire supérieur	94	29.4	213	62.7	56	14.8	43	10.4	76	17.6
	Enseignement supérieur	131	26.9	292	61.4	85	17.8	21	3.5	61	10.3
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Non	333	26.4	700	53.7	179	12.5	97	5.7	216	14.1
	Oui	52	27.5	110	56.3	34	17.7	26	10.8	41	23.2
<b>TOTAL</b>		<b>386</b>	<b>26.6</b>	<b>812</b>	<b>54.2</b>	<b>213</b>	<b>13.3</b>	<b>123</b>	<b>6.5</b>	<b>257</b>	<b>15.6</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage ; \*participant ayant au moins une dent naturelle ;

\*\*les prestations enregistrées ne concernent que la prothèse amovible, la prothèse fixe n'étant pas incluse dans la nomenclature.

Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

**Tableau 6.51.** Prestations réalisées par les dentistes au cours de la période de 5 ans 2018-2022 selon la consommation de soins enregistrée et l'Atlas AIM (N= 1 382), OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1.382)

	Actes dentaires	Actes dentaires préventifs		Radiographies dentaires, y compris CBCT		Imagerie dentaire par un dentiste		Actes d'orthodontie		Actes d'orthodontie précoce		
		Moyenne	DS	Moyenne	DS	Moyenne	DS	Moyenne	DS	Moyenne	DS	
<b>SEXÉ</b>	Hommes	16.2	14.8	5.3	5.5	2.0	2.9	2.0	2.9	0.8	3.5	0.0
	Femmes	17.1	14.1	6.0	5.9	2.2	3.0	2.2	3.0	0.9	4.0	0.0
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	3.4	4.0	1.6	1.4	0.2	0.7	0.2	0.7	0.0	0.0	0.0
	8-11	7.1	7.9	2.8	2.7	1.3	2.7	1.3	2.7	0.1	0.3	0.1
<b>RÉGION</b>	12-14	15.0	9.6	4.5	3.5	2.5	2.4	2.5	2.4	1.7	5.0	0.0
	15-24	22.0	14.7	3.8	3.3	3.2	3.0	3.2	3.0	6.7	8.6	-
<b>DENTURE</b>	25-34	13.8	12.9	5.3	4.9	1.5	2.0	1.5	2.0	0.0	0.2	-
	35-44	15.4	12.3	6.3	5.3	1.6	2.3	1.6	2.3	-	-	-
<b>ÉDUCATION</b>	45-54	19.5	14.7	7.1	6.3	2.3	3.0	2.3	3.0	-	-	-
	55-64	19.3	15.9	6.8	6.7	2.3	3.3	2.2	3.3	-	-	-
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	65-74	20.9	16.8	7.8	7.0	2.2	2.9	2.1	2.9	-	-	-
	≥75	16.9	14.8	6.0	6.8	2.5	4.1	2.4	4.1	-	-	-
<b>TOTAL</b>	Région flamande	17.4	14.7	6.0	5.7	2.1	3.0	2.0	3.0	0.9	4.0	0.0
	Région de Bruxelles-Capitale	17.4	15.9	6.4	6.2	2.2	2.8	2.2	2.8	0.8	3.0	0.0
<b>DENTURE</b>	Région wallonne	15.2	13.4	4.8	5.5	2.1	2.9	2.1	2.9	0.8	3.5	0.0
	Denté* ≥35	19.1	14.9	7.1	6.4	2.2	3.2	2.2	3.2	0.0	0.0	-
<b>ÉDUCATION</b>	Édenté ≥35	3.2	7.8	0.3	1.5	0.2	1.2	0.2	1.2	0.0	0.0	-
	Primaire/sans diplôme	10.0	9.5	2.6	4.2	1.0	1.4	1.0	1.5	0.0	0.0	0.0
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Secondaire inférieur	16.7	16.4	5.3	6.0	1.5	2.5	1.5	2.5	0.0	0.0	0.0
	Secondaire supérieur	17.9	14.3	6.5	5.9	1.9	2.9	1.9	2.9	0.1	1.4	0.0
<b>TOTAL</b>	Enseignement supérieur	18.5	14.6	7.6	6.4	2.3	3.1	2.3	3.1	0.0	0.1	0.0
	Non	16.7	14.1	5.9	5.8	2.1	3.0	2.1	3.0	0.9	3.9	0.0
<b>TOTAL</b>	Oui	16.9	16.0	4.4	5.0	1.9	2.5	1.9	2.5	0.8	3.1	0.0
	<b>TOTAL</b>	<b>16.7</b>	<b>14.4</b>	<b>5.7</b>	<b>5.7</b>	<b>2.1</b>	<b>2.9</b>	<b>2.1</b>	<b>2.9</b>	<b>0.9</b>	<b>3.8</b>	<b>0.0</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022 ; N= nombre de participants ; % = pourcentage ; \*participant ayant au moins une dent naturelle.

Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

### **6.9.2. Consommation de services de soins de santé généraux**

Le tableau 6.52 décrit les données relatives aux consultations chez les médecins d'après la consommation de soins enregistrée. Un ensemble spécifique de codes d'actes a été utilisé pour définir des profils de consommation de soins médicaux, classés comme suit : " contacts réguliers " (au moins trois visites chez un généraliste ou un spécialiste, excepté des visites d'urgence, au cours de trois années différentes sur une période de cinq ans), " contacts irréguliers " (au moins un contact au cours de la période de cinq ans), et " aucun contact " (aucune consultation enregistrée au cours d'une période de cinq ans).

La majorité de la population belge (82,8 %) a eu des contacts réguliers avec un médecin généraliste ou un spécialiste au cours de la période 2018-2022, tandis que pour 7,2 % aucune consultation au cours de cette période n'a été enregistré. La proportion de femmes (84,1 %) ayant eu des contacts réguliers avec un médecin était légèrement supérieure à celle des hommes (81,5 %). De même, les visites irrégulières étaient légèrement plus fréquentes chez les femmes (10,6 %) que chez les hommes (9,4 %). Les visites régulières étaient les moins fréquentes dans le groupe des participants les plus jeunes, âgés de 5 à 7 ans, et les plus fréquentes dans le groupe d'âge des 75 ans et plus. En outre, les visites irrégulières étaient les plus fréquentes chez les enfants âgés de 5 à 7 ans (31,1 %). Les visites médicales régulières étaient plus fréquentes chez les résidents de la Région flamande (90,4 %) que chez ceux de la Région wallonne (75,8 %) et de la Région de Bruxelles-Capitale (60,1 %). Des niveaux similaires de visites régulières chez un médecin ont été observés chez les participants dentés (86,2 %) et édentés (83,5 %). Cependant, les visites irrégulières étaient plus fréquentes chez les participants édentés (12,8 %) que chez les participants dentés (9,0 %). La fréquence la plus élevée de visites régulières chez un médecin a été observée chez les participants ayant un niveau d'instruction primaire ou sans diplôme (92,7%). En revanche, la fréquence des visites irrégulières était la plus élevée chez les participants ayant un niveau d'instruction supérieur. Enfin, les participants bénéficiant du statut social BIM ont rapporté des visites régulières moins fréquemment (77,5%) que ceux ne possédant pas ce statut (83,9%).

**Tableau 6.52** Consultation avec un médecin au cours de la période de 5 ans 2018-2022 selon la consommation de soins enregistrée (N= 1 382), OHDRES 2023-2024, Belgique (N= 1 724 et N= 1 382)

		Contacts réguliers**		Contacts irréguliers (au moins 1)		Aucune visite	
		N	%	N	%	%	%
<b>SEXÉ</b>	Hommes	581	81.5	58	9.4	29	9.1
	Femmes	639	84.1	52	10.6	23	5.3
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	23	61.1	5	31.1	1	7.8
	8-11	49	83.7	6	9.6	2	6.8
	12-14	43	75.7	5	14.7	3	9.6
	15-24	112	80.0	8	6.5	5	13.5
	25-34	108	78.7	13	9.4	6	11.9
	35-44	143	79.3	14	12.5	8	8.2
	45-54	193	85.5	19	9.8	7	4.7
	55-64	207	87.3	19	7.7	11	5.0
	65-74	212	89.8	14	7.1	7	3.2
<b>RÉGION</b>	≥75	130	90.6	7	8.1	2	1.3
	Région flamande	880	90.4	63	7.9	16	1.7
	Région de Bruxelles-Capitale	50	60.1	9	13.7	11	26.3
<b>DENTURE</b>	Région wallonne	290	75.8	38	12.8	25	11.4
	Denté* ≥35	847	86.2	69	9.0	33	4.8
<b>ÉDUCATION</b>	Édenté ≥35	38	83.5	4	12.8	2	3.7
	Primaire/sans diplôme	33	92.7	3	7.3	0	0.0
	Secondaire inférieur	118	91.5	6	7.6	1	0.8
	Secondaire supérieur	299	83.7	19	7.8	11	8.6
<b>STATUT SOCIAL BIM</b>	Enseignement supérieur	395	86.1	40	10.2	16	3.7
	Non	1 048	83.9	99	10.5	40	5.6
	Oui	171	77.5	11	7.7	11	14.8
<b>TOTAL</b>		<b>1 220</b>	<b>82.8</b>	<b>110</b>	<b>10.0</b>	<b>52</b>	<b>7.2</b>

Source : HIS 2023-2024 et AIM 2018-2022. N = nombre de participants ; % = pourcentage ;

\*participant ayant au moins une dent naturelle ; \*\*au moins 3 contacts au cours de 3 années différentes.

Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

## 7. COMPARAISON DES RÉSULTATS DE L'OHDRES 2023-2024 AVEC LES ENQUÊTES PRÉCÉDENTES DE L'OHDRES

Ce chapitre décrit, compare et discute les tendances en matière de santé bucco-dentaire ainsi que comportements associés à la santé bucco-dentaire de la population belge, tels qu'ils ont été enregistrées lors des différentes enquêtes sur la santé bucco-dentaire menées en 2008-2010, 2012-2014 et 2023-2024. Même si, pour la plupart des indicateurs de santé bucco-dentaire, on ne s'attend pas à des changements majeurs à court terme, il reste important de surveiller régulièrement l'impact des évolutions sociétales, des ajustements politiques et des initiatives de promotion de la santé bucco-dentaire.

Afin d'interpréter les informations obtenues, il convient de souligner certains aspects spécifiques des différentes enquêtes.

