

# Cancers de la bouche et du pharynx : pratiques 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 s'accompagnent de taux de mortalité élevés, que l'on attribue habituellement à un diagnostic tardif. Une enquête a été menée auprès des dentistes de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse pour connaître leurs pratiques et leurs opinions au sujet des cancers de la bouche et du pharynx. Donc, en février 1998, un sondage ayant fait l'objet d'un essai préalable et comportant 41 questions a été posté à un échantillon aléatoire de dentistes de la Colombie-Britannique (n = 817), ainsi qu'à l'ensemble des dentistes de la Nouvelle-Écosse (N = 423). Une carte de rappel et un deuxième envoi postal ont été expédiés aux non-répondants. Parmi les 670 dentistes ayant fourni des réponses utilisables (taux de réponse de 55,2 %), seulement 56,7 % ont estimé avoir des connaissances à jour sur le sujet. Les dentistes évaluent en moyenne 5 des 8 facteurs liés aux antécédents de santé, la plupart (88,0 %) interrogeant leurs patients sur leur consommation actuelle de tabac. Au total, 72,7 % des répondants pratiquent un examen de dépistage du cancer de la bouche chez tous leurs patients édentés, et ce à chaque visite, mais 10,9 % ne le font jamais. De même, 70,7 % des dentistes pratiquent toujours un examen de dépistage du cancer de la bouche chez les patients de 40 ans et plus au moment de la première visite, mais 9,8 % ne le font jamais. Seulement 52,2 % des dentistes ont qualifié de bonne la formation sur le dépistage du cancer de la bouche reçue durant leur formation universitaire de premier cycle, et près des trois quarts de tous les dentistes (77,0 %) ont manifesté de l'intérêt pour des cours de formation continue sur ce sujet. Aucune différence d'importance statistique n'a été observée entre les 2 provinces ( $p > 0,01$ ). Il serait donc utile d'offrir des cours de premier cycle et de formation continue aux dentistes de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse, pour parfaire leurs connaissances sur l'évaluation des antécédents de santé, l'examen de dépistage des cancers de la bouche et du pharynx et les stratégies de réduction des risques, par exemple les services de désaccoutumance au tabac.*

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

© J Can Dent Assoc 2002; 68(7):421-5  
Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

On estime que 1050 personnes sont mortes au Canada des suites du cancer de la bouche (au niveau des lèvres, de la langue, des glandes salivaires et autres sites de la bouche)<sup>1,2</sup> et du pharynx (incluant le nasopharynx, l'oropharynx et l'hypopharynx)<sup>1,2</sup> en l'an 2000, dont 90 hommes et 45 femmes en Colombie-Britannique et 30 hommes et 15 femmes en Nouvelle-Écosse<sup>1</sup>. Ce total dépasse le nombre de décès causés par chacune des affections suivantes : mélanome malin, cancer de l'utérus et du col de l'utérus et maladie de Hodgkin<sup>1</sup>. Le taux de survie relativement faible associé aux cancers de la bouche et du pharynx (désignés ici uniquement par l'expression «cancer de la bouche») est attribuable à un diagnostic tardif<sup>3</sup>, lequel est observé dans plus de la moitié des cas<sup>4,5</sup>.

Le nombre total de nouveaux cas et de décès fournit une mesure importante du fardeau que représente ce type de cancer pour la population et le système de santé du Canada.

Les arguments en faveur d'un examen de routine pour le dépistage du cancer de la bouche sont convaincants<sup>6,7</sup>. Ainsi, ce cancer peut être traité s'il est décelé tôt; de plus, l'examen de dépistage est sans danger et peu coûteux, les dentistes peuvent facilement l'intégrer à leur examen régulier, et il offre l'occasion, aux fournisseurs de soins, d'informer et de conseiller les patients sur les facteurs de risque<sup>7-11</sup>.

L'examen de dépistage du cancer de la bouche inclut une anamnèse et un examen physique complets<sup>12</sup>. L'évaluation anamnétique doit porter sur les facteurs sociaux et médicaux et

sur les comportements à risque, comme la consommation de tabac et d'alcool, cette évaluation des facteurs de risque étant essentielle pour évaluer le risque de cancer de la bouche et la nécessité d'inciter le patient à renoncer au tabac<sup>6,13</sup>. L'examen physique consiste en la palpation digitale de la région des ganglions cervicaux, la palpation bimanuelle du plancher buccal et de la langue et l'examen, par palpation et observation, de la muqueuse buccale et pharyngée à l'aide d'une source lumineuse adéquate et d'un miroir buccal. L'examen complet prend moins de 2 minutes<sup>14-16</sup>.

