

Cancers de la bouche et du pharynx : connaissances et opinions des dentistes de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse

- Joanne B. Clovis, PhD •
- Alice M. Horowitz, PhD •
- Dale H. Poel, PhD •

S o m m a i r e

Les cancers de la bouche et du pharynx sont en grande partie évitables et peuvent être traités avec succès s'ils sont diagnostiqués tôt. Une enquête a été menée auprès des dentistes de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse, pour déterminer leurs connaissances et leurs opinions sur les cancers de la bouche et du pharynx. En février 1998, un sondage ayant fait l'objet d'un essai préalable et contenant 41 questions a été posté à un échantillon aléatoire de dentistes de la Colombie-Britannique, ainsi qu'à l'ensemble des dentistes de la Nouvelle-Écosse. Une carte de rappel et un autre envoi postal ont été envoyés aux non-répondants. Parmi les 670 dentistes qui ont fourni des réponses utilisables (taux de réponse de 55,2 %), 56,7 % seulement ont estimé avoir des connaissances à jour sur le sujet. La plupart des dentistes ont correctement identifié la consommation de tabac (99,4 %) et d'alcool (90,4 %) comme étant des facteurs de risque, mais une proportion moindre ont su identifier correctement d'autres facteurs, notamment la consommation d'aliments épicés (57,0 %) et une mauvaise hygiène buccodentaire (46,3 %), comme n'étant pas des facteurs de risque. De même, seulement 42,5 % ont identifié l'érythroplasie et la leucoplasie, dans cet ordre, comme les conditions les plus susceptibles d'être associées au cancer de la bouche. Des indices de connaissance des facteurs de risque et des méthodes de diagnostic ont été construits en faisant la somme des bonnes réponses dans chaque domaine. Pour les 16 facteurs de risque, le nombre moyen de bonnes réponses a été de 9,2 et il a été de 10,0 pour les 14 méthodes de diagnostic. Seulement 38,5 % des dentistes ont présenté un taux de connaissances uniforme pour les 2 indices. Des différences d'importance statistique ($p < 0,01$) entre les provinces n'ont été observées que pour 2 questions sur les connaissances. Les trois quarts environ de tous les dentistes (77,0 %) ont manifesté de l'intérêt pour des cours de formation continue. Il serait donc utile d'offrir aux dentistes de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse des cours de premier cycle et de formation continue pour parfaire leurs connaissances sur les facteurs de risque et les méthodes de diagnostic du cancer de la bouche.

Mots clés MeSH : Canada; dentist's practice patterns; mouth neoplasms

© J Can Dent Assoc 2002; 68(7):415-20
Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

En 2000, quelque 3200 nouveaux cas de cancer de la bouche ont été recensés au Canada, et environ 1050 décès dus au cancer de la bouche et du pharynx ont été enregistrés, ce qui est supérieur au nombre de décès causés par chacune des affections suivantes : mélanome malin, cancer de l'utérus et du col de l'utérus et maladie de Hodgkin¹. Les cancers de la bouche incluent le cancer des lèvres, de la langue, des glandes salivaires et d'autres parties de la bouche, tandis que les cancers du pharynx touchent le nasopharynx, l'oropharynx et l'hypopharynx^{1,2}. Par souci de simplicité, l'expression «cancer de la bouche» est utilisée ici pour désigner ces 2 types de cancer.

Le fardeau de souffrance associé aux cancers de la bouche diffère de celui attribué aux 2 autres principales maladies

buccales, en l'occurrence les caries dentaires et la maladie parodontale. Le **tableau 1** compare les taux d'incidence et de mortalité au Canada, en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse¹. Le taux de survie relativement faible est dû à un diagnostic tardif³, lequel survient dans plus de la moitié des cas^{4,5}. Les statistiques sur la survie ont peu fluctué au cours des dernières décennies, et on continue de s'intéresser moins aux cancers de la bouche qu'aux autres formes de cancer. L'ensemble de nouveaux cas et de décès liés à ce type de cancer fournit une mesure importante du fardeau que représente cette maladie pour la population et le système de santé du Canada.

