



ERS

ENQUÊTE RÉGIONALE
SUR LA SANTÉ
DES PREMIÈRES NATIONS
DU QUÉBEC

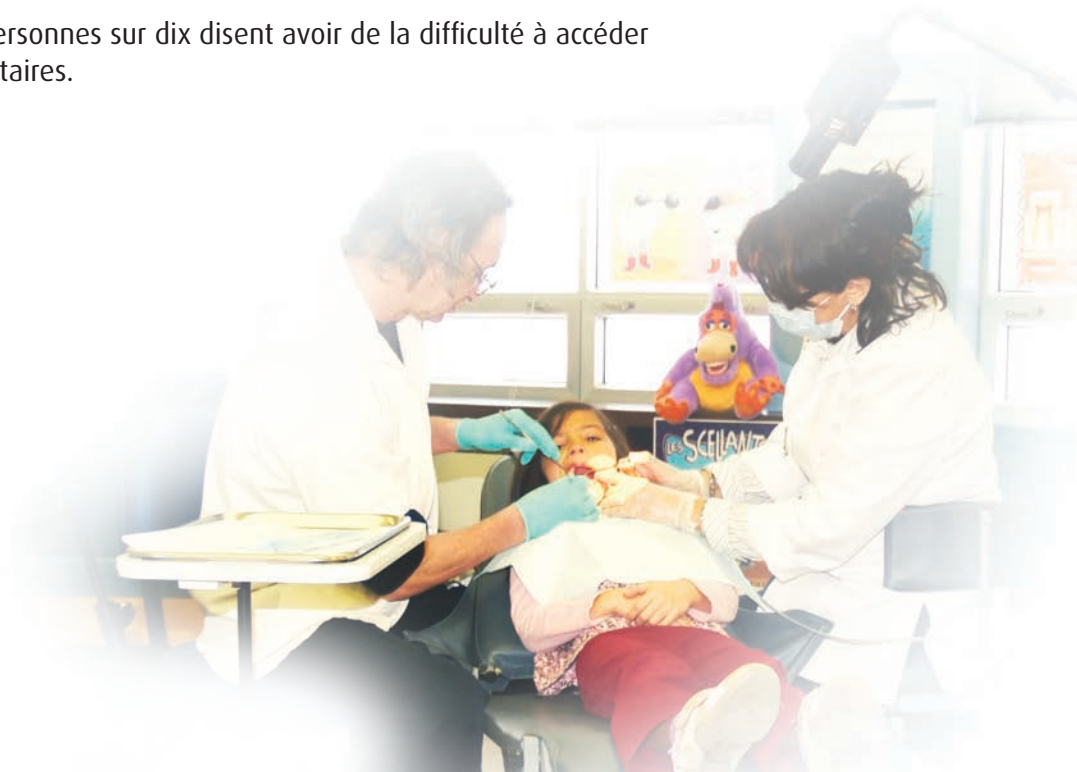


COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS
DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

SANTÉ BUCCODENTAIRE

Faits saillants

- Huit personnes sur dix disent avoir une bonne, très bonne ou excellente santé buccodentaire.
- La prévalence de la carie du biberon chez les enfants (0-5 ans) augmente avec l'éloignement.
- Plus du tiers des adultes de 65 ans et plus n'ont aucune dent naturelle.
- Près des deux tiers de la population expriment le besoin de recevoir des soins dentaires.
- Les besoins de soins les plus souvent exprimés sont l'examen / le nettoyage et l'obturation (plombage).
- Près de deux personnes sur dix disent avoir de la difficulté à accéder à des soins dentaires.