- Une première collecte de données concernant la santé bucco-dentaire en Belgique a été réalisé au cours de la période 2008-2010, sous l'intitulé d'OHDRES 2008-2010. Ce premier cycle comprenait des données issues d'un examen bucco-dentaire, des données obtenues par le biais de questionnaires adressés aux participants, ainsi que des données relatives à la consommation de soins de santé extraites de l'AIM. Ces informations n'étaient toutefois pas liées à celles de l'enquête nationale de santé par entretien (HIS). Un rapport détaillé de l'OHDRES 2008-2010 est disponible sur le site de l'INAMI :  
[\(https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport\\_mondgezondheid\\_2011.pdf\).](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport_mondgezondheid_2011.pdf)
- Une nouvelle collecte de données a été menée entre 2012 et 2014. Pour cette enquête, un lien au niveau individuel avec les données de l'Enquête nationale de santé (HIS 2013) a été établi. La combinaison de données sur la santé bucco-dentaire avec celles ayant trait à la santé générale constitue une valeur ajoutée considérable. Le rapport en ligne de l'OHDRES 2012-2014, disponible sur le site de l'INAMI, regroupe les méthodes utilisées et décrit les résultats du projet OHDRES 2012-2014 :  
[\(https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport\\_mondgezondheid\\_2012\\_2014.pdf\).](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport_mondgezondheid_2012_2014.pdf)
- Après une pause de 10 ans, une nouvelle collecte de données concernant la santé bucco-dentaire a été réalisée dans le cadre du projet OHDRES 2023-2024, qui fait l'objet du présent rapport. Le projet OHDRES 2023-2024 combine des informations collectées lors d'entretiens en face- à-face dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé par interview 2023-2024, à des données sur la santé bucco-dentaire obtenues par examen clinique, ainsi que des données sélectionnées ayant trait à la consommation de soins de santé, toutes reliées au niveau individuel. Pour plus d'informations sur les aspects méthodologiques et les résultats détaillés, nous renvoyons aux différents chapitres de ce rapport.

La comparaison entre les différentes enquêtes s'est faite à partir des échantillons de 2 755 participants à l'OHDRES 2008-2010, de 1 875 participants à l'OHDRES 2012-2014 et de 1 724 participants disposant de données d'examen bucco-dentaire, ainsi que 1 382 participants pour lesquels un appariement a pu être réalisé entre les données d'examen, d'entretien et de consommation de soins de santé lors de l'OHDRES 2023-2024.

Dans cette section, les variables suivantes sont décrites et comparées : caractéristiques générales des participants, pratiques d'hygiène bucco-dentaire rapportées (fréquence de brossage, nettoyage interdentaire), hygiène bucco-dentaire (indice de plaque), état parodontal (DPSI), état dentaire (score CAOD, nombre de participants indemnes de caries, usure dentaire, surfaces radiculaires

exposées, nombre de dents permanentes, port de prothèses amovibles, édentation et présence d'une occlusion fonctionnelle et d'appareils prothétiques), présence de plaintes relatives à la santé bucco-dentaire et consultation chez un dentiste. Pour une explication détaillée des différentes variables, nous référerons aux rapports d'enquête respectifs.

Il est important de garder à l'esprit que tous les résultats ont été pondérés afin de maximiser la représentativité des résultats pour la population belge dans son ensemble. En outre, il convient également de souligner que les ensembles de données (données couplées) résultant des collectes de données précédentes ne sont plus disponibles. L'accès aux données a été limité dans le temps, conformément aux directives du Comité de sécurité de l'information. Par conséquent, seules des comparaisons brutes sur les moyennes ( $\pm SD$ , si disponibles) ou les nombres ont pu être réalisées.

## 7.1. Données sociodémographiques

Le tableau 7.1 présente les caractéristiques sociodémographiques des différents échantillons selon le sexe, le groupe d'âge, la région et le niveau d'instruction le plus élevé atteint.

**Tableau 7.1.** Caractéristiques sociodémographiques des participants aux différentes enquêtes OHDRES, OHDRES 2008-2010 (N= 2 755), OHDRES 2012-2014 (N= 1 875) et OHDRES 2023-2024 (N= 1 724 et N= 1 382), Belgique.

Caractéristiques sociodémographiques	OHDRES 2008-2010		OHDRES 2012-2014		OHDRES 2023-2024		
	N	%	N	%	N	%	
<b>SEXÉ</b>	Hommes	1 295#	47	949#	50.6	826	49.7
	Femmes	1 460#	53	926#	49.4	898	50.3
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	-	-	-	35	2.9	
	5-11	71	2.7	59	3.9	-	
	8-11	-	-	-	78	7.0	
	12-14	95	3.6	91	7.2	73	6.0
	15-24	290	11.7	91	10.4	153	11.9
	25-34	222	13.1	284	13.5	161	12.4
	35-44	389	16.3	330	16.3	231	13.4
	45-54	437	15.3	294	16.5	274	13.3
	55-64	433	13.5	247	12.4	294	13.6
	65-74	329	9.8	177	7.9	271	10.3
<b>RÉGION</b>	≥75	359	8.9	104	4.6	154	9.2
	Région flamande	1 669	59.2	731	39.0	1 120	59.5
	Région de Bruxelles-Capitale	147	14.8	521	27.8	128	10.9
<b>TOTAL</b>	Région wallonne	939	26.0	623	33.2	476	29.6
					<b>1 724</b>	<b>100.0</b>	
<b>ÉDUCATION*</b>	Primaire/sans diplôme	390	13.7	155	10.1	36	3.8
	Secondaire inférieur	436	16.3	226	16.2	125	11.7
	Secondaire supérieur	610	28.3	455	35.5	329	34.4
	Enseignement supérieur	664	41.7	554	39.2	451	50.1
<b>TOTAL</b>		<b>2 755</b>	<b>100.0</b>	<b>1 875</b>	<b>100.0</b>	<b>1 382</b>	<b>100.0</b>

Source : OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014 et OHDRES 2023-2024 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage ; #données calculées à partir des pourcentages, plus de données brutes disponibles, \*éducation : uniquement  $\geq 25$  ans pour OHDRES 2008-2010 et 2012-2014, uniquement les non-étudiants pour OHDRES 2023-2024.

Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

L'échantillon de l'OHDRES 2012-2014 correspondait davantage à la composition de la population belge que le présent échantillon 2023-2024 (pour plus de détails, voir également le chapitre 6, section 6.3).

Dans l'ensemble, les hommes et les femmes étaient bien représentés dans les trois enquêtes de l'OHDRES. Concernant les groupes d'âge, le nombre de participants âgés de 25 ans et plus était adéquat dans toutes les enquêtes de l'OHDRES et, dans une certaine mesure, le nombre de participants dans le groupe d'âge des 15-24 ans. Toutefois, le nombre d'enfants âgés de 14 ans et moins était inférieur au seuil de 100 individus dans chacune des éditions, ce qui constitue une limite à prendre en compte lors de l'interprétation des résultats. Parmi les régions, la Région de Bruxelles-Capitale était surreprésentée dans les enquêtes OHDRES 2008-2010 et OHDRES 2012-2014, et correctement représentée dans l'OHDRES 2023-2024. La Région flamande était sous-représentée dans l'OHDRES 2012-2014, tandis que la Région wallonne était sous-représentée dans l'OHDRES 2008-2010. Enfin, le nombre de participants selon leur niveau d'instruction était très limité pour les personnes ayant un niveau d'instruction primaire ou sans diplôme dans l'OHDRES 2023-2024.

## 7.2. Hygiène bucco-dentaire et habitudes associées

En matière d'hygiène bucco-dentaire, les données relatives à la **fréquence de brossage** et au nettoyage interdentaire ont été comparées (tableaux 7.2a et 7.2b). Il convient de noter que, dans l'enquête OHDRES 2008-2010, la fréquence de brossage rapportée ne distinguait pas le brossage des dents naturelles de celui des prothèses dentaires. En revanche, les enquêtes OHDRES 2012-2014 et 2023-2024 ont spécifiquement interrogé les participants sur la fréquence de brossage des dents naturelles. Le pourcentage de participants déclarant se brosser les dents deux fois par jour ou plus est passé de 50,4 % dans l'enquête OHDRES 2008-2010 à 53,0 % dans l'enquête OHDRES 2012-2014 et à 60,2 % dans l'enquête OHDRES 2023-2024. Dans l'ensemble des enquêtes, les femmes déclarent se brosser les dents deux fois par jour plus fréquemment que les hommes. Une augmentation de la fréquence de brossage est observée dans tous les groupes d'âge.

**Le nettoyage interdentaire**, qui comprend l'utilisation de fil dentaire, de brosses interdentaires et/ou de cure-dents, a été rapportée par 46 % des participants âgés de 25 ans et plus dans l'OHDRES 2012-2014, soit à peine 1 % de moins que dans l'OHDRES 2008-2010. Dans l'OHDRES 2008-2010, 48 % des hommes ont déclaré un nettoyage interdentaire régulier contre 38 % dans l'OHDRES 2012-2014. Chez les femmes, cette proportion était respectivement de 54 % et 51 %. Dans la présente cohorte, 51,8 % des participants ont déclaré pratiquer une forme ou une autre de nettoyage interdentaire, dont 8,2 % deux fois par jour. La fréquence du nettoyage interdentaire quotidien chez les femmes était de 32,0 %, ce qui est plus élevé que chez les hommes (19,1 %). Il convient de noter que les données de l'OHDRES 2023-24 ont été obtenues par les enquêteurs de la HIS et non par les dentistes-examinateurs (comme c'était le cas dans les enquêtes précédentes), ce qui pourrait avoir influencé les résultats.

**L'hygiène bucco-dentaire** des participants a été évaluée cliniquement sur la base de la quantité de plaque dentaire présente, selon les critères décrits précédemment dans ce rapport (chapitre 6) (tableau 7.3). Les tendances à long terme ont été calculées sur la base des pourcentages agrégés de brossage au moins une fois par jour par rapport à rarement ou jamais. Le pourcentage de personnes ayant des habitudes d'hygiène bucco-dentaire autodéclarées bonnes ou acceptables a augmenté au fil du temps (corrélation significative  $r^2=0,996$ ,  $p=0,042$ ). En revanche, l'analyse des quantités de plaque dentaire observées cliniquement (PI), basées sur la moyenne  $\pm$  SD dans l'ensemble des groupes, ne révèle aucune tendance de ce type.

**Tableau 7.2a.** Fréquence du brossage des dents rapportée par les participants dentés âgés de 5 ans et plus dans les différentes enquêtes de l'OHDRES, OHDRES 2008-2010# (N= 2 755), OHDRES 2012-2014 (N= 1 757) et OHDRES 2023-2024 (N= 1 079), Belgique.

Fréquence de brossage des dents (partie 1)	Deux fois par jour ou plus						Une fois par jour						
	2008-2010#		2012-2014		2023-2024		2008-2010#		2012-2014		2023-2024		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>SEXÉ</b>													
Hommes	287	47.9	388	43.0	246	52.9	578	44.9	377	45.9	226	41.1	
Femmes	496	56.0	569	63.4	374	67.2	777	56.3	282	33.7	188	32.1	
<b>GROUPE D'ÂGE</b>													
5-7	30	51.6	30	46.7	13	55.4	38	46.8	27	51.3	9	44.6	
8-11	-	-	-	-	25	60.0	-	-	-	-	17	37.2	
12-14	46	44.3	54	61.2	21	52.2	38	49.6	31	35.2	14	46.6	
15-24	145	43.6	98	45.3	61	60.4	122	48.6	76	49.6	35	37.3	
25-34	110	51.0	159	61.0	68	70.3	98	40.8	94	32.4	34	25.0	
35-44	188	59.5	180	52.1	84	62.6	170	37.6	113	38.5	47	34.8	
45-54	206	58.7	173	61.4	105	62.5	189	35.6	90	34.1	65	33.0	
55-64	196	47.3	118	46.8	101	54.7	194	40.3	90	40.7	83	42.9	
65-74	138	42.5	70	46.8	93	54.8	132	41.6	64	43.3	77	41.3	
≥75	119	44.4	37	50.5	49	58.1	151	41.5	33	44.4	33	35.5	
<b>RÉGION</b>													
Région flamande	740	47.5	342	53.2	465	58.1	758	45.1	282	39.9	314	37.5	
Région de Bruxelles-Capitale	84	58.7	324	68.9	43	81.0	53	32.6	133	25.6	14	18.2	
Région wallonne	428	52.5	291	47.5	112	56.4	365	34.8	244	44.7	86	41.8	
<b>ÉDUCATION</b>													
Primaire/sans diplôme	98	42.1	65	41.5	14	63.4	97	41.1	37	37.6	11	31.3	
Secondaire inférieur	140	47.3	96	42.5	52	48.3	144	45.7	84	43.9	46	45.6	
Secondaire supérieur	238	48.5	240	51.2	161	55.0	212	41.0	177	41.9	131	39.5	
Enseignement supérieur	288	58.9	338	63.9	272	66.6	276	36.3	179	31.0	154	31.2	
<b>TOTAL</b>	Denté*#	1 252	50.4	957	53.0	620	60.2	1 176	40.5	659	39.9	414	36.5

Source : OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014 et OHDRES 2023-2024 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage ; \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle :

#Dans l'OHDRES 2008-2010, les participants portant des prothèses dentaires ont également été inclus.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

**Tableau 7.2b.** Fréquence du brossage des dents rapportée par les participants dentés âgés de 5 ans et plus dans les différentes enquêtes de l'OHDRES, OHDRES 2008-2010# (N= 2 755), OHDRES 2012-2014 (N= 1 757) et OHDRES 2023-2024 (N= 1 079), Belgique.

