

**ÉTUDE EXPLORATOIRE DES  
PROBLÈMES DE SANTÉ  
BUCCODENTAIRE DES  
PERSONNES ÂGÉES HÉBERGÉES  
EN CHSLD EN MONTÉRÉGIE, À  
MONTRÉAL ET À QUÉBEC**

**RAPPORT GÉNÉRAL**

**AUTEURS**

Pierre Corbeil  
Jean-Marc Brodeur  
Sophie Arpin

Version corrigée  
Avril 2006

**Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Montérégie**

**Québec** 

**Auteurs**

Pierre Corbeil  
Jean-Marc Brodeur  
Sophie Arpin

**Secrétariat et mise en pages**

Nicole Beauregard

**Conception et réalisation de la page couverture**

René Larivière

**Responsable de l'édition**

Jean-François Lapierre

**Pour obtenir une copie de ce document***Copie papier*

Service ressources documentaires – Vente de publications  
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie  
1255, rue Beauregard  
Longueuil (Québec) J4K 2M3  
(450) 928-6777, poste 4213  
8,50 \$ (taxe en sus)

*Copie électronique*

Site Internet de l'Agence : [www.rrsss16.gouv.qc.ca](http://www.rrsss16.gouv.qc.ca)  
Gratuit

*Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source*

Santécom : 16-2005-016

1<sup>er</sup> trimestre

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISBN 2-89342-325-6

*Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention  
discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.*

## REMERCIEMENTS

---

L'étude exploratoire des problèmes de santé buccodentaire des personnes âgées en Montérégie, à Montréal et à Québec, n'aurait pu être réalisée sans la collaboration de nombreuses personnes et nombreux organismes.

Nous voudrions souligner l'appui des Directions de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, de Montréal et de Québec ainsi que la contribution de l'Ordre des dentistes du Québec qui ont grandement facilité la réalisation de cette étude.

Nous tenons également à remercier :

- Dr **Robert Salois**, président de l'ODQ, pour son intérêt et sa collaboration à cette étude.
- Dr **Guy Boisclair**, membre du conseil d'administration de l'ODQ, qui a accepté d'agir à titre d'ombudsman auprès du public.
- Dr **Sonia Moreau**, pour la coordination et la réalisation de l'étude à Québec.
- Dr **Chantal Galarneau**, pour son implication lors de la préparation de l'échantillonnage.
- Mesdames **Sylvie Williamson** et **Dolorès Lévesque**, respectivement des Directions de santé publique des Agences de la santé et des services sociaux de Montréal et de la Montérégie, pour la qualité de leur travail et leur dévouement constant tout au long de la préparation et de la coordination de la recherche sur le terrain.
- Madame **Éveline Savoie** et Monsieur **Marc Lavoie**, techniciens en recherche à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, qui ont procédé à la saisie et à l'analyse des données.
- Madame **Nicole Beauregard**, qui a réalisé le travail de secrétariat.

De plus, la présente étude n'aurait pu être concrétisée sans la généreuse collaboration des CHSLD et de leur personnel qui nous ont grandement facilité la tâche auprès de leur clientèle. Ils ont droit à toute notre reconnaissance, sans oublier les résidants qui ont accepté de participer à l'étude.



## **MOT DE LA DIRECTRICE**

---

La santé buccodentaire contribue de façon très importante à la santé de la population. Depuis le début des années 1980, plusieurs études épidémiologiques ont démontré la piètre condition buccodentaire des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec et, en particulier, celle des personnes en perte d'autonomie.

Malgré une légère amélioration révélée par des études fragmentaires ou régionales, la santé buccodentaire des aînés demeure très déficitaire, ce qui contribue à diminuer de façon importante leur qualité de vie. Avec le vieillissement accéléré de la population, il importe de déterminer si les problèmes de santé buccodentaire des personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie en particulier, justifient la planification et l'organisation de programmes de prévention et de traitements buccodentaires au Québec.

À la lumière des résultats fournis par la présente étude réalisée en Montérégie, à Montréal et à Québec, les problèmes diagnostiqués chez nos aînés sont tels qu'ils démontrent la pertinence de planifier et d'implanter des programmes de prévention et traitements adaptés à leur condition.

Les recommandations du présent ouvrage apportent des solutions susceptibles d'améliorer la santé buccodentaire de nos aînés trop souvent négligée, leur santé globale et finalement leur qualité de vie.

La directrice,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sauvé'.

Jocelyne Sauvé, M.D.



# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>15</b>
<b>2. PROBLÉMATIQUE ET PERTINENCE</b> .....	<b>17</b>
<b>3. ÉTAT DES CONNAISSANCES</b> .....	<b>19</b>
3.1 <i>Édentation et problèmes d'ordre prothétique</i> .....	19
3.2 <i>Caries coronaires et radiculaires</i> .....	20
3.3 <i>Maladies parodontales</i> .....	20
<b>4. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE</b> .....	<b>21</b>
4.1 <i>Objectif général de l'étude</i> .....	21
4.2 <i>Objectifs spécifiques</i> .....	21
<b>5. MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>23</b>
5.1 <i>Échantillonnage et critères d'inclusion</i> .....	23
5.2 <i>Considérations éthiques</i> .....	23
5.3 <i>Étude pilote</i> .....	24
5.4 <i>Questionnaire</i> .....	24
5.5 <i>Examens</i> .....	24
5.6 <i>Formation des dentistes-examineurs</i> .....	25
5.7 <i>Variables et indices utilisés</i> .....	25
5.7.1 <i>Variables dépendantes</i> .....	25
5.7.2 <i>Variables indépendantes</i> .....	25
5.8 <i>Analyses des données</i> .....	26
5.9 <i>Limites de l'étude</i> .....	26
<b>6. RÉSULTATS</b> .....	<b>27</b>
6.1 <i>Participation à l'étude, acceptation, accueil et faisabilité</i> .....	27
6.2 <i>Caractéristiques des résidents des établissements sélectionnés</i> .....	27
6.3 <i>Participation à l'étude</i> .....	27
6.4 <i>Caractéristiques de l'échantillon</i> .....	27
6.5 <i>Capacité de s'asseoir ou de se déplacer</i> .....	28
6.6 <i>Tabagisme</i> .....	29
6.7 <i>État de santé buccodentaire</i> .....	29
6.7.1 <i>Dents naturelles</i> .....	29
6.7.1.1 <i>Composante A (dents absentes) du CAOD</i> .....	29
6.7.1.2 <i>Nombre de dents présentes par individu</i> .....	29
6.7.1.3 <i>Composante C (dents cariées) du CAOD</i> .....	30
6.7.1.4 <i>Composante O (dents déjà obturées) du CAOD</i> .....	30
6.7.2 <i>Hygiène et parodonte</i> .....	30
6.7.3 <i>Prothèses</i> .....	31
6.7.4 <i>Conditions des muqueuses buccales</i> .....	32
6.7.5 <i>Besoins perçus</i> .....	33
6.7.6 <i>Besoins diagnostiqués</i> .....	34
6.7.7 <i>Utilisation des services buccodentaires</i> .....	35
<b>7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>37</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>39</b>