MISE EN CONTEXTE

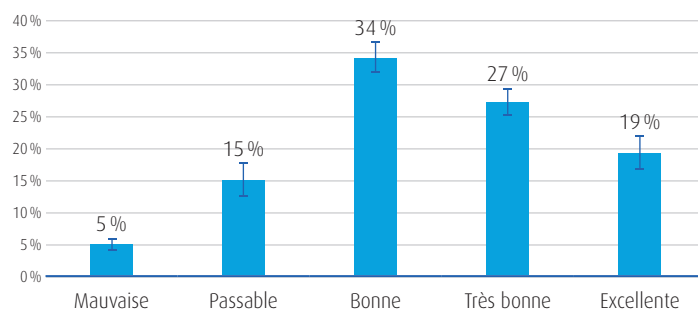
Une bonne santé buccodentaire est importante pour l'état de santé globale d'une personne. Cela « contribue à son bien-être physique, mental et social et [...] améliore sa qualité de vie, en lui permettant de s'exprimer, de s'alimenter et de socialiser sans douleur, malaise ou gêne » (Association dentaire canadienne, 2017).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, plusieurs éléments peuvent contribuer à améliorer et à préserver la santé buccodentaire, comme une hygiène dentaire adéquate, une alimentation saine, de même qu'éviter l'usage du tabac et la consommation excessive d'alcool. De plus, le revenu, l'accès aux soins dentaires et la présence de certaines mesures de santé publique (p. ex. : programmes de fluoration de l'eau potable) sont aussi des facteurs protecteurs pouvant promouvoir la bonne santé buccodentaire.

PERCEPTION DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE

Les données de l'ERS 2015 indiquent que, dans l'ensemble de la population vivant dans les communautés des Premières Nations, environ huit personnes sur dix estiment avoir une « bonne », « très bonne » ou « excellente » santé buccodentaire¹ (FIGURE 1). Toutefois, la proportion est moindre chez les résidents de communautés situées en zone 4, avec six personnes sur dix (59 %).

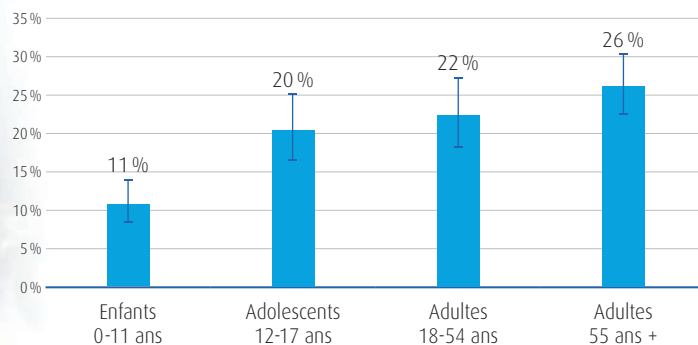
FIGURE 1
Autoévaluation de la santé buccodentaire (population totale)



Perception selon l'âge

Alors qu'environ un enfant sur dix a une santé buccodentaire qualifiée de mauvaise ou passable, les proportions sont plus élevées chez les adolescents et les adultes (FIGURE 2).

FIGURE 2
Personnes évaluant leur santé buccodentaire comme mauvaise ou passable selon le groupe d'âge

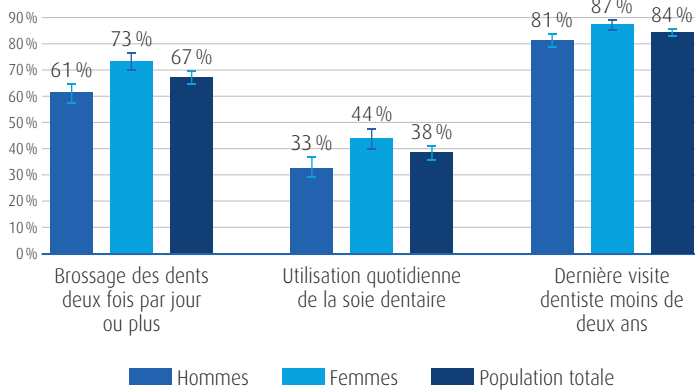


1 La santé buccodentaire des enfants de 0 à 11 ans a été évaluée par le parent ou le tuteur répondant au questionnaire « enfants ».

HYGIÈNE ET PRÉVENTION

Selon les résultats de l'enquête, les deux tiers de la population affirment se brosser les dents au moins deux fois par jour. Par contre, moins de quatre personnes sur dix utilisent quotidiennement la soie dentaire. On remarque aussi qu'une forte majorité de personnes disent avoir visité le dentiste au cours des deux années précédant l'enquête. À la lecture de la FIGURE 3, on constate que les femmes ont de meilleures habitudes d'hygiène et de prévention que les hommes.

