



ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC - 2008

Chapitre 16 Soins dentaires



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

Rédacteurs de la CSSSPNQL (Chapitres rédigés)

Hélène Bagirishya (Services à la petite enfance / Accès aux soins de santé et satisfaction des services)

Marie-Noëlle Caron (Alcool, drogues et jeux de hasard)

Mathieu-Olivier Côté (Logement / Migration)

Cheick Bamba Dieye Gueye (Blessures non-intentionnelles / Soins de santé préventifs)

Émilie Grantham (Caractéristiques sociodémographiques / Alimentation et activité physique)

Zineb Laghdir (Tabagisme / Santé sexuelle)

Patricia Montambault (Bien-être personnel / Bien-être communautaire)

Marie-Claude Raymond (Soins dentaires / Soins et services à domicile)

Rédacteurs externes (Chapitres rédigés)

Yvonne Boyer, Kurtis Boyer, Erin Fletcher (Pensionnats indiens)

Bernard Roy (État de santé / Diabète)

Comité de révision des chapitres de l'ERS

Mathieu-Olivier Côté, CSSSPNQL

Nancy Gros-Louis McHugh, CSSSPNQL

André Simpson, INSPQ

Comité consultatif

Alex Sonny Diabo, Communauté de Kahnawake

Mathieu Joffre Lainé, RCAAQ

Peggy Mayo, Communauté de Kahnawake

Arden McBride, Communauté de Timiskaming

Jowan Philippe, Communauté de Mashteuiatsh

Serge Rock, Réseau Jeunesse des Premières Nations - APNQL

Sonia Young, Communauté de Wolf Lake

Graphisme et mise en page

Chantal Cleary et Patricia Mathias

Remerciements

Nous remercions les personnes qui ont permis de dresser ce portrait de l'état de santé des Premières Nations du Québec, particulièrement tous les répondants des communautés Premières Nations participantes. Nous remercions également toutes les personnes qui ont participé à chacune des étapes de l'enquête et à leur réalisation.

Document également disponible en anglais sous le titre : *Quebec First Nations Regional Health Survey – 2008 - Dental care.*

L'emploi du masculin dans ce document vise uniquement à alléger le texte, et ce, sans préjudice envers les femmes.

ISBN : 978-1-926553-80-1

© CSSSPNQL (Février 2013)

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

Historique

L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) est l'enquête pionnière en matière de recherche par et pour les Premières Nations. Réalisée intégralement par les Premières Nations, elle est un modèle d'innovation en ce qui a trait à l'implication des communautés dans le processus, l'éthique et l'adaptation culturelle de la recherche.

L'ERS est la première recherche entièrement réalisée dans le respect des principes de propriété, contrôle, accès et possession (PCAP). Ces principes visent à assurer une implication intégrale des communautés des Premières Nations dans toutes les étapes de la recherche.

La gouvernance et la coordination de l'ERS sont assurées par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) au plan national, et par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) au Québec.

Cette deuxième vague de l'ERS a été précédée par celle de 2002 (première vague), ainsi que par un projet pilote (1997). Depuis maintenant 15 ans, les données de l'ERS contribuent à supporter les décideurs et les intervenants tout en contribuant à étoffer les connaissances sur la situation socio sanitaire des Premières Nations. Nous prévoyons réaliser encore deux phases subséquentes à celle-ci, soit la phase 3 en 2013 et la phase 4 en 2016.

1997	2002	2008	2013	2016
Projet pilote de l'ERS	Phase 1 de l'ERS	Phase 2 de l'ERS	Phase 3 de l'ERS	Phase 4 de l'ERS
Complété	Complétée	Complétée		

Questionnaire

Trois questionnaires distincts ont été créés pour trois groupes d'âge différents (enfants, adolescents, adultes). Ces questionnaires étaient administrés en personne par 63 intervieweurs des Premières Nations formés à cette fin. Afin de prévenir les risques d'erreur, la saisie des informations était réalisée par les intervieweurs lors de l'entrevue à l'aide d'ordinateurs portables. Dans le cas des enfants de moins de 12 ans, le questionnaire était administré au parent ou au tuteur. Le tableau suivant résume les thématiques abordées selon le groupe d'âge.

Thématiques abordées dans les questionnaires de l'ERS 2008

Thématiques	Enfants	Adolescents	Adultes
	0 – 11 ans	12 – 17 ans	18 ans et plus
Vaccination	✓		
Garderie	✓		✓
Caractéristiques démographiques	✓	✓	✓
Caractéristiques du ménage	✓	✓	✓
Éducation	✓	✓	✓
Langue et culture	✓	✓	✓
Maladies chroniques	✓	✓	✓
Blessures	✓	✓	✓
Soins dentaires	✓	✓	✓
Diabète	✓	✓	✓
Activité physique	✓	✓	✓
Nutrition et aliments traditionnels	✓	✓	✓
Pensionnats	✓	✓	✓
Santé mentale		✓	✓
Bien-être communautaire		✓	✓
Tabagisme		✓	✓
Alcool et drogues		✓	✓
Santé sexuelle		✓	✓
Accès aux soins de santé		✓	✓
Médecine traditionnelle		✓	✓
Soins de santé préventifs			✓
Logement			✓
Aidants naturels			✓
Dépression			✓
Migration			✓
Emploi et revenu			✓
Jeux de hasard			✓
Sécurité alimentaire			✓
Soins à domicile et limitations			✓
Violence			✓
Indice de l'état de santé			✓

Un total de 2691 entrevues individuelles ont été réalisées (87,3 % de l'échantillon prévu initialement).

0-11 ans : 727 répondants (94,4 % de l'échantillon prévu initialement).

12-17 ans : 600 répondants (77,9 % de l'échantillon prévu initialement).

18 ans et plus : 1364 répondants (88,6 % de l'échantillon prévu initialement).

Période de collecte de données

La collecte de données s'est déroulée de septembre 2008 à février 2010 dans les 21 communautés sélectionnées dans la région du Québec.

Échantillonnage

L'ERS a été réalisée à l'aide d'un échantillon stratifié à deux degrés.

Premier degré : Classification des communautés de chaque nation selon leur taille dans l'une des trois strates suivantes : petite (entre 75 et 299 habitants); moyenne (entre 300 et 1499 habitants); grande (1500 habitants et plus). Les communautés devaient compter plus de 75 habitants pour être retenues. Une sélection aléatoire des communautés a ensuite été réalisée dans chacune des strates. Dans le but d'augmenter la puissance statistique, les communautés de grandes tailles ont toutes été invitées à participer à l'ERS. Dans l'éventualité où pour une nation, une strate ne comptait qu'une seule communauté, cette dernière était automatiquement invitée à participer à l'enquête.

Deuxième degré : Répartition de la population des communautés sélectionnées selon huit strates établies en fonction de l'âge et du sexe :

Strate 1 : 0-11 ans/masculin.

Strate 2 : 0-11 ans/féminin.

Strate 3 : 12-17 ans/masculin.

Strate 4 : 12-17 ans/féminin.

Strate 5 : 18-54 ans/masculin.

Strate 6 : 18-54 ans/féminin.

Strate 7 : 55 ans+/masculin.

Strate 8 : 55 ans+/féminin.

Sélection aléatoire des individus dans chacune des strates. Cette sélection est réalisée à l'aide de la liste de bande de chacune des communautés participantes.

Le nombre de répondants dans l'échantillon était suffisant pour permettre de vérifier la signification statistique des résultats observés. Comme on peut le lire dans les chapitres de l'enquête, pour la plus grande part des résultats observés, on peut généraliser le résultat observé dans l'échantillon à l'ensemble de la population avec un risque d'erreur inférieur à 5 %, ou selon le cas, inférieur à 1%.

Communautés participantes à l'ERS 2008

Nation (8)	Taille	Communauté (21)	Échantillon	Population	% de la pop. interrogée
Abénakis	Moyenne	Odanak	50	309	16,2 %
Algonquins	Grande	Kitigan Zibi	122	1535	7,9 %
		Lac Simon	174	1403	12,4 %
	Moyenne	Pikogan	95	567	16,8 %
		Timiskaming	86	604	14,2 %
		Eagle Village	55	261	21,1 %
Atikamekw	Grande	Manawan	167	2122	7,9 %
		Opitciwan	183	2117	8,6 %
	Moyenne	Wemotaci	118	1307	9,0 %
Hurons-Wendat	Moyenne	Wendake	111	1332	8,3 %
Innus	Grande	Betsiamites	252	2848	8,8 %
		Mashteuiatsh	183	2022	9,1 %
		Uashat Mak Mani-Utenam	246	3080	8,0 %
	Moyenne	Matimekush-Lac John	87	729	11,9 %
		Natashquan	128	916	14,0 %
		Pakua Shipi	50	314	15,9 %
	Petite	Unamen Shipu	96	1016	9,4 %
		Essipit	38	177	21,5 %
Mi'gmaq	Grande	Listuguj	220	2000	11,0 %
	Moyenne	Gesgapegiag	72	608	11,8 %
Mohawks	Moyenne	Kanesatake	94	1328	7,1 %
Naskapis	Moyenne	Kawawachikamach	64	614	10,4 %
Total			2691	27209	9,9 %

Pondération

Toutes les données exposées dans l'ERS ont été pondérées afin d'illustrer une estimation de la population totale des Premières Nations du Québec vivant dans les communautés.

Limite de représentativité de la nation Mohawk

Bien que la nation Mohawk au Québec soit composée de Kahnawake, Kanesatake et une portion d'Akwesasne, la seule communauté à avoir participé à l'ERS est Kanesatake. D'une part, la communauté d'Akwesasne a été exclue du plan d'échantillonnage de la région du Québec car la majorité de ses habitants vivent du côté ontarien de la frontière provinciale. D'autre part, la communauté de Kahnawake, où habite la majorité des Mohawks du Québec, a préféré ne pas participer à l'ERS. Pour ces raisons, il est impossible de produire des estimations qui puissent être appliqués à l'ensemble de la nation Mohawk au Québec.

Zone géographique

Certaines des données de l'ERS sont présentées selon la zone géographique. Cette dernière fait référence au degré d'isolement des communautés des répondants. Cette mesure de l'isolement géographique est basée sur un système de zones élaboré par Affaire autochtones et développement du Nord Canada (AADNC).

Zone 1 : La communauté est située à moins de 50 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 2 : La communauté est située entre 50 et 350 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 3 : La communauté est située à plus de 350 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année longue.

Zone 4 : La communauté n'a pas de route d'accès ouverte reliée à l'année longue à un centre de service

Centre de services : La localité la plus proche où les membres de la communauté doivent se rendre pour avoir accès aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.