## **LISTE DES TABLEAUX**

---

Tableau 1 – Caractéristiques des résidants relativement aux critères d’inclusion dans l’étude .....	27
Tableau 2 – Caractéristiques de l’échantillon.....	28
Tableau 3 – Invalidité.....	28
Tableau 4 – Tabagisme.....	29
Tableau 5 – CAOD – Tous les participants.....	30
Tableau 6 – CAOD – Les participants possédant au moins une dent naturelle.....	30
Tableau 7 – Hygiène buccodentaire .....	31
Tableau 8 – Porteurs de prothèses.....	31
Tableau 9 – Nombre d’années avec les dernières prothèses.....	32
Tableau 10 – Affections ou altérations des muqueuses.....	33
Tableau 11 – Besoins perçus .....	34
Tableau 12 – Besoins diagnostiqués.....	35
Tableau 13 – Dernière utilisation des services buccodentaires .....	36



## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

---

CAOD :	Indice du nombre de dents cariées, absentes ou obturées
CHSLD :	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CPITN :	Community Periodontal Index of Treatment Needs
DSP :	Direction de santé publique
ODQ :	Ordre des dentistes du Québec
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PAL :	Plans d'action locaux
PAR :	Plans d'action régionaux
PNSP :	Programme national de santé publique
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec



## RÉSUMÉ

---

**Buts :** Déterminer si les problèmes de santé buccodentaire perçus et diagnostiqués qui affectent les personnes âgées de 65 ans et plus, vivant en institution, sont tels qu'ils justifient l'organisation de programmes de prévention ou de traitements buccodentaires. Plus spécifiquement, déterminer les problèmes buccodentaires diagnostiqués et perçus, l'utilisation des services buccodentaires au cours des cinq dernières années, les douleurs ressenties et les problèmes d'urgence, le type de services requis, la pertinence d'effectuer des traitements et le niveau d'urgence des services.

**Méthodologie :** Une étude exploratoire comportant un questionnaire validé et un examen buccodentaire a été réalisée. L'échantillon se compose de 415 personnes âgées de 65 ans et plus hébergées en CHSLD (207 de la Montérégie, 168 de Montréal et 40 de Québec). Les 38 CHSLD ainsi que leurs résidants ont été choisis de façon aléatoire. Des données ont été récoltées sur les caractéristiques sociodémographiques, les habitudes d'hygiène, les recours aux services, les besoins perçus, la condition buccodentaire et prothétique et les besoins diagnostiqués.

**Résultats :** Près des deux tiers des aînés hébergés sont complètement édentés (62,8 %). Les prothèses dentaires sont par conséquent très nombreuses. Le nombre moyen de dents présentes (12,91) ne peut pas assurer une mastication adéquate. Les prothèses dentaires sont portées depuis trop longtemps (12 ans en moyenne) et une bonne proportion manque de stabilité ou de rétention. Aussi, 49,3 % des résidants dentés présentent des caries dentaires. La moitié des résidants souffrent de problèmes parodontaux (50,1 %). Une présence généralisée de débris et de plaques dentaires chez les personnes dentées, malgré un brossage journalier, est remarquée. Les affections des muqueuses (30 %) sont élevées. Il existe une grande différence entre les besoins ressentis et les besoins diagnostiqués. L'accessibilité aux services est limitée.

**Conclusion :** La santé buccodentaire des aînés hébergés ne s'est pas vraiment améliorée depuis 1980. Les problèmes sont tels qu'ils démontrent la nécessité d'instituer des programmes de prévention et des traitements adaptés à leur condition. La pertinence de ces programmes est d'autant plus grande que les projections démographiques montrent que le vieillissement de la population amènera des personnes âgées plus conscientes de l'importance de leur santé buccodentaire et habituées à recevoir des soins réguliers et de qualité.



## **1. INTRODUCTION**

---

Le Canada et le Québec, à l'instar des pays industrialisés, connaissent, depuis quelques années, un vieillissement de leur population. Les personnes âgées vont représenter dans un avenir rapproché une proportion de plus en plus grande de la population.

Cette tranche de la population présente plusieurs caractéristiques particulières. Une proportion importante de personnes âgées vit en institution. Beaucoup d'aînés ont des revenus précaires ou vivent sous le seuil de la pauvreté. De plus, plusieurs personnes âgées souffrent d'incapacité plus ou moins sévère sous une forme ou une autre et sont hébergées dans des institutions spécialisées comme les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

Les dernières données épidémiologiques représentatives de la santé buccodentaire des personnes âgées de 65 ans et plus hébergées au Québec datent du début des années 1980. Elles montrent de très graves problèmes : édentation, caries dentaires, maladies parodontales, absence de prothèses dentaires ou prothèses inadéquates ainsi qu'un écart considérable entre les besoins diagnostiqués et les besoins perçus<sup>1</sup>.

Depuis cette étude, quelques enquêtes régionales ou locales, avec de faibles échantillons, ont démontré que les personnes âgées hébergées en CHSLD reçoivent peu de services dentaires, que ce soit un examen à l'admission, des examens périodiques ou des traitements réguliers.

Il existe pourtant des solutions efficaces pour améliorer la santé buccodentaire des personnes âgées. Il importe cependant de connaître la nature actuelle des problèmes pour déterminer quelle organisation de services doit être privilégiée et quels services buccodentaires inclure dans les phases subséquentes du Programme national de santé publique (PNSP) et du plan d'action de santé dentaire publique – Orientations 2005-2012.



---

## **2. PROBLÉMATIQUE ET PERTINENCE**

---

Chez les personnes âgées du Québec, l'accessibilité financière et organisationnelle à des services dentaires diagnostics et curatifs est très limitée, et ce, particulièrement pour les personnes âgées vivant en institution. Au niveau de l'accessibilité financière, les services dentaires ne sont pas couverts par les programmes publics de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et moins de 7 % des personnes âgées bénéficient d'une assurance soins dentaires privée<sup>2</sup>. Concernant l'accessibilité organisationnelle, peu de centres de soins de longue durée offrent des services dentaires, qu'il s'agisse de l'examen buccodentaire à l'admission, des examens périodiques ou des traitements. Or, la condition buccodentaire des personnes âgées justifie peut-être que l'on se préoccupe davantage de leur accessibilité aux services.

Les dernières données sur la santé buccodentaire des personnes âgées du Québec datent de 1980<sup>1</sup>. La clientèle est plus lourde qu'en 1980 dans les CHSLD. Des programmes de promotion de l'hygiène sont développés actuellement avec la formation d'intervenants qui agissent comme intermédiaires, et quelques projets visant à l'amélioration de l'hygiène buccodentaire de la clientèle en perte d'autonomie hébergée en CHSLD ont été expérimentés dans certaines régions du Québec<sup>3</sup>. De toute évidence, il apparaît pertinent d'associer un volet surveillance clinique à ces programmes actuellement développés.

Les données de 1980 indiquent que les problèmes diagnostiqués sont énormes. Il existe des solutions efficaces pour améliorer les problèmes vécus par cette clientèle. Il faut cependant connaître la nature actuelle de ces problèmes pour déterminer quelle organisation de services privilégier.