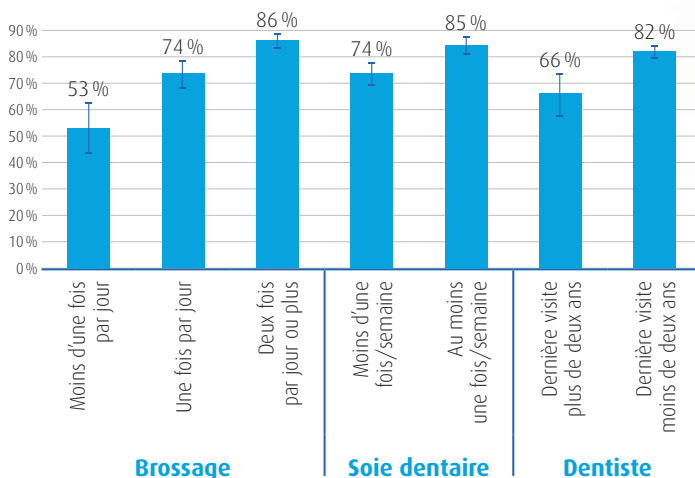
FIGURE 3
Habitudes d'hygiène buccodentaire et de prévention selon le sexe (population totale)



Impact sur la perception de la santé buccodentaire

Les données indiquent clairement que les personnes qui ont de bonnes pratiques d'hygiène et qui consultent le dentiste considèrent avoir une bonne santé buccodentaire dans de plus grandes proportions que celles qui négligent ces aspects (FIGURE 4).

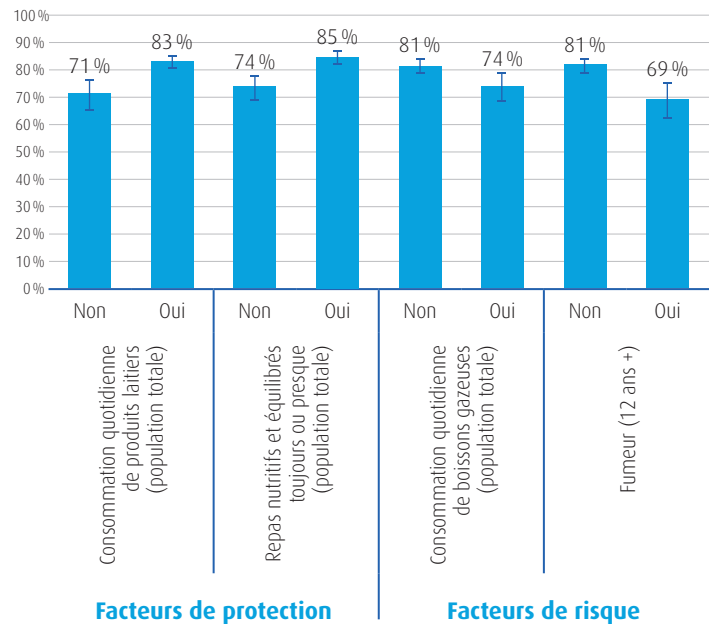
FIGURE 4
Personnes évaluant avoir une bonne, très bonne ou excellente santé buccodentaire, selon la fréquence des pratiques d'hygiène et de consultation du dentiste (population totale)



TABAGISME ET ALIMENTATION

La FIGURE 5 illustre que les personnes jugent plus souvent avoir une bonne santé buccodentaire lorsqu'elles ont de bonnes habitudes alimentaires et qu'elles ne fument pas.

FIGURE 5
Personnes évaluant leur santé buccodentaire comme bonne, très bonne ou excellente selon les habitudes alimentaires et le tabagisme