Fréquence de brossage des dents (partie 2)	Moins d'une fois par jour						Jamais						
	2008-2010#		2012-2014		2023-2024		2008-2010#		2012-2014		2023-2024		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>SEXÉ</b>													
Hommes	130	7.7	71	8.4	36	5.6	55	2.9	15	2.0	4	0.4	
Femmes	50	3.7	37	2.5	5	0.7	45	2.9	7	0.2	0	0.0	
<b>GROUPE D'ÂGE</b>													
5-7	2	1.6	1	1.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
8-11	-	-	-	-	2	1.7	-	-	-	-	1	1.2	
12-14	7	5.3	4	3.6	1	1.2	1	0.3	0	0.0	0	0.0	
15-24	18	5.5	16	4.7	2	2.3	3	1.2	1	0.1	0	0.0	
25-34	11	7.2	15	5.2	5	4.7	1	0.4	4	0.6	0	0.0	
35-44	23	3.8	24	6.8	5	2.7	3	0.3	5	2.5	0	0.0	
45-54	29	4.6	13	3.3	8	4.5	8	1.0	2	1.1	0	0.0	
55-64	29	4.7	10	9.2	5	2.2	11	7.1	3	2.2	1	0.3	
65-74	30	8.5	13	8.1	6	3.1	20	4.2	4	1.5	2	0.8	
≥75	26	5.9	5	4.4	7	6.4	52	12.7	3	0.7	0	0.0	
<b>RÉGION</b>													
Région flamande	100	4.7	41	5.8	35	4.1	42	2.3	9	0.9	4	0.3	
Région de Bruxelles-Capitale	6	7.5	27	3.9	2	0.8	1	0.6	7	1.2	0	0.0	
Région wallonne	74	6.4	40	5.6	4	1.8	57	5.5	9	1.6	0	0.0	
<b>ÉDUCATION</b>													
Primaire/sans diplôme	22	9.0	18	12.4	1	4.2	25	7.6	8	7.3	1	1.2	
Secondaire inférieur	33	5.8	19	8.5	7	5.6	9	1.2	6	3.5	1	0.5	
Secondaire supérieur	40	9.6	29	5.4	18	5.5	6	1.0	7	1.1	0	0.0	
Enseignement supérieur	24	2.2	22	4.9	10	2.1	1	2.6	0	0.0	1	0.1	
<b>TOTAL</b>	Denté*#	180	5.6	108	5.5	41	3.1	100	2.9	22	1.1	4	0.2

Source : OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014 et OHDRES 2023-2024 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage ; \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle ;

#dans OHDRES 2008-2010, les participants portant des prothèses dentaires ont également été inclus.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

**Tableau 7.3.** Indice de plaque dentaire chez les participants dentés âgés de 5 ans et plus dans les différentes enquêtes OHDRES, OHDRES 2008-2010 (N= 2 472), OHDRES 2012-2014 (N= 1 740) et OHDRES 2023-2024 (N= 1 659 et N= 1 324), Belgique.

Indice de plaque	OHDRES 2008-2010		OHDRES 2012-2014		OHDRES 2023-2024	
	Moyenne	DS	Moyenne	DS	Moyenne	DS
<b>SEXÉ</b>	Hommes	0.7	0.8	0.8	0.9	0.8
	Femmes	0.6	0.7	0.67	0.7	0.7
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	0.3	0.6	0.6	0.7	0.5
	8-11	-	-	-	0.8	0.7
	12-14	0.5	0.5	0.4	0.6	0.8
	15-24	0.4	0.6	0.6	0.7	0.6
	25-34	0.6	0.7	0.7	0.8	0.7
	35-44	0.6	0.7	0.7	0.9	0.6
	45-54	0.7	0.7	0.7	0.8	0.6
	55-64	0.7	0.7	0.8	0.9	0.7
	65-74	0.9	0.8	0.8	0.9	0.8
<b>RÉGION</b>	≥75	1.4	0.9	0.7	0.8	1.2
	Région flamande	0.6	0.8	0.6	0.7	0.7
	Région de Bruxelles-Capitale	0.6	0.6	0.6	0.7	0.6
<b>TOTAL</b>	Région wallonne	0.8	0.7	1.0	0.9	0.7
	Denté*				<b>0.7</b>	<b>0.7</b>
<b>ÉDUCATION**</b>	Primaire/sans diplôme	0.7	0.8	1.2	1.0	0.9
	Secondaire inférieur	0.8	0.9	1.0	1.0	1.0
	Secondaire supérieur	0.7	0.7	0.9	0.8	0.8
	Enseignement supérieur	0.6	0.6	0.5	0.7	0.6
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>0.7</b>	<b>0.7</b>	<b>0.7</b>	<b>0.8</b>	<b>0.7</b>

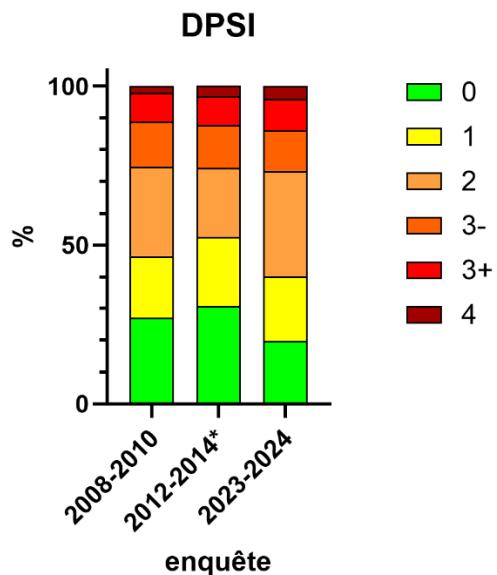
Source : OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014 et OHDRES 2023-2024 ; SD = écart-type; \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle ; \*\* éducation : uniquement ≥ 25 ans pour OHDRES 2008-2010 et 2012-2014, uniquement les non-étudiants pour OHDRES 2023-2024. Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

Contrairement aux pratiques d'hygiène bucco-dentaire rapportées, l'indice de plaque dentaire n'a pas montré d'évolution significative entre les différentes enquêtes, comme le montre le tableau 7.3. Tous les ensembles de données mettent en évidence un gradient en fonction du niveau d'instruction. Dans la présente enquête, la différence entre les groupes d'âge est moins marquée que dans les éditions précédentes, idem pour la différence observée entre les régions.

### 7.3. État parodontal

L'état parodontal des participants a été évalué sur la base de la distribution du score DPSI le plus élevé enregistré dans la bouche selon les critères décrits au chapitre 6. La figure 7.1 présente les résultats pour les différentes enquêtes.

La comparaison avec les cycles de collecte de données précédents montre que la situation observée pour l'OHDRES 2023-2024 n'a pas beaucoup changé par rapport à celle rapportée dans l'enquête OHDRES 2008-2010. Pour l'OHDRES 2012-2014, l'histogramme montre des fréquences plus élevées dans la catégorie 0. Cependant, les données originales des enquêtes précédentes n'étant plus disponibles, aucune analyse statistique n'a pu être réalisée.



**Figure 7.1 :** Distribution du score DPSI le plus élevé par participant denté âgé de 15 ans et plus dans les différentes enquêtes OHDRES ; OHDRES 2008-2010 ( $N=2\ 306$ ), OHDRES 2012-2014 ( $N=1\ 343$ ) et OHDRES 2023-2024 ( $N=1\ 488$  et  $N=1\ 200$ ), Belgique. seuls les participants dentés ont été inclus ; \* = pourcentage de données non manquantes, recalculé car la base de données originale n'est plus disponible.

## 7.4. État dentaire

L'état dentaire des participants a été évalué en déterminant le nombre de participants indemnes de caries et les scores CAOD moyens, selon les critères décrits par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Pour plus de détails, nous référerons au chapitre 5.

Le score CAOD moyen reflétant la présence de caries ou de leurs séquelles dans la denture permanente est présenté au tableau 7.4. Dans l'ensemble, le score CAOD moyen a diminué, passant de 10,4 ( $\pm 8,4$ ) dans l'enquête OHDRES 2008-2010 à 9,6 ( $\pm 8,1$ ) dans l'enquête OHDRES 2012-2014 et à 8,3 ( $\pm 7,2$ ) dans l'enquête la plus récente. Les scores CAOD élevés dans les groupes d'âge plus avancé ont également diminué. Les participants âgés de 45 ans et plus ont vu leur score CAOD diminuer progressivement entre les trois enquêtes, ce qui indique une tendance à la baisse. Une tendance à la baisse a également été observée dans les Régions flamande et de Bruxelles-Capitale. Le gradient en fonction du niveau d'instruction reste considérable dans toutes les cohortes.

Comme dans les enquêtes précédentes, la principale composante de l'indice CAOD était la composante « O », qui reflète les soins restaurateurs. Dans les groupes plus âgés (plus de 55 ans), la composante « A » a augmenté considérablement. Les changements de la composante C sont restés dans les limites de la variabilité, évoluant autour de 1,0.

La présence de caries cavitaires et la proportion d'individus indemnes de caries sont des indicateurs plus pertinents pour la santé bucco-dentaire globale. Au fil des enquêtes, une augmentation du nombre de personnes indemnes de caries a été observée (tableau 7.5), passant de 11,1 % dans l'enquête OHDRES 2008-2010 à 18,1 % dans l'enquête OHDRES 2023-2024. Toutefois, cette tendance n'était pas statistiquement significative selon l'analyse de régression ( $r^2=0,95$ ,  $p=0,15$ ).

**Tableau 7.4.** Indice CAOD chez les participants dentés âgés de 5/12 ans et plus dans les différentes enquêtes OHDRES, OHDRES 2008-2010 (N= 2 472), OHDRES 2012-2014 (N= 1 820) et OHDRES 2023-2024# (N= 1 573 et N= 1 262), Belgique.