La présente étude avait pour but d'évaluer et de décrire les pratiques des dentistes canadiens en matière d'évaluation et de dépistage du cancer de la bouche lors de la première visite et des visites de rappel, et de recueillir leurs opinions sur leur niveau de préparation professionnelle dans ce domaine.

## Méthodologie

Les opinions et les pratiques des dentistes, en regard du cancer de la bouche, ont été évaluées au moyen d'un sondage postal (comportant 41 questions et ayant fait l'objet d'un essai préalable), réalisé en février 1998 auprès d'un échantillon aléatoire de dentistes de la Colombie-Britannique ( $n = 817$ ) et de l'ensemble des dentistes de la Nouvelle-Écosse ( $N = 423$ ), conformément à une méthode d'enquête approuvée<sup>17-19</sup>. Le protocole précis est décrit dans un article complémentaire<sup>20</sup>.

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 à un niveau de signification de  $p < 0,01$ .

Une analyse a été faite pour déterminer la fréquence de l'évaluation de 8 facteurs de risque du cancer de la bouche et le pourcentage de patients de 2 groupes d'âge (18 à 39 ans et 40 ans et plus) chez qui des examens de dépistage sont pratiqués à la première visite et lors des visites de rappel. Enfin, une échelle de Likert a été utilisée pour évaluer l'opinion des dentistes au sujet de la formation et de l'enseignement reçus sur l'évaluation et les examens de dépistage du cancer de la bouche.

## 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; 55,4 % exerçaient en cabinet privé, 57,1 % ont obtenu leur diplôme entre 1980 et 1997 et 56,5 % avaient suivi un cours de formation continue sur le cancer de la bouche au cours des 5 années précédentes<sup>20</sup>.

## Évaluation de la santé

La plupart des dentistes (88,0 %) ont dit interroger leurs patients sur leur consommation actuelle de tabac; 69,8 % les questionnent sur leur consommation antérieure et 61,5 % demandent des précisions sur le type et la quantité de tabac consommés (ill. 1). En ce qui a trait aux antécédents de cancer, 90,8 % se renseignent sur l'expérience personnelle de leurs patients et 67,5 % les interrogent sur leurs antécédents familiaux. Cependant, seulement 42,8 % des dentistes évaluent la consommation actuelle d'alcool, 31,5 % la consommation antérieure et 20,0 %, le type et la quantité d'alcool consommés. Les dentistes évaluent en moyenne 5 des 8 facteurs liés aux antécédents de santé. Seulement 50,6 % des dentistes en évaluent 5 ou plus et 68,5 %, au moins 4 et 4,2 % n'en évaluent aucun. Aucune différence d'importance statistique n'a été observée entre les méthodes d'évaluation des dentistes des 2 provinces.

## Examen de dépistage du cancer de la bouche

Au total, 70,7 % des dentistes ont dit faire un examen de dépistage du cancer de la bouche à la première visite, chez tous les patients âgés de 40 ans et plus, et 51,0 % le font lors des visites de rappel (ill. 2). Cependant, 10 % des répondants n'ont jamais fait d'examen de dépistage chez cette cohorte, à la première visite. Moins de dentistes ont dit faire un examen de dépistage du cancer de la bouche chez les patients plus jeunes (18 à 39 ans), les pourcentages étant de 65,9 % à la première visite et de 47,2 % lors des visites de rappel. Dans le cas des patients édentés, 72,7 % font un examen de dépistage à chaque visite, mais 10,9 % n'en font jamais. Enfin, seulement 26,9 % des praticiens disent palper les ganglions lymphatiques de tous les patients âgés de 18 ans et plus, contre 32,2 % qui ne le font jamais. Là encore, aucune différence d'importance statistique n'a été observée entre les dentistes de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse.