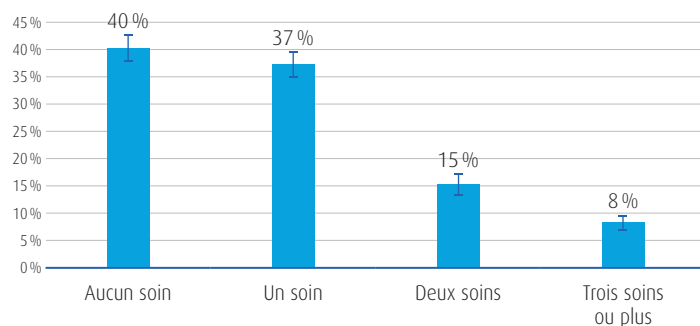


LES BESOINS DE SOINS BUCCODENTAIRES

Nombre de besoins

En 2015, 62 % de la population expriment le besoin de recevoir des soins dentaires, comparativement à 72 % en 2008. Près du quart de la population estime nécessaire de recevoir deux types de soins ou plus (FIGURE 6) parmi les sept types de soins suivants : examen / nettoyage, obturation (plombage), extraction dentaire, prothèse (y compris l'entretien et la réparation), traitement au fluor, traitement parodontal (gencives) et orthodontie.

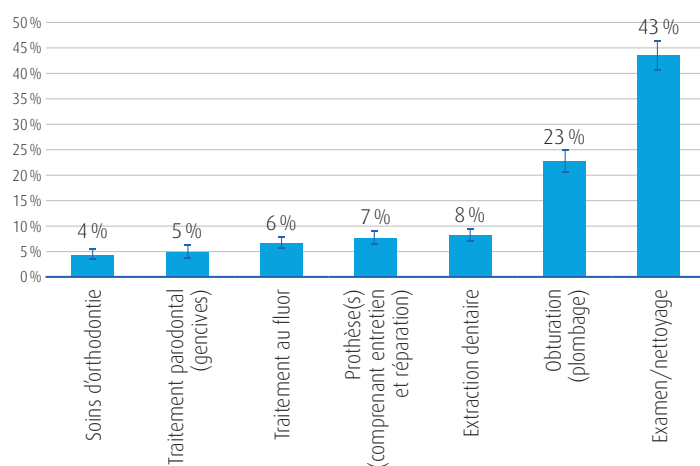
FIGURE 6
Répartition de la population totale selon le nombre de soins dentaires nécessaires



Types de soins

La FIGURE 7 illustre les besoins de soins dentaires rapportés par la population. On constate que plus de quatre personnes sur dix expriment le besoin d'un examen et d'un nettoyage dentaires, et que près du quart d'entre elles disent avoir besoin de plombages.

FIGURE 7
Proportion de personnes ayant besoin de soins buccodentaires selon le type de soins (population totale)



Les besoins de soins buccodentaires varient en fonction de l'âge. Ainsi, on estime plus grande la nécessité de traitement au fluor pour les enfants, les adolescents expriment davantage le besoin de traitement orthodontique et les adultes plus âgés ont davantage besoin de prothèses dentaires.

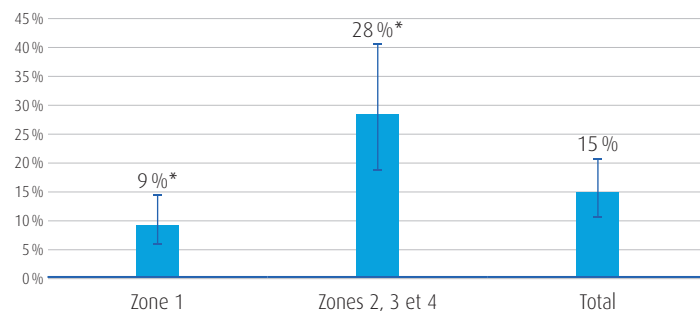
PROBLÈMES BUCCODENTAIRES

Carie du biberon

L'expression « carie du biberon » désigne la carie causée par le fait de mettre son enfant au lit en lui laissant son biberon pendant une longue période ou le fait de remplir le biberon avec des liquides autres que du lait et de l'eau, comme du jus de fruits, qui contient beaucoup de sucre (Ordre des dentistes du Québec, 2006).

Les résultats de l'enquête permettent de constater que près d'un enfant (0-5 ans) sur sept est ou a été affecté par la carie du biberon. De plus, les enfants qui résident en zone 2, 3 ou 4 sont plus susceptibles d'en être affectés que ceux résidant en zone 1 (FIGURE 8).