L'âge, l'origine raciale, le sexe et le lieu géographique sont des variables importantes pour toutes les formes de cancer, et plus

particulièrement le cancer de la bouche. Bien que les ratios entre le nombre de nouveaux cas (2,2 : 1) et de décès (2,3 : 1) chez les hommes et les femmes témoignent des grandes différences globales qui existent entre les deux sexes¹, le risque de carcinome basocellulaire de la lèvre supérieure est bien plus élevé chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes de la Colombie-Britannique, comme c'est le cas dans d'autres pays⁶. Par ailleurs, les taux de cancer des glandes salivaires et du nasopharynx sont de 10 à 25 fois plus élevés chez les Inuits que dans la population en général du Canada⁵.

La consommation de produits du tabac – qu'ils soient fumés ou chiqués – est en cause dans la plupart des cancers de la bouche², la combinaison tabac-alcool augmentant sensiblement le risque de ces cancers². Parmi les autres facteurs de risque, mentionnons la radiation actinique dans le cas du cancer des lèvres, la consommation insuffisante de fruits et de légumes et le papillomavirus².

Le dépistage précoce est, à lui seul, l'intervention qui influe le plus sur la survie^{2,7-10}. La cavité buccale est facile d'accès et peut être examinée sans grand inconfort. De plus, les dentistes peuvent facilement, dans leur rôle de fournisseurs de soins primaires, intégrer le protocole de dépistage dans leur examen de routine⁷⁻¹⁶.

Des études ont été réalisées auprès de dentistes des États-Unis et de l'Europe pour évaluer leurs connaissances, leurs opinions et leurs pratiques liées au cancer de la bouche. Les enquêtes menées dans l'état du Maryland et l'ensemble des États-Unis révèlent que les dentistes n'en connaissent pas autant qu'ils le pourraient sur les moyens de prévenir et de déceler le cancer de la bouche¹⁷⁻¹⁹.

La présente étude avait pour but d'évaluer et de décrire le niveau de connaissances des dentistes canadiens sur les facteurs de risque et les méthodes de diagnostic liés au cancer de la bouche et d'obtenir leurs opinions sur leur niveau de préparation professionnelle dans le domaine de la prévention du cancer de la bouche et de la lutte contre ce cancer.

Méthodologie

Les connaissances et les opinions des dentistes sur le cancer de la bouche ont été évaluées au moyen d'un sondage postal effectué auprès d'un échantillon aléatoire de dentistes de la Colombie-Britannique et de l'ensemble des dentistes de la Nouvelle-Écosse²⁰⁻²². Un sondage de 41 questions a été élaboré, à partir de questions préalablement validées et d'autres questions uniques à l'enquête. La validité de cet instrument d'enquête au Canada a été vérifiée et celui-ci a fait l'objet d'un essai préalable auprès d'un échantillon de commodité composé de dentistes de 3 provinces non visées par l'enquête. Un échantillon aléatoire systématique de 817 dentistes autorisés à exercer a été sélectionné parmi les dentistes figurant sur la liste du registraire de 1997 de la Colombie-Britannique, de manière à obtenir un niveau de confiance de 95 % avec suréchantillonnage, sur la base d'un taux de retour escompté de 40 %. La population des dentistes de la Nouvelle-Écosse est constituée des dentistes autorisés à exercer, dont le nom figurait dans une série d'étiquettes-adresses achetée de l'Association dentaire de la Nouvelle-Écosse (il est obligatoire d'être membre de l'association professionnelle pour obtenir l'autorisation d'exercer dans cette province). Le sondage, accompa-

Tableau 1 Cancers de la bouche : estimation des taux d'incidence et de mortalité par sexe et province pour 2000

	Colombie-Britannique	Nouvelle-Écosse	Canada
Taux d'incidence (pour 100 000)			
Hommes	12	13	14
Femmes	6	5	5
Taux de mortalité standardisé selon l'âge (pour 100 000)			
Hommes	4	6	5
Femmes	2	2	2

Source : *Statistiques canadiennes sur le cancer 2000*, Institut national du cancer du Canada¹

gné d'une lettre d'envoi et d'une enveloppe adressée et affranchie, a été posté en février 1998. Une carte de rappel a été envoyée 2 semaines après l'envoi initial, et une deuxième trousse complète a été expédiée à tous les non-répondants, 4 semaines après l'envoi initial.

Les réponses ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS-PC (SPSS Inc., Chicago, Illinois). Les analyses bidimensionnelles sont basées sur des données non pondérées, et les résultats ont été évalués au niveau de signification de $p < 0,01$.