### 3. ÉTAT DES CONNAISSANCES

La nécessité d'investiguer l'état de santé buccodentaire des aînés s'explique par deux réalités. Premièrement, on observe à l'échelle mondiale un vieillissement accéléré de la population. Cette tendance est attribuée à la chute du taux de natalité, la baisse de la mortalité et l'augmentation de l'espérance de vie<sup>4</sup>. Dans le contexte démographique actuel, la rapidité avec laquelle se produit le vieillissement touche particulièrement le Québec. En 2002, les personnes âgées de 65 ans ou plus représentaient 13,1 % du total de la population. De ce groupe, 44,1 % avaient plus de 75 ans. Selon les projections démographiques, les personnes âgées pourraient représenter près de 30 % de la population totale du Québec en 2041<sup>5</sup>. Près de 4 % d'entre elles vivent dans des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et un peu plus de 8 % vivent dans des résidences privées avec services. Les autres personnes âgées vivent à domicile.

Deuxièmement, des études ont mis en évidence l'état précaire de la santé buccodentaire des aînés dans les pays industrialisés. Toutefois, la dernière étude représentative de l'ensemble de la population des personnes âgées québécoises date de 1980<sup>1</sup>. Les résultats révélaient des problèmes de santé buccodentaire importants. Les personnes en perte d'autonomie hébergées en institution vivaient une situation encore plus difficile que les personnes vivant à domicile. Vingt-cinq ans plus tard, il est devenu primordial de connaître l'évolution de l'état de santé buccodentaire des personnes âgées vivant en CHSLD.

Les principaux problèmes de santé buccodentaire les plus souvent éprouvés par les personnes âgées recensés dans la littérature englobent l'édentation et les problèmes en relation avec le port de prothèses, les caries dentaires et les maladies parodontales.

#### 3.1 *Édentation et problèmes d'ordre prothétique*

Dans les pays industrialisés, on observe une tendance à la diminution de l'édentation depuis quelques années<sup>6,7,8</sup>. Cependant le taux est encore particulièrement élevé au Québec. En 1980, Brodeur et ses collaborateurs avaient noté que 72 % des personnes âgées de 65 ans et plus étaient complètement édentées<sup>1</sup>. Lors d'un sondage téléphonique en 1993, 58 % des personnes âgées de 65 ans et plus rapportaient être complètement édentées et 82 % portaient au moins une prothèse partielle ou complète<sup>2</sup>. L'évolution de l'édentation complète au Québec entre 1980 et 1993 montre que l'incidence de ce phénomène est faible. Lorsque l'on compare les taux d'édentation complète au Québec, en fonction de l'âge avec ceux des États-Unis, on remarque que la différence observée entre 1980 et 1993 est la même que celle qui existe entre les taux du Québec en 1993 et ceux des États-Unis en 1983. Il semble donc que les taux d'édentation complète au Québec tendent vers ceux des États-Unis. Par comparaison, les taux d'édentation complète retrouvés dans les années 90 chez les personnes de 65 ans et plus hébergées en institution aux États-Unis, en Australie et en Finlande sont respectivement de 47 %, 52 % et 42 %<sup>9,10,11</sup>. Les facteurs associés à l'édentation complète sont par ordre décroissant d'importance : l'âge, le niveau d'éducation, le revenu familial et la langue maternelle<sup>7</sup>.

Divers problèmes sont associés à l'édentation, dont l'usage de prothèses partielles ou complètes inadéquates. Lors de l'enquête québécoise de 1980, 65,3 % des prothèses dentaires examinées étaient qualifiées d'inadéquates<sup>1</sup>. Par ailleurs, on retrouve au Canada, chez 77 % des personnes âgées vivant en institution et édentées partiellement ou totalement, des prothèses mal adaptées; 36 % présentent un besoin diagnostiqué de nouvelles prothèses et 41 % de réparations prothétiques<sup>12,13</sup>.

Lors d'une étude en 1990 dans la région de Québec, un état pathologique buccal relié au port de prothèses non fonctionnelles a été détecté dans 69 % des cas. De même, les personnes édentées qui utilisent des prothèses non fonctionnelles avaient souvent une mastication déficiente, provoquant l'apparition de problèmes gastro-intestinaux qui se manifestent par des douleurs abdominales, des régurgitations, des brûlements gastriques et la prise de médicaments tels que laxatifs, anti-reflux et anti-diarrhéiques<sup>14</sup>.

### **3.2 Caries coronaires et radiculaires**

La prévalence des caries chez les personnes de 65 ans et plus est élevée mais fort variable allant jusqu'à 95 %<sup>6, 15, 16, 17</sup>. Lors de l'étude québécoise de 1980, on retrouvait la carie dentaire chez 66 % des résidents ayant des dents naturelles et vivant en centre d'accueil et 74 % des résidents en centre hospitalier<sup>1</sup>. En Ontario, au moins une carie était détectée parmi 60 % des personnes âgées de 85 ans et plus ayant des dents naturelles vivant en institution ou à la maison<sup>13</sup>. Pour sa part, dans l'étude de Wyatt en Colombie-Britannique, au moins une lésion carieuse a été décelée chez 290 (79 %) sujets résidant dans des centres de long ou moyen séjour, dont 186 (50 %) avec caries coronaires et 254 (69 %) avec caries radiculaires. Chaque sujet avait en moyenne 3,8 dents cariées, les lésions carieuses des surfaces coronaires étant beaucoup plus répandues chez les résidents des centres de soins de longue durée<sup>18</sup>. De plus, les personnes âgées sont plus à risque de développer des caries de racine à la suite de l'apparition de récessions gingivales. En effet, parmi les aînés résidant en institution en Australie, la présence de caries de racine a été décelée chez 77 % des sujets dentés<sup>10</sup>.

### **3.3 Maladies parodontales**

La prévalence des maladies parodontales augmente avec l'âge. Cependant, cette augmentation n'est pas nécessairement due au vieillissement mais plutôt à l'accumulation dans le temps des conséquences des maladies parodontales (perte d'os et récession gingivale préparant ainsi la voie à l'apparition de caries de racine)<sup>20</sup>. Lors de l'étude québécoise de 1980, 68 % des personnes possédant au moins une dent présentaient du tartre et 77 % des dépôts mous ou du tartre<sup>1</sup>. En Finlande, une partie de l'étude populationnelle « Helsinki Ageing Study (HAS) » menée dans les années 1990 comportait une section sur la condition parodontale. Seulement 7 % des sujets présentaient une condition parodontale saine (CPITN=0) et le tartre était découvert chez 41 % des sujets (CPITN=2). Des poches parodontales étaient présentes chez 46 % des personnes examinées<sup>21</sup>.

## **4. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

---

### **4.1 Objectif général de l'étude**

Cette étude vise à déterminer si les problèmes de santé buccodentaire qui affectent les personnes âgées de 65 ans et plus, vivant en institution, sont tels qu'ils justifient l'organisation de programmes de prévention ou de traitements buccodentaires.

### **4.2 Objectifs spécifiques**

- ✎ Déterminer les problèmes buccodentaires diagnostiqués et perçus.
- ✎ Déterminer l'utilisation des services buccodentaires au cours des cinq dernières années, les douleurs ressenties et les problèmes d'urgence.
- ✎ Déterminer le type de services requis : extractions, obturations, traitements parodontaux, prothèses, etc.
- ✎ Déterminer la pertinence d'effectuer des traitements (faisabilité en fonction de l'état de santé).
- ✎ Déterminer le niveau d'urgence des services.