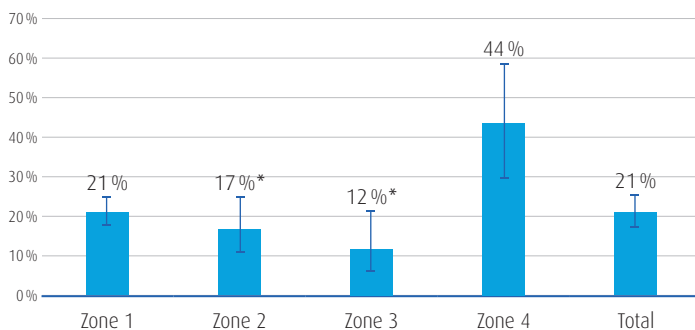
FIGURE 8
Proportion d'enfants (0-5 ans) touchés par la carie du biberon selon l'éloignement



Problèmes et douleurs dentaires

Les adolescents (12-17 ans) sont le seul groupe d'âge auquel la question sur les problèmes et la douleur dentaires était posée. Comme le montre la **FIGURE 4**, environ deux adolescents sur dix disent avoir éprouvé des problèmes ou avoir ressenti de la douleur dans le mois précédant l'enquête. On remarque que la proportion semble varier selon la zone géographique et qu'elle est considérablement plus élevée en zone 4, avec plus de quatre adolescents sur dix (**FIGURE 9**).

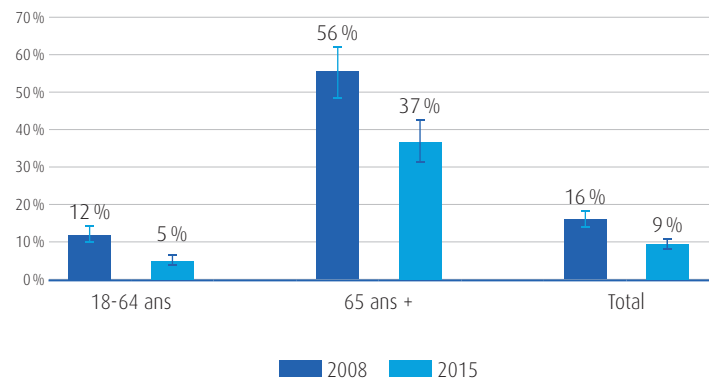
FIGURE 9
Proportion d'adolescents (12-17 ans) ayant éprouvé des problèmes ou des douleurs dentaires au cours du mois précédant l'enquête, selon la zone géographique



Absence de dents naturelles

La perte de toutes les dents d'adulte peut entraîner plusieurs problèmes, comme « une modification des habitudes alimentaires, des carences nutritionnelles, une perte de poids involontaire et des difficultés d'élocution (si elle n'est pas corrigée) » (Association dentaire canadienne, 2017). Les données de l'enquête révèlent que près d'un adulte sur dix est touché par ce problème. La situation s'est améliorée depuis 2008, alors que la proportion était d'environ un adulte sur six. Cette condition touche principalement les personnes de 65 ans et plus, mais on observe une amélioration depuis 2008, alors que plus de la moitié d'entre elles rapportaient n'avoir aucune dent naturelle. En 2015, c'est le cas pour un peu plus du tiers (**FIGURE 10**). Chez ces dernières, 8%* disent ne pas avoir de prothèse dentaire.

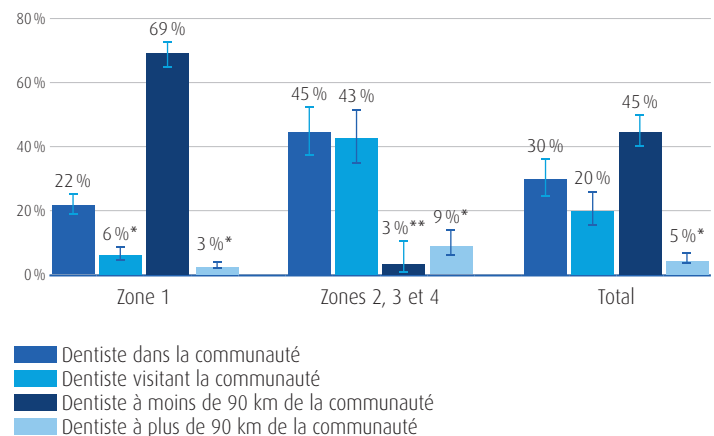
FIGURE 10
Proportion d'adultes n'ayant aucune dent naturelle selon le groupe d'âge