FAITS SAILLANTS

Aînés (55 ans et plus)

- Cinq pourcent des aînés n'ont jamais consulté le dentiste.
- Environ la moitié (56,9 %) des membres des Premières Nations du Québec vivant dans les communautés et étant âgés de 65 ans et plus n'ont plus de dents naturelles comparativement à 40,0 % de la population québécoise appartenant au même groupe d'âge.

Adultes en général (18 ans et plus)

- Considérant l'objectif du *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec, 2007-2017. Remédier aux disparités... Accélérer le changement* (CSSSPNQL, 2008) de procurer aux Premières Nations une santé et une qualité de vie, au moins égale à celles de la population canadienne, il est intéressant de constater que 15,9 % des adultes des Premières Nations n'ont pas au minimum une dent permanente alors que les données de Statistique Canada indiquent que 6,0 % des adultes canadiens n'ont plus aucune dent naturelle.
- Les Premières Nations vivant dans les communautés du Québec ont été proportionnellement moins nombreux que la population canadienne en général à consulter un dentiste au cours de l'année précédant l'enquête alors qu'une visite sur une base annuelle est recommandée. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir consulté un dentiste au cours de l'année précédant l'enquête.
- Le facteur d'isolement géographique semble avoir une incidence sur l'accès et l'utilisation des services. Les adultes vivant dans les communautés difficiles d'accès sont proportionnellement moins nombreux à avoir visité le dentiste au cours de l'année précédant l'enquête. Également, les besoins en matière de soins dentaires y sont plus importants. Neuf adultes sur dix vivant dans une communauté d'accès difficile ont rapporté avoir besoin de soins dentaires.
- Alors que le plan directeur propose de renforcer l'accès aux services et d'améliorer la qualité de la prestation des soins, les résultats de la présente enquête nous informent qu'un adulte sur cinq a rencontré au moins un obstacle pour obtenir des soins dentaires, ce qui représente une augmentation par rapport aux résultats de 2002.
- Les principaux obstacles à l'obtention de soins dentaires ne seraient pas liés aux frais associés à la prestation des services, mais plutôt à l'accès au service en tant que tel.
- Les hommes ont été proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir l'impression que les soins dispensés ne correspondaient pas à leurs besoins.



Adolescents (12-17 ans)

- Les blessures aux dents sont plus fréquentes chez les adolescents que toute autre catégorie d'âge.
- Un adolescent sur cinq (21,3 %) a eu des problèmes ou des douleurs dentaires au cours du mois précédant l'enquête. Les filles ont été plus nombreuses (82,9 %) que les garçons (72,0 %) à vivre cette situation.
- C'est chez les adolescents de 12 à 17 ans que les besoins en matière d'orthodontie sont les plus grands, 6,6 % d'entre eux ont indiqué en avoir besoin.

Enfants (0-11 ans)

- Alors que la première visite chez le dentiste pour un enfant devrait s'effectuer dès l'apparition de la ou des premières dents ou encore à l'intérieur des 12 premiers mois de vie, un tiers (33,9 %) des enfants âgés de 0 à 5 ans n'est jamais allé chez le dentiste.
- Un enfant sur cinq (20,7 %) de moins de 11 ans a déjà été atteint par la carie du biberon. Alors que la santé buccodentaire est un facteur important de la qualité de vie, 22,8 % d'entre eux n'ont pas été traités.
- Pour la carie du biberon chez les enfants, on observe une augmentation proportionnelle de 40 % en comparaison aux résultats de l'enquête de 2002.
- Sachant que la consommation de liquide sucré favoriserait la carie et qu'il est recommandé de n'utiliser que du lait et de l'eau dans un biberon, les résultats de la présente enquête nous révèlent que la moitié des enfants (51,4 %) qui en font usage consomme du jus de fruit. Pour différentes raisons, la consommation de liquide sucré serait plus répandue auprès de la population ayant une faible condition économique.
- Un enfant sur cinq (22,2 %) aurait besoin de traitement au fluor.

RÉSUMÉ

Selon les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec (ERS 2008), certaines disparités au niveau de la santé buccodentaire se dessinent par rapport à la population canadienne en général. De fait, les Premières Nations sont plus nombreuses que la population canadienne à ne pas avoir au moins une dent naturelle, ce qui touche principalement les aînés. Considérant les recommandations à l'effet de consulter un dentiste sur une base annuelle, il est intéressant de constater que la proportion des Premières Nations ayant consulté un dentiste au cours de l'année précédant l'enquête est plus faible que la moyenne canadienne et plus faible qu'en 2002 au moment de l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002* (ERS 2002). La prévalence de la carie du biberon chez les enfants a également augmenté en comparaison aux résultats de 2002. Différents facteurs influencent la santé dentaire et des différences sont observées selon l'âge, le sexe, la situation socioéconomique et le degré d'isolement géographique. Un adulte sur cinq a affirmé avoir rencontré au moins un obstacle pour obtenir des soins dentaires, ce qui représente une augmentation par rapport aux résultats de 2002. Les principaux obstacles à l'obtention de soins dentaires ne sont pas liés aux frais associés à la prestation des services, mais plutôt à l'accès au service en tant que tel.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
1. La santé buccodentaire	15
1.1 La dentition.....	15
1.2 Le port d'un appareil pour pallier à l'absence de dents.....	17
1.3 Les problèmes dentaires.....	18
1.3.1 Les blessures aux dents	18
1.3.2 La douleur dentaire	19
1.3.3 La carie du biberon.....	19
2. L'accessibilité aux soins dentaires	21
2.1 L'utilisation des services.....	21
2.2 Les obstacles rencontrés à l'obtention de soins dentaires	26
3. Les besoins en termes de soins dentaires.....	29
DISCUSSION	35
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE.....	39

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Distribution des aliments consommés au biberon.....	20
Tableau 2 : Distribution des soins dentaires nécessaires chez les adultes de plus de 18 ans	32
Tableau 3 : Distribution des soins dentaires nécessaires chez les adolescents de 12 à 17 ans.....	33
Tableau 4 : Distribution des soins dentaires nécessaires chez les enfants de 0 à 11 ans	33

Liste des figures

Figure 1 : Proportion des adultes qui ont au moins une dent naturelle.....	16
Figure 2 : Proportion des adultes qui portent un appareil pour pallier à l'absence de dents.....	17
Figure 3: Proportion des adultes qui ont des dents naturelles et/ ou qui portent un appareil pour pallier à l'absence de dents selon la zone géographique	18
Figure 4 : Prévalence de la carie du biberon chez les enfants selon le revenu du ménage.....	21
Figure 5 : Période de la dernière visite chez le dentiste chez la population en général	22
Figure 6 : Proportion de la population ayant visité le dentiste au cours de l'année précédant l'enquête selon l'âge.....	23
Figure 7 : Période de la dernière visite chez le dentiste chez les adultes âgés de plus de 18 ans selon le sexe.....	24



Figure 8 : Proportion de la population ayant visité le dentiste au cours de l'année précédant l'enquête selon le degré d'isolement géographique	25
Figure 9 : Proportion des adultes de 18 ans et plus qui ont visité un dentiste au cours de l'année précédant l'enquête selon le niveau d'invalidité	25
Figure 10 : Proportion des adultes ayant rencontrés des obstacles à l'obtention de soins dentaires	26
Figure 11 : Proportion des adultes ayant rencontré des obstacles à l'obtention de soins dentaires selon le sexe	27
Figure 12 : Proportion des adultes ayant rencontré des obstacles à l'obtention de soins dentaires selon l'âge.....	28
Figure 13 : Proportion des adultes de 18 ans et plus ayant rencontré des obstacles à l'obtention de soins dentaires selon le degré d'invalidité.....	28
Figure 14 : Proportion de la population qui disait ne pas avoir besoin de soins dentaires au moment de l'enquête.....	29
Figure 15 : Proportion de la population qui dit avoir besoin de soins dentaires selon la zone géographique.....	30
Figure 16 : Types de soins dentaires nécessaires (auto-déclarés) de la population au moment de l'enquête.....	31
Figure 17 : Types de soins dentaires nécessaires (auto- déclarés) chez les adultes selon le sexe.....	32

INTRODUCTION

La santé buccodentaire est un facteur important de la qualité de vie des individus. La douleur dentaire, des dents manquantes ou certaines infections peuvent influencer la manière dont une personne parle, mange et socialise. Des problèmes de santé dentaire peuvent réduire la qualité de vie d'une personne en affectant son aspect physique et/ ou esthétique, son estime de soi et ainsi son bien-être général. Les habitudes alimentaires, l'hygiène buccodentaire et certains facteurs socioéconomiques et environnementaux peuvent avoir un impact sur la santé dentaire (WHO, 2003).

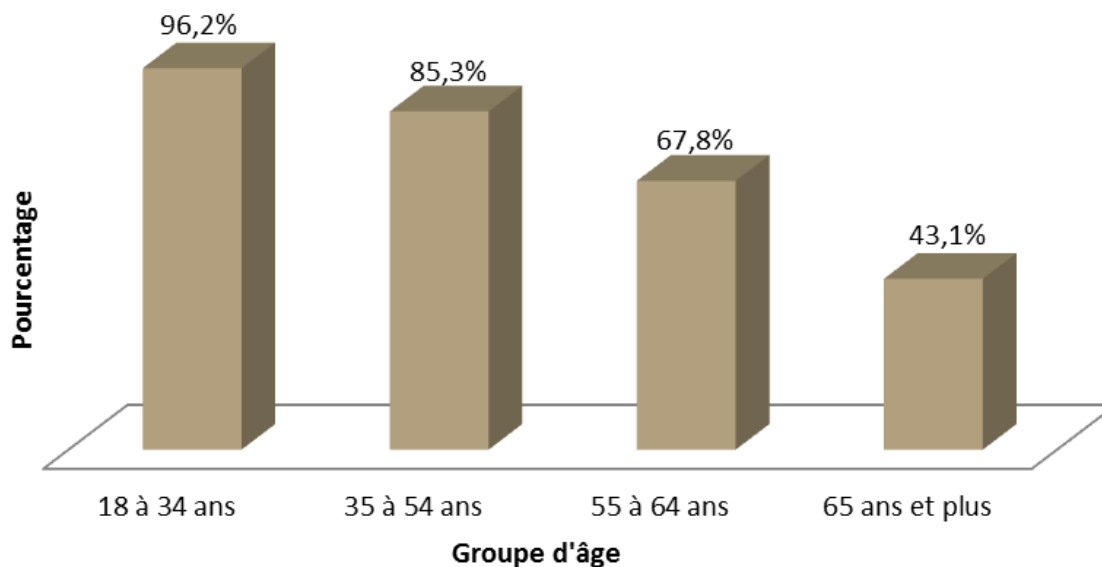
Le présent chapitre portera principalement sur la santé buccodentaire, l'accessibilité aux soins dentaires et les soins jugés nécessaires par les répondants. La santé buccodentaire, plus spécifiquement l'état de la dentition et le recours à un appareil dentaire sera décrite ainsi que les problèmes dentaires tels, l'incidence de blessures aux dents, la douleur et la carie du biberon chez les enfants. Dans le but de vérifier l'accessibilité aux soins dentaires, une description de l'utilisation des services sera effectuée en tenant compte de différents facteurs tels l'âge, le sexe et la situation géographique de la communauté. Les obstacles rencontrés face à l'obtention de soins dentaires seront également détaillés. Finalement, les types de soins dont les répondants à l'enquête ont jugé avoir besoin au moment de leur entretien seront analysés en fonction des facteurs mentionnés précédemment.