## 5. MÉTHODOLOGIE

---

### 5.1 *Échantillonnage et critères d'inclusion*

Les indicateurs de santé buccodentaire relevés dans la présente étude proviennent de la Montérégie, de Montréal et de Québec, et bien que non représentatifs de la situation provinciale, ils donnent une bonne idée des problèmes de santé buccodentaire des personnes âgées en perte d'autonomie hébergées en CHSLD au Québec. Les trois régions participantes à l'étude possèdent des caractéristiques particulières. Les indicateurs de santé de la Montérégie, grâce à sa géographie et la diversité de sa population, suivent en général de près les indicateurs de santé du Québec. On retrouve sur le territoire de Montréal des CHSLD de moyenne et grande dimension. Le centre visité dans la région de Québec est conjoint avec un centre hospitalier spécialisé dans les soins gériatriques.

L'échantillon se compose de 415 personnes âgées de 65 ans et plus résidant dans un centre d'hébergement de soins de longue durée. De ce nombre, 207 personnes proviennent de la Montérégie, 168 de Montréal et 40 de la région de Québec.

Trente-huit CHSLD ont été choisis de façon aléatoire et ont été invités à participer à l'étude en Montérégie et à Montréal. Parmi ceux-ci, 37 ont accepté, soit 22 centres situés en Montérégie et 15 à Montréal. À la demande d'une dentiste-conseil de la région de la Capitale nationale, le secteur gériatrie de l'hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré a été ajouté.

Les résidents des CHSLD sélectionnés ont également été choisis de façon aléatoire, au préalable, par les responsables de chaque établissement. Avaient été exclues les personnes présentant les caractéristiques suivantes, dont celles :

- ✎ Âgées de moins de 65 ans.
- ✎ Résidant au CHSLD depuis moins de 3 mois.
- ✎ N'étant pas en mesure de comprendre les objectifs de l'étude et de donner un consentement éclairé.
- ✎ Étant sous mandat d'inaptitude homologué et pour lesquelles un consentement signé par le mandataire ne pouvait être alloué.
- ✎ N'étant pas en mesure de subir un examen buccodentaire.

### 5.2 *Considérations éthiques*

Les problèmes éthiques ont été considérés et les modalités ont été développées afin de respecter les critères éthiques du domaine de la recherche. Concernant le consentement éclairé, les objectifs de l'étude ont été lus aux participants. Seules les personnes en mesure de bien comprendre les objectifs de l'étude et de donner un consentement éclairé étaient retenues. Le formulaire de consentement pouvait toutefois être signé par une tierce personne s'il y avait une incapacité physique empêchant la personne d'écrire. Ce formulaire était aussi signé par le dentiste-examineur et une copie était remise aux participants. Ceux-ci étaient informés de leur liberté de participer ou non, de l'absence de préjudice quant à leur refus de participer, de la possibilité de refuser de répondre en tout ou en partie aux questions de l'entrevue et de la possibilité de mettre fin à l'examen clinique s'ils le désiraient. En cas de questions ou problèmes, les

participants avaient à leur disposition les coordonnées d'un administrateur à l'ODQ qui agissait à titre d'ombudsman du public. Après vérification, aucune demande ou plainte n'a été formulée.

Concernant le respect de l'intégrité de la personne, les bénéfices et les inconvénients, les seuls inconvénients consistaient à répondre à une entrevue comportant 38 questions simples et à subir un examen clinique réalisé par un dentiste-conseil en santé dentaire publique. Les participants étaient informés de leur condition buccodentaire, et en cas de problème diagnostiqué, un rapport était remis aux responsables de l'établissement.

Au niveau de la confidentialité et de la gestion des fichiers, les noms et prénoms des participants identifiés sur les formulaires d'entrevues n'étaient pas saisis sur informatique. Tous les questionnaires ont été conservés dans des classeurs verrouillés et seront détruits après trois ans. Les fichiers informatiques seront aussi effacés après trois ans. Finalement, aucune donnée nominative ou sur la condition dentaire des individus n'a été communiquée à qui que ce soit, à l'exception du rapport d'examen remis aux individus eux-mêmes et transmis aux responsables des soins avec l'accord des personnes examinées.

### **5.3 Étude pilote**

Une étude pilote a été réalisée en janvier 2004. Au total, 16 personnes ont rempli le questionnaire et 12 ont été examinées sommairement. Cette étude a permis, entre autres, la validation de la grille d'entrevue, c'est-à-dire : a) de mesurer le temps requis pour administrer le questionnaire; b) de déterminer le meilleur temps propice de la journée; c) d'évaluer le degré de compréhension et déterminer les modifications, recommandations et corrections à apporter au questionnaire; d) d'estimer le degré de tolérance; e) d'évaluer la facilité à répondre et f) de mesurer le taux de participation en termes d'acceptation et de nombre de questions répondues.

### **5.4 Questionnaire**

Le questionnaire comprenait plusieurs sections sur les renseignements d'ordre personnel et démographique, les habitudes d'hygiène, le recours aux services et besoins perçus. Quant à l'examen, il était constitué d'une section portant sur la condition buccodentaire et les besoins diagnostiqués chez tous les sujets. On y retrouvait les aspects suivants : la condition des prothèses, le besoin évident de prothèses, les affections de la muqueuse et autres altérations, les états nécessitant des mesures immédiates et le besoin évident de chirurgie préprothétique. Enfin, la dernière partie était un prolongement de la précédente, mais cette fois, seulement pour les sujets possédant encore une ou plusieurs dents. Ces sections concernaient la carie dentaire et le traitement des dents, la présence de couronnes, ponts, et d'implants et la nécessité du traitement du parodonte.

### **5.5 Examens**

Les examens ont été réalisés par quatre dentistes-conseils entre février et octobre 2004. Un formulaire de consentement qui décrivait les divers éléments de l'étude a été signé au préalable. L'examen a été conçu en fonction de l'âge de la population étudiée et des conditions du milieu dans lequel il devait être pratiqué. Il ne comprenait pas de radiographie ni l'utilisation de sonde parodontale. L'équipement ainsi que le nombre et le poids des instruments et des fournitures devaient être aussi réduits que possible. Le matériel était constitué de miroirs buccaux jetables, de gants d'examen, de masques, de tampons à la glycérine pour humecter les lèvres sèches des participants, de tampons de gaze de type 2X2, d'une lampe médico-dentaire Rolux et de savon désinfectant pour les mains. Les règles d'asepsie ont été respectées et des procédures strictes de contrôle d'infections suivies. La durée moyenne de l'administration du questionnaire suivie de l'examen buccodentaire était de 15 minutes par participant. Les examens se réalisaient

soit dans une pièce réservée à cet effet, ou soit directement dans les chambres des participants. Un formulaire de référence était rempli lorsque jugé nécessaire.

## 5.6 Formation des dentistes-examineurs

Les dentistes-examineurs de la Montérégie et de Montréal ont participé à deux séances de formation sur des indicateurs de la carie dentaire et des maladies parodontales, sur les lésions buccales ainsi que sur les traitements buccodentaires et prothétiques. La dentiste-examinatrice de Québec a été formée par la suite par le dentiste-conseil de la Montérégie.