ACCÈS AUX SOINS

La question sur l'accès à un dentiste ne visait que les enfants (0-11 ans). Au moment de l'enquête, comme l'indique la **FIGURE 11**, la moitié des enfants avaient reçu leurs derniers soins dentaires dans la communauté, les autres ayant dû se déplacer à l'extérieur, généralement à moins de 90 km. Cela est surtout le cas dans les communautés en zone 1, où plus des deux tiers des enfants avaient consulté un dentiste à l'extérieur de la communauté. En zones 2, 3 et 4, une forte majorité d'enfants avaient reçu des soins dans la communauté, soit d'un dentiste qui y était établi, soit d'un dentiste en visite. Toutefois, environ un enfant sur dix avait dû parcourir plus de 90 km pour consulter un dentiste.

FIGURE 11
Accès à un dentiste chez les enfants (0-11 ans) selon l'éloignement

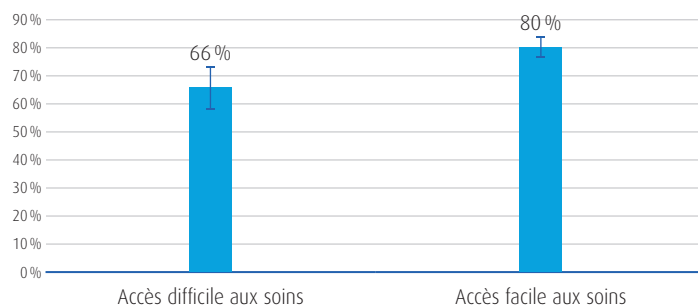


Outre l'accès parfois difficile à un dentiste, d'autres types d'obstacles aux soins buccodentaires doivent être considérés. Par exemple, 11 % de la population mentionnent la non-prise en charge de certains soins par le *Programme des services de santé non assurés* (SSNA)² et 7 % invoquent les frais directs ou indirects (transport, garderie) liés aux soins.

Impact sur la perception de la santé buccodentaire

Il semble y avoir un lien entre la santé buccodentaire et l'accès aux soins dentaires. La proportion d'adultes déclarant n'avoir eu aucune difficulté à obtenir des soins est de 82 %. Parmi eux, huit personnes sur dix jugent leur santé buccodentaire bonne, très bonne ou excellente. Chez les personnes affirmant avoir eu des difficultés à accéder à des soins, seulement les deux tiers jugent leur santé buccodentaire bonne, très bonne ou excellente (FIGURE 12).

FIGURE 12
Adultes évaluant leur santé buccodentaire comme bonne, très bonne ou excellente selon l'accès aux soins dentaires



CONCLUSION

À la lumière des résultats de l'ERS, on constate que la majorité de la population estime avoir une bonne santé buccodentaire et met en pratique les habitudes d'hygiène et de suivi dentaires recommandées. On remarque toutefois que des proportions non négligeables d'enfants, d'adolescents et d'adultes sont aux prises avec certains problèmes buccodentaires et que ces proportions augmentent souvent avec l'éloignement des communautés. L'hygiène dentaire, le suivi par un dentiste et la bonne alimentation ont un impact positif sur la perception de la santé buccodentaire. Il apparaît donc important de promouvoir de bonnes pratiques et de saines habitudes de vie. De plus, il ne faut pas négliger l'importance d'avoir un accès facile aux soins dentaires pour tous, ce qui semble toujours problématique pour une partie importante de la population.

BIBLIOGRAPHIE

Association dentaire canadienne, site Web consulté le 23 novembre 2017, au https://www.cda-adc.ca/fr/about/position_statements/.

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, site Web consulté le 23 novembre 2017 au <http://cssspnql.com/champs-intervention/sante/acces-services>.

Ordre des dentistes du Québec, 2006. *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec. La carie de la petite enfance*. Supplément avril 2006. 24 p.