Indice CAOD	OHDRES 2008-2010		OHDRES 2012-2014		OHDRES 2023-2024#	
	Moyenne	DS	Moyenne	DS	Moyenne	DS
<b>SEXÉ</b>	Hommes	9.6	8.2	9.2	7.8	8.3
	Femmes	11.1	8.5	9.9	8.3	8.8
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	0.3	0.9	0.3	0.7	-
	12-14	1.3	0.3	0.7	1.8	1.5
	15-24	3.7	4.8	3.2	3.7	2.4
	25-34	6.6	5.9	6.5	4.7	5.4
	35-44	10.3	6.0	10.4	6.2	8.0
	45-54	12.6	6.5	13.9	6.1	10.1
	55-64	14.7	7.1	16.5	7.3	12.8
	65-74	17.3	7.5	15.4	7.3	13.7
	≥75	19.3	8.1	16.8	8.2	12.9
<b>RÉGION</b>	Région flamande	11.3	8.7	9.8	8.0	8.9
	Région de Bruxelles-Capitale	8.0	8.0	7.9	7.5	7.4
	Région wallonne	9.8	7.6	9.7	8.3	8.3
<b>TOTAL</b>	Denté*				<b>8.6</b>	<b>7.2</b>
<b>ÉDUCATION**</b>	Primaire/sans diplôme	15.8	8.4	15.4	9.4	12.7
	Secondaire inférieur	12.9	7.8	14.8	7.2	10.9
	Secondaire supérieur	13.9	6.2	12.0	7.1	10.7
	Enseignement supérieur	11.8	5.8	10.0	6.7	9.2
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>10.4</b>	<b>8.4</b>	<b>9.6</b>	<b>8.1</b>	<b>8.7</b>

Source : OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014 et OHDRES 2023-2024 ; N= nombre, SD = écart-type ; \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle ; #12 ans et plus ; \*\*éducation : uniquement ≥ 35 ans pour OHDRES 2008-2010, ≥25 ans pour OHDRES 2012-2014, non-étudiants pour OHDRES 2023-2024.

Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

**Tableau 7.5.** Fréquence des participants de 5 ans et plus indemnes de caries dentaires (c'est-à-dire sans lésions carieuses cavitaires, dents absentes ou dents obturées (score caod/CAOD = 0) dans les différentes enquêtes de l'OHDRES., OHDRES 2008-2010 (N= 2 472), OHDRES 2012-2014 (N= 1 820) et OHDRES 2023-2024 (N= 1 573 et N= 1 262), Belgique.

Sans caries	OHDRES 2008-2010		OHDRES 2012-2014		OHDRES 2023-2024		
	N	%	N	%	N	%	
<b>SEXÉ</b>	Hommes	122	11.9	102	14.5	130	19.6
	Femmes	136	10.5	113	14.9	113	16.6
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	41	64.4	27	37.5	19	43.4
	8-11	-	-	-	-	46	50.7
	12-14	41	48.5	47	70.8	45	61.3
	15-24	79	29.0	50	28.9	68	45.8
	25-34	15	9.8	28	9.8	27	12.0
	35-44	8	2.9	12	4.6	11	6.1
	45-54	6	0.7	13	2.4	11	6.0
	55-64	8	0.9	4	2.1	4	1.1
	65-74	2	0.5	3	1.5	6	2.1
	≥75	10	2.1	22	2.1	6	3.9
<b>RÉGION</b>	Région flamande	137	10.3	89	14.5	148	16.7
	Région de Bruxelles-Capitale	21	16.7	65	14.0	18	20.1
	Région wallonne	100	9.8	61	15.3	77	20.2
<b>TOTAL</b>	Denté*				<b>243</b>	<b>18.1</b>	
<b>ÉDUCATION**</b>	Primaire/sans diplôme	122	24.1	7	8.2	1	4.7
	Secondaire inférieur	43	8.5	8	1.5	6	5.1
	Secondaire supérieur	45	7.5	18	3.7	12	4.8
	Enseignement supérieur	22	5.3	33	5.5	29	7.2
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>258</b>	<b>11.1</b>	<b>215</b>	<b>14.7</b>	<b>243</b>	<b>18.1</b>

Source : OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014 et OHDRES 2023-2024 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage ; \*denté = participant ayant au moins une dent naturelle ; \*\*éducation : seulement ≥ 25 ans pour OHDRES 2008-2010 et 2012-2014, seulement les non-étudiants pour OHDRES 2023-2024.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

**L'usure dentaire** a été évaluée d'une manière différente par rapport aux enquêtes précédentes. Toutefois, en considérant la variable de résultat "toute forme de perte de tissus durs", enregistrée dans les enquêtes OHDRES 2008-2010 et OHDRES 2023-2024, comme un équivalent acceptable, on observe une augmentation nette de sa prévalence. Une prévalence moyenne de 34,7 % et 33,9 % respectivement a été enregistrée dans les enquêtes précédentes, alors que dans la présente enquête, 44,2 % des participants ont montré des signes d'usure dentaire. Il est important de noter que les premiers signes d'usure dentaire limités à la surface de l'email n'ont été enregistrés dans aucune des éditions de l'OHDRES. L'usure dentaire n'a été enregistrée qu'en cas d'exposition de la dentine. Un effet d'âge a été observé dans les trois enquêtes, avec les prévalences les plus faibles dans le groupe d'âge 12-14 ans (de 1,7 % dans l'OHDRES 2008-2010 à 8,7 % dans l'OHDRES 2012-2014 et 12,9 % dans l'enquête la plus récente) et les scores les plus élevés chez les participants âgés de 75 ans et plus (39,3 %, 53,9 % et 62,9 % respectivement).

Dans les enquêtes précédentes, le risque d'érosion dentaire était déterminé sur la base de la consommation déclarée de boissons et d'aliments (fréquence et moment de la consommation). Un participant était considéré comme présentant un risque élevé d'érosion dentaire lorsqu'il consommait des boissons et des aliments acides entre les repas. Dans l'enquête la plus récente, pour des raisons logistiques, cet élément a été enregistré et codé d'une manière différente. Bien que des informations soient disponibles sur la fréquence de consommation des sodas, le moment de la consommation n'a pas été enregistré. Dans l'OHDRES 2023-2024, le pourcentage de participants déclarant consommer quotidiennement des sodas s'élevait à 18,5 %, ce qui est nettement inférieur au chiffre enregistré dans l'OHDRES 2008-2010 (34,0 %).

Le nombre de dents ayant **des racines exposées** et des surfaces radiculaires cariées et obturées a été enregistré lors de l'examen bucco-dentaire chez les participants âgés de 15 ans et plus. Le pourcentage de participants présentant des surfaces radiculaires exposées n'était pas mentionné dans l'enquête OHDRES 2008-2010 et s'élevait à 38,7 % dans l'enquête OHDRES 2012-2014 et à 56,3 % dans l'enquête la plus récente. Chez 11,4 % des participants à l'OHDRES 2012-2014 et 14,7 % des participants à l'OHDRES 2023-2024, des surfaces radiculaires exposées et cariées ou obturées ont été observées au moment de l'examen. Ces deux données montrent une nette tendance à la hausse.

Le nombre moyen de racines exposées par individu était de 1,9 ( $\pm 3,3$ ) dans l'enquête OHDRES 2008-2010, de 1,9 ( $\pm 3,4$ ) dans l'enquête OHDRES 2012-2014 et de 3,5 ( $\pm 4,7$ ) dans l'enquête la plus récente. La conservation plus longue des dents naturelles peut en être la cause. Cependant, le nombre moyen s'accompagne d'un écart-type élevé. Le nombre moyen de surfaces radiculaires cariées ou restaurées a également augmenté dans les mêmes proportions (de 0,3 ( $\pm 1,1$ ) dans l'OHDRES 2008-2010 et 0,3 ( $\pm 1,0$ ) dans l'OHDRES 2012-2014 à 0,5 ( $\pm 1,5$ ) dans l'OHDRES 2023-2024).

**Le nombre moyen de dents permanentes** présentes en bouche peut servir d'indicateur indirect de la santé bucco-dentaire globale. À cette fin, la denture a été considérée comme comptant 32 dents. Aucun changement frappant n'a été détecté entre les trois ensembles de données, et ce pour la majorité des sous-groupes comparés ou disponibles (tableau 7.6). Le nombre moyen de dents permanentes diminue avec l'âge pour toutes les années d'enquête et augmente avec le niveau d'instruction. Cependant, il faut noter que des groupes d'âge différents ont été utilisés au cours des années d'enquête consécutives. Les comparaisons doivent donc être effectuées avec prudence.

**Tableau 7.6.** Nombre moyen de dents permanentes chez les participants dentés dans les différentes enquêtes de l'OHDRES, OHDRES 2008-2010# (N= 2 016), OHDRES 2012-2014 (N= 1 875) et OHDRES 2023-2024# (N= 1 573 et N= 1 262), Belgique.

Nombre moyen de dents		OHDRES 2008-2010#		OHDRES 2012-2014		OHDRES 2023-2024#	
		Moyenne	DS	Moyenne	DS	Moyenne	DS
<b>SEXÉ</b>	Hommes	22.8	7.5	22.8	8.5	25.1	7.0
	Femmes	22.9	7.7	22.1	9.1	24.5	7.1
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	5-7	-	-	5.4	5.5	-	-
	12-14	-	-	25.0	5.1	26.5	3.7
	15-24	-	-	28.1	1.8	28.5	1.6
	25-34	28.7	2.9	28.5	3.5	28.0	3.9
	35-44	27.2	4.4	27.21	4.2	27.4	3.8
	45-54	24.5	5.7	24.0	6.8	26.8	4.5
	55-64	21.3	7.2	18.6	9.1	23.4	7.0
	65-74	18.7	8.5	16.5	9.5	20.1	8.5
	≥75	16.2	9.1	14.5	10.4	15.3	9.3
<b>RÉGION</b>	Région flamande	21.8	8.0	21.8	9.0	24.2	7.4
	Région de Bruxelles-Capitale	24.0	7.6	23.3	9.0	26.9	5.1
	Région wallonne	24.2	6.5	23.5	8.3	25.4	6.8
<b>TOTAL</b>						<b>24.8</b>	<b>7.1</b>
<b>ÉDUCATION*</b>	Primaire/sans diplôme	16.1	9.5	15.7	10.4	15.8	10.4
	Secondaire inférieur	20.3	7.9	19.3	9.6	18.9	10.1
	Secondaire supérieur	23.1	7.0	24.0	7.6	23.9	7.2
	Enseignement supérieur	25.7	6.5	26.0	5.9	26.0	5.9
<b>TOTAL</b>		<b>22.8</b>	<b>7.6</b>	<b>22.4</b>	<b>8.8</b>	<b>24.6</b>	<b>7.3</b>

Source : OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014 et OHDRES 2023-2024 ; N= nombre, SD = écart-type ; # seulement 25 ans et plus inclus dans OHDRES 2008-2010 & 12 ans et plus inclus dans OHDRES 2023-2024 ; \* éducation : seulement ≥ 25 ans pour OHDRES 2008-2010 et 2012-2014, seulement non-étudiants pour OHDRES 2023-2024.

Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

## 7.5. État prothétique et fonctionnel

La présence d'une **prothèse partielle amovible** a été enregistrée pour tous les participants. Le tableau 7.7 montre la distribution selon les variables de base sélectionnées dans les groupes d'âge concernés. Chez les adultes âgés de 25 ans et plus, la présence d'une prothèse amovible (partielle) a diminué de 19,9 % à 8,0 % au cours des trois enquêtes. Cela a donné lieu à une ligne de régression presque significative ( $r^2=0,992$ ,  $p=0,056$ ).