Des analyses ont été faites pour déterminer la fréquence de bonnes réponses à 30 questions sur les connaissances, puis des comparaisons par recouplement ont été faites entre les fréquences mesurées dans les 2 provinces. Deux indices ont ensuite été construits pour confirmer la connaissance des facteurs de risque et des méthodes de diagnostic. Ainsi, une note de 1 a été attribuée pour chaque bonne réponse aux 16 questions sur les facteurs de risque, puis on a fait la somme des bonnes réponses pour calculer l'indice de connaissance des facteurs de risque. De la même manière, un indice de connaissance des méthodes de diagnostic a été établi en faisant la somme des bonnes réponses aux 14 questions sur le diagnostic.

Chaque indice calculé a été groupé dans 3 distributions (en pourcentage) à peu près égales, représentant les résultats faible, moyen et élevé. Ces résultats ont ensuite servi à établir une classification typologique des connaissances des dentistes sur les facteurs de risque et les méthodes de diagnostic du cancer de la bouche.

La corrélation entre les 2 indices a été évaluée au moyen d'une analyse de la variance unidimensionnelle visant à comparer le résultat global moyen des dentistes des 2 provinces, à l'égard des 2 indices. Les effets relatifs des caractéristiques de base des dentistes sur les résultats obtenus pour les 2 indices ont aussi été évalués. Enfin, une analyse a été faite du lien entre le niveau des connaissances des dentistes et leurs opinions sur l'adéquation de leurs connaissances.

Tableau 2 Caractéristiques des dentistes qui ont répondu au sondage sur les connaissances, pratiques et opinions liées au cancer de la bouche

Caractéristiques	Données provinciales (%)		Total (les 2 provinces)
	Colombie-Britannique Nombre (et %)	Nouvelle-Écosse Nombre (et %)	Nombre (et %) ^a
Sexe			
Homme	327 (83,4)	211 (80,2)	538 (82,1)
Femme	65 (16,6)	52 (19,8)	117 (17,9)
Type de cabinet			
Solo	237 (59,3)	133 (49,6)	370 (55,4)
Partenaire	93 (23,3)	84 (31,3)	177 (26,5)
Salarié ou entrepreneur	57 (14,3)	36 (13,4)	93 (13,9)
Tout autre type	13 (3,4)	15 (5,5)	28 (4,2)
Date d'obtention du diplôme			
Avant 1970	54 (13,5)	32 (12,3)	88 (13,3)
1970–1979	130 (32,4)	66 (25,4)	196 (29,6)
1980–1989	126 (31,4)	103 (39,6)	229 (34,5)
1990–1997	91 (22,7)	59 (22,7)	150 (22,6)
Date du dernier cours de formation continue sur le cancer de la bouche			
Dans les 12 derniers mois	65 (16,3)	44 (16,5)	109 (16,3)
Dans les 2 à 5 dernières années	145 (36,3)	123 (46,1)	268 (40,2)
Au-delà de 5 ans	116 (29,0)	61 (22,8)	177 (26,5)
Nouveau diplômé — n'y a pas encore assisté	3 (0,8)	7 (2,6)	10 (1,5)
N'a jamais assisté à un cours	64 (16,0)	31 (11,6)	95 (14,2)
Ne sait pas	7 (1,8)	1 (0,4)	8 (1,2)

^aLe total de certains groupes de pourcentages n'équivaut pas à 100 parce qu'il a été arrondi.

Résultats

Les résultats sont basés sur 670 réponses utilisables (taux de réponse global de 55,2 % – 50,4 % [401] en Colombie-Britannique et 64,4 % [269] en Nouvelle-Écosse). Au total, 82,1 % des répondants étaient des hommes (tableau 2). Plus de la moitié exerçaient seuls en cabinet privé; près d'un quart exerçaient en cabinet avec d'autres collègues et une proportion moindre travaillaient à titre de salariés ou de contractuels. Près de 60 % avaient obtenu leur diplôme entre 1980 et 1997, et une proportion similaire avaient suivi des cours de formation continue sur le cancer de la bouche, au cours des 5 années précédentes.

Connaissance des facteurs de risque du cancer de la bouche

La presque totalité des répondants ont reconnu le tabac comme un facteur de risque, et d'autres facteurs de risque élevé – notamment des antécédents de cancer de la bouche, la consommation d'alcool et le cancer des lèvres lié à l'exposition au soleil – ont été correctement identifiés par au moins 70 % des répondants (ill. 1). En revanche, des proportions nettement plus faibles ont cité le papillomavirus et la faible consommation de fruits et de légumes. Et, alors que l'âge a été identifié comme un facteur de risque élevé par la plupart des répondants, moins de la moitié savaient que les cancers de la bouche s'observent surtout chez des patients de 60 ans et plus.