## 5.7 Variables et indices utilisés

### 5.7.1 Variables dépendantes

- ✎ Désir d'être vus par un dentiste et/ou denturologiste.
- ✎ Sentiment d'ennuis, de douleurs ou d'inconfort avec leurs dents, leurs gencives ou leurs prothèses.
- ✎ Besoin diagnostiqué de traitements dentaires ou parodontaux :
  - Pour les caries, les critères du diagnostic de la carie qui ont été utilisés dans l'étude sont dérivés des critères de *Radike* et permettent le calcul de l'indice CAOD de l'OMS.
  - Les catégories du *Community Periodontal Index of Treatment Needs* (CPITN) ont été considérées et adaptées aux conditions de cette étude.
- ✎ Besoin perçu de traitements prothétiques.
- ✎ Besoin diagnostiqué de traitements prothétiques :
  - La stabilité des prothèses a été évaluée à la suite de l'application horizontalement puis verticalement au niveau des prémolaires d'une pression du doigt d'environ 25 grammes.
  - La rétention a été appréciée selon le délogement des prothèses à la suite de l'humidification des lèvres avec la langue.

### 5.7.2 Variables indépendantes

- ✎ Âge.
- ✎ Sexe.
- ✎ Nombre d'années d'études.
- ✎ Présence de dents naturelles.
- ✎ Assurance soins dentaires privée.
- ✎ Dernière utilisation des services buccodentaires.
- ✎ Offre de service à l'intérieur du CHSLD.
- ✎ Tabagisme.
- ✎ Capacité de se déplacer et de s'asseoir.

### **5.8 *Analyses des données***

Des analyses descriptives des données ont été réalisées afin de caractériser la population à l'étude. Ces analyses sont présentées à l'aide de moyennes et de pourcentages. Les données ont été vérifiées et saisies sur informatique, validées et traitées à l'aide du logiciel SPSS, version 13,0 sous environnement Windows.

### **5.9 *Limites de l'étude***

En raison de ses objectifs et de sa méthodologie, l'étude présente des limites importantes. Les résultats obtenus ne sont pas représentatifs de la situation buccodentaire de tous les aînés du Québec puisque les aînés autonomes ou en perte d'autonomie qui reçoivent du soutien à domicile n'ont pas fait partie de l'échantillon.

## 6. RÉSULTATS

### 6.1 Participation à l'étude, acceptation, accueil et faisabilité

- ✎ Les autorités et le personnel des CHSLD sont en général très réceptifs en ce qui concerne l'importance de la santé buccodentaire de leurs résidants.
- ✎ Trente-huit des trente-neuf CHSLD invités à participer à l'étude ont accepté l'invitation.
- ✎ Le personnel des CHSLD a offert une excellente collaboration lors de la préparation et la réalisation des entrevues de sélection et des examens buccodentaires dans les chambres des résidants ou dans des locaux mis à la disposition des dentistes-examineurs.

### 6.2 Caractéristiques des résidants des établissements sélectionnés

On note un alourdissement considérable de la clientèle des CHSLD. Seulement 35 % (1 590) des résidants répondaient aux critères de participation à l'étude lors de la sélection par les responsables de l'étude au niveau des centres de la Montérégie et de Montréal.

**Tableau 1 – Caractéristiques des résidants relativement aux critères d'inclusion dans l'étude**

Nombre résidants	%	Raison
2411	53,0 %	Déficit cognitif
281	6,2 %	Moins de 65 ans
264	5,8 %	Ne résident pas dans le centre depuis au moins 3 mois
1590	35,0 %	Répondant aux critères d'inclusion
<b>4546</b>	<b>100 %</b>	<b>Total des résidants</b>

### 6.3 Participation à l'étude

- ✎ Le nombre total de participants examinés a été de 415 résidants.
- ✎ 8,6 %, soit 136 résidants répondant aux critères de sélection ont refusé de participer à l'étude.
- ✎ 2,5 % des résidants n'étaient pas présents le jour de l'examen.

### 6.4 Caractéristiques de l'échantillon

Le Tableau 2 illustre les principales caractéristiques des participants. À remarquer que 80,3 % des aînés ont plus de 75 ans et que 71,7 % des participants sont des femmes. La langue française est la langue d'usage de la grande majorité de l'échantillon (87,4 %). Plus de 87,4 % des participants ont au moins 12 ans de scolarité. La majorité des résidants est hébergée en CHSLD depuis moins de 5 ans, soit 73,0 % des participants. Une petite minorité possède une assurance soins dentaires privée et la plupart des résidants ignorent qu'une aide financière existe dans les établissements pour couvrir les besoins spéciaux, dont les soins buccodentaires basés sur les revenus des pensions.

**Tableau 2 – Caractéristiques de l'échantillon**

<b>Âge</b>		
<b>65 à 74 ans</b>	<b>75 à 84 ans</b>	<b>85 ans et plus</b>
19,7 %	39,5 %	40,8 %
<b>Sexe</b>		
<b>Hommes</b>		<b>Femmes</b>
28,3 %		71,7 %
<b>Langue d'usage</b>		
<b>Français</b>	<b>Anglais</b>	<b>Autre</b>
87,4 % (361)	11,1 % (46)	1,5 % (6)
<b>Scolarité</b>		
<b>7 ans ou -</b>	<b>8 à 12 ans</b>	<b>13 ans ou +</b>
44,2 %	43,2 %	12,7 %
<b>Aide financière couvrant les soins buccodentaires</b>		
<b>Assurance privée</b>		<b>Aucune</b>
2,9 %		97,9 %
<b>Durée d'hébergement au centre</b>		
3 mois-1 an	1-4 ans	5 ans et +
20,5 %	52,5 %	26,9 %
<b>Aide financière couvrant les soins dentaires</b>		
<b>Assurance</b>	<b>Défrayés par établissement</b>	<b>Aucune aide financière</b>
2,9 %	10,0 %	87,1 %

### 6.5 Capacité de s'asseoir ou de se déplacer

Concernant les traitements dentaires, 92,5 % des participants à l'étude ont la capacité de s'asseoir. De plus, 60,8 % des résidents sont capables de marcher avec ou sans marchette.

**Tableau 3 – Invalidité**

<b>Invalidité</b>	
<b>Capacité de s'asseoir</b>	
– oui	92,5 %
– non	7,5 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>
<b>Capacité de se déplacer</b>	
– oui	60,8 %
– non	39,2 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

## 6.6 Tabagisme

Les personnes âgées en établissement qui fument sont moins nombreuses que les autres tranches de la population et le nombre de cigarettes fumées est relativement peu élevé. On remarque aussi que près de 59 % des résidants participant à l'étude sont des ex-fumeurs. La proportion d'anciens fumeurs réguliers est de plus de 44,3 % (Tableau 4).

**Tableau 4 – Tabagisme**

Tabagisme	
Fumeur à tous les jours	10,2 %
Fumeur occasionnel	2,4 %
Non-fumeur	87,4 %
Nombre de cigarettes fumées par jour	
– 1 à 5	47,1 %
– 6 à 8	11,7 %
– 9 à 20	37,2 %
– 21 et +	4,0 %
Ancien fumeur	
– oui à tous les jours	44,3 %
– oui à l'occasion	14,6 %
– non	41,1 %

## 6.7 État de santé buccodentaire

Afin de suivre l'évolution de la santé buccodentaire des résidants des CHSLD et des variables qui lui sont rattachées, les présents résultats seront comparés à ceux de l'étude de Brodeur et autres portant sur des examens effectués en 1980<sup>1</sup>.