Un autre fait remarquable est que le recours aux prothèses fixes ou amovibles implanto-portées a considérablement augmenté, 8,6 % des participants à l'enquête OHDRES 2023-24 ayant au moins un implant (données non présentées dans le tableau). Ce type de traitement est principalement observé parmi les participants ayant un niveau d'instruction élevé. Les données n'ayant pas été collectées dans l'enquête OHDRES 2008-2010 et les chiffres étant faibles dans l'enquête OHDRES 2012-2014 (2,9 %), aucune analyse plus approfondie n'a été menée.

**L'édentation** (mâchoire supérieure et inférieure) a été enregistrée pour tous les participants âgés de 35 ans et plus. Le pourcentage de participants complètement édentés a diminué, passant de 7,6 % dans l'OHDRES 2008-2010 à 4,0 % dans l'OHDRES 2012-2014, est resté inchangé dans l'enquête la plus récente (3,9 %). Le pourcentage de participants édentés âgés de 55 à 64 ans a augmenté entre les enquêtes OHDRES 2008-2010 et 2012-2014 (6,0 % à 7,4 %). Dans l'enquête OHDRES 2023-2024, les participants complètement édentés se trouvaient principalement dans le groupe d'âge des 75 ans et plus (13,5 %). Le nombre de participants adultes édentés ne portant pas de prothèse complète reste minoritaire avec seulement 2 individus dans le présent échantillon.

**Tableau 7.7.** Nombre de participants de 15 ans et plus ayant au moins un bridge ou une prothèse partielle amovible dans les différentes enquêtes de l'OHDRES, OHDRES 2008-2010 (N= 2 306), OHDRES 2012-2014 (N= 1 657) et OHDRES 2023-2024 (N= 1 488 et N= 1 245), Belgique.

Bridge ou prothèse partielle	OHDRES 2008-2010				OHDRES 2012-2014				OHDRES 2023-2024				
	Bridge		Prothèse partielle		Bridge		Prothèse partielle		Bridge		Prothèse partielle		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>SEXE</b>	Hommes	82	7.4	302	17.2	47	4.5	131	13.3	88	7.2	78	6.6
	Femmes	142	13.6	463	22.2	61	6.9	178	17.5	108	10.2	88	8.7
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	15-24	0	0.0	1	0.2	2	0.1	1	0.2	0	0.0	0	0.0
	25-34	5	4.1	5	1.8	1	0.1	3	2.0	4	1.9	1	0.8
	35-44	24	6.2	18	5.1	8	2.3	16	3.3	12	5.4	10	4.1
	45-54	443	12.6	108	22.7	19	7.5	49	18.9	31	10.8	11	3.5
	55-64	75	27.1	178	30.7	32	14.5	96	41.4	52	15.1	32	11.0
	65-74	43	20.9	209	55.1	31	17.8	85	46.3	67	21.6	56	19.6
	≥75	33	17.8	246	61.6	14	15.2	58	49.6	30	22.4	56	32.6
<b>RÉGION</b>	Région flamande	130	9.1	498	23.6	47	6.9	146	18.0	132	9.2	108	8.6
	Région de Bruxelles-Capitale	12	9.4	23	15.6	28	4.6	58	10.7	17	7.4	11	4.0
	Région wallonne	82	15.7	244	15.3	33	3.6	105	11.7	47	8.4	47	7.2
<b>TOTAL</b>	Denté*									<b>196</b>	<b>8.7</b>	<b>166</b>	<b>7.6</b>
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	24	5.2	239	29.6	10	5.6	68	48.4	5	18.2	7	17.1
	Secondaire inférieur	45	15.8	205	33.1	17	6.3	74	30.3	14	9.1	27	20.3
	Secondaire supérieur	60	10.6	190	19.0	30	6.7	103	10.7	52	12.3	47	12.4
	Enseignement supérieur	90	13.6	104	9.8	46	9.6	61	11.7	64	11.0	32	5.5
<b>STATUT SOCIAL</b>	VIPO	-	-	-	-	55	12.2	186	37.6-	-	-	-	-
	OMNIO	-	-	-	-	2	0.5	8	8.3	-	-	-	-
	BIM	-	-	-	-	-	-	-	-	17	6.4	31	12.0
<b>TOTAL</b>	Denté*	<b>224</b>	<b>10.9</b>	<b>765</b>	<b>19.9</b>	<b>108</b>	<b>5.7</b>	<b>309</b>	<b>15.3</b>	<b>159</b>	<b>8.3</b>	<b>142</b>	<b>8.0</b>

Source : OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014 et OHDRES 2023-2024 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage ;

\*denté = participant ayant au moins une dent naturelle, \*uniquement ≥35 ans ; \*statut social : VIPO/OMNIO dans l'OHDRES 2010-2012 et BIM dans l'OHDRES 2023-2024 ;

Résultats à interpréter avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

**Tableau 7.8.** Nombre de participants âgés de 15 ans et plus portant des prothèses amovibles complètes sur une ou deux mâchoires dans les différentes enquêtes OHDRES, OHDRES 2008-2010 (N= 2 306), OHDRES 2012-2014 (N= 1 657) et OHDRES 2023-2024# (N= 1 224 et N= 993), Belgique.

Prothèse amovible complète	OHDRES 2008-2010				OHDRES 2012-2014				OHDRES 2023-2024#				
	1 prothèse complète		2 prothèses complètes		1 prothèse complète		2 prothèses complètes		1 prothèse complète		2 prothèses complètes		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>SEXÉ</b>	Hommes	202	10.7	104	5.6	63	5.8	32	2.8	59	8.2	26	3.8
	Femmes	312	13.6	179	7.2	90	9.5	30	2.8	64	10.9	23	3.9
<b>GROUPE D'ÂGE</b>	15-24	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	-	-	-	-
	25-34	3	0.7	2	0.4	1	0.9	0	0.0	-	-	-	-
	35-44	6	2.2	3	0.3	4	0.8	2	0.6	2	0.6	0	0.0
	45-54	57	9.6	20	4.0	20	0.7	4	1.5	5	1.1	3	0.9
	55-64	97	17.8	36	6.0	47	21.7	20	6.9	22	7.9	7	2.1
	65-74	150	36.1	88	21.6	47	23.5	17	9.3	44	15.5	16	5.1
	≥75	196	46.5	134	30.0	33	32.3	18	16.8	50	30.5	23	14.8
<b>RÉGION</b>	Région flamande	350	15.5	196	8.3	71	7.2	29	2.3	93	12.0	36	4.9
	Région de Bruxelles-Capitale	12	7.4	6	3.7	26	6.4	7	2.9	3	3,0	1	0.8
	Région wallonne	152	7.8	81	3.9	56	6.2	26	0.6	27	6.8	12	2.7
<b>TOTAL</b>										123	9.6	49	3.8
<b>ÉDUCATION</b>	Primaire/sans diplôme	195	23.7	112	21.8	34	29.5	13	10.9	13	42.1	8	23.2
	Secondaire inférieur	138	19.0	77	11.0	45	19.5	22	2.5	29	24.6	13	12.4
	Secondaire supérieur	117	10.4	67	5.9	46	8.2	17	0.7	38	11.8	10	2.4
	Enseignement supérieur	43	3.6	17	1.2	26	3.8	9	2.8	14	3.3	6	1.7
<b>STATUT SOCIAL</b>	VIPO	-	-	-	-	103	21.8	44	9.3	-	-	-	-
	OMNIO	-	-	-	-	3	2.9	2	2.2	-	-	-	-
	BIM	-	-	-	-	-	-	-	-	27	21.2	13	9.7
<b>TOTAL</b>		514	11.3	283	6.5	153	7.6	62	2.8	110	10.6	43	4.1

Source : OHDRES 2008-2010, OHDRES 2012-2014 et OHDRES 2023-2024 ; N = nombre de participants ; % = pourcentage ;

\* statut social : VIPO/OMNIO dans OHDRES 2010-2012 et BIM dans OHDRES 2023-2024 ; # disponible uniquement pour les 35 ans et plus dans OHDRES 2023-2024.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence si le nombre de participants est inférieur à 100.

Dans ce rapport, l'occlusion fonctionnelle est définie comme la présence d'au moins 20 dents naturelles (au moins 10 à la mâchoire supérieure et au moins 10 à la mâchoire inférieure) et au moins 2 contacts occlusaux fonctionnels bilatéraux (côté droit et gauche). Les pourcentages de participants âgés de 25 ans et plus ayant une occlusion fonctionnelle sans porter de prothèse amovible ont augmenté de 68,5 % (OHDRES 2008-2010), à 69,5 % (OHDRES 2012-2014) et à 77,7 % dans l'enquête OHDRES 2023-2024. Toutefois, en raison des possibilités limitées d'analyse statistique, cette tendance n'a pas pu être confirmée par une analyse de régression.

Le nombre moyen de contacts occlusaux fonctionnels est passé de 5,5 ( $\pm 3,3$ ) (dans l'enquête OHDRES 2008-2010) à 5,8 ( $\pm 3,2$ ) dans l'enquête OHDRES 2012-2014 et à 6,8 ( $\pm 3,0$ ) dans l'enquête OHDRES 2023-2024. Cela a donné lieu à un coefficient de corrélation presque significatif (0,993,  $p=0,053$ ).

## 7.6. Plaintes liées au visage et à la cavité buccale

Le questionnaire de la HIS 2023-2024, interrogeait les participants sur la présence de douleur ou de gêne au niveau du visage, de la bouche et/ou des dents au cours des quatre dernières semaines. L'enquête OHDRES 2023-2024 montre que, dans l'ensemble, 34,3 % des participants ont déclaré avoir ressenti au moins une plainte associée à un problème bucco-dentaire. Ce chiffre est inférieur à celui des deux enquêtes précédentes. L'importance relative des plaintes les plus fréquemment mentionnées est restée relativement constante : les saignements de gencives ont été classés en première position, avec une prévalence rapportée de 19,4 % (contre 24,1 % dans l'OHDRES 2008-2010 et 31,7 % dans les enquêtes OHDRES 2012-2014), suivi des maux de dents au chaud/froid avec 12,8 % (15,3 % dans OHDRES 2008-2010 et 21,7 % dans OHDRES 2012-2014) et puis les autres douleurs ou gênes dans la bouche ou au niveau du visage (7,8 %, étant 14,6 % dans OHDRES 2008-2010 et 14,5 % dans OHDRES 2012-2014). Par ailleurs, les douleurs de l'articulation de la mâchoire (articulation temporo-mandibulaire) ont été mentionnées par 6,2 % des participants à l'enquête OHDRES 2023-2024, contre 13,2 % dans l'enquête OHDRES 2008-2010 et 10,5 % dans l'enquête OHDRES 2012-2014. En l'absence de l'ensemble des données des enquêtes précédentes, il est difficile d'étayer cette tendance par des tests statistiques.