[En ligne] http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/DossierSante/CariesPetiteEnfance/supplement_carie.pdf.

Organisation mondiale de la Santé, Site Web consulté le 23 octobre 2017, au <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>.

² Le programme des SSNA « permet le paiement de certains médicaments et services médicaux qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance privée ou par la Régie de l'assurance maladie du Québec » (CSSSPNQL, 2017).



MÉTHODOLOGIE EN BREF

La troisième vague de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) chez les Premières Nations vise à décrire l'état de santé de la population au sein des communautés des Premières Nations au Québec. Elle a été réalisée de février 2015 à mai 2016 dans 21 communautés issues de huit nations et a permis de joindre 3 261 personnes (825 enfants de 0 à 11 ans, 769 adolescents de 12 à 17 ans et 1 667 adultes de 18 ans et plus) qui ont répondu à un questionnaire électronique soumis par des agents de terrain.

Les données suivies du signe «*» ont un coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 % et doivent être interprétées avec prudence. Le signe «**» indique un coefficient de variation supérieur à 33,3 %. Ces données ne sont pas publiées, à l'exception des estimations inférieures à 5 %. Ces dernières doivent être interprétées avec prudence. Les traits présentés dans les diagrammes à bâtons ou à barres correspondent aux intervalles de confiance calculés selon un niveau de confiance de 95 %.

Dans certains cas, les données sont présentées selon la zone géographique de la communauté des répondants. Ces zones se définissent comme suit³ :

- Zone 1 (urbaine) : moins de 50 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 2 (rurale) : entre 50 et 350 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 3 (isolée) : plus de 350 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 4 (difficile d'accès) : pas de route.

Centre de services : la localité la plus proche pour accéder aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.

Dans le cadre de l'ERS, le terme « communauté » est utilisé pour représenter les « réserves indiennes ».

Pour plus de détails, veuillez consulter le feuillet *Méthodologie* de l'ERS.

Le rapport de l'ERS est constitué de 20 feuillets thématiques. L'ensemble des feuillets peut être consulté au centre de documentation de la CSSSPNQL : <https://centredoc.cssspnql.com>.

³ AANC <http://fnp-ppn.aandc-aadnc.gc.ca/fnp/main/Definitions.aspx?lang=fra#Geography> [consulté le 2018-01-03].

Rédaction

Matthieu Gill-Bougie, assistant technique de recherche,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Comité consultatif régional

André Simpson, épidémiologiste, Institut national de santé
publique du Québec

Françoise Gédéon, coordonnatrice des services sociaux,
familles d'accueil, Gesgapegiag

Marie-Noëlle Caron, conseillère en santé publique,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Martine Awashish, coordonnatrice – programme de prévention
du suicide, Services de santé d'Opitciwan

Oumar Ba, gestionnaire régional, Direction générale de la santé
des Premières nations et des Inuits

Serge Rock, Danny Robertson, coordonnateur régional jeunesse,
Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador

Sony Diabo, aîné de Kahnawake

Révision du contenu

Marie-Noëlle Caron, conseillère en santé publique,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Relecteurs

Faisca Richer, Secteur Santé des Autochtones,
Institut national de santé publique du Québec

Mathieu-Olivier Côté, analyste principal de données,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Nancy Gros-Louis McHugh, gestionnaire du secteur de la
recherche, Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Révision linguistique

Chantale Picard, coordonnatrice des services linguistiques,
CSSSPNQL

Vicky Viens

Graphisme et mise en page

Patricia Carignan, designer graphique

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

Ce document est aussi disponible en anglais et peut être
téléchargé à partir du site Web de la CSSSPNQL :
<https://centredoc.cssspnql.com>.

Crédits photos : CSSSPNQL, Manon Dumas et Patrice Gosselin.

Citation suggérée :

Commission de la santé et des services sociaux des Premières
Nations du Québec et du Labrador. (2018). *Enquête régionale
sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 :
Santé buccodentaire*. Wendake : CSSSPNQL.

ISBN : 978-1-77315-161-8

Dépôt légal – 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec /
Bibliothèque et Archives Canada

© Propriété intellectuelle revenant à la CSSSPNQL

© CSSSPNQL – 2018