### 6.7.1 Dents naturelles

À cause de la composante très élevée du A du CAOD (nombre de dents cariées, absentes ou obturées à la suite de la carie), deux tableaux sont présentés : un premier, le Tableau 5 illustre le CAOD de tous les individus et le Tableau 6 montre le CAOD des personnes possédant au moins une dent naturelle.

#### 6.7.1.1 Composante A (dents absentes) du CAOD

Malgré une amélioration par rapport au début des années 1980 alors que seulement 18,2 % des personnes avaient encore des dents naturelles, le pourcentage de patients édentés est très élevé : seulement 36,6 % des patients ont encore des dents naturelles et 63,4 % sont complètement édentés.

#### 6.7.1.2 Nombre de dents présentes par individu

Le nombre moyen de dents chez ceux qui ont encore des dents est de 12,91 dents (É.T. 7,82) et a peu changé depuis 1980. Il était alors de 11,5 dents.

### 6.7.1.3 Composante C (dents cariées) du CAOD

On a observé une réduction importante du pourcentage de personnes âgées qui ont des dents cariées en 2004 : 49,3 % des personnes présentent des caries dentaires alors que ce pourcentage était de 74,1 % en 1980.

Plus d'une personne sur cinq ayant des dents naturelles a des dents à faire traiter, soit 21,7 %.

### 6.7.1.4 Composante O (dents déjà obturées) du CAOD

Le nombre moyen d'obturations exemptes de carie par individu ayant des dents naturelles s'est considérablement élevé passant de 0,38 (É.T. 1,85) dent en 1980 à 4,14 (É.T. 5,15) en 2004. Le nombre moyen de dents obturées avec caries dentaires est de 0,32 (É.T. 0,87).

**Tableau 5 – CAOD – Tous les participants**

	<b>2004 CAOD 29,38 (É.T. : 4,83)</b>	<b>1980 CAOD 30,82</b>
C	0,59 (É.T. : 1,71)	0,44
A	27,27 (É.T. : 7,81)	29,99
O	1,52 (É.T. : 3,70)	0,39
Saines	2,62 (É.T. : 4,83)	2,54

**Tableau 6 – CAOD – Les participants possédant au moins une dent naturelle**

	<b>CAOD 24,86 (É.T. : 5,61)</b>
C	1,62 (É.T. : 2,53)
A	19,10 (É.T. : 7,82)
O	4,14 (É.T. : 5,15)
Saines	7,14 (É.T. : 5,61)

### 6.7.2 Hygiène et parodontie

On remarque que près de 90 % des résidents brossent leurs dents ou leurs prothèses à chaque jour. Cependant, on peut déplorer que, faute de moyens, le brossage ne soit effectué en général qu'une fois par jour et que 68,5 % des résidents affirment que jamais personne ne les aide. Compte tenu de la fréquence de débris et de plaques dentaires, les personnes âgées nécessitent des instructions d'hygiène buccodentaire. Cet enseignement doit être également donné au personnel soignant et aux membres de la famille aidant aux soins d'hygiène. Avec cette présence élevée de débris et de plaques dentaires, on peut penser qu'un biais de désirabilité s'est introduit et qu'une surévaluation de la fréquence de brossage est rapportée. Toutefois, les commentaires recueillis auprès du personnel soignant révèlent une fréquence de brossage élevée. On peut soulever plutôt l'hypothèse d'un problème de dextérité.

On constate que la soie dentaire est très peu utilisée chez les résidents qui ont encore des dents : 5,0 % l'utilisent à l'occasion et 15,0 % à chaque jour. Le nettoyage de la bouche ou des muqueuses, à l'exclusion du rince-bouche, est une mesure peu utilisée, puisque seulement 15,2 % le font régulièrement en institution.

**Tableau 7 – Hygiène buccodentaire**

<b>Brossage des dents ou des prothèses</b>	
Oui, à chaque jour	87,5 %
Oui, à l'occasion	9,0 %
Jamais	3,5 %
<b>Reçoivent de l'aide</b>	
Oui, chaque fois	25,1 %
Oui, à l'occasion	6,4 %
Non	68,5 %
<b>Nettoyage de la bouche</b>	
Régulièrement	15,2 %

À quelques exceptions près, la présence de débris et de plaques dentaires est généralisée chez les personnes non édentées. Les données de l'examen clinique révèlent que plus de 90 % des personnes nécessitent des instructions d'hygiène buccodentaire. Parmi celles-ci, 49,7 % des participants sont sensibilisés à l'importance du brossage. Ils brossent leurs dents quotidiennement, la plupart du temps sans aide, mais ne semblent pas posséder la dextérité manuelle requise.

Lors de l'étude, parmi les personnes ayant encore au moins une dent, 48,7 % présentent une condition parodontale nécessitant un détartrage ou traitement chirurgical (gingivite, tartre, poche parodontale).

### 6.7.3 Prothèses

Malgré une certaine amélioration depuis le début des années 1980, plus de 7 aînés sur 10 portent une prothèse complète au maxillaire supérieur et plus de la moitié, une prothèse complète au maxillaire inférieur (Tableau 8). Moins de 7,2 % des résidents ont une prothèse partielle.

**Tableau 8 – Porteurs de prothèses**

<b>Type de prothèse</b>	<b>2004</b>	<b>1980</b>
Prothèse complète maxillaire supérieur	72,8 % (302)	78,6 %
Prothèse complète maxillaire inférieur	55,9 % (232)	65,6 %
Prothèse partielle supérieure :		
– métallique	3,4 % (14)	ND
– acrylique	2,2 % (9)	2,7 %
Prothèse partielle inférieure :		
– métallique	7,2 % (30)	3,2 %
– acrylique	0,2 % (1)	3,2 %
Prothèse non portée depuis un mois		
– haut	1,4 % (6)	
– bas	2,7 % (11)	

L'absence de besoins ressentis ou une certaine résignation par les personnes âgées se reflète dans l'âge des dernières prothèses (Tableau 9). En 2004, les dernières prothèses supérieures datent en moyenne de 12,53 années (É.T. 12,44) et les prothèses inférieures de 11,89 années (É.T. 12,72).

Alors qu'en 1980, environ 80 % des prothèses supérieures et inférieures dataient de 5 ans ou plus, en 2004 ces pourcentages sont respectivement de 74,8 % pour les prothèses supérieures et de 71,5 % pour les prothèses inférieures. Le pourcentage de prothèses datant de 30 ans et plus est passé de 30 % à moins de 10 %.