1. LA SANTÉ BUCCODENTAIRE

1.1 *La dentition*

Selon les résultats de la présente enquête, plus des trois quarts (83,4 %) des adultes de 18 ans et plus ont une ou plusieurs dents naturelles, ce qui exclut les fausses dents ou prothèses dentaires. Le fait d'avoir des dents naturelles serait fortement lié à l'âge. La proportion de personnes ayant une ou plusieurs dents naturelles diminue en fonction de l'âge. Les proportions de personnes ayant au moins une dent naturelle passe de 96,2 % chez les 18 à 34 ans à 85,3 % chez les 35 à 54 ans, à 67,8 % chez les 55 à 64 ans et à 43,1 % chez les 65 ans et plus.

Figure 1¹: Proportion des adultes qui ont au moins une dent naturelle (N = 19 043)



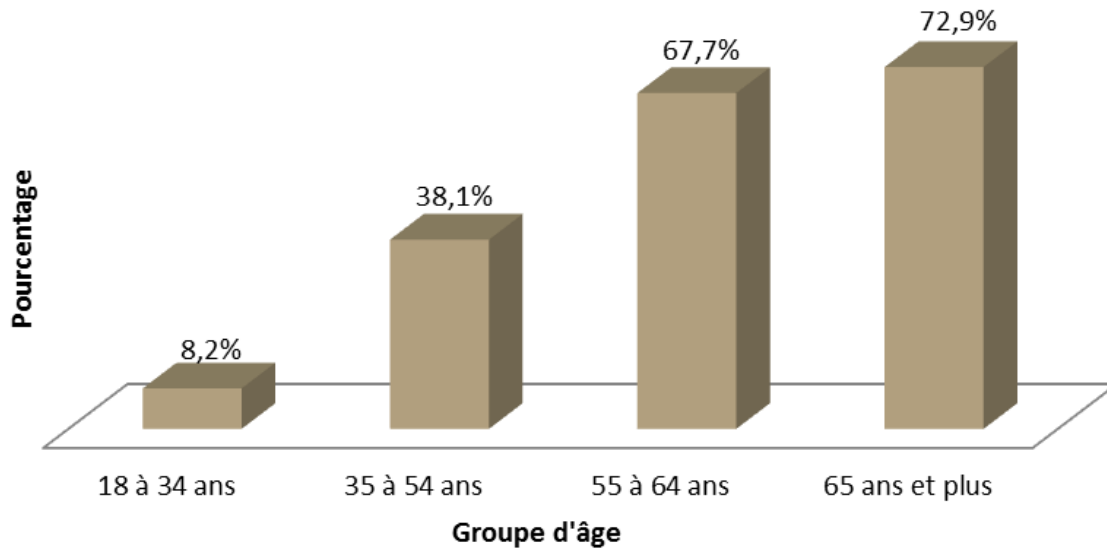
Sachant que « [...] l'édentation peut entraîner des problèmes d'élocution, de mastication, de nutrition, d'esthétique et d'estime de soi » (Gouvernement du Québec, 2006) il est intéressant de constater que 15,9 % des adultes des Premières Nations n'ont pas au minimum une dent permanente. Selon les données de Statistiques Canada, 6,0 % des adultes canadiens n'ont plus aucune dent naturelle. De même, l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) menée auprès des québécois en 2008, nous révèle que 40,0 % des personnes de 65 ans et plus n'ont plus de dents naturelles alors que les résultats de l'ERS 2008, nous indiquent que 56,9 % des Premières Nations du Québec vivant dans les communautés et étant âgées de plus de 65 ans n'ont plus de dents naturelles. Les données de notre enquête nous indiquent que la proportion de personnes n'ayant aucune dent naturelle est différente chez les hommes (14,1 %) et les femmes (17,8 %). Bien que la différence soit non significative, ces résultats vont dans le même sens que ceux du Québec (9,0 % chez les hommes contre 13,0 % chez les femmes) (Gouvernement du Québec, 2010).

1.2 Le port d'un appareil pour pallier à l'absence de dents

Un tiers (33,9 %) des adultes portent une prothèse totale ou partielle, des fausses dents ou un pont afin de remplacer des dents définitives manquantes. Probablement liée au fait que la proportion de gens ayant des dents naturelles diminue avec l'âge, la proportion de gens portant un appareil ou des fausses dents pour pallier l'absence de dents naturelles tend de son côté à augmenter avec l'âge. C'est la situation de près des trois quarts (72,9 %) des personnes âgées de 65 ans et plus en comparaison de 67,7 % pour les 55 à 64 ans, 38,1 % pour les 35 à 54 ans et 8,2 % pour les 18 à 34 ans.

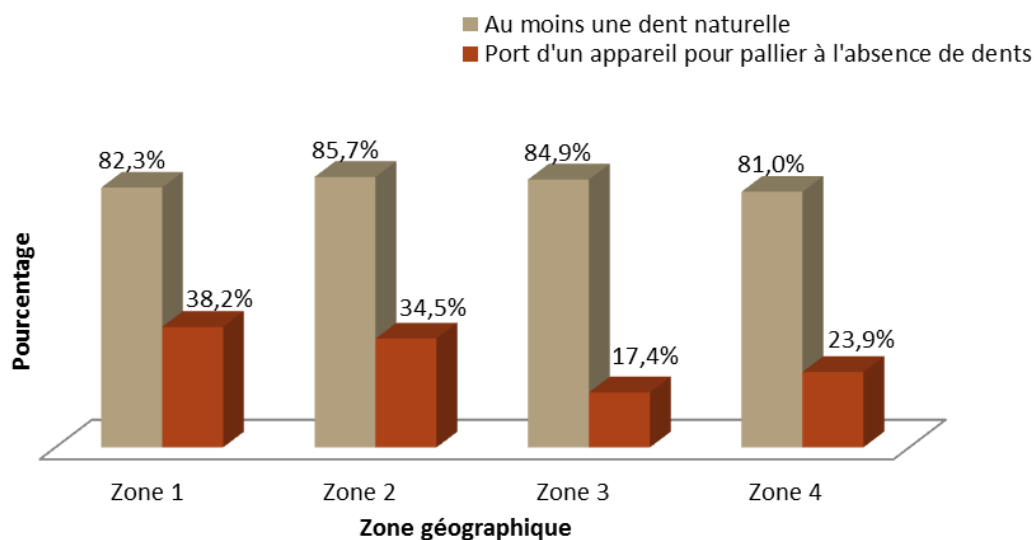
¹ Note méthodologique : Les « ne sait pas » et « refus » sont toujours inclus dans le dénominateur. Des différences dans les totaux sont attribuables à l'arrondissement.

Figure 2 : Proportion des adultes qui portent un appareil pour pallier l'absence de dents (N = 19 055)



Une plus grande proportion d'hommes que de femmes (85,1 % contre 81,7 %) ont des dents naturelles. Inversement, les femmes sont plus sujettes à porter une prothèse dentaire ou un appareil pour remplacer des dents définitives manquantes que les hommes (36,6 % contre 31,2 %). Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) a élaboré un système de catégorisation du degré d'isolement des communautés en fonction de certains critères. Le degré d'isolement géographique semble légèrement affecter le fait d'avoir ou non des dents naturelles. Cependant, on remarque que la population des communautés moins isolées a recours dans une plus forte proportion à un appareil pour pallier l'absence de dents que la population des communautés plus isolées. Pour les zones 1 et 2, on retrouve respectivement 38,2 % et 34,5 % alors que pour les zones 3 et 4, les résultats indiquent 17,4 % et 23,9 %.

Figure 3 : Proportion des adultes qui ont des dents naturelles (N = 19 050) et/ ou qui portent un appareil pour pallier à l'absence de dents (N = 19 048) selon la zone géographique



1.3 Les problèmes dentaires

1.3.1 Les blessures aux dents

Les blessures aux dents sont beaucoup plus fréquentes chez les adolescents que tous les autres groupes d'âge. De fait, on remarque que 2,4 % des adolescents âgés de 12 à 17 ans ont subi des blessures aux dents au cours des 12 mois précédant l'enquête versus 0,4 % chez les 0 à 11 ans et 0,7 % chez les adultes de plus de 18 ans. Parmi les adolescents qui ont déclaré avoir subi des blessures aux dents au cours de l'année précédant l'enquête 83,1 % sont de sexe masculin versus 16,9 % de sexe féminin.

1.3.2 La douleur dentaire

L'aspect de la douleur dentaire ne pourra être abordé que chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans puisque seul le questionnaire leur étant adressé incluait une question à ce sujet. Environ un adolescent sur cinq (21,3 %) âgé de 12 à 17 ans a eu des problèmes ou des douleurs dentaires au cours du mois précédant l'enquête. Les filles sont plus nombreuses que les garçons à vivre cette situation. De ceux ayant affirmé avoir eu des problèmes ou des douleurs dentaires, 60,3 % sont de sexe féminin et 39,7 % de sexe masculin.

1.3.3 La carie du biberon

L'appellation carie du biberon est couramment utilisée pour désigner la carie des dents primaires chez le très jeune enfant. Cette affection est causée par un usage prolongé du biberon au coucher ou pendant la journée (Ordre des dentistes, 2006).

Or, le terme « carie de la petite enfance » est de plus en plus utilisé afin de refléter les différents facteurs de risque de cette affection.

Selon les résultats de l'ERS 2008, un enfant sur cinq (20,7 %) de moins de 11 ans a déjà eu la carie du biberon, ce qui représente une augmentation proportionnelle significative de 40,0 % ($p = 0,0003$) par rapport à l'ERS 2002 qui nous indiquait que 14,8 % des enfants avaient déjà souffert de la carie du biberon. Selon les résultats de cette enquête, la prévalence de la carie du biberon serait sans égard au sexe de l'enfant.

Les effets de la carie chez le jeune enfant ne se limitent pas aux dents. La perte des dents peut parfois être inévitable et peut causer non seulement des problèmes orthodontiques et esthétiques, mais surtout des perturbations dans l'acquisition de la phonation. Les conséquences esthétiques et les difficultés de prononciation peuvent conduire à des problèmes psychologiques et relationnels (JODQ, 2006). Pourtant près d'un quart (22,8 %) des enfants qui ont déjà eu la carie du biberon n'ont pas été traités.