Parmi les répondants qui ne font pas d'examen de dépistage, un grand nombre ont invoqué leur manque de formation, les proportions étant de 16,1 % ( $n = 180$ ) pour l'examen des patients de 18 à 39 ans et de 19,2 % ( $n = 151$ ), pour l'examen

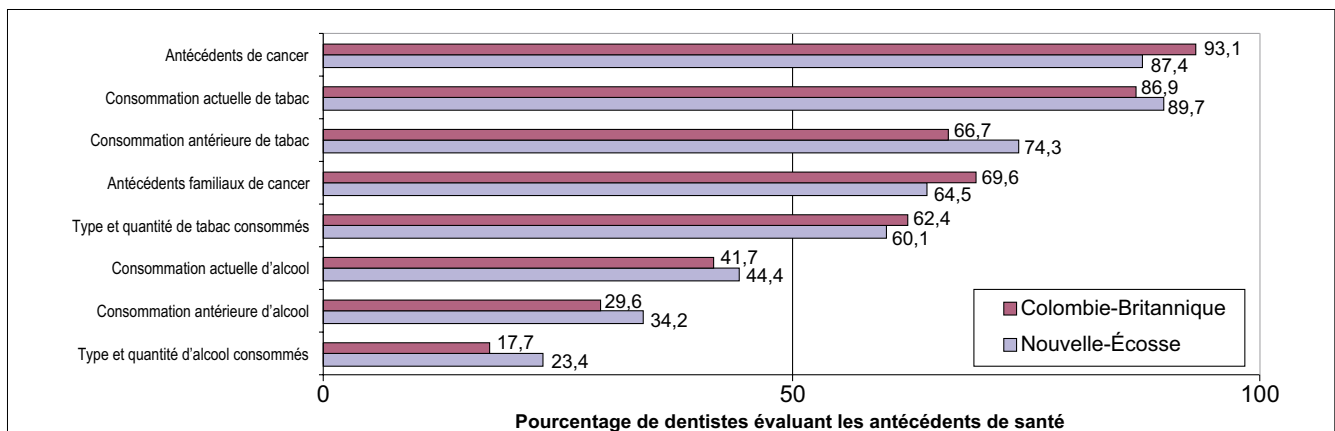
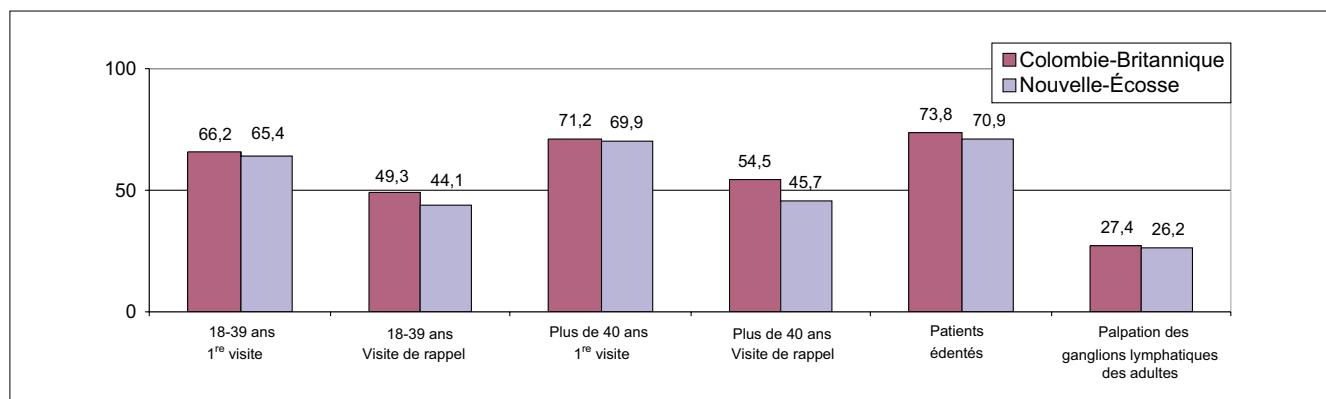


Illustration 1 : Pourcentage de dentistes questionnant les patients sur leurs antécédents de santé



**Illustration 2 :** Pourcentage de dentistes faisant un examen de dépistage du cancer de la bouche recommandé.

des patients de 40 ans et plus. Par ailleurs, près du tiers (30,6%) de ces dentistes estiment que ces examens sont inutiles pour les patients de 18 à 39 ans et 16,6% estiment qu'ils sont inutiles pour les patients de 40 ans et plus. Parmi les autres raisons invoquées pour ne pas faire ces examens, la plus fréquente (citée par 12,2 % et 13,9 % des dentistes à l'égard, respectivement, des patients plus jeunes et plus âgés) est que l'examen de dépistage du cancer de la bouche relève de la responsabilité du spécialiste.