**Tableau 9 – Nombre d'années avec les dernières prothèses**

	<b>2004</b>	<b>1980</b>
<b>Maxillaire supérieur</b>		
– 0 à 4 ans	(77) 25,2 %	20 %
– 5 à 9 ans	(62) 20,7 %	10 %
– 10 à 29 ans	(151) 50,3 %	39 %
– 30 ans et plus	(27) 9,0 %	31 %
– <b>Total des personnes</b>	<b>(317) 100 %</b>	<b>100 %</b>
	<b>2004</b>	<b>1980</b>
<b>Maxillaire inférieur</b>		
– 0 à 4 ans	(72) 28,5 %	21 %
– 5 à 9 ans	(60) 23,7 %	11 %
– 10 à 29 ans	(98) 38,6 %	38 %
– 30 ans et plus	(23) 9,2 %	30 %
– <b>Total des personnes</b>	<b>(253) 100 %</b>	<b>100 %</b>

#### **6.7.4 Conditions des muqueuses buccales**

L'examen des muqueuses buccales et autres altérations n'ayant été effectué que partiellement à Montréal, les résultats présentés au tableau 10 concernent les données recueillies en Montérégie et à Québec seulement.

On note une prévalence élevée d'affections ou d'altérations des muqueuses : 30,0 % des personnes ont un tel problème en relation avec le port de prothèses dentaires et 6,5 % d'origine non prothétique.

**Tableau 10 – Affections ou altérations des muqueuses**

<b>Affections ou altérations des muqueuses</b>	<b>Nombre</b>	<b>%</b>
Tissu hyperplasique d'origine prothétique		
– oui	(31)	12,6 %
– non	(215)	87,4 %
Fibrose alvéolaire ou ulcération d'origine prothétique		
– oui	(19)	7,7 %
– non	(228)	92,3 %
Fibrose alvéolaire ou ulcération d'origine non prothétique		
– oui	(9)	3,6 %
– non	(238)	96,4 %
Affectations de la muqueuse et autres altérations		
– oui, d'origine prothétique	(9)	3,6 %
– oui, sans relation avec les prothèses	(10)	4,0 %
– non	(236)	95,5 %
Présente au moins une affection ou altération des muqueuses		
– d'origine prothétique	(74)	30,0 %
– sans relation avec les prothèses	(16)	6,5 %
– non	(173)	70,0 %

### 6.7.5 Besoins perçus

Il est préoccupant de constater que près d'un aîné sur cinq (18,0 %) hébergé en CHSLD éprouve des ennuis ou des douleurs avec ses prothèses et 15,4 % avec ses dents. Les aînés ressentent très peu de problèmes avec leurs gencives. Une personne sur dix (9,2 %) souhaite une nouvelle prothèse supérieure ou des réparations et 15,2 % une nouvelle prothèse inférieure ou des réparations. Comme on peut le voir, la perception des besoins des services buccodentaires par les personnes âgées n'a pas changé au cours du dernier quart de siècle. La plupart des résidants ne croient pas avoir besoin de soins buccodentaires.

**Tableau 11 – Besoins perçus**

Besoins perçus	Nombre	%
Ressentent ennuis, douleurs ou inconfort avec leurs prothèses lorsque porteurs de prothèses		
– oui	(59)	18,9 %
– non	(269)	82,0 %
Ressentent ennuis, douleurs ou inconfort avec leurs dents, chez les personnes ayant au moins une dent		
– oui	(23)	15,4 %
– non	(126)	84,6 %
Ressentent ennuis, douleurs ou inconfort avec leurs gencives, chez les personnes ayant au moins une dent		
– oui	(5)	3,4 %
– non	(144)	96,4 %
Ressentent ennuis, douleur ou inconfort selon la dernière utilisation		
– édentés		
– moins de 1 an	(18)	42,9 %
– entre 1 et 4 ans	(15)	31,3 %
– 5 ans et plus	(19)	27,4 %
– dentés		
– moins de 1 an	(11)	19,3 %
– entre 1 et 4 ans	(5)	20,8 %
– 5 ans et plus	(4)	21,6 %
Souhaitent avoir des prothèses lorsque n'en ont pas ou ne les portent plus depuis au moins un mois		
– oui	(5)	11,9 %
– non	(37)	88,1 %
Souhaitent que leurs prothèses soient refaites ou réparées chez les porteurs de prothèses		
– oui		
– max. sup.	(24)	9,2 %
– max. inf.	(41)	15,6 %
– non		
– max. sup.	(230)	87,8 %
– max. inf.	(193)	73,7 %

### 6.7.6 Besoins diagnostiqués

Il est très important de noter que le jugement des dentistes, en ce qui a trait au besoin de traitement prothétique, tenait compte de différents facteurs individuels de la personne tels : âge, satisfaction avec la prothèse, capacité à se déplacer, capacité de payer, etc., et non uniquement de la condition clinique. En ce qui concerne le traitement des dents cariées, ces facteurs ont également été pris en considération. Aussi, les lésions carieuses de l'émail et les caries arrêtées n'ont pas toujours été identifiées comme nécessitant un traitement.

On remarque que c'est au niveau des traitements du parodonte que l'écart entre les besoins ressentis par les personnes âgées et les besoins diagnostiqués lors de l'examen clinique est le plus grand. En effet, seulement 3,2 % des personnes ayant des dents naturelles ressentent des ennuis, douleurs ou inconfort avec leurs gencives mais près de la moitié d'entre elles (48,7 %) ont un besoin diagnostiqué de traitement du parodonte.

**Tableau 12 – Besoins diagnostiqués**

Besoins diagnostiqués	Nombre	%
Besoins évidents de prothèses, réparation, remodelage ou regarnissage parmi les porteurs de prothèses		
– oui	(35)	11,5 %
– non	(270)	88,5 %
Présence de caries chez les personnes ayant au moins une dent		
– oui	(75)	49,3 %
– non	(77)	50,7 %
Besoins de traitements des dents chez les personnes ayant au moins une dent		
– oui	(33)	21,8 %
– non	(119)	78,3 %
Besoins de traitements du parodonte chez les personnes ayant au moins une dent		
– oui	(74)	48,7 %
– non	(75)	50,3 %

#### 6.7.7 Utilisation des services buccodentaires

Plus de 50 % des personnes hébergées en CHSLD n'ont eu aucun recours aux services buccodentaires au cours des cinq dernières années. Si on compare les présents résultats avec ceux de 1980, on constate une certaine amélioration, quoique nettement insuffisante. Les derniers soins buccodentaires remontent en moyenne à 16,38 années en 1980 versus 9,28 en 2004.

On remarque que 63,8 % des personnes dentées ont eu recours dans les cinq dernières années à des services dentaires contre 38,8 % pour les personnes édentées. De plus, les personnes ayant des dents naturelles désirent davantage être vues par un dentiste ou un denturologiste (39,5 %) que celles complètement édentées (20,2 %). La raison principale du non-recours aux services buccodentaires depuis plus de cinq ans par les résidents ne semble pas d'ordre économique mais pourrait s'expliquer plutôt par l'absence de besoin ressenti.