## 7.7. Soins dentaires

Les visites chez le dentiste ont été définies comme régulières s'il y avait eu au moins 3 contacts enregistrés avec un dentiste au cours de 3 années différentes dans les 5 dernières années. Le pourcentage de participants consultant régulièrement un dentiste était de 56,4 % dans l'enquête OHDRES 2008-2010, de 54,6 % dans l'enquête OHDRES 2012-2014 et de 69,6 % dans l'enquête OHDRES 2023-2024, ce qui montre une forte augmentation au cours des dix dernières années. Par ailleurs, la proportion de participants ayant eu au moins un contact au cours de la période de référence de cinq ans était 90,5 % dans l'enquête OHDRES 2008-2010, 80,3 % dans l'enquête OHDRES 2012-2014 et 91,0 % dans l'enquête OHDRES 2023-2024.

## **8. ÉVALUATION ET RECOMMANDATIONS**

Dans ce chapitre sont rassemblées les principales conclusions concernant le déroulement du projet OHDRES 2023-2024, en soulignant l'impact potentiel de différents éléments sur les résultats rapportés. Le chapitre reprend également des recommandations pour les futures collectes de données sur la santé bucco-dentaire de la population belge.

### **8.1. Collaboration avec le commanditaire**

La CIE a mené la présente étude en collaboration avec Sciensano, qui a, de son côté, organisé la collecte de données sur la santé bucco-dentaire de la population belge à la demande de l'INAMI. L'étude a été réalisée auprès de participants ayant pris part à l'Enquête de santé 2023-2024 (HIS 2023-2024).

Avant le début du projet, un protocole détaillé a été élaboré en collaboration avec Sciensano. À cet effet, les accords nécessaires ont été conclus au sujet de la conception de l'étude et de son organisation pratique. Ce protocole a servi de fil conducteur pour le déroulement ultérieur du projet.

Pendant toute la durée du projet, des réunions en ligne ont eu lieu à un rythme très régulier (toutes les deux semaines) entre la CIE et l'équipe scientifique de Sciensano. Des comptes rendus de chacune de ces réunions ont été rédigés.

### **8.2. Défis et recommandations**

#### **8.2.1. Calendrier du projet**

Le délai écoulé entre l'approbation du projet OHDRES 2023-2024 et la signature de la convention entre Sciensano et la CIE a entraîné un retard important dans le recrutement et l'engagement du personnel prévu. Cela a compromis un démarrage fluide du projet. Lors des prochaines collectes de données, cet élément devra faire l'objet d'une attention particulière.

Les participants au projet OHDRES 2023-2024 ont été recrutés parmi les participants à la HIS 2023-2024, selon le principe du recrutement en deuxième étape. En pratique, cela signifiait que l'évolution de la collecte des données et des inscriptions des participants étaient synchrones. Cependant le recrutement des participants à la HIS 2023-2024 a été plus laborieux que prévu initialement. Cela a eu, en fin de compte, des répercussions sur la durée du projet OHDRES 2023-2024 ainsi que sur la taille finale de l'échantillon obtenu.

Lorsque la collecte de données de la HIS 2023-2024 a débuté, la plateforme numérique que la CIE devait utiliser pour planifier le travail de terrain, n'était pas encore opérationnelle. La mise en œuvre de l'infrastructure numérique requise a pris plusieurs mois, ce qui a entraîné un délai prolongé entre l'entretien face-à-face et l'examen bucco-dentaire OHDRES pour les premiers participants à l'HIS.

La procédure de demande d'autorisation pour effectuer un couplage avec d'autres bases de données existantes (données de la HIS, données de l'AIM) était complexe et a été démarrée longtemps à l'avance. Le temps nécessaire pour réaliser le couplage final était cependant considérable et imprévisible, ce qui a compliqué une planification efficace. L'AIM peut apporter l'appui requis dans ce processus.

### **8.2.2. Organisation et planification du projet**

La planification de l'ensemble du projet nécessitait une coordination sans faille entre le travail réalisé par les enquêteurs de Statbel, les suivis assurés par Sciensano et le secrétariat de la CIE et les différents contacts pratiques entre les entités. L'application numérique développée pour l'étude ne permettait que des contrôles limités, était incomplète et insuffisamment conviviale. Concrètement, cela impliquait que de nombreux aspects devaient être suivis séparément, ce qui a nécessité un investissement important en personnel et comportait des risques (évitables) d'erreurs. L'intégration de l'ensemble des processus dans une seule application, ainsi que la disponibilité de temps et d'espace suffisants pour tester correctement l'outil, constituent un point d'attention majeur dans la perspective d'une prochaine collecte de données.

Pour le développement de l'application en ligne destinée aux modules de formation et de calibrage, un partenaire externe a été sollicité. L'ensemble du processus de développement s'est révélé particulièrement chronophage. Après le lancement du projet, un retard significatif dans la réactivité de l'outil de calibrage a également été constaté lorsque plusieurs dentistes étaient connectés simultanément. Une optimisation de cette application s'impose donc clairement.

### **8.2.3. Exécution du travail de terrain**

Comme mentionné précédemment, la collecte de données pour l'OHDRES 2023-2024 était synchronisée avec l'inscription des participants à la HIS 2023-2024. Étant donné que le recrutement des participants à la HIS 2023-2024 a été plus difficile que prévu initialement, cela a également eu des répercussions sur l'OHDRES 2023-2024. En outre, l'intérêt des participants à l'HIS de participer également à l'OHDRES 2023-2024 a été moindre que prévu initialement. Cela a eu un impact non seulement sur la durée du projet, mais aussi sur la taille de l'échantillon final atteinte. La motivation des participants à l'enquête HIS à participer également à l'OHDRES 2023-2024 était toutefois comparable aux prévisions initiales.

Lors du travail de terrain, il a été mis en évidence que la charge de travail actuelle dans les cabinets dentaires compromettait la disponibilité des dentistes à réaliser les examens bucco-dentaires auprès de leurs propres patients. Une constatation similaire a été faite concernant le recrutement des examinateurs-CIE et leur disponibilité. La charge de travail n'était pas le seul facteur : l'investissement en temps, non négligeable, requis pour prendre connaissance des instructions, suivre la formation et réaliser le test de calibrage a également joué un rôle. Et ce, malgré les efforts appréciables déployés par l'INAMI et les associations professionnelles pour informer et motiver les dentistes à participer. Sans le lien instauré entre leur participation et les conditions d'accréditation pour les dentistes généralistes, le taux de participation aurait été bien plus faible. Dans le cadre d'une prochaine collecte de données, des alternatives devront donc être envisagées. Le recours à des hygiénistes dentaires pour assurer la collecte de données devra être exploré à cet effet.

L'absence à la fois d'une structure et d'une culture de « santé publique » en matière de santé bucco-dentaire en Belgique implique que chaque campagne de collecte de données doit repartir de zéro, ce qui engendre les défis logistiques mentionnés précédemment.

#### **8.2.4. Méthodologie appliquée**

Contrairement à ce qui avait été fait lors de l'étude OHDRES précédente, le questionnaire portant sur les comportements liés à la santé bucco-dentaire a cette fois été entièrement intégré dans l'entretien en face-à-face de la HIS 2023-2024, réalisé par les enquêteurs de Statbel. Ce choix s'est révélé judicieux, non seulement parce qu'il a considérablement simplifié la tâche des dentistes, mais aussi parce qu'il a permis de recueillir ces données auprès de l'ensemble des participants à la HIS 2023-2024, et donc sur un échantillon bien plus large que celui du seul volet OHDRES 2023-2024.

La méthodologie appliquée pour l'examen clinique garantissait une comparabilité maximale avec les collectes de données précédentes, ainsi qu'avec les rapports internationaux. Il va de soi que certaines limites sont inhérentes aux indicateurs choisis. Par exemple, l'absence d'imagerie pour l'évaluation du degré d'atteinte carieuse implique que les résultats sous-estiment probablement la situation réelle. Cela étant dit, cette limitation est fréquente dans la plupart des études épidémiologiques et doit être prise en compte lors de l'interprétation des données.

Le fait que les données provenant de l'examen bucco-dentaire clinique aient été encodées en ligne par les dentistes a représenté une réelle valeur ajoutée, permettant non seulement un gain de temps, mais aussi une réduction des erreurs d'encodage. Cette option devra absolument être maintenue lors des prochaines campagnes de collecte de données.

La formation et le calibrage ont représenté une charge particulièrement importante pour les dentistes. Étant donné que la réalisation d'un examen bucco-dentaire dans le cadre d'une étude épidémiologique diffère de l'examen bucco-dentaire standard en pratique clinique, il est fortement recommandé de mettre en place une formation et un calibrage appropriés. Les modules de formation et de calibrage développés comprenaient un ensemble de cas cliniques illustrés par des photographies, permettant d'évaluer les différentes composantes de l'examen. Les dentistes ont rencontré des difficultés à évaluer certaines conditions cliniques en se basant sur ces seules images à information limitée. Il conviendrait, à l'avenir, d'étudier d'autres méthodes de calibrage, comme l'utilisation de séquences vidéo. Le renforcement de l'accompagnement individuel des dentistes pourrait également être envisagé.

Enfin, il convient d'envisager si le recours à une équipe permanente d'examineurs serait non seulement plus efficace, mais aussi susceptible d'améliorer la qualité du travail réalisé. Il apparaît nécessaire d'évaluer ce processus de manière plus approfondie et de l'ajuster si besoin.

#### **8.2.5. Analyse et rapport**

Les données recueillies dans le cadre de cette étude OHDRES 2023-2024 s'avèrent très riches et sont regroupées dans une base de données volumineuse. Cela offre la possibilité d'explorer de nombreux aspects et de répondre à une grande diversité de questions de recherche. Une mobilisation de temps et de ressources sera nécessaire pour en exploiter pleinement le potentiel.

En outre, il est recommandé de répéter régulièrement la collecte de données sur la santé bucco-dentaire, comme le précisent également les objectifs stratégiques 5 et 6 du Plan d'action pour la santé bucco-dentaire de l'OMS (OMS, 2024).

Un point d'attention à cet égard concerne la période limitée de disponibilité de la base de données couplée sur le serveur sécurisé, à savoir un maximum de 5 ans, comme stipulé dans la délibération du Comité de traitement de l'information (CTI). Concrètement, cela signifie que l'analyse devra être réalisée avant l'expiration de ce délai.

Pour la même raison, les comparaisons avec les précédentes collectes de données ne sont que partiellement possibles, ce qui constitue un inconvénient majeur au regard des efforts considérables déployés pour générer ces données.