Par ailleurs, une plus faible proportion de répondants ont pu identifier correctement les facteurs non reconnus comme des facteurs de risque du cancer de la bouche («non-risque») (ill. 1).

Ainsi, plus de la moitié savaient que les boissons et les aliments chauds, les mets épicés et l'obésité ne sont pas de véritables facteurs de risque. Par contre, moins de la moitié ont reconnu qu'une mauvaise hygiène buccodentaire, la concentration de cas de cancer dans la famille ou des prothèses mal ajustées ne sont pas de véritables facteurs de risque, et une faible proportion seulement ont indiqué que des antécédents familiaux de cancer ne constituent pas, en soi, un facteur de risque du cancer de la bouche.

Les résultats obtenus à l'indice basé sur les 16 questions évaluant les connaissances des dentistes sur les facteurs de risque ont varié de 0 à 15 (moyenne de 9,2). Des différences d'importance statistique entre les 2 provinces n'ont été observées que pour une seule question sur les facteurs de risque, un pourcentage plus élevé de dentistes de la Nouvelle-Écosse ayant reconnu le lien entre le cancer de la bouche et le cancer des lèvres lié à l'exposition au soleil ($p < 0,01$). Aucune différence de ce genre n'a été observée entre les 2 provinces pour ce qui est du résultat moyen.

Connaissance des méthodes de diagnostic du cancer de la bouche

La plupart des répondants ont défini correctement 2 méthodes de diagnostic (ill. 2), à savoir qu'un dépistage précoce améliore le taux de survie à 5 ans et qu'il ne faut pas cesser l'examen de dépistage du cancer de la bouche après 3 examens négatifs. De même, un grand nombre de répondants ont identifié correctement la technique d'examen complet de la langue et l'aspect des lésions précoces du cancer de la bouche et savaient

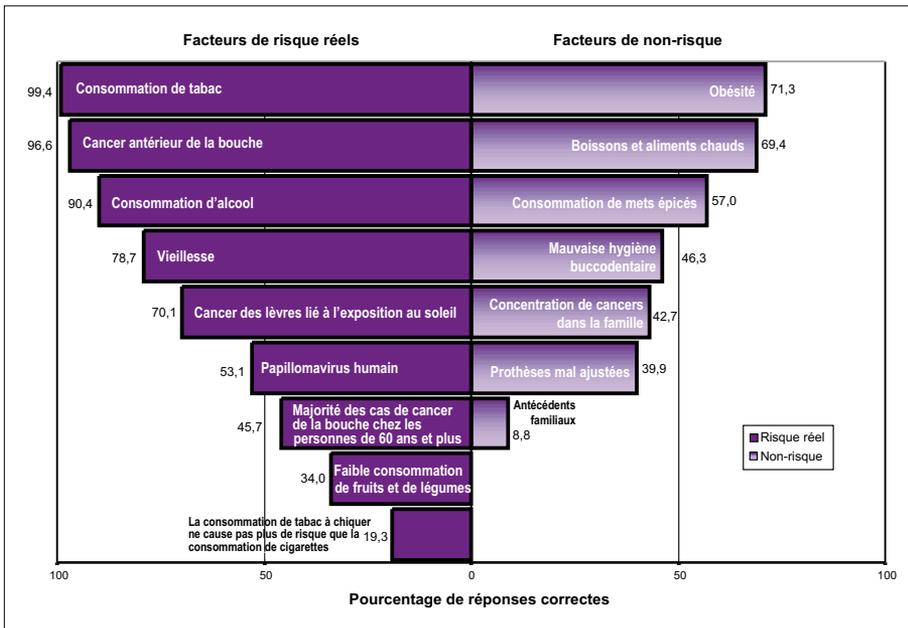


Illustration 1 : Pourcentage des dentistes de la C.-B. et de la N.-É. qui ont répondu correctement aux questions concernant la connaissance des facteurs de risque et de non-risque du cancer de la bouche