**Tableau 13 – Dernière utilisation des services buccodentaires**

<b>Utilisation</b>	<b>Nombre</b>	<b>%</b>
Dernière utilisation de services dentaires		
▪ édentés		
– moins de 1 an	(43)	18,1 %
– entre 1 et 4 ans	(49)	20,7 %
– 5 ans et plus	145)	61,2 %
▪ dentés		
– moins de 1 an	(57)	43,8 %
– entre 1 et 4 ans	(26)	20,0 %
– 5 ans et plus	(47)	36,2 %
Désirent être vus par un dentiste ou un denturologiste		
▪ oui		
– édentés	(53)	20,2 %
– dentés	(60)	39,5 %
▪ non		
– édentés	(210)	79,8 %
– dentés	(92)	60,5 %
Désirent être vus par un dentiste ou un denturologiste, selon la dernière utilisation des services dentaires		
▪ édentés : dernière utilisation		
– moins de 1 an	(16)	37,2 %
– entre 1 et 4 ans	(12)	24,5 %
– 5 ans et plus	(23)	30,2 %
▪ dentés : dernière utilisation		
– moins de 1 an	(29)	50,9 %
– entre 1 et 4 ans	(12)	46,2 %
– 5 ans et plus	(7)	43,4 %
Raisons du non-recours aux services buccodentaires lorsque n'a pas reçu de soins de plus de 5 ans		
▪ aucun besoin	(188)	89,5 %
▪ raison économique	(13)	6,2 %

## 7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

---

La présente étude a démontré que la santé buccodentaire des aînés hébergés en CHSLD ne s'est pas vraiment améliorée depuis les deux dernières décennies. Compte tenu des caractéristiques des régions participantes, on peut présumer que la situation de l'ensemble des régions du Québec est semblable. Les problèmes sont tels qu'ils démontrent la nécessité d'instituer des programmes de prévention et de traitements adaptés à leur condition.

La pertinence de ces programmes est d'autant plus grande que les projections démographiques montrent que le vieillissement de la population amènera des personnes âgées hébergées en institution plus conscientes de l'importance de leur santé buccodentaire et habituées à recevoir des soins buccodentaires réguliers et de qualité.

Même si le Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012 a, dans ses objectifs portant sur les habitudes de vie, celui d'« ...améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âge », il ne contient pas, dans la première phase de 2003-2006, de cible en santé buccodentaire qui s'adresse aux personnes âgées.

Il serait très souhaitable d'inclure des cibles en santé buccodentaire pour les personnes âgées en perte d'autonomie dans les phases ultérieures du Programme national de santé publique (PNSP) et conséquemment dans les plans d'action régionaux (PAR) et locaux (PAL).

À la lumière de ces résultats, nous recommandons les mesures suivantes :

- ✎ Tous les résidants des CHSLD, en tenant compte de leur capacité, devraient être examinés par un dentiste dès leur admission. Un traitement approprié à l'état de santé du résidant devrait être appliqué, si possible, de façon à éliminer les problèmes buccodentaires actuels. Un plan de soins préventifs devrait être institué à cette occasion.
- ✎ Un formulaire de soins buccodentaires quotidien devrait être intégré au plan de soins pour tous les résidants en état de recevoir de tels soins et rempli quotidiennement.
- ✎ Un suivi annuel, avec des soins de base, devrait être assuré par un professionnel de la santé dentaire selon l'état de santé buccodentaire du résidant.
- ✎ La sensibilisation et l'éducation des résidants à l'importance de l'hygiène buccodentaire devraient être assurées par le personnel des établissements après une formation dispensée par les dentistes des directions de santé publique du réseau.
- ✎ Des cibles de santé buccodentaire pour les personnes âgées devraient être incluses dans la deuxième phase du Programme national de santé publique (2006-2009) et dans les plans d'actions régionaux et locaux.
- ✎ L'accessibilité aux soins buccodentaires devrait être facilitée par la couverture partielle des soins de base par la RAMQ.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

1. BRODEUR, J.M., P. Simard et D. Kandelman. *Étude sur la santé buccodentaire des personnes de 65 ans et plus*. Rapport final. GRIS. Université de Montréal, 1982.
2. BRODEUR, J.M., M. Payette, M. Benigeri et autres. *Étude sur la santé buccodentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec*. Résultats du sondage. DSP-RRSSS de Montréal-Centre, 1995.
3. CORBEIL, P. et P. Crelier. *Portrait de la santé buccodentaire des personnes âgées en perte d'autonomie hébergées dans les Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) de la Montérégie*. DSP-RRSSS Montérégie, 1999.
4. *Perspectives de la population mondiale*. Révision 2000. Organisation des Nations Unies (ONU).
5. *Institut de la statistique du Québec*. Perspectives démographiques du Québec 1996-2041. Édition 2000, 2003.
6. DOLAN, T et K. Atchison. *Implications of access, utilization and need for oral health care by the non-institutionalized and institutionalized elderly on the dental delivery system*. J Dental Educ 1993; 57(12):876-87.
7. OMS. *Global health data bank*. Genève, 2002.
8. MARCUS, S.E., T.F. Drury, L.J. Brown et G.R. Zion. *Tooth retention and tooth loss in the permanent dentition of adults. United States, 1988-1991*. J Dent Res 1996; 75:684-95.
9. GILFT, H.C., G. Cherry-Peppers et R.J. Oldakowaski. *Oral health status and related behaviours of US nursing home residents, 1995*. Gerodontology 1997; 14(2):89-99.
10. STUBBS, C. et P.J. Riordan. *Dental screening of older adults living in residential aged care facilities in Perth*. Aust Dent J 2002; 47(4):321-6.
11. PELTOLA, P., M.M. Vehkalahti et K. Wuolijoki-Saaristo. *Oral health and treatment needs of long-term hospitalised elderly*. Gerodontology 2004; 21:91-9.
12. GALANT, D., M. Brex et M.R. Heath. *Oral health status of a population of community-dwelling older Canadians*. Gerodontology 1995; 12(1):41-8.
13. HAWKINS, R., P. Main et D. Locker. *Oral health status and treatment needs of Canadian adults aged 85 years and over*. Spec Care Dent 1998; 18(4):164-9.
14. BRODEUR, J.M., L. Simard, D. Lachapelle et R. Vallée. *Problèmes gastro-intestinaux et nutrition chez les personnes âgées complètement édentées sans prothèses fonctionnelles*. Rapport de recherche, Université Laval, 1990.
15. BERKEY, D. et R. Berg. *Geriatric oral health issues in the US*. Int Dent J 2001; 51:254-64.
16. MCGUIRE, S.M., C.H. Fox, C.W. Douglass, S.L. Tennstedt et H.A. Feldman. *Beneath the surface of coronal caries: primary decay, recurrent decay, and failed restorations in a population-based survey of New England elders*. J Public Health Dent 1993; 53(2):76-82.
17. SIMONS, D, E.A Kidd et D. Beighton. *Health of elderly occupants in residential homes*. Lancet 1999; 353(22):1761.
18. WYATT, C.L. *Elderly Canadians residing in long-term care hospital: Part II. Dental caries status* J Can Dent Assoc 2002; 68(6):359-63.
19. ISAAKSSON, R., B. Söderfeldt et T. Nederfors. *Oral and treatment need and oral treatment intention in a population enrolled in long-term care in nursing homes and home care*. Acta Odontol Scand 2003; 61:11-8.
20. BROWN, L., J.A. Brunelle et A. Kingman. *Periodontal status in the USA, 1988-199 : Prevalence, extent, and demographic variation*. J Dent Res 1996; 75:672-83.
21. AJWANI, S., T. Tervonen, T.O. Narhi et A. Ainamo. *Periodontal health status and treatment needs among the elderly*. Spec Care Dentist 2001; 21(3):98-103