## 9. RÉFÉRENCES

- Alwithanani N. Periodontal diseases and diabetes mellitus: a systematic review. *J Pharm Bioallied Sci.* 2023;15(Suppl 1):S54–63.
- Barbarisi A, Visconti V, Lauritano D, Cremonini F, Caccianiga G, Ceraulo S. Correlation between periodontitis and onset of Alzheimer's disease: a literature review. *Dent J.* 2024;12(10):331.
- Bartlett D, Ganss C, Lussi A. Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. *Clin Oral Investig.* 2008;12(Suppl 1):S65–8.
- Carvalho JC, Qvist V, Aimee NR, Mestrinho H, Bakhshandeh A. Diagnosis, risk assessment, and treatment decisions for occlusal caries: a survey from the Danish public dental health service. *Caries Res.* 2018;52(1-2):58–70.
- EuroQol Group. EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy.* 1990;16(3):199–208.
- Ghanim A, Silva MJ, Elfrink MEC, Lygidakis NA, Mariño RJ, Weerheijm KL, Manton DJ. Molar incisor hypomineralisation (MIH) training manual for clinical field surveys and practice. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2017;18(4):225–42.
- Gupta E, Innes N, Schuller AA, Vermaire JH, Marshman Z. A scoping review of the uses of the care index in children. *Community Dent Health.* 2017 Sep;34(3):131–6.
- Jevdjetic M, Listl S. Global, regional, and country-level economic impacts of oral conditions in 2019. *J Dent Res.* 2025;104(1):17–21.
- Kanaan M, Brabant A, Hara AT, Carvalho JC. Diagnosis, risk assessment, and treatment decisions for tooth wear in daily practice: a case presentation survey among Belgian dentists. *Eur J Oral Sci.* 2021;129(2):e12764.
- Khadka S, Khan S, King A, Goldberg LR, Crocombe L, Bettoli S. Poor oral hygiene, oral microorganisms and aspiration pneumonia risk in older people in residential aged care: a systematic review. *Age Ageing.* 2021;50(1):81–7.
- Löe H. The gingival index, the plaque index, and the retention index systems. *J Periodontol.* 1967;38:610–6.
- Martignon S, López-Macías AM, Bartlett D, Pitts N, Usuga-Vacca M, Gamboa LF, O'Toole S. The use of index teeth vs. full mouth in erosive tooth wear to assess risk factors in the diet: a cross-sectional epidemiological study. *J Dent.* 2019;88:103164.
- Martin-Cabezas R, Seelam N, Petit C, Agossa K, Gaertner S, Tenenbaum H, et al. Association between periodontitis and arterial hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Am Heart J.* 2016;180:98–112.

Mohlin B, Westerlund A, Ransjö M, Kurol J. Occlusal development, malocclusions, and preventive and interceptive orthodontics. In: Koch G, Poulsen S, Espelid I, Haubek D, editors. *Pediatric Dentistry – a clinical approach*. 3rd ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2017. p. 291–307.

Nasseh K, Vujicic M, Glick M. The relationship between periodontal interventions and healthcare costs and utilization: evidence from an integrated dental, medical, and pharmacy commercial claims database. *Health Econ*. 2017;26(4):519–27.

Reissmann DR, Wolfart S, John MT, Marré B, Walter M, Kern M, et al. Impact of shortened dental arch on oral health-related quality of life over a period of 10 years: a randomized controlled trial. *J Dent*. 2019;80:55–62.

Sanz M, Marco Del Castillo A, Jepsen S, Gonzalez-Juanatey JR, D'Aiuto F, Bouchard P, et al. Periodontitis and cardiovascular diseases: consensus report. *J Clin Periodontol*. 2020;47(3):268–88.

Sciensano. Déterminants de Santé : Alimentation. Health Status Report. Bruxelles, Belgique; 31 July 2020a. Available from: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/alimentation#consommation-de-boissons-sucrees>. Accessed 4 June 2025.

Sciensano. Déterminants de Santé : Consommation de tabac, Health Status Report, 29 septembre 2020b, Bruxelles, Belgique, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/consommation-de-tabac>. Accessed 4 June 2025.

Sciensano. Déterminants de Santé : Consommation d'alcool, Health Status Report, 25 Juin 2020c, Bruxelles, Belgique, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/consommation-d-alcool>. Accessed 4 June 2025.

Sciensano. Espérance de Vie et Qualité de Vie : Qualité de vie, Health Status Report, 06 Jan 2022, Bruxelles, Belgique, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/esperance-de-vie-et-qualite-de-vie/qualite-de-vie>. Accessed 4 June 2025.

Statbel. Population par lieu de résidence, nationalité (Belge/non-Belge), état civil, âge et sexe, Janvier 2024. [cited 2025 Jun 4]. Available from: <https://statbel.fgov.be/>

Tellez M, Zini A, Estupiñan-Day S. Social determinants and oral health: an update. *Curr Oral Health Rep*. 2014;1(3):148–52.

van der Maarel-Wierink CD, Vanobbergen JN, Bronkhorst EM, Schols JM, de Baat C. Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature review. *Gerodontology*. 2013;30(1):3–9.

Van der Velden U. The Dutch periodontal screening index: validation and its application in The Netherlands. *J Clin Periodontol*. 2009;36(12):1018–24.

Vlaams Instituut Mondgezondheid ‘Gezonde Mond’. Basisadviezen mondgezondheid. Available from: Basisadviezen mondgezondheid. Accessed 4 June 2025.

Vlaams Instituut Mondgezondheid ‘Gezonode Mond’. Basisadviezen gebitsprothesen en andere gebitsstructuren. Available from: Basisadviezen gebitsprothesen en andere gebitsstructuren. Accessed 4 June 2025.

World Economic Forum. The economic rationale for a global commitment to invest in oral health [Internet]. Geneva: World Economic Forum; 2024 [cited 2025 Jun 4]. Available from: <https://www.weforum.org/publications/the-economic-rationale-for-a-global-commitment-to-invest-in-oral-health/>

World Health Organization (WHO). Oral health survey – basic methods. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2013. Available from: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/97035/9789241548649\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/97035/9789241548649_eng.pdf?sequence=1). Accessed 4 June 2025.

World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2025 Jun 4]. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/364538>

World Health Organization. Global strategy and action plan on oral health 2023–2030. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376623/9789240090538-eng.pdf?sequence=1>. Accessed 4 June 2025.

## 10. ANNEXES

### 10.1. Section santé bucco-dentaire de l'Enquête de santé HIS

(La version en autres langues se trouve dans annexe 12)

<b>Code</b>	<b>Version française</b>
DH01 <i>*Not asked in participants aged &lt;15y</i>	Avez-vous encore vos propres dents, ne fût-ce qu'une seule ? 1. Oui 2. Non
DH02 <i>*Not asked if DH01 = 2</i>	A quelle fréquence vous brossez-vous les dents habituellement ? 1. Plus de deux fois par jour 2. Deux fois par jour 3. Une fois par jour 4. Moins d'une fois par jour 5. Jamais
DH03 <i>*Not asked if DH01 = 2 or if DH02 = 5</i>	Utilisez-vous un dentifrice au fluor ? 1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas
DH04 <i>*Not asked if DH01 = 2 or if DH02 = 5</i>	A quelle fréquence nettoyez-vous habituellement entre vos dents ? 1. Plus de deux fois par jour 2. Deux fois par jour 3. Une fois par jour 4. Moins d'une fois par jour 5. Jamais
DH05 <i>*Not asked in participants aged &lt;15y</i>	Portez-vous une prothèse dentaire amovible ? 1. Oui 2. Non
DH06 <i>*Not asked in participants aged &lt;15y or if DH05 = 2</i>	A quelle fréquence brossez-vous habituellement votre prothèse dentaire amovible ? 1. Plus de deux fois par jour 2. Deux fois par jour 3. Une fois par jour 4. Moins d'une fois par jour 5. Jamais
DH07	Globalement, comment qualifiez-vous l'état de vos dents et de vos gencives ? 1. Très bon 2. Bon 3. Ni bon, ni mauvais 4. Mauvais 5. Très mauvais
DH0801	Durant les 4 dernières semaines, avez-vous eu mal aux dents en consommant des aliments chauds/froids ? 1. Non 2. Oui, faiblement 3. Oui, modérément 4. Oui, intensément 5. Oui, extrêmement
DH0802	Durant les 4 dernières semaines, avez-vous eu mal aux articulations de la mâchoire ? 1. Non 2. Oui, faiblement 3. Oui, modérément 4. Oui, intensément 5. Oui, extrêmement
DH0803	Durant les 4 dernières semaines, avez-vous eu une autre douleur au niveau de la bouche ou du visage ? 1. Non 2. Oui, faiblement 3. Oui, modérément 4. Oui, intensément 5. Oui, extrêmement

DH0804	Durant les 4 dernières semaines, avez-vous eu des saignements des gencives ? 1. Non 2. Au brossage ou en mangeant 3. Spontanés 4. Ne sait pas
DH09	Vous est-il arrivé, au cours des 12 derniers mois, d'avoir réellement eu besoin d'un examen ou traitement dentaire, mais il n'a pas eu lieu ? 1. Oui, c'est arrivé au moins une fois 2. Non, ce n'est pas arrivé
DH10 <i>*Not asked if DH09 = 2</i>	Pour quelle raison principale n'avez-vous finalement pas reçu un examen ou traitement dentaire ? 1. Je n'en avais pas les moyens (trop cher ou pas couvert par la mutuelle ou une assurance) 2. Problème de distance / pas de moyen de transport disponible 3. Il y avait une liste d'attente, je n'ai pas su obtenir un rendez-vous 4. Je n'avais pas de temps, soit à cause de mon travail, soit parce que je devais m'occuper de mes enfants ou d'autres personnes 5. J'ai peur des dentistes 6. J'ai préféré attendre pour voir si le problème allait se résoudre par lui-même 7. Je ne connaissais pas de bon dentiste 8. Autre raison
	<b>Les questions suivantes concernent des consultations chez un dentiste, un orthodontiste ou un autre spécialiste dentaire.</b>
DC01	Quand avez-vous consulté un dentiste pour la dernière fois ? 1. Il y a moins de 6 mois 2. Il y a 6 mois ou plus, mais moins de 12 mois. 3. Il y a 12 mois ou plus 4. Jamais 5. Ne sais pas
DC02 <i>*Not asked if DC01 = 1 or 2</i>	Si votre dernière visite chez le dentiste date de plus de 12 mois, quelle en est la raison ? 1. Je n'avais pas les moyens (trop cher ou pas couvert par la mutuelle ou une assurance) 2. Trop éloigné / pas de moyen de transport disponible 3. Il y avait une liste d'attente, je ne pouvais pas obtenir un rendez-vous 4. Je n'avais pas de temps, soit à cause de mon travail, soit parce que je devais m'occuper de mes enfants ou d'autres personnes 5. J'ai peur des dentistes 6. J'ai préféré attendre pour voir si le problème allait se résoudre par lui-même 7. Je ne connaissais pas de bon dentiste 8. Je n'avais pas de plainte 9. J'ai eu de mauvaises expériences dans le passé chez le dentiste 10. Je suis embarrassé par ma bouche

## 10.2. Formulaire d'examen clinique

(La version en autres langues se trouve dans les 2 dernières pages du guide illustré pour l'examen clinique, annexe 10)