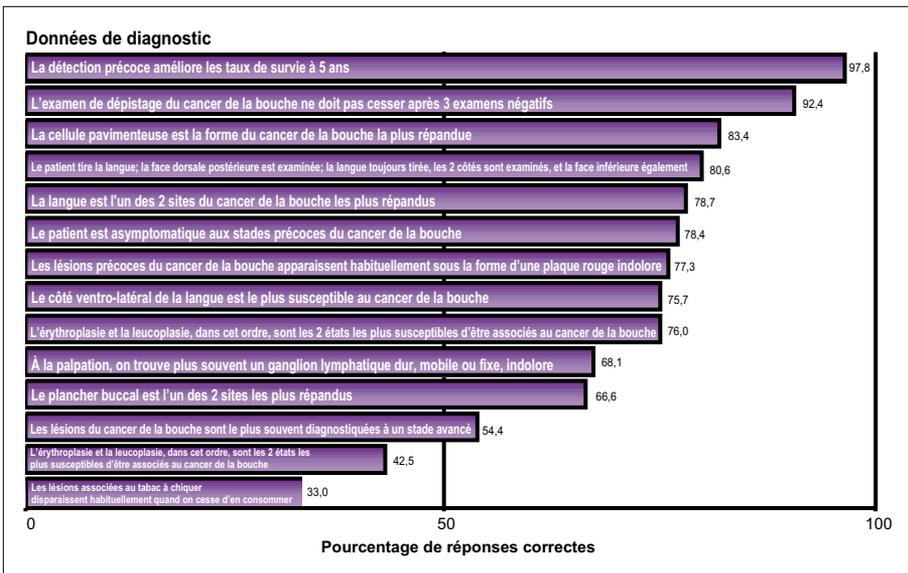


Illustration 2 : Pourcentage des dentistes qui ont répondu correctement aux questions concernant la connaissance des procédures de diagnostic du cancer de la bouche

que le cancer précoce de la bouche est asymptomatique, et un peu plus de la moitié ont indiqué que la plupart des cancers de la bouche sont diagnostiqués à un stade avancé. En revanche, moins de la moitié ont pu identifier les 2 états (érythroplasie et leucoplasie, dans cet ordre) les plus susceptibles d'être associés au cancer de la bouche.

Les résultats obtenus, à l'indice évaluant les connaissances des dentistes sur les méthodes de diagnostic, ont varié de 0 à 14 (moyenne de 10,0). Des réponses statistiquement différentes entre les 2 provinces n'ont été observées que pour une seule question sur le diagnostic, un pourcentage plus élevé de dentistes de la C.-B. sachant que les lésions associées à la consommation

de tabac à chiquer disparaissent habituellement lorsque la personne en cesse la consommation ($p < 0,001$). Aucune différence d'importance statistique n'a été observée entre les provinces, quant à l'indice moyen.

Profils des connaissances

Une classification croisée des dentistes, en regard des résultats à chacun des 2 indices, a été faite pour établir leurs profils de connaissance des facteurs de risque et des méthodes de diagnostic (tableau 3). Près de 39 % des dentistes ont présenté un niveau de connaissances comparables pour les 2 indices. Parmi les dentistes affichant des niveaux de connaissances variables, environ 33 % connaissaient mieux les facteurs de risque que les méthodes de diagnostic et, inversement, 29 % environ connaissaient mieux les méthodes de diagnostic que les facteurs de risque.

Malgré le lien statistiquement important entre les 2 indices, la corrélation est faible (coefficient de Pearson : $r = 0,31$). Ce résultat confirme que les facteurs de risque et les méthodes de diagnostic sont des champs de connaissances distincts, une échelle permettant de prévoir moins de 10 % de la variance dans l'autre.

Lien entre les caractéristiques de base des dentistes et les connaissances sur le cancer de la bouche

Six caractéristiques de base des dentistes (sexe, année d'obtention du diplôme, type d'exercice, date du plus récent cours de formation continue, évaluation du caractère à jour des connaissances sur le cancer de la bouche et nombre de patients examinés par semaine) ont été évaluées en regard de chacun des 2 indices. Seule l'année d'obtention du diplôme a été associée de façon significative à l'indice des risques ($p < 0,001$). Dans le cas de l'indice évaluant les méthodes de diagnostic, un lien significatif a été établi à la fois avec l'année d'obtention du diplôme et la date du plus récent cours de formation continue ($p < 0,001$).