La carie de la petite enfance serait principalement due au mauvais usage du biberon (contenu et exposition prolongée) et à l'allaitement maternel de l'enfant échelonné sur une trop longue période de temps (CSSSPNQL et Santé Canada, 2005). Le développement des dents permanentes peut être affecté par la carie de la petite enfance puisque les dents d'adulte sont en formation dans la gencive sous les dents primaires. Les résultats de l'enquête indiquent qu'une plus grande proportion des enfants qui ont été allaités au biberon ont été atteints par la carie du biberon par rapport aux enfants qui ont été allaités au sein. Un enfant sur cinq (20,5 %) qui a été allaité au biberon a été atteint de la carie du biberon versus 17,1 % chez les enfants qui ont été allaités au sein. Le fait d'avoir été allaité au biberon n'a pas d'influence statistiquement significative sur la prévalence de la carie du biberon.

Plusieurs études révèlent que la consommation de substances sucrées pourrait causer la carie dentaire. Bien que selon les recommandations, seuls du lait et de l'eau devraient se retrouver dans un biberon, on remarque que le jus de fruit constitue le quatrième type d'aliments le plus consommé au biberon après la préparation enrichie en fer, l'eau et le lait. Selon les résultats de la présente enquête, la moitié des enfants (51,4 %) qui font usage du biberon consomment du jus de fruit.

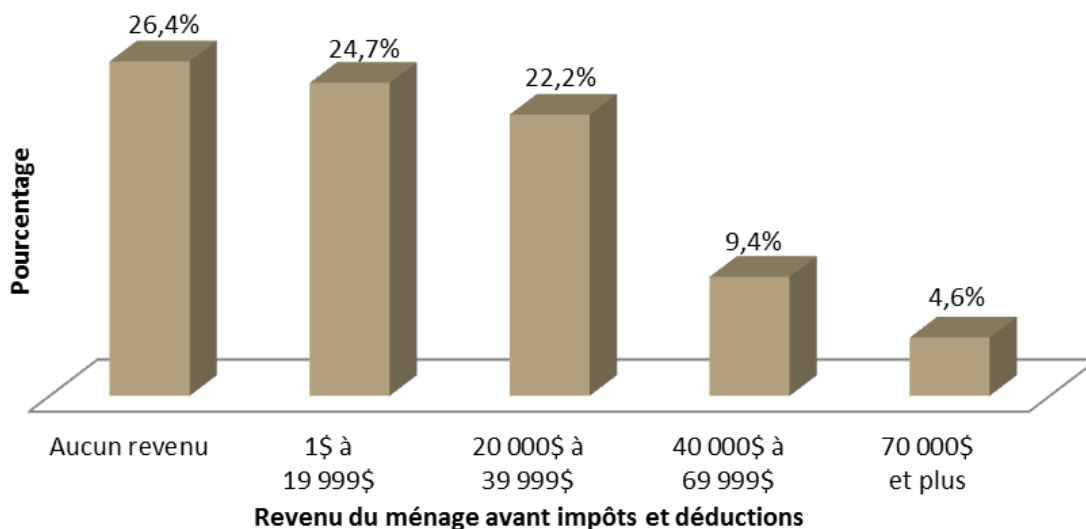
Tableau 1 : Distribution des aliments consommés au biberon (N = 5 173)

Type d'aliments consommés au biberon	n	%
Préparation enrichie en fer	3870	74,8
Eau	3333	64,4
Lait	3055	59,1
Jus 100 % fruits	2660	51,4
Lait maternel	1330	25,7
Préparation normale	1256	24,3
Kool-aid et autres boissons en poudre	478	9,2
Lait en conserve	326	6,3
Lait en poudre	221	4,3
Boisson gazeuse	204	3,9
Thé	201	3,9
Autre	198	3,8
Lait de soya	122	2,4
Tisanes	32	0,6
Succédané à café	10	0,2

Un article paru dans le journal de l'Ordre des dentistes du Québec nous rappelle que la pauvreté tend à multiplier la consommation d'aliments sucrés. Selon les auteurs de l'article, « environ une mère sur trois vivant dans un contexte de vulnérabilité socio-économique utilise des pratiques hautement cariogènes pour endormir son enfant contrairement à environ une mère sur six chez les plus nanties » (JODQ, 2006, p.18).

Les résultats de la présente enquête nous révèlent que la prévalence de la carie du biberon est plus élevée chez les enfants vivant dans un ménage pour lequel le revenu annuel déclaré est faible. La plus forte proportion (26,4 %) d'enfants ayant déjà été atteints par la carie du biberon se situe dans un ménage pour lequel le répondant n'a déclaré aucun revenu. Également, la prévalence de la carie est plus importante dans les ménages où le revenu est inférieur à 40 000 \$ (24,7 % de 1 \$ à 19 999 \$, 22,2 % de 20 000 \$ à 39 999 \$) et prend de moindres proportions dans les ménages ayant un revenu de plus de 40 000 \$ (9,4 % de 40 000 \$ à 69 999 \$ et 4,6 % pour 70 000 \$ et plus).

Figure 4 : Prévalence de la carie du biberon chez les enfants selon le revenu du ménage (N = 5 486)

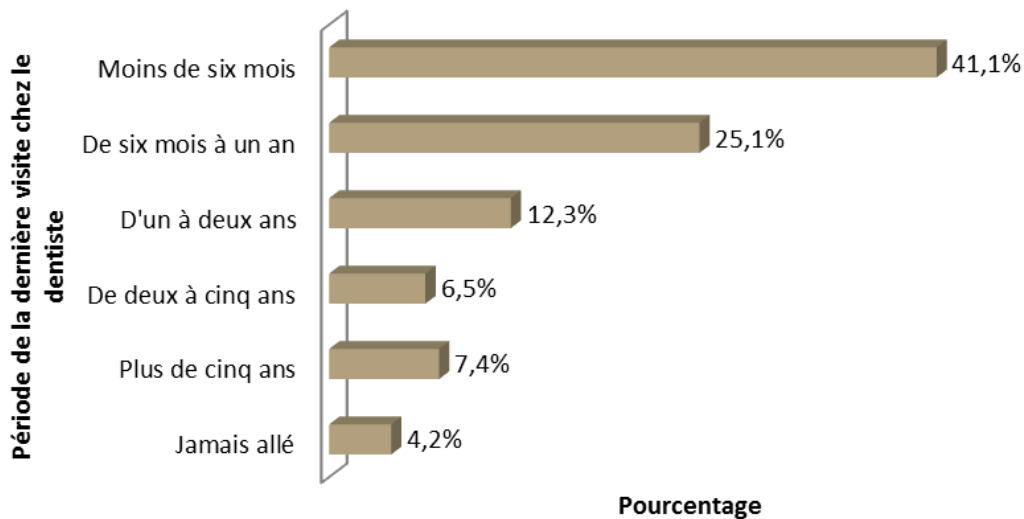


2. L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DENTAIRES

2.1 L'utilisation des services

Le fait de consulter un dentiste sur une base régulière est un bon moyen de prévention et peut permettre d'éviter une détérioration de la santé buccodentaire. Les résultats obtenus par le biais de la présente enquête auprès de la population des Premières Nations du Québec vivant dans les communautés nous montrent que la dernière visite chez le dentiste remonte à moins de six mois pour 41,1 % de la population, d'un délai de six mois à un an pour 25,1 %, d'un à deux ans dans une proportion de 12,3 %, de deux à cinq ans pour 6,5 % et de plus de cinq ans précédant l'enquête dans une proportion de 7,4 %. Les résultats indiquent également que 4,2 % de la population n'est jamais allée chez le dentiste. Puisque la nature de la visite n'a pas été précisée, nous ne sommes pas en mesure de savoir s'il s'agissait de prévention (nettoyage ou examen périodique) ou de traitement.

Figure 5 : Période de la dernière visite chez le dentiste chez la population générale (N = 29 017)

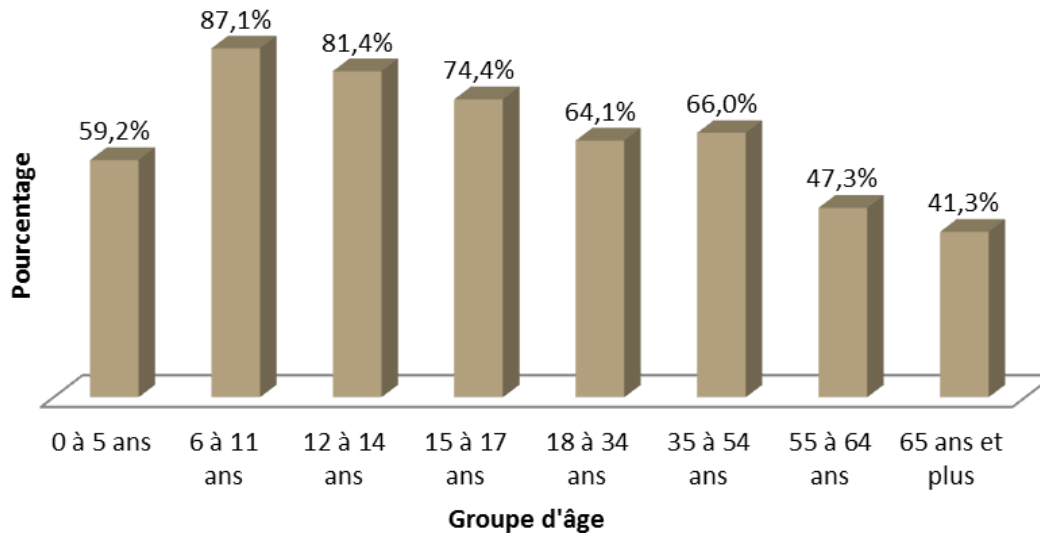


La première visite chez le dentiste pour un enfant devrait s'effectuer dès l'apparition de la ou des premières dents ou encore à l'intérieur des douze premiers mois de vie. Il est recommandé de consulter un professionnel de la santé dentaire une à deux fois par année (CSSLSPNQL et Santé Canada, 2005).

Considérant les recommandations à l'effet de consulter un dentiste sur une base annuelle, il est intéressant de constater que les deux tiers (66,2 %) de la population des Premières Nations du Québec vivant dans les communautés avaient visité le dentiste au cours de l'année précédant l'enquête. Lors de l'ERS 2002 les résultats indiquaient que 68,2 % de la population avait consulté un dentiste au cours de l'année précédente, ce qui représente une diminution proportionnelle significative de 3,0 % ($p < 0,0001$). Également, la proportion des Premières Nations du Québec ayant visité un dentiste sur une période annuelle est inférieure à celle de la population canadienne générale. De fait, selon le dernier recensement de Statistique Canada, 74,0 % des Canadiens avaient consulté un professionnel de la santé buccodentaire au cours de la dernière année (Santé Canada).