### ENQUETE DE SANTE BUCCO-DENTAIRE, BELGIQUE, 2023 FORMULAIRE D'EXAMEN CLINIQUE



<b>1. DONNEES D'IDENTIFICATION</b>																													
Numéro HIS <input type="text"/> - <input type="text"/> 0 <input type="text"/> (1)	Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (2)	Code du dentiste <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (3)																											
Data de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (4a) j j m m a a a a a a (1=homme, 2=femme, 3=autre)	Genre <input type="text"/> (4b)	Date d'examen clinique <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (5) j j m m a a a a a a																											
<i>Cochez la réponse conforme ou inscrivez le score conforme</i> Ex. <input checked="" type="checkbox"/> ou <input type="text"/> 3																													
Le participant a-t-il été examiné ? (6a) <input type="checkbox"/> Oui      (6b) <input type="checkbox"/> Non, refus      (6c) <input type="checkbox"/> Non, absent      (6d) <input type="checkbox"/> Non, malade      (6e) <input type="checkbox"/> Non, autres raisons Motif de refus : (6a1) <input type="checkbox"/> Désintérêt      (6a2) <input type="checkbox"/> Manque de temps      (6a3) <input type="checkbox"/> Age      (6a4) <input type="checkbox"/> Impossible à cause de la condition mentale																													
<b>2. ANOMALIES DENTO-FACIALES ANTERIEURES (âge ≥ 12 ans)</b>																													
ENCSEMBREMENT (7a) <input type="checkbox"/> Pas de chevauchement	MALOCCLUSION HORIZONTALE (8a) <input type="checkbox"/> Non	MALOCCLUSION VERTICALE (9a) <input type="checkbox"/> Non																											
(7b) <input type="checkbox"/> Chevauchement dans 2 segments (> 2 mm)	(8b) <input type="checkbox"/> Overjet (surplomb) maxillaire (≥ 6 mm)	(9b) <input type="checkbox"/> Overbite (recouvrement) (≥ 5 mm)																											
(7c) <input type="checkbox"/> Chevauchement dans 1 segment (> 2 mm)	(8c) <input type="checkbox"/> Overjet (surplomb) mandibulaire (> 0 mm)	(9c) <input type="checkbox"/> Openbite (béance) (> 0 mm)																											
(7d) <input type="checkbox"/> Non concerné (nc)	(8d) <input type="checkbox"/> Non concerné (nc)	(9d) <input type="checkbox"/> Non concerné (nc)																											
Segment = groupe incisive-canin (supérieur ou inférieur)																													
<b>3. INDICE DE PLAQUE (tous les âges)</b> Dents sélectionnées <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td>55</td><td>52</td><td>64</td></tr><tr><td>16</td><td>12</td><td>24</td></tr><tr><td>44</td><td>32</td><td>36</td></tr><tr><td>84</td><td>72</td><td>75</td></tr></table> (10-12) (13-15)	55	52	64	16	12	24	44	32	36	84	72	75	<b>4. DUTCH PERIODONTAL SCREENING INDEX (DPSI) (âge ≥ 15 ans)</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><thead><tr><th rowspan="2">DPSI</th><th colspan="3">SEXTANT</th></tr><tr><th>Droit</th><th>Central</th><th>Gauche</th></tr></thead><tbody><tr><td>MAX</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>MAND</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> (16-18) (19-21)		DPSI	SEXTANT			Droit	Central	Gauche	MAX				MAND			
55	52	64																											
16	12	24																											
44	32	36																											
84	72	75																											
DPSI	SEXTANT																												
	Droit	Central	Gauche																										
MAX																													
MAND																													
0 = Pas de plaque (a) 1 = Plaque uniquement détectable au sondage (b) 2 = Plaque visible à l'œil nu (c) 3 = Abondance de plaque (d) X = Dent absente (e)			0 = Sain (a) 1 = Saignement au sondage (≤ 3 mm) (b) 2 = Tarte et/ou obturation débordante (≤ 3 mm) (c) 3- = Poche de 4-5 mm sans récession gingivale (d) 3+ = Poche de 4-5 mm avec récession gingivale (e) 4 = Poche ≥ 6 mm (f) / = Non concerné (g)																										
<b>5. USURE DENTAIRE DES INCISIVES ET PREMIERES MOLAIRES PAR SEXTANT (âge ≥ 6 ans)</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><thead><tr><th>Usure dentaire</th><th>Droit</th><th>Central</th><th>Gauche</th></tr></thead><tbody><tr><td>Max</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Mand</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> (22-24) (25-27)	Usure dentaire	Droit	Central	Gauche	Max				Mand				<b>6. HYPOMINERALISATION DES MOLAIRES (âge ≥ 6 ans)</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><thead><tr><th>MIH</th><th>Non</th><th>Oui</th><th>NC</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> (28-30)		MIH	Non	Oui	NC											
Usure dentaire	Droit	Central	Gauche																										
Max																													
Mand																													
MIH	Non	Oui	NC																										
0 = pas d'usure ou perte initiale de la texture de surface (a) 1= défaut distinct, perte de tissu dur avec exposition de la dentine (b) / = Non concerné (c)			Non= pas de changement de la couleur et de la translucidité de l'émail (a) Oui= opacités blanches, crèmeuses ou jaune-brunâtres bien délimitées sans ou avec fracture post-éruptive (b) / = Non concerné (c)																										

**7. ETAT DENTAIRE (tous les âges)**

	18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
MAXILLAIRE																
MANDIBULE																
	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						

(31-46)

(47-62)

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	/	/

**RACINES:**

Nombre de dents avec des racines exposées

(63)

Nombre de dents avec des racines exposées, cariées et/ou obturées pour caries

(64)

Nombre d'implants

(65)

**8. ETAT PROTHETIQUE (tous les âges)**

**MAXILLAIRE**

- (66a)  Pas de prothèse
- (66b)  Plus d'un bridge
- (66c)  Un bridge
- (66d)  Uniquement une prothèse partielle
- (66e)  Bridge(s) et prothèse partielle
- (66f)  Prothèse amovible complète

**MANDIBULE**

- (67a)  Pas de prothèse
- (67b)  Plus d'un bridge
- (67c)  Un bridge
- (67d)  Uniquement une prothèse partielle
- (67e)  Bridge(s) et prothèse partielle
- (67f)  Prothèse amovible complète

**TYPE DE PROTHESE**

- |   |   |
|---|---|
| <b>MAXILLAIRE</b>                           | <b>MANDIBULE</b>                            |
| (68a) <input type="checkbox"/> Résine       | (69a) <input type="checkbox"/> Résine       |
| (68b) <input type="checkbox"/> Squelettique | (69b) <input type="checkbox"/> Squelettique |
| (68c) <input type="checkbox"/> Non concerné | (69c) <input type="checkbox"/> Non concerné |

**9. CONTACTS OCCLUSUAUX FONCTIONNELS (âge ≥ 15 ans)**

	Droit	Gauche
<b>Nombre de contacts entre dents naturelles antagonistes (sans éventuelle prothèse amovible)</b>		

(70-71)

0, 1, 2, 3, 4 ou 5 = nombre de contacts

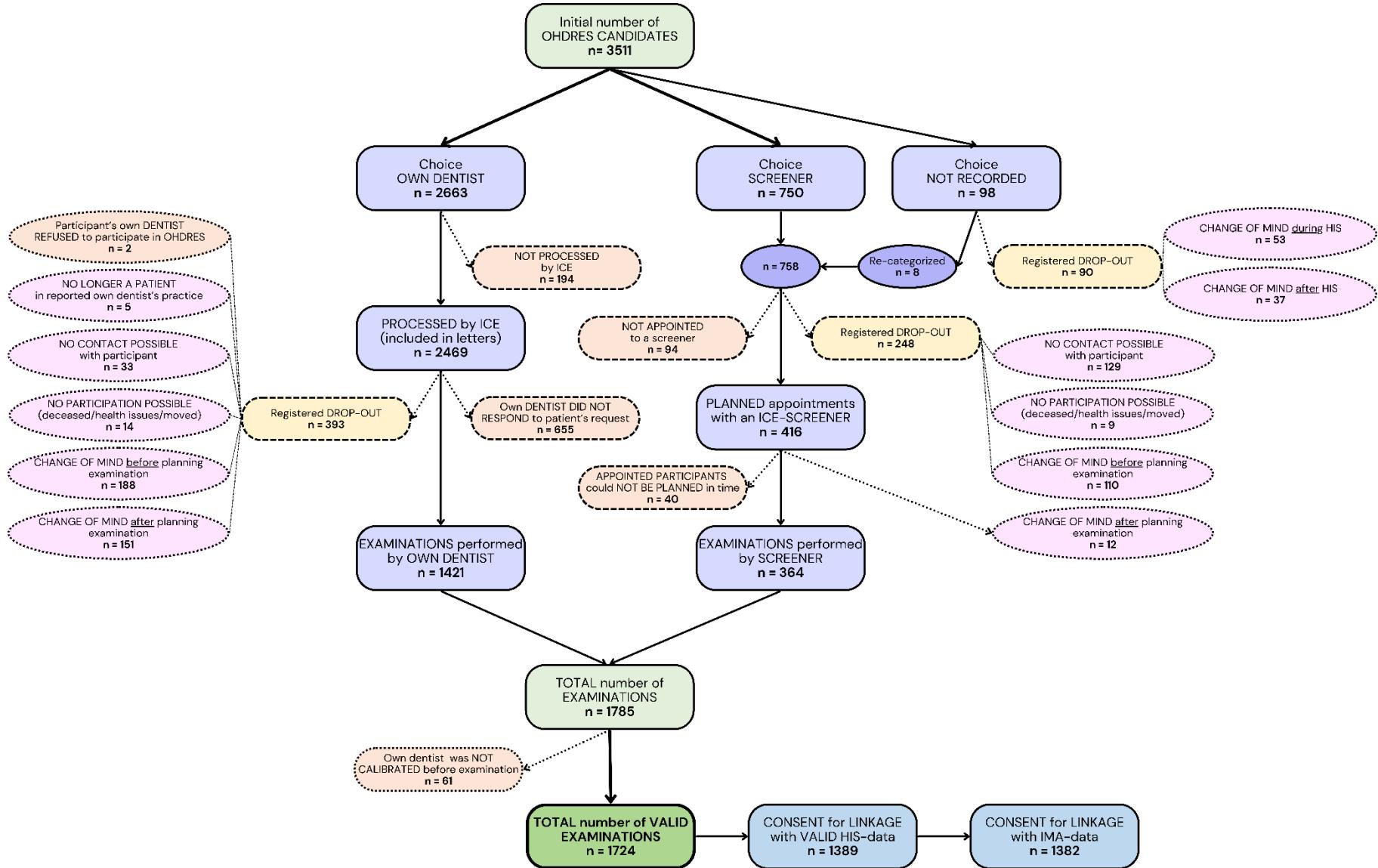
	Droit	Gauche
<b>Nombre de contacts avec prothèse amovible (si la personne en est porteuse)</b>		

(72-73)

/ = nc (individu plus jeune que 15 ans)

/ = nc (individu plus jeune que 15 ans ou pas de prothèse amovible présente)

### 10.3. Organigramme échantillon OHDRES 2023-2024



## **10.4. Liste des annexes**

(Voir document à part ‘annex file’)

Liste des annexes avec indication de la langue dans laquelle ils sont disponibles :  
NL: néerlandais, FR: français, ENG: anglais, DEU: allemand

1. Protocole du projet OHDRES 2023-2024 (ENG)
2. Lettre d'invitation au participant (NL, FR)
3. Dépliant d'introduction destiné au participant (NL, FR)
4. Guide d'entretien pour les enquêteurs de Statbel (NL, FR)
5. Lettre d'information au dentiste (NL, FR)
6. Lettre d'invitation au dentiste (NL, FR, DEU)
7. Formulaires de consentement éclairé OHDRES 2023-2024 (NL, FR, ENG, DEU)
8. Instructions pour la formation et le calibrage des dentistes (NL, FR, ENG)
9. Formulaire de demande d'indemnisation – dentiste (NL, FR)
10. Guide illustré pour l'examen clinique (NL, FR, ENG)
11. Délibération du Comité de sécurité de l'information (CSI) (NL)
12. Section santé bucco-dentaire de l'Enquête de santé HIS 2023-2024 (NL, FR, ENG, DEU)