Adéquation des connaissances et de l'enseignement universitaire de premier cycle

Au total, 56,7 % des dentistes estiment avoir des connaissances à jour sur le cancer de la bouche, mais une forte

Tableau 3 Répartition en pourcentage des dentistes par profil des connaissances sur les risques et les méthodes de diagnostic du cancer de la bouche

Connaissance des facteurs de risque ^a	Connaissance des méthodes de diagnostic ^b			
	Faible résultat (0-9 questions)	Résultat moyen (10 ou 11 questions)	Résultat élevé (12-14 questions)	Tous les dentistes
Faible résultat (0-8 questions)	16,9	12,5	5,7	35,1
Résultat moyen (9 ou 10 questions)	12,5	11,2	10,6	34,3
Résultat élevé (11-16 questions)	7,0	13,1	10,4	30,6
Tous les dentistes	35,4	36,9	26,7	100,0

^aTotal de 16 questions concernant les facteurs de risque^bTotal de 14 questions concernant les méthodes de diagnostic

proportion (32,1 % en Colombie-Britannique et 29,8 % en Nouvelle-Écosse) sont d'avis contraire, et plus des trois quarts (77,0 %) ont signifié un intérêt pour des cours de formation continue.

Discussion

Bien que le taux de réponse déclaré à cette enquête ne soit pas optimal, il est basé sur une évaluation prudente des réponses. Seuls les dentistes ayant déclaré ne pas exercer au moment de l'enquête ont été exclus de la population-cible, mais tous les questionnaires non retournés, de même que les questionnaires retournés avec la mention «adresse inconnue» ou retournés sans avoir été ouverts, ont été inclus dans les calculs. Malgré tout, le taux de réponse est supérieur à celui obtenu à une étude menée aux États-Unis (50 %) ¹⁹ et une autre au Maryland (54 %) ¹⁷. Alors qu'on ne peut généraliser les résultats basés sur les données non pondérées à l'ensemble des dentistes de la Colombie-Britannique ou à d'autres provinces, les résultats pour la Nouvelle-Écosse représentent la population de dentistes de cette province. Cependant, il est probable que les résultats reflètent un niveau de connaissances plus élevé sur le cancer de la bouche, ainsi qu'un plus grand intérêt pour la formation continue sur le sujet, parmi les répondants que chez l'ensemble des dentistes.

Les dentistes qui ont répondu à l'enquête connaissaient la plupart des véritables facteurs de risque du cancer de la bouche, en particulier la consommation de tabac et d'alcool, mais moins de la moitié savaient que la plupart des cas de cancer de la bouche sont diagnostiqués chez des personnes âgées de 60 ans et plus. En outre, les dentistes connaissent beaucoup moins bien les facteurs qui ne présentent pas de risque, et les plus faibles proportions de dentistes ayant identifié correctement les facteurs qui ne constituent pas vraiment des facteurs de risque – notamment une mauvaise hygiène buccale et les antécédents familiaux de cancer – témoignent d'un niveau relativement élevé de désinformation parmi ces praticiens (ill. 1).

De même, les connaissances des dentistes sur les méthodes de diagnostic font ressortir des domaines précis de désinformation ou d'information déficiente. Ainsi, même si près de 80 % des dentistes savaient que la langue est l'un des 2 sites les plus répandus du cancer de la bouche et que les deux tiers ont indiqué que le plancher buccal est le deuxième, seulement 56 % ont indiqué les deux. Par ailleurs, presque la totalité d'entre eux savaient que le dépistage précoce améliore le taux de survie à 5 ans, mais seulement la moitié environ ont indiqué que la plupart des cancers de

la bouche sont diagnostiqués à un stade avancé. Enfin, bien que les données actuelles montrent clairement que la présence de lésions rouges ou de lésions mixtes rouges et blanches est fort probablement associée au cancer de la bouche ⁸, seulement 42,5 % ont correctement identifié l'érythroplasie et la leucoplasie, dans cet ordre, comme les 2 lésions les plus susceptibles d'être associées à ce type de cancer.