On remarque que la fréquence de visite chez le dentiste a tendance à diminuer avec l'âge. De fait, c'est dans les groupes d'âge scolaire que les proportions sont les plus élevées, soit 87,1 % chez les 6 à 11 ans, 81,4 % chez les 12 à 14 ans et 74,4 % chez les 15 à 17 ans alors que les aînés âgés de 55 ans et plus présentent de plus faibles proportions (47,3 % chez les 55 à 64 ans et 41,3 % chez les 65 ans et plus).

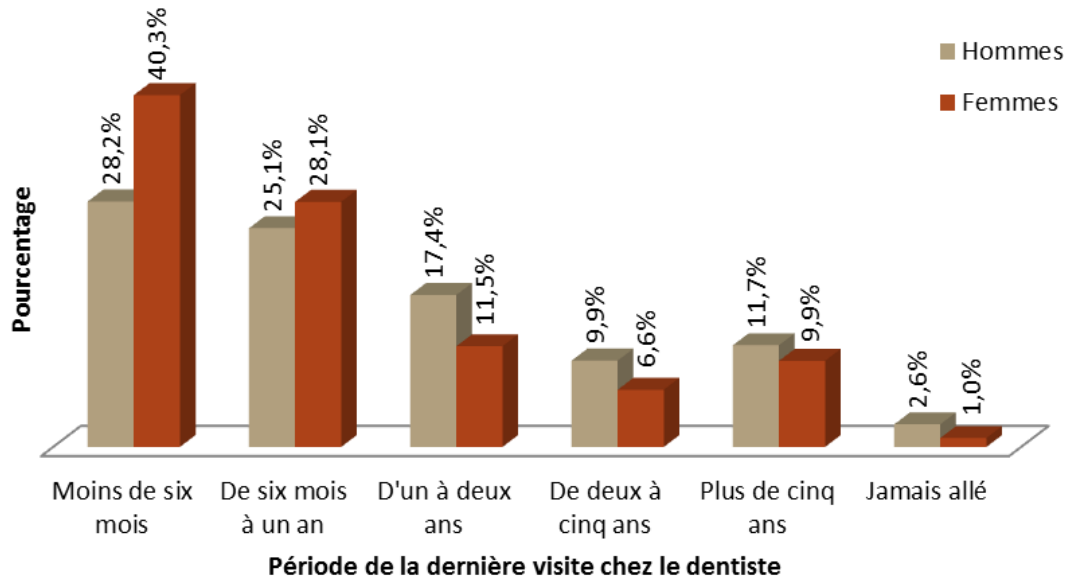
Figure 6 : Proportion de la population ayant visité le dentiste au cours de l'année précédant l'enquête selon l'âge (N = 29 004)



Parmi les personnes n'ayant jamais consulté un dentiste (4,2 %), on observe une variation entre les différents groupes d'âge. Les résultats de la présente enquête nous indiquent qu'un tiers (33,9 %) des enfants âgés de 0 à 5 ans n'est jamais allé chez le dentiste. Chez les aînés, c'est 5,0 % (4,4 % chez les 55 à 64 ans et 6,0 % chez les 65 ans et plus) alors que pour le reste de la population (de 6 à 54 ans) la proportion de personnes n'ayant jamais fréquenté le dentiste ne dépasse pas 2,0 %. Au niveau de la population adulte (18 ans et plus), les résultats de la présente enquête indiquent que les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à ne jamais avoir eu recours à des services de dentiste (2,6 % contre 1,0 %).

Au regard de la période de la dernière visite chez le dentiste des adultes des Premières Nations, il semblerait que les femmes aient tendance à consulter plus régulièrement que les hommes. Du moins, leur dernière visite chez le dentiste était plus récente. De fait, 68,4 % des femmes avaient consulté un dentiste dans l'année précédant l'enquête versus 53,3 % des hommes.

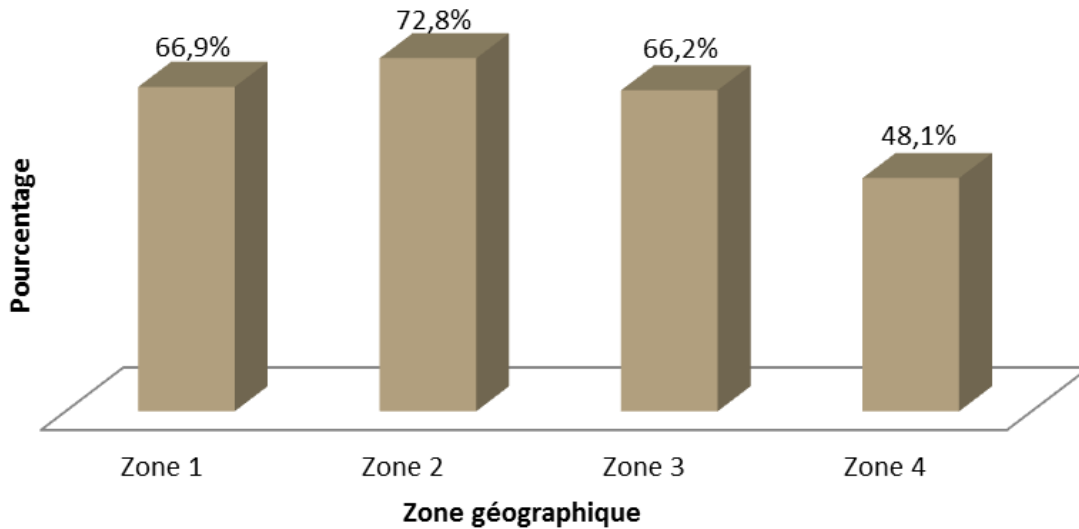
Figure 7 : Période de la dernière visite chez le dentiste chez les adultes âgés de plus de 18 ans selon le sexe (N = 19 068)



Cette constatation coïncide avec d'autres études qui portent sur la fréquence des visites et les différents facteurs associés. On y mentionne que les femmes rapportent plus que les hommes le fait d'avoir consulté un dentiste (JCDA, 2006). Chez les enfants et les adolescents, le fait d'être une fille ou un garçon a peu d'influence sur la fréquence des visites.

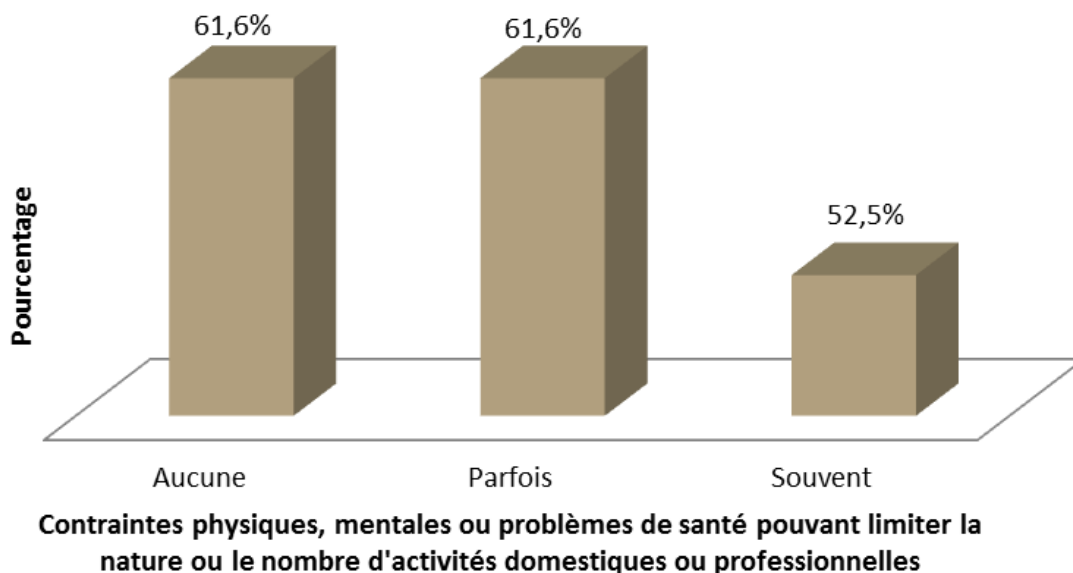
Selon la situation géographique d'une communauté, les services d'un dentiste peuvent être plus ou moins accessibles. De fait, pour certaines communautés les services d'un dentiste ne sont pas offerts sur une base continue ou permanente, mais plutôt selon un calendrier de visite. Le recrutement de dentistes peut s'avérer difficile dans différentes régions et le niveau d'accessibilité en frais de transport peut être ardu, particulièrement en saison hivernale (Laurel Lemchuk-Favel, 2010). Selon les données de la présente enquête, le facteur d'isolement géographique influence significativement le moment de la dernière visite chez un dentiste ($p < 0,0001$). Les résultats nous indiquent que la proportion de la population ayant visité le dentiste au cours de l'année précédant l'enquête est plus faible dans la zone géographique 4 qui correspond à la zone la plus isolée selon le classement d'AADNC. Ainsi, 48,1 % de la population vivant dans une communauté située dans une zone d'accès difficile a consulté un dentiste au cours de l'année précédant l'enquête contre 66,2 %, 72,8 % et 66,9 % pour les communautés des zones 1, 2 et 3 respectivement.

Figure 8 : Proportion de la population ayant visité le dentiste au cours de l'année précédant l'enquête, selon le degré d'isolement géographique (N = 29 017)



Les adultes ayant déclaré avoir souvent des contraintes physiques, mentales ou des problèmes de santé pouvant limiter la nature ou le nombre de leurs activités domestiques, professionnelles ou autres sont moins nombreux à avoir consulté un dentiste au cours de l'année précédant l'enquête que les personnes ayant affirmé ne pas avoir de contraintes ou ayant parfois à faire face à ces types de contraintes (52,5 % contre, 61,6 %).