Quelques différences ont été notées entre les 2 provinces, quant aux raisons invoquées pour ne pas faire d'examen de dépistage. Ainsi, chez les dentistes de la C.-B., 11,3 % de ceux qui ne font pas d'examen chez les patients plus jeunes et 14,3 % des répondants qui n'en font pas aux patients plus âgés ont invoqué le manque de formation, cette formation inadéquate étant citée par une plus forte proportion de dentistes de la N.-É. (soit 23,0 % et 25,4 % de ceux qui ne font pas d'examen, respectivement, chez les patients plus jeunes et plus âgés). À l'inverse, une plus forte proportion de dentistes de la C.-B. (34,0 %) que de la N.-É. (25,7 %) estiment que cet examen est inutile, tant chez les patients de 18 à 39 ans que chez les patients plus âgés (les proportions étant ici de 17,9 % contre 14,9 %).

### **Formation universitaire sur le cancer de la bouche**

Dans l'ensemble, 56,7 % des répondants estiment avoir des connaissances à jour sur le cancer de la bouche. Par contre, une forte proportion (soit 32,1 % en Colombie-Britannique et 29,8 % en Nouvelle-Écosse) sont d'avis contraire, et très peu de dentistes, dans l'une ou l'autre province, ont dit être fortement en accord que leurs connaissances étaient à jour – davantage étant au contraire fortement en désaccord avec cette allégation.

Les opinions des répondants sur la pertinence de plusieurs aspects de leur formation sur le cancer de la bouche sont résumées à l'illustration 3. On remarque que seulement 17,2 % sont fortement d'accord pour dire qu'ils ont reçu une formation adéquate pour faire un examen de dépistage du cancer de la bouche, et seulement 6,8 % croient fermement que la plupart des dentistes sont suffisamment formés pour ce faire. De plus, seulement 72,6 % ont dit être d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils ont été formés sur la manière de palper les ganglions lymphatiques, et moins de 10 % ont dit être en accord ou fortement en accord avec le fait qu'ils ont reçu la formation nécessaire pour offrir des conseils de désaccoutumance au tabac

(9,9 %) ou à l'alcool (5,2 %). Enfin, seulement 25,8 % estiment qu'on a accordé la même importance au dépistage du cancer de la bouche qu'aux autres techniques durant leur formation universitaire, et 16,2 % seulement ont qualifié de très bonne leur formation reçue sur le dépistage du cancer de la bouche durant leur programme de premier cycle, contre 52,2 % qui l'ont qualifié de bonne. Aucune différence d'importance statistique n'a été observée entre les dentistes des 2 provinces, quant à leurs opinions au sujet de la formation dispensée sur le cancer de la bouche.

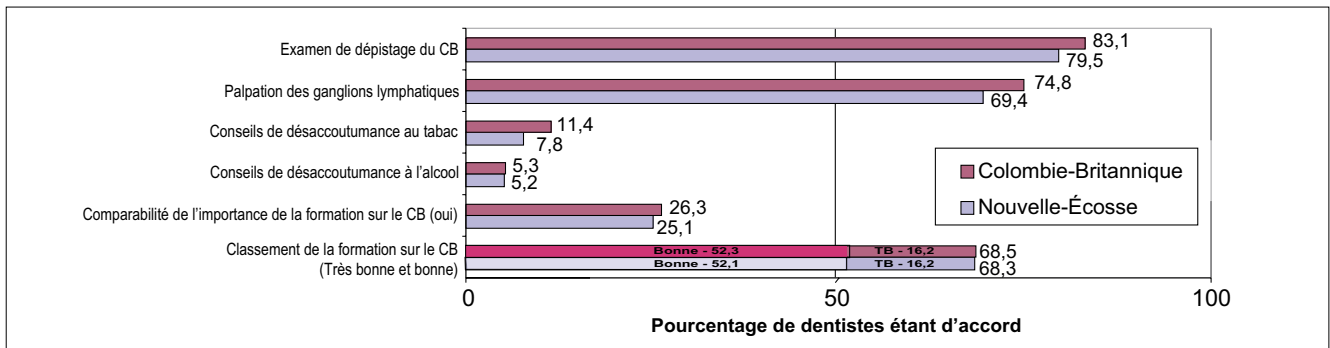
### **Formation continue sur le cancer de la bouche**