La corrélation hautement significative entre un résultat élevé aux 2 indices et l'année d'obtention du diplôme peut laisser supposer qu'on accorde une plus grande importance au cancer de la bouche dans les programmes d'études de premier cycle universitaire depuis quelques années. De même, la corrélation hautement significative entre un résultat élevé à l'indice évaluant les méthodes de diagnostic et la participation récente à des cours de formation continue vient confirmer l'effet positif de ces activités. Cependant, bien que ceci indique clairement les avantages d'une formation récente, la forte proportion de dentistes qui ont obtenu des résultats faibles ou moyens pour l'un ou l'autre des indices, ou les 2 (53,1 %; voir **tableau 3**) témoigne clairement de la nécessité d'intensifier la formation sur les facteurs de risque et les méthodes de diagnostic. Dans l'ensemble, les résultats obtenus – quant à l'identification des véritables facteurs de risque, des méthodes de diagnostic et des éléments qui ne sont pas des facteurs de risque – sont presque identiques à ceux obtenus lors d'une enquête menée auprès de dentistes américains ¹⁹.

Bien que 56,7 % des dentistes estiment que leurs connaissances sont à jour, près du tiers sont d'avis contraire, ce qui laisse croire que bon nombre de dentistes sont conscients de leurs lacunes dans ce domaine et éprouvent des doutes quant à leurs connaissances et à leurs pratiques. Ces conclusions, au sujet des connaissances et des opinions des dentistes sur les cancers de la bouche et du pharynx, semblent par ailleurs clairement indiquer la nécessité de mettre en place des programmes de formation pour les praticiens et les étudiants en médecine dentaire. Les programmes actuels d'enseignement au premier cycle, de même que les programmes de formation continue à l'intention des dentistes diplômés, pourraient combler les lacunes mises en lumière par cette étude, au moyen de diverses stratégies. Il est essentiel que les praticiens aient des connaissances à jour sur les facteurs de risque du cancer de la bouche, sur les facteurs qui ne présentent pas de risque et sur les méthodes de diagnostic utilisées pour évaluer la santé du patient, afin d'être en mesure de

pratiquer un examen de dépistage du cancer de la bouche et d'aider les patients à réduire les risques en les conseillant sur la désaccoutumance au tabac et d'autres aspects de la santé. Enfin, comme ces résultats ne peuvent être généralisés à d'autres régions, il y aurait sans doute lieu d'évaluer les niveaux de connaissances sur les facteurs de risque et les méthodes de diagnostic du cancer de la bouche dans d'autres provinces et dans les territoires.

Conclusions

Bien que cette enquête fasse ressortir des lacunes dans les connaissances des dentistes sur le cancer de la bouche, elle montre aussi que les dentistes sont conscients de leurs besoins dans ce domaine et qu'ils souhaitent parfaire leurs connaissances. Nous tenons toutefois à préciser que ces résultats sont sans doute meilleurs que ceux que l'on aurait obtenu des dentistes qui n'ont pas répondu.

En plus de jouer un rôle dans la prévention et le dépistage précoce du cancer de la bouche, les dentistes doivent offrir des services d'information sur la santé à leurs patients et à la communauté. Les dentistes partagent en effet, avec les autres intervenants du domaine de la santé, la responsabilité de combler l'écart entre les connaissances et les comportements du public, en utilisant et en diffusant l'information scientifique. Cependant, le transfert des connaissances scientifiques requiert la mise en place de stratégies efficaces d'éducation et de promotion en matière de santé, à la fois pour les professionnels de la santé et le public²³.

La morbidité et la mortalité associées aux cancers de la bouche et du pharynx représentent un fardeau social important; ces 2 types de cancer peuvent toutefois être traités avec succès s'ils sont diagnostiqués tôt. Cependant, tant le public que les professionnels de la santé buccodentaire accordent moins d'importance au cancer de la bouche qu'aux 2 autres maladies buccales les plus répandues – en l'occurrence les caries dentaires et la maladie parodontale. Les dentistes ont un rôle déterminant à jouer afin de réduire le fardeau personnel et social associé au cancer de la bouche; or, pour ce faire, ils ont besoin de connaissances et de pratiques adéquates. Des programmes de formation ciblés et bien conçus pourraient répondre à ce besoin et améliorer les connaissances et les pratiques des dentistes dans ce domaine. ♦

Remerciements : Les auteurs remercient tous les dentistes qui ont répondu au sondage. Leurs nombreux récits personnels témoignent de leurs échecs, mais aussi de leurs succès dans la détection précoce des cancers, réaffirment le besoin, pour les professionnels de la santé, d'intervenir tôt pour prévenir et surveiller les cancers de la bouche.

Appui financier : Le sondage a été financé en partie par le Fonds de dotation de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires (Dentisterie Canada) et la Faculté des études supérieures de l'Université Dalhousie.