Figure 9 : Proportion des adultes de 18 ans et plus qui ont visité un dentiste au cours de l'année précédant l'enquête, selon le niveau d'invalidité (N = 19 068)

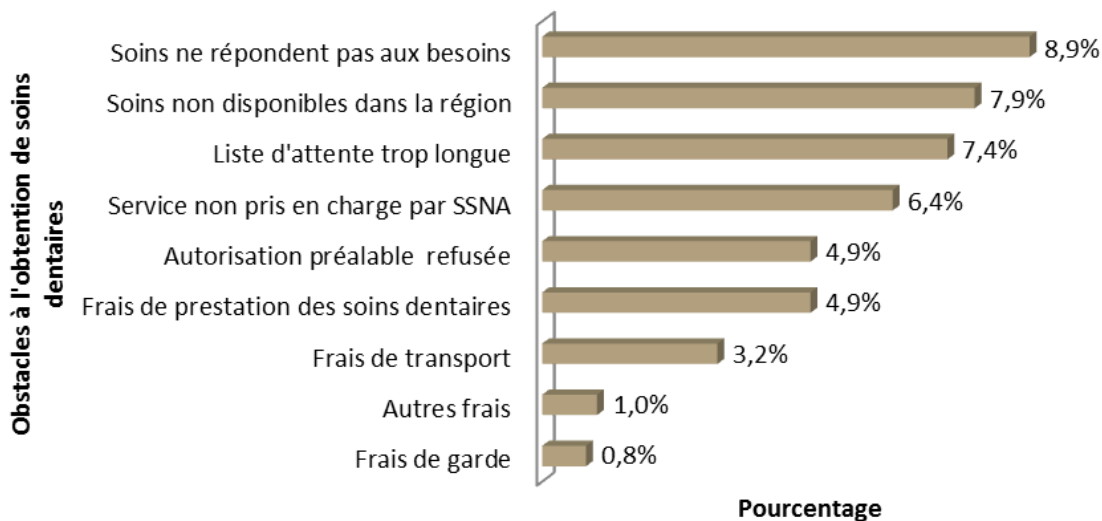


2.2 Les obstacles rencontrés à l'obtention de soins dentaires

Dans le cadre de cette enquête, les adultes de 18 ans et plus ont été interrogés afin de savoir s'ils avaient eu à surmonter certains obstacles afin d'obtenir des soins dentaires. En ce qui concerne les Premières Nations, les coûts associés aux soins dentaires sont pris en charge par le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada. Un adulte sur cinq (22,8 %) a affirmé avoir rencontré au moins un obstacle pour obtenir des soins dentaires. En 2002, 18,6 % des adultes avaient rapporté avoir rencontré au moins un obstacle pour obtenir des soins dentaires. Cette différence significative ($p = 0,0031$) représente une augmentation proportionnelle de 23,0 %.

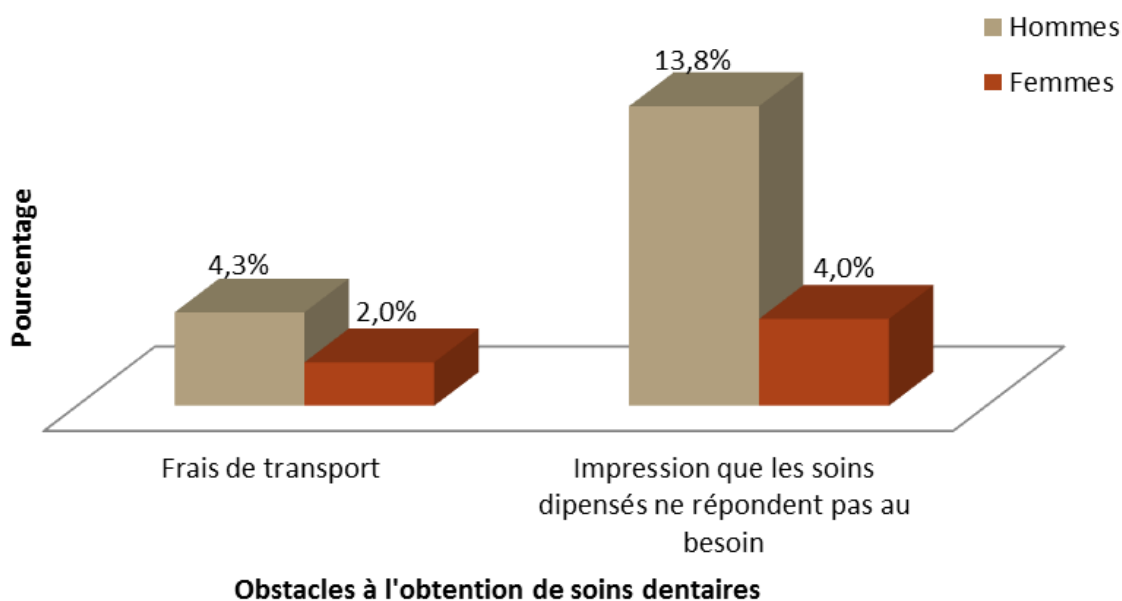
Parmi les obstacles rencontrés, l'impression que les soins dispensés ne répondaient pas aux besoins est le plus fréquent (8,9 %). En deuxième position, il a été mentionné que les soins ne sont pas disponibles dans la région (7,9 %), suivi de près par une liste d'attente trop longue (7,4 %). D'autres obstacles en lien avec le Programme des SSNA qui finance les coûts associés aux soins dentaires ont été mentionnés : 6,4 % des adultes ont affirmé que les services n'étaient pas pris en charge par le Programme des SSNA et 4,9 % ont essuyé un refus d'une autorisation préalable de prise en charge par le Programme des SSNA. Pour certains, des frais associés à la prestation de soins dentaires ont été des obstacles : frais directement associés à la prestation de soins dentaires (4,9 %), frais de transport (3,2 %), autres frais (1,0 %) et frais de garde (0,8 %).

Figure 10 : Proportion des adultes ayant rencontré des obstacles à l'obtention de soins dentaires (N = 19 068)



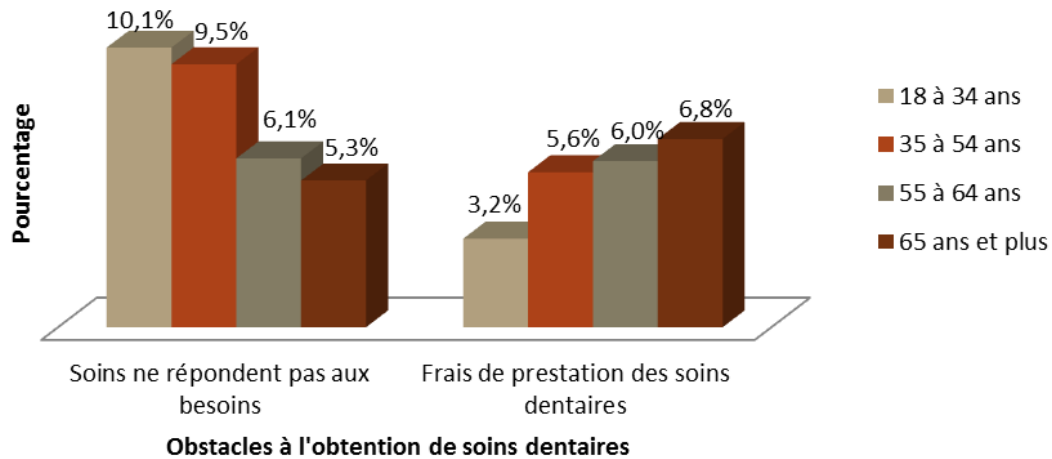
Les principaux obstacles à l'obtention de soins dentaires ne semblent pas être liés aux frais associés à la prestation des services, mais plutôt à l'accès au service en tant que tel. Pour la plupart des obstacles rencontrés, il y a peu ou pas de différence selon le sexe. Par contre, de manière significative, les hommes (13,8 %) ont mentionné dans une plus grande proportion que les femmes (4,0 %) qu'ils avaient l'impression que les soins dispensés ne répondaient pas à leur besoin ($p < 0,0001$). Ils sont également plus nombreux à faire mention des frais occasionnés par le transport (4,3 % versus 2,0 %) ($p = 0,02$).

Figure 11 : Proportion des adultes ayant rencontré des obstacles à l'obtention de soins dentaires, selon le sexe (N = 19 068)



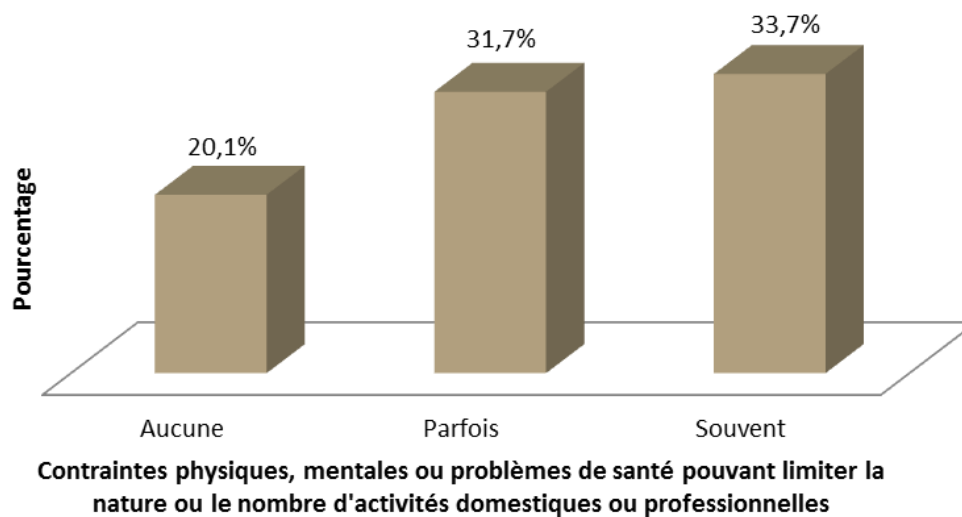
L'impression que les soins ne répondent pas aux besoins est un obstacle rencontré plus fréquemment chez les 18 à 54 ans. La proportion de personnes ayant fait mention de cet obstacle diminue avec l'âge (10,1 % chez les 18 à 34 ans, 9,5 % chez les 35 à 54 ans, 6,1 % chez les 55 à 64 ans et 5,3 % chez les 65 ans et plus). À l'inverse, les obstacles dus aux frais directement liés à la prestation de soins dentaires augmentent avec l'âge (3,2 % pour les 18 à 34 ans, 5,6 % pour les 35 à 54 ans, 6,0 % pour les 55 à 64 ans et 6,8 % pour les 65 ans et plus).

Figure 12 : Proportion des adultes ayant rencontré des obstacles à l'obtention de soins dentaires, selon l'âge (N = 19 068)



Les adultes ayant parfois ou souvent à faire face à des contraintes physiques, mentales ou à des problèmes de santé qui limitent la nature ou le nombre de leurs activités domestiques ou professionnelles ont été plus nombreux à rencontrer des obstacles à l'obtention de soins dentaires (33,7 % et 31,7 % contre 20,1 %).