La plupart des dentistes (77,0 %) ont signifié de l'intérêt pour des cours de formation continue sur le cancer de la bouche, les méthodes de formation les plus populaires étant les conférences (proposées par 56,7 %), les démonstrations cliniques (52,6 %) et les présentations audio-visuelles ou les vidéocassettes (32,3 %). Des proportions moindres ont opté pour les revues (16,2 %), les cercles d'études (14,5 %) ou les brochures avec auto-évaluation (12,0 %), et moins de 10 % ont choisi les programmes informatiques. Une plus forte proportion de dentistes de la Nouvelle-Écosse que de la Colombie-Britannique ont indiqué les démonstrations cliniques comme premier choix ( $p < 0,001$ ).

### **Discussion**

Le taux de réponse à cette enquête (55 %) est supérieur à celui obtenu lors d'une étude nationale menée aux États-Unis (50 %)<sup>13</sup> et d'une étude au Maryland (54 %)<sup>21</sup>, et il se compare à ceux observés lors d'autres enquêtes récentes auprès de professionnels de la santé<sup>22</sup>. Alors que les résultats basés sur des données non pondérées ne peuvent être généralisés à l'ensemble des dentistes de la Colombie-Britannique ou à d'autres provinces, ceux obtenus en Nouvelle-Écosse représentent l'ensemble des dentistes de cette province.

La plupart des dentistes évaluent la consommation actuelle de tabac de leurs patients, mais beaucoup moins les interrogent sur leur consommation antérieure (laquelle indique un risque continu) ou le type de tabac consommé (qui renseigne sur les zones de la bouche qui doivent être examinées plus attentivement). En plus de déterminer le risque de cancer de la bouche, les dentistes peuvent offrir des programmes d'intervention anti-tabac. En outre, comme la consommation d'alcool est un important facteur de risque du cancer de la bouche, il est surprenant de



**Illustration 3 :** Opinions des dentistes sur l'adéquation de la formation sur le cancer de la bouche. Les «pourcentage de dentistes étant d'accord» comprend à la fois ceux qui étaient d'accord et ceux qui étaient fortement d'accord. CB = cancer de la bouche, TB = très bonne.

voir que moins de la moitié des dentistes disent évaluer la consommation actuelle d'alcool. Nos résultats sur le nombre moyen de facteurs de risque évalués et sur le profil d'évaluation de la consommation de tabac se comparent aux résultats publiés précédemment<sup>13,21</sup>; par contre, le niveau d'évaluation de la consommation d'alcool a été plus faible durant cette étude.

Cette étude fait ressortir des lacunes au niveau de l'examen de dépistage du cancer de la bouche, pourtant un volet important du dépistage précoce de ce cancer. Ainsi, seulement 70,7 % des dentistes font cet examen à chaque visite, chez tous les patients de 40 ans et plus, ce qui est inférieur au taux enregistré aux États-Unis (81 %) <sup>13</sup>. Il est en revanche un résultat beaucoup plus favorable, qui indique que la proportion de dentistes qui font subir un test de dépistage du cancer de la bouche aux patients édentés a été nettement plus élevée durant cette étude qu'aux États-Unis<sup>13</sup> (72,7 % contre 14 %). Les patients édentés sont susceptibles de présenter des risques élevés en raison de leur âge et de leur consommation actuelle et passée de tabac et d'alcool. Enfin, environ 10 % de tous les dentistes ne font toujours aucun examen de dépistage du cancer de la bouche à la première consultation – quel que soit l'âge du patient – et une proportion légèrement supérieure n'offre pas cet examen lors des visites de rappel. Certaines de ces lacunes pourraient s'expliquer par un manque de formation, invoqué par près d'un cinquième des dentistes; cependant, une forte proportion de dentistes estiment que cet examen est inutile, en particulier auprès des patients plus jeunes, alors que d'autres y voient une responsabilité du spécialiste.

Cette étude fait également ressortir des incohérences dans les opinions formulées par les dentistes au sujet de leur formation. Ainsi, la plupart ont qualifié de bonne ou de très bonne la formation universitaire de premier cycle qu'ils ont reçue sur la prévention et le dépistage précoce du cancer de la bouche; par contre, la plupart estiment que leur école a accordé moins d'importance à ce sujet qu'à d'autres. Par ailleurs, bien que 17,2 % aient dit être fortement d'accord pour dire qu'ils ont reçu une formation adéquate pour pratiquer un examen de dépistage du cancer de la bouche, seulement 6,8 % estiment que la plupart des autres dentistes sont bien formés. Ces résultats sont, dans l'ensemble, légèrement moins favorables que ceux de l'étude américaine<sup>13</sup>.

Bien que 56,7 % des dentistes sont d'avis que leurs connaissances sont à jour, près du tiers sont d'avis contraire, et davantage se disent fortement en désaccord, plutôt que fortement en

accord, avec cette allégation, ce qui laisse croire que bon nombre de dentistes sont conscients de leurs lacunes et ont des doutes quant à leurs connaissances et pratiques. Ces résultats sur les pratiques et les opinions des dentistes au sujet du cancer de la bouche et du pharynx semblent en outre fortement indiquer la nécessité de mettre en place des programmes de formation à l'intention des praticiens et des étudiants en médecine dentaire.

Selon d'autres chercheurs, les répondants à une enquête ont de plus grandes connaissances et manifestent plus d'intérêt pour le sujet à l'étude que les non-répondants<sup>13,23</sup>. Il est donc probable que les répondants à notre enquête font davantage d'examen de dépistage du cancer de la bouche et évaluent davantage les antécédents de santé que les non-répondants, et qu'ils soient également plus intéressés par la formation continue. Enfin, si l'on se fie au nombre de dentistes qui ont des connaissances inadéquates sur les zones à examiner et les facteurs à évaluer, il est possible que les procédures d'examen déclarées ne soient pas efficaces<sup>20</sup>.

Des différences dans les lignes directrices sur le dépistage du cancer de la bouche pourraient contribuer à ces malentendus chez les professionnels, ainsi qu'à la sous-utilisation des techniques de dépistage simples et efficaces<sup>6</sup>. Santé Canada a résumé 8 de ces lignes directrices<sup>24</sup> et note que seulement 4 recommandent une forme quelconque de dépistage (p. ex., dépistage périodique auprès des consommateurs de tabac ou examen annuel). L'absence manifeste de consensus, entre les lignes directrices préventives élaborées par le Groupe de travail américain sur les services préventifs, le Groupe de travail canadien sur les soins de santé préventifs et la Société américaine du cancer, ne fait qu'ajouter aux désaccords entre praticiens et organisations au sujet de la valeur des examens de dépistage du cancer de la bouche et peut être invoquée pour justifier l'absence de ces examens<sup>6</sup>. Les lignes directrices du Groupe de travail canadien ne recommandent un examen annuel que pour les personnes de plus de 60 ans, présentant des facteurs de risque connus<sup>5</sup>. Les recommandations plus exhaustives de la Société américaine du cancer (examen de dépistage annuel pour toute personne âgée de 40 ans et plus et examen triennal pour les plus de 20 ans) semblent indiquer que l'examen de routine ne doit pas se limiter aux personnes de plus de 60 ans ou à risque élevé<sup>25</sup>. Une analyse canadienne plus récente sur le dépistage du cancer de la bouche<sup>26</sup> appuie la recommandation prévue dans les lignes directrices du Groupe de travail canadien au sujet de l'examen de routine<sup>24</sup>, mais porte également

à croire que le problème vient non pas d'un manque d'efficacité, mais d'un manque de données<sup>26</sup>. Cette position vient ainsi réaffirmer l'allégation voulant que l'absence de preuves à l'appui d'un avantage ne constitue pas pour autant une preuve de l'absence d'avantage. Même si les lignes directrices ne recommandent pas la conduite d'un examen annuel, elles ne proposent certainement pas d'interdire cette pratique : « Dans la mesure où l'on poursuit l'élaboration de paramètres scientifiques et rentables à l'appui des mesures de prévention, les lignes directrices actuelles ne devraient pas empêcher l'application des techniques efficaces disponibles<sup>6</sup>. L'opinion la plus répandue aujourd'hui est que les dentistes doivent tenir compte de tous les patients à risque<sup>12</sup>, et tous les patients devraient subir régulièrement un examen complet de dépistage du cancer de la bouche<sup>2,15</sup>.

## Conclusion

Les programmes universitaires de premier cycle et les programmes de formation continue à l'intention des diplômés pourraient combler les lacunes mises en lumière par cette étude grâce à diverses stratégies de formation. Il est essentiel que les praticiens aient des connaissances à jour sur les facteurs de risque du cancer de la bouche, les facteurs qui ne présentent pas de risque et les méthodes de diagnostic permettant d'évaluer la santé du patient; ils devraient en outre faire un examen de dépistage du cancer de la bouche (combinant examen visuel et palpation) et aider les patients à réduire les risques en les conseillant sur la désaccoutumance au tabac et en leur donnant d'autres conseils liés à la santé. Il faut aussi envisager d'autres politiques connexes, par exemple exiger des étudiants en médecine dentaire qu'ils possèdent, à la fin de leurs études, les compétences nécessaires pour faire l'examen de dépistage du cancer de la bouche et qu'ils démontrent des habiletés à l'examen national de reconnaissance professionnelle (y compris dans le domaine de l'évaluation de la santé et de la désaccoutumance au tabac). La participation du dentiste est indispensable si l'on veut réduire la morbidité et la mortalité associées au cancer de la bouche. ➔

**Remerciements** : Les auteurs remercient tous les dentistes qui ont répondu au sondage. Leurs récits personnels 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

- Institut national du cancer du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 2000. Toronto, Canada : Institut national du cancer du Canada; 2000. p. 13-22.
- 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.
- 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.
- Greenlee RT, Hill-Harmon MB, Murray T, Thun M. Cancer statistics, 2001. *CA Cancer J Clin* 2001; 51(1):15-36.
- Rosati C. Prevention of oral cancer. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, editors. The Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa:Minister of Supply and Services Canada; 1994. p. 839-47.
- 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.
- Meskin LH. Oral cancer — the forgotten issue. *J Am Dent Assoc* 1994; 125(8):1042-5.
- 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.
- 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.
- Fedele DJ, Jones JA, Niessen LC. Oral cancer screening in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(9):920-5.
- Leong IT, Main JH, Birt BD. Cancer of the tongue. *J Can Dent Assoc* 1995; 61(9): 792-6.
- Sciubba JJ. Oral cancer and its detection. History-taking and the diagnostic phase of management. *J Am Dent Assoc* 2001; 132 Suppl:12S-18S.
- 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.
- Horowitz AM, Alfano, MC. Perform a death-defying act. *J Am Dent Assoc* 2001; 132 Suppl:5S-6S.
- Perform a death-defying act. The 90-second oral cancer examination. *J Am Dent Assoc* 2001; 132 Suppl:36S-40S.
- Niessen LC, Jones JA, Lonergan JJ. Oral examination of the geriatric patient. *Geriatr Med Today* 1986; 5:113-6.
- Aday LA. Designing and conducting health surveys. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1996.
- 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.
- Fink A. The survey kit. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.; 1995.
- Clovis JB, Horowitz AM, Poel DH. Cancers de la bouche et du pharynx : connaissances et opinions des dentistes de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse. *J Can Dent Assoc* 2002; 68(7) : 415-20.
- 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.
- Asch DA, Jedrzejewski MK, Christakis NA. Response rates in mail surveys published in medical journals. *J Clin Epidemiol* 1997; 50(10):1129-36.
- 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.
- Lipskie TL. Sommaire des lignes directrices applicables au dépistage du cancer [en direct]1998[cité le 19 janv. 2000];1. Disponible à l'adresse URL : [http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/cdic/cdic193/cd193e\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/cdic/cdic193/cd193e_f.html).
- Smith RA, Cokkinides V, von Eschenbach AC, Levin B, Cohen C, Runowicz CD, and others. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer (2002). *CA Cancer J Clin* 2002; 52(1):8-22.
- Hawkins RJ, McCabe H, Leake JL. Oral cancer screening: an evidence-based report. *Can J Community Dent* 1998; 13(2):5-13.