La Dre Clovis est professeure agrégée à l'École d'hygiène dentaire, Faculté de médecine dentaire, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse).

La Dre Horowitz est scientifique principale à la Division des sciences de la population et de la promotion de la santé, Direction des politiques, de l'analyse et du développement en santé, Institut national de la recherche dentaire et cranio-faciale, Bethesda (Maryland), États-Unis.

Le Dr Poel est professeur à l'École d'administration publique, Faculté de gestion, Université Dalhousie.

Écrire à : Dre Joanne B. Clovis, École d'hygiène dentaire, Faculté de médecine dentaire, Université Dalhousie, 5981, av. University, Halifax NS B3H 3J5. Courriel : j.clovis@dal.ca.

Les vues exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.

Références

1. Institut national du cancer du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 2000. Toronto, Canada : Institut national du cancer du Canada; 2000. p. 13-22.
2. Silverman S Jr. Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancers. The outcomes, the trends, the challenge. *J Am Dent Assoc* 2001; 132 Suppl:7S-11S.
3. Mashberg A, Garfinkel MA. Early diagnosis of oral cancer: the erythroplastic lesion in high-risk sites. *CA Cancer J Clin* 1978; 28(5):297-303.
4. Greenlee RT, Hill-Harmon M, Murray T, Thun M. Cancer statistics, 2001. *CA Cancer J Clin* 2001; 51(1):15-36.
5. Rosati C. Prevention of oral cancer. In: Rosati C, The Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; 1994. p. 839-47.
6. Rowe D, Gallagher RP, Warshawski L, Carruthers A. Females vastly outnumber males in basal cell carcinoma of the upper lip. A peculiar subset of high risk young females is described. *J Dermatol Surg Oncol* 1994; 20(11):754-6.
7. Horowitz AM, Alfano, MC. Perform a death-defying act. *J Am Dent Assoc* 2001; 132 Suppl:5S-6S.
8. Sciubba JJ. Oral cancer and its detection. History-taking and the diagnostic phase of management. *J Am Dent Assoc* 2001; 132 Suppl:12S-18S.
9. Alfano, MC, Horowitz AM. Professional and community efforts to prevent morbidity and mortality from oral cancer. *J Am Dent Assoc* 2001; 132 Suppl:24S-29S.
10. Perform a death-defying act. The 90-second oral cancer examination. *J Am Dent Assoc* 2001; 132 Suppl:36S-40S.
11. Horowitz AM, Goodman HS, Yellowitz JA, Nourjah PA. The need for health promotion in oral cancer prevention and early detection. *J Public Health Dent* 1996; 56(6):319-30.
12. Meskin LH. Oral cancer — the forgotten issue. *J Am Dent Assoc* 1994; 125(8):1042-5.
13. Amsel Z, Strawitz JG, Engstrom PF. The dentist as a referral source of first episode head and neck cancer patients. *J Am Dent Assoc* 1983; 106(2):195-7.
14. Axell T. The professional role of the dentist under the aspects of precancer and cancer diagnosis and management. *Int Dent J* 1993; 43(6):609-11.
15. Fedele DJ, Jones JA, Niessen LC. Oral cancer screening in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(9):920-5.
16. Leong IT, Main JH, Birt BD. Cancer of the tongue. *J Can Dent Assoc* 1995; 61(9):792-6.
17. Horowitz AM, Drury TF, Canto MT. Practices of Maryland dentists: oral cancer prevention and early detection - baseline data from 1995. *Oral Dis* 2000; 6(5):282-8.
18. Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS, Yellowitz JA. Oral pharyngeal cancer prevention and early detection. Dentists' opinions and practices. *J Am Dent Assoc* 2000; 131(4):453-62.
19. Yellowitz JA, Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS. Survey of U.S. dentists' knowledge and opinions about oral pharyngeal cancer. *J Am Dent Assoc* 2000; 131(5):653-61.
20. Aday LA. Designing and conducting health surveys. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1996.
21. Dillman DA. Mail and other self-administered questionnaires. In: Rossi PH, Wright JD, Anderson AB, editors. Handbook of survey research. New York: Academic Press, Inc.; 1983.
22. Fink A. The survey kit. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.; 1995.
23. Horowitz AM. The public's oral health: the gaps between what we know and what we practice. *Adv Dent Res* 1995; 9(2):91-5.