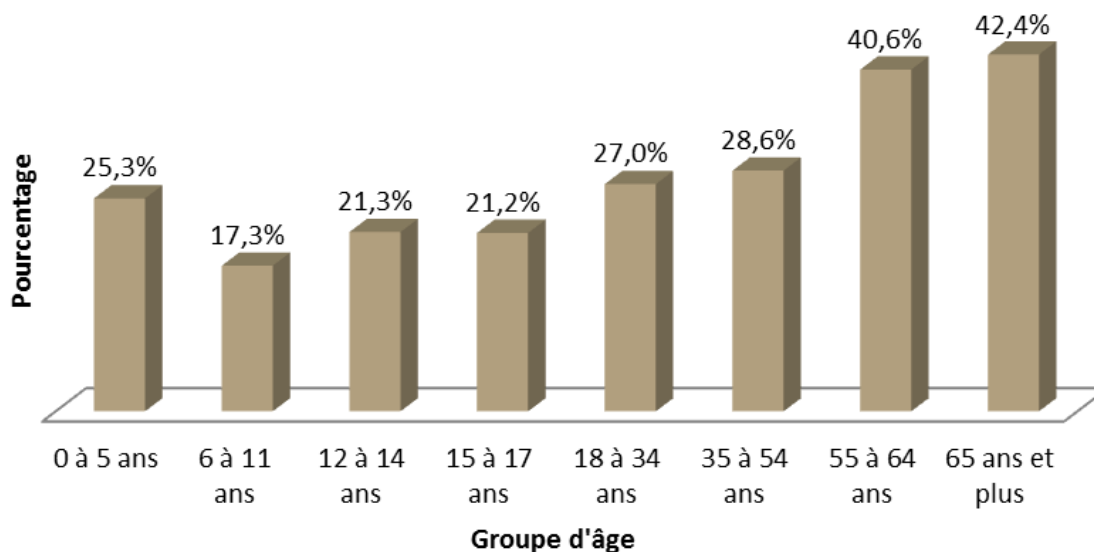
Figure 13 : Proportion des adultes de 18 ans et plus ayant rencontré des obstacles à l'obtention de soins dentaires, selon le degré d'invalidité (N = 19 068)



3. LES BESOINS EN TERMES DE SOINS DENTAIRES

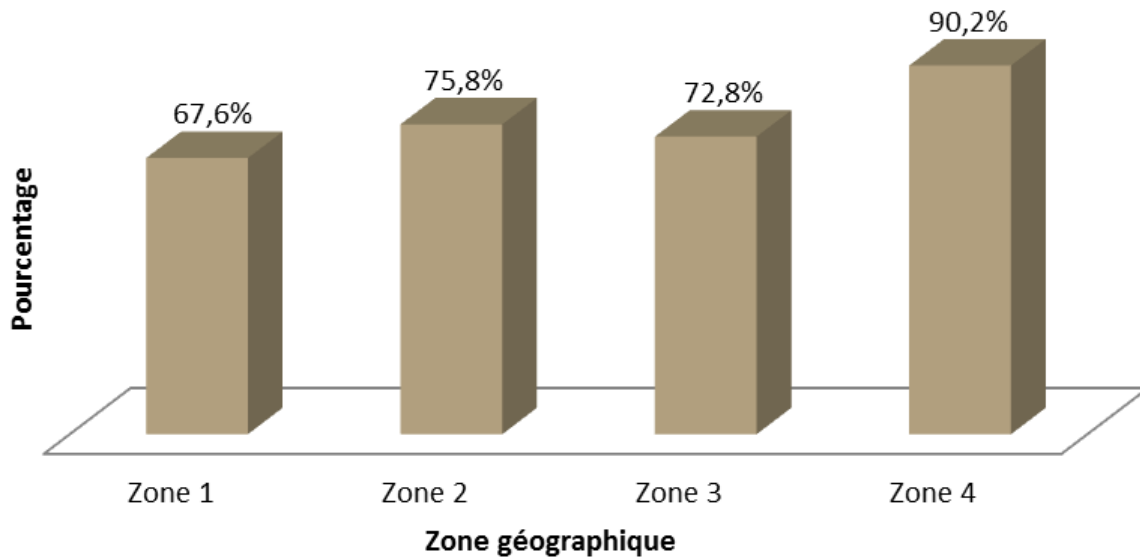
D'après les résultats de la présente enquête auprès des Premières Nations, environ une personne sur quatre (27,4 %) estimait ne pas avoir besoin de soins dentaires au moment de l'enquête. Il semble que plus les gens sont âgés moins ils estiment avoir besoin de soins dentaires. C'est auprès des personnes âgées de plus de 55 ans que les proportions jugeant ne pas avoir besoin de soins dentaires sont les plus élevées (40,6 % chez les 55 à 64 ans et 42,4 % chez les 65 ans et plus). Elles sont également proportionnellement moins nombreuses à avoir consulté un dentiste au cours de l'année précédant l'enquête.

Figure 14 : Proportion de la population qui disait ne pas avoir besoin de soins dentaires au moment de l'enquête (N = 29 013)



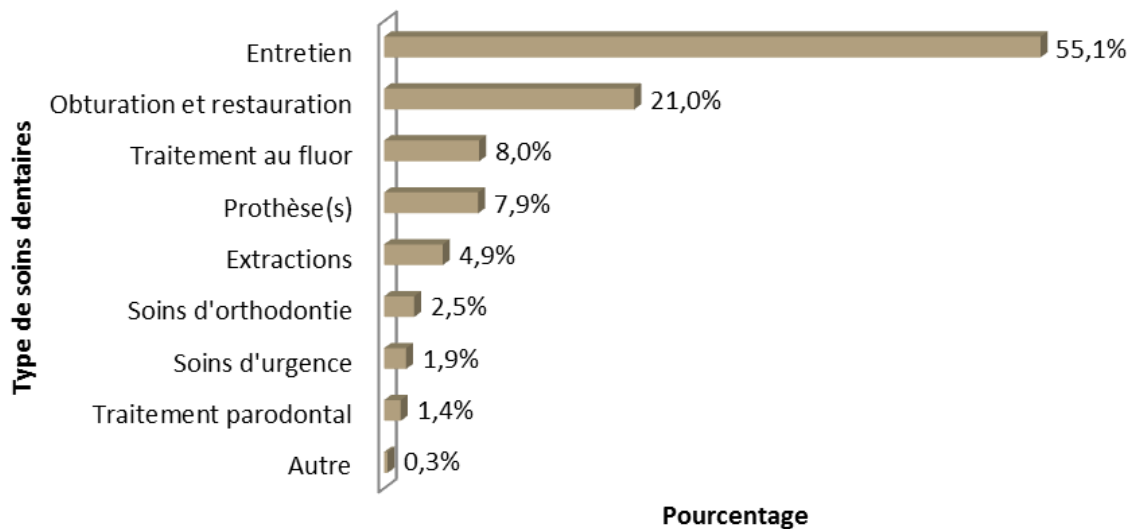
En contrepartie, près des trois quarts (72,1 %) de la population disent avoir besoin d'au moins un type de soin dentaire. Les besoins en matière de soins dentaires semblent plus importants auprès de la population vivant dans les communautés dont l'accès est difficile. En effet, il y a un écart important (22,6 %) entre la proportion de personnes ayant besoin de soins dentaires vivant en zone 4 (90,2 %) par rapport à celles vivant dans des centres plus urbains, soit en zone 1 (67,6 %).

Figure 15 : Proportion de la population qui disait avoir besoin de soins dentaires, selon la zone géographique (N = 29 013)



Le plus grand besoin en matière de soins dentaires nécessaires auprès de la population des Premières Nations vivant dans les communautés du Québec est au niveau de la prévention. En effet, l'entretien de type examen dentaire ou nettoyage figure au premier plan. Plus de la moitié (55,1 %) de la population a reconnu avoir besoin de ce type de soin au moment de l'enquête. Apparaissent ensuite des besoins de l'ordre de l'obturation (plombage) ou autres travaux de restauration comme du limage et la pose de couronnes ou pont, ce qui concerne une personne sur cinq (21,0 %). Les besoins de traitement au fluor (8,0 %) arrivent nez à nez avec les besoins relatifs aux prothèses incluant l'entretien ou la réparation (7,9 %). En de moindres proportions, des extractions ou l'arrachage de dents sont nécessaires chez 4,9 % de la population, des soins d'orthodontie dans une proportion de 2,5 %, des soins d'urgence (1,9 %), un traitement parodontal (1,4 %) et d'autres types de soins (0,3 %).

Figure 16 : Types de soins dentaires nécessaires (auto-déclarés) de la population au moment de l'enquête (N = 29 013)



Les besoins en termes de soins dentaires diffèrent selon l'âge. L'entretien dentaire apparaît être le plus grand besoin tous âges confondus alors que les besoins au niveau de l'obturation ou autres travaux de restauration demeurent le second type de soin le plus demandé peu importe la catégorie d'âge. Toutefois, on remarque que le type de soin se retrouvant en troisième position diffère selon l'âge. Il est intéressant de constater que chez les adultes, le troisième type de soin le plus demandé se retrouve au niveau de l'entretien ou de la réparation de prothèses, chez les adolescents c'est plutôt au niveau des soins d'orthodontie alors que chez les enfants c'est pour le traitement au fluor.

Au niveau des adultes de 18 ans et plus, on remarque que pour certains soins dentaires tels l'entretien, l'obturation ou la restauration et le traitement au fluor, les besoins diminuent avec l'âge. Inversement et corroborant une observation précédente à l'effet que le port d'un appareil pour pallier l'absence de dents permanentes augmente avec l'âge, les résultats nous indiquent que les besoins pour l'entretien et la réparation de prothèses augmentent également avec l'âge. De fait, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus ayant rapporté avoir des besoins en ce sens est environ dix fois plus élevée que chez les adultes âgés entre 18 et 34 ans (30,6 % contre 3,3 %).

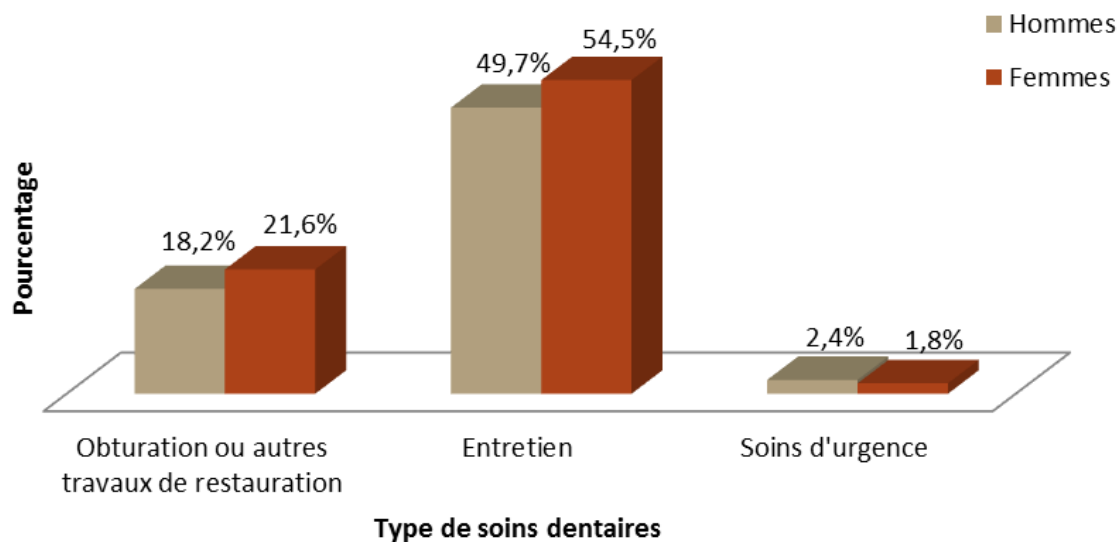
Parmi les adultes, les besoins pour un traitement parodontal, c'est-à-dire des soins au niveau des gencives, sont plus importants chez les 35 à 54 ans (3,0 % contre 1,0 %, 1,7 % et 1,3 %) alors que les soins d'orthodontie sont plus nécessaires chez les 18 à 34 ans (2,4 % contre 0,5 % et 1,1 %).

Tableau 2 : Distribution des soins dentaires nécessaires chez les adultes de plus de 18 ans (N = 19 068)

Type de soins nécessaires	18 à 34 ans		35 à 54 ans		55 à 64 ans		65 ans et plus		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Entretien	4102	59,4%	4477	54,8%	859	38,5%	505	28,7%	9943	52,1%
Obturation	1773	25,7%	1730	21,2%	278	12,5%	66	3,8%	3847	20,2%
Extractions	408	5,9%	227	2,8%	139	6,2%	64	3,6%	838	4,4%
Traitement au fluor	377	5,5%	300	3,7%	49	2,2%	44	2,5%	770	4,0%
Traitement parodontal	71	1,0%	248	3,0%	37	1,7%	23	1,3%	379	2,0%
Prothèse(s)	225	3,3%	894	10,9%	553	24,8%	539	30,6%	2211	11,6%
Soins d'urgence	154	2,2%	198	2,4%	36	1,6%	12	0,7%	400	2,1%
Soins d'orthodontie	169	2,4%	44	0,5%	24	1,1%	0	0,0%	237	1,2%
Autre	94	1,4%	193	2,4%	35	1,6%	46	2,6%	368	1,9%

De même que les femmes ont plus tendance à consulter le dentiste, elles prétendent avoir besoin de soins dans une plus grande proportion que les hommes ($p = 0,006$). Plus particulièrement au niveau de l'entretien (54,4 % contre 49,7 %) et de l'obturation ou restauration (21,6 % contre 18,2 %). D'un autre côté, les hommes sont légèrement plus nombreux à faire mention du besoin de soins d'urgence (2,4 % contre 1,8 %).

Figure 17 : Types de soins dentaires nécessaires (auto-déclarés) chez les adultes, selon le sexe (N = 19 068)



C'est chez les adolescents de 12 à 17 ans que les besoins en matière d'orthodontie sont les plus grands, ce qui représente le troisième type de soins en importance dans ce groupe d'âge. De fait, 6,6 % des adolescents ont affirmé avoir besoin de soins en ce sens au moment de l'enquête alors que les proportions sont de 3,9 % chez les enfants de 0 à 11 ans et 1,2 % chez les adultes. Ce sont les filles qui requièrent le plus d'orthodontie (8,3 % versus 5,9 %) alors que pour les soins d'urgence et l'extraction de dents, c'est chez les garçons que les proportions sont les plus importantes (soins d'urgence : 1,4 % des garçons versus 0,8 % des filles et extraction : 5,4 % des garçons versus 3,8 % des filles).

Tableau 3 : Distribution des soins dentaires nécessaires chez les adolescents de 12 à 17 ans (N = 3925)

Type de soins nécessaires	12 à 14 ans		15 à 17 ans		Total	
	n	%	n	%	n	%
Entretien	1041	61,7%	1353	60,5%	2394	61,0%
Obturation	376	22,3%	495	22,1%	871	22,2%
Extractions	60	3,6%	114	5,1%	174	4,4%
Traitement au fluor	103	6,1%	82	3,7%	185	4,7%
Traitement parodontal	16	0,9%	24	1,1%	40	1,0%
Prothèse(s)	16	0,9%	37	1,7%	53	1,4%
Soins d'urgence	6	0,4%	34	1,5%	40	1,0%
Soins d'orthodontie	127	7,5%	132	5,9%	259	6,6%
Autre	0	0,0%	12	0,5%	12	0,3%

Les besoins en termes d'extraction sont plus importants chez les enfants (7,0 % contre 4,4 % pour les adolescents et 4,4 % pour les adultes). Ce type de soin arrive au quatrième rang en importance. Toujours chez les enfants, les besoins en matière de traitement au fluor sont pratiquement aussi élevés que ceux en lien avec l'obturation et la restauration de dents. Tout près d'un quart (22,6 %) des enfants auraient besoin de soins en ce sens. Les garçons semblent avoir plus besoin de ces soins que les filles alors que les soins d'entretien et d'urgence ont tendance à être plus demandés chez les filles que chez les garçons.

Tableau 4 : Distribution des soins dentaires nécessaires chez les enfants de 0 à 11 ans (N=6019)

Type de soins nécessaires	0 à 5 ans		6 à 11 ans		Total	
	n	%	n	%	n	%
Entretien	1187	48,0%	2487	70,2%	3674	61,0%
Obturation	476	19,2%	951	26,8%	1427	23,7%
Extractions	188	7,6%	236	6,7%	424	7,0%
Traitement au fluor	574	23,2%	787	22,2%	1361	22,6%
Traitement parodontal	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Prothèse(s)	14	0,6%	42	1,2%	56	0,9%
Soins d'urgence	69	2,8%	30	0,8%	99	1,6%
Soins d'orthodontie	0	0,0%	237	6,7%	237	3,9%
Autre	33	1,3%	29	0,8%	62	1,0%

DISCUSSION

Considérant l'objectif du *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec, 2007-2017. Remédier aux disparités... Accélérer le changement* (CSSSPNQL, 2008) de procurer aux Premières Nations une santé et une qualité de vie, au moins égale à celles de la population canadienne, il est important de constater qu'une plus grande proportion des adultes des Premières Nations serait édentée, et plus particulièrement au sein des aînés. Selon l'Ordre des dentistes du Québec, « des problèmes de dénutrition sont reliés à des conditions de mastication défectueuses en raison de dents insuffisantes en nombre pour en assurer l'efficacité ainsi qu'à des prothèses mal ajustées qui causent de l'inconfort ou même de la douleur au point d'entraver le choix et la quantité d'aliments pour couvrir les besoins. » (Ordre des dentistes du Québec, 2007, p.2).

Alors que la santé buccodentaire est un facteur important de la qualité de vie, la prévalence de la carie du biberon chez les enfants a subi une augmentation par rapport aux résultats de 2002 et près d'un quart des enfants qui ont déjà eu la carie du biberon n'ont pas été traités. Pourtant, la carie chez les enfants peut avoir des répercussions non seulement du point de vue esthétique, mais également au niveau du langage et de l'estime de soi. La consommation de liquide sucré favoriserait la carie et pour différentes raisons serait plus répandue chez la population ayant une faible niveau socioéconomique.

Les Premières Nations vivant dans les communautés du Québec ont consulté un dentiste au cours de l'année précédente dans une moindre proportion que la population canadienne générale alors qu'une visite sur une base annuelle est recommandée. Aussi, la première visite chez le dentiste pour un enfant devrait s'effectuer dès l'apparition de la ou des premières dents ou encore à l'intérieur des douze premiers mois de vie. Or, un tiers (33,9 %) des enfants âgés de 0 à 5 ans n'est jamais allé chez le dentiste. L'isolement géographique semble avoir une incidence sur l'accès et l'utilisation des services. Une faible proportion des membres des communautés classifiées d'accès difficile (zone 4) ont utilisé les services d'un dentiste en comparaison des autres zones géographiques. De même, le recours à un appareil pour pallier l'absence de dents y est moins répandu. D'un autre côté, la proportion d'adultes ayant rapporté avoir besoin de soins dentaires y est plus importante. Neuf adultes sur dix vivant dans une communauté d'accès difficile ont rapporté avoir besoin de soins dentaires.

Alors que le plan directeur propose de renforcer l'accès aux services et d'améliorer la qualité de la prestation des soins, les résultats de cette enquête nous informent qu'un adulte sur cinq a rencontré au moins un obstacle à l'obtention de soins dentaires, ce qui représente une augmentation par rapport aux résultats de 2002. Aussi, les résultats nous indiquent que les principaux obstacles à l'obtention de soins dentaires seraient liés à l'accès au service plutôt qu'aux frais associés à la prestation des services. Certains obstacles liés au Programme des SSNA qui finance les coûts associés aux soins dentaires pour les Premières Nations ont été rencontrés.

CONCLUSION

Selon les résultats de la présente enquête, un écart se dessine entre la santé dentaire des Premières Nations du Québec et la population canadienne. De plus, en comparaison des résultats de cette même enquête en 2002, on observe un certain recul. Différents facteurs influencent la santé dentaire et des différences se font sentir selon l'âge, le sexe, la situation socioéconomique et le degré d'isolement géographique. Compte tenu des répercussions possibles d'une mauvaise santé buccodentaire sur la qualité de vie et le bien-être des gens, le renforcement de services en ce sens devrait être considéré.

BIBLIOGRAPHIE

- CSSSPNQL (2008) Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017, 105 pages
- CSSSPNQL (2006) Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002, Rapport sur les Premières Nations vivant dans les communautés, 236 pages
- CSSSPNQL et Santé Canada (2005) Trousse d'information : Initiative en santé buccodentaire pour les enfants
- Gouvernement du Québec (2006) Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012, élaboré par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec (2010), L'enquête québécoise sur la santé de la population 2008 : Pour en savoir plus sur la santé des Québécois, 205 pages
- Laurel Lemchuk-Favel (2010) Teeth for life, The First Nations Oral Health Strategy, prepared for the First Nations NIBH Caucus, Assembly of First Nations.
- Ordre des dentistes du Québec (2007) Consultation publique sur les conditions de vie des aînés, 11 pages.
- Ordre des dentistes du Québec (2006) La carie de la petite enfance, journal de l'Ordre des dentistes du Québec, supplément, avril 2006, 24 pages.
- Santé Canada, Statistiques sur la santé buccodentaire 2007-2009, <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/oral-bucco/fact-fiche-oral-bucco-stat-fra.php>, consulté 19 mai 2011.
- World Health Organization (2003) The world Oral Health Report 2003, Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Program, 38 pages.



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR