

AGING OF THE LEBANESE POPULATION: DEMOGRAPHICS, HEALTH ASSESSMENT AND IMPACT ON ORAL HEALTH

Dr. Nada El Osta* | Prof. Stephanie Tubert-Jeannin** | Prof. Nada Bou Abboud Naaman***
 Prof. Martine Hennequin**** | Dr. Lana El Osta***** | Pr. Negib Geahchan*****

Abstract

This research was performed with national organizations to gather socio-demographic and sanitary information regarding aging population in Lebanon. It was also accomplished through investigators concerned in health care in Lebanon. Demographic trends, life expectancy, variations in population aging within the country were illustrated. We also appraised general and dental status, health service and policy, in addition to social security anticipated for elderly.

Keywords: aging - demography – life expectancy.

IAJD 2011;2(1):5-12.

VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION LIBANAISE: DÉMOGRAPHIE, ÉVALUATION SANITAIRE, ET IMPACT EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Résumé

Cette recherche a été effectuée auprès des organismes nationaux pour rassembler les informations sociodémographiques et sanitaires concernant la population libanaise âgée de 65 ans et plus. Elle a été également réalisée auprès des chercheurs qui se sont intéressés à la santé des personnes âgées au Liban. Plusieurs informations ont été collectées, notamment l'évolution démographique de la population libanaise, la répartition des personnes âgées par âge et par sexe, leur espérance de vie, leur origine géographique, la part des personnes âgées indépendantes ou vivant en institution, leur état de santé général et bucco-dentaire ainsi que l'accès aux soins médicaux et dentaires.

Mots clés: vieillissement – démographie - espérance de vie.

IAJD 2011;2(1):5-12.

* DCD, DESP, MSBM, UD Epidemio & Clin Res, UD Legal Medicine, IUD Biostatistics.
 Teaching assistant, Dpt of Prosthodontics, Faculty of Dental Medicine, Saint-Joseph University.
 Lecturer, Dpt of Public Health, Faculty of Medicine, Saint-Joseph University of Beirut.
 pronada99@hotmail.com – nada.osta@usj.edu.lb

**** PhD,
 University Professor,
 Head of section Professor, Dpt of Conservative Dentistry,
 Faculty of Dentistry, Auvergne University, France.

** PhD
 Professor and Vice-Dean,
 Head of teaching section, Dpt of Public Health
 Faculty of Dentistry, Auvergne University, France.

***** MD, Specialization degree in Family Medicine, MSBM, UD Legal Medicine, UD Epidemio & Clin Res,
 Lecturer, Dpt of Public Health,
 Faculty of Medicine, Saint-Joseph University of Beirut.

*** PhD, Dean,
 Professor, Dpt of Periodontics,
 Faculty of Dental Medicine, Saint-Joseph University of Beirut.

***** Professor of oncologic surgery at Hotel-Dieu de France, Beirut.
 Vice-Dean of the Faculty of Medicine,
 Saint-Joseph University of Beirut.

Introduction

Le vieillissement démographique correspond à l'évolution de la composition par âge de la population, dans le sens d'une augmentation de la proportion des personnes âgées par rapport à la population globale. Pour qu'il y ait vieillissement, il n'est pas nécessaire que l'effectif de la population âgée augmente; il peut même diminuer à condition que la diminution des effec-

tifs des autres catégories d'âge soit encore plus marquée. Il suffit donc que le poids relatif des personnes âgées augmente [1,2].

Il n'existe pas de définition unique pour les personnes âgées puisque la borne inférieure d'âge dépend du domaine d'étude. Pour la retraite, le seuil fixé est de 60 ou 65 ans. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le seuil fixé est de 65 ans et la mesure du vieillissement la plus uti-

lisée est la proportion de personnes dont l'âge excède ce seuil. D'autres types de mesure existent: l'indice de vieillissement, qui est le rapport entre le nombre des personnes âgées et les moins de 20 ans, et le rapport de dépendance qui est le rapport entre le nombre des personnes âgées et le nombre d'adultes [1-3].

Le vieillissement actuel de la population mondiale est un phénomène récent dans l'histoire de l'humanité.

Population de la France Évaluation Provisoire au 1^{er} Janvier 2009

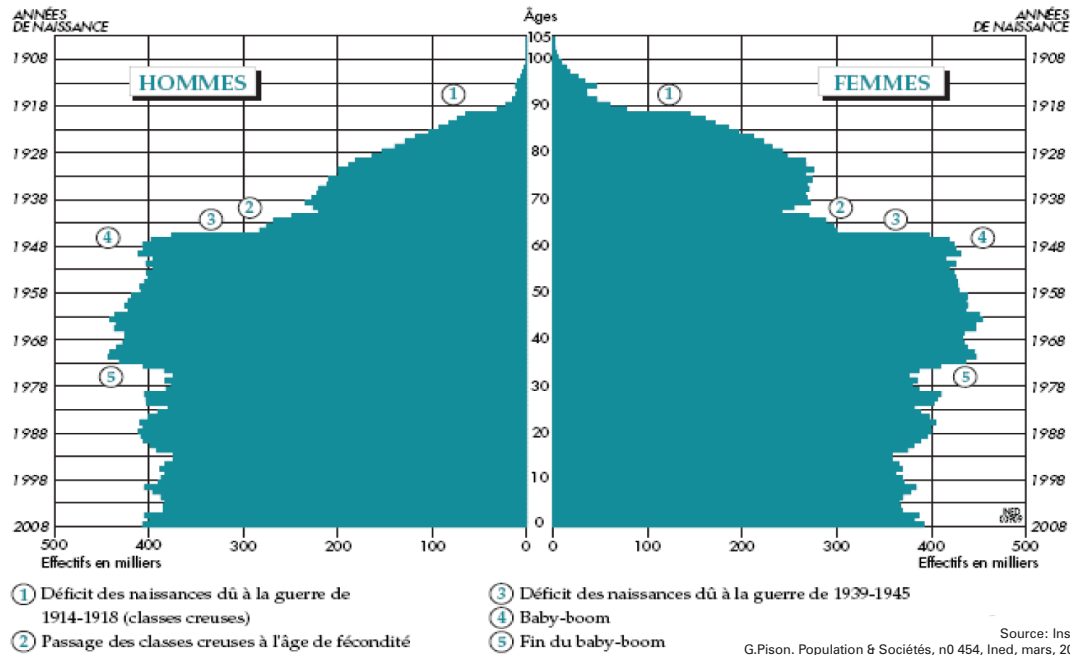


Fig.1: répartition détaillée par sexe et âge illustrée par la pyramide des âges en France 2009[4].

Le nombre de personnes de plus que 60 ans, qui est actuellement de 629 millions, atteindrait les 2 milliards vers 2050, période où pour la première fois de l'histoire, la population de personnes âgées sera supérieure à celle des enfants de moins de 15 ans. Également, le monde a enregistré des progrès prodigieux en termes d'allongement de la durée de vie, particulièrement dans le domaine médical. Parmi les personnes atteignant 60 ans, les hommes peuvent espérer vivre encore 17 ans et les femmes 20 ans. Toutefois, il subsiste de grandes différences entre les pays concernant le taux de mortalité. La classe d'âge qui marque actuellement la progression la plus rapide au monde est celle des 80 ans et plus; d'ici 40 ans, un cinquième des personnes âgées auront 80 ans ou plus [3].

Facteurs influençant le vieillissement

La fécondité, la mortalité et les migrations internationales sont les principaux facteurs de la dynamique

démographique déterminant l'évolution du vieillissement dans un pays. Une baisse de la natalité ou de la mortalité aux âges avancés ou une augmentation de la migration provoquent une accentuation du vieillissement. De plus, une baisse de la mortalité aux jeunes âges et un accroissement de la natalité provoquent un recul du vieillissement [1,2].

Le vieillissement est un phénomène qui touche actuellement la plupart des pays industrialisés. La France, par exemple, est parmi les pays les plus marqués par le vieillissement depuis la fin des années 1970 [4]. La baisse de la mortalité des personnes âgées et la baisse de la natalité ont entraîné un élargissement du sommet de la pyramide des âges et un rétrécissement de sa base. C'est la transition démographique (Fig.1). La pyramide des âges de la France en 2009 révèle une augmentation des naissances au cours des années 1946 à 1974 (baby-boom) qui avait entraîné une diminution du vieillissement durant cette période. Quand ces mêmes personnes

ont dépassé les 65 ans, l'évolution s'est procédée en sens opposé provoquant ce qu'on appelle le *papy-boom* [3].

Vieillesse de la population libanaise

Il existe peu de données démographiques au Liban. Le seul recensement officiel fut réalisé en 1932 sous le mandat français [2,5]. Depuis, aucun recensement officiel n'a été mené afin de ne pas alimenter les tensions politiques et religieuses. Malgré cela, quatre enquêtes sur la population libanaise ont été réalisées par l'Administration Centrale des Statistiques en 1970, 1996, 2004, et 2007 [5-8]. Le tableau 1 montre l'évolution de la démographie au Liban qui a présenté une augmentation d'environ 66% du nombre de citoyens libanais au cours des 40 dernières années. La population des réfugiés palestiniens vivant dans les camps et les citoyens libanais expatriés ne sont pas comptabilisés dans les décomptes officiels de la population du pays.

Année	Population métropolitaine	Effectifs (Pourcentages)					
		0-14 ans		15-64 ans		> 65 ans	
1970	2.265.000	993.900	(43.9%)	1.159.600	(51.2%)	111.500	(4.9%)
1996	3.695.921	1.340.16	(36.2%)	2.148309	(58.2%)	207.452	(5.6%)
2004	3.755.033	1.022.864	(27.2%)	2.449.920	(65.3%)	282.249	(7.5%)
2007	3.759.135	927.973	(24.7%)	2.468.721	(65.7%)	362.441	(9.6%)

Tableau 1 : répartition par âge de la population libanaise au cours des années 1970-2007[5-8].

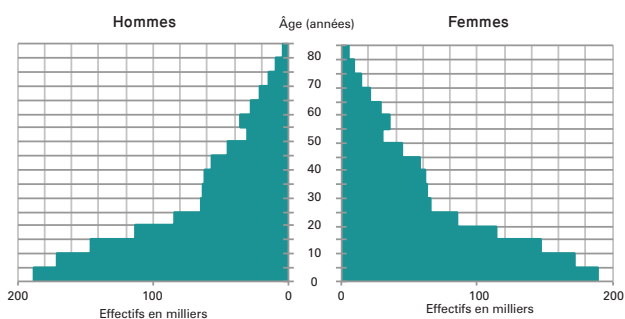


Fig.2: structure par sexe et âge de la population du Liban en 1970 [5].

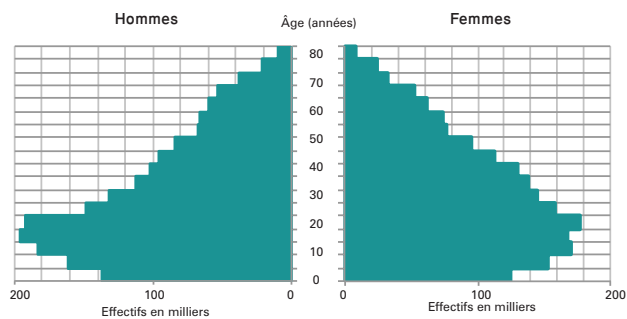


Fig.3 : structure par sexe et âge de la population du Liban en 2007 [8].

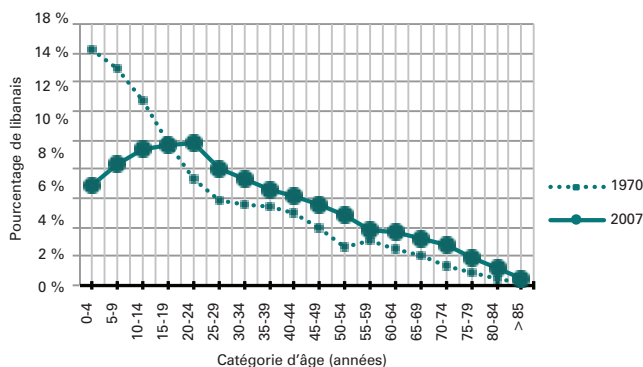


Fig.4 : structure d'âge de la population libanaise en 1970 et 2007[5,8].

Structure par sexe et âge de la population du Liban en 1970

L'enquête par sondage, effectuée en novembre 1970, a montré que la population libanaise était presque équilibrée entre les hommes (50.3%) et les femmes (49.7%). Par ailleurs, 43.9% de la population appartenait à la tranche d'âge 0-14 ans, tandis que 51.2% appartenait à la tranche de 15-64 ans et enfin, 4.9% étaient âgés de 65 ans et plus [5]. La fécondité élevée du Liban avant l'année 1970 avait donné à la pyramide des âges une base très large et un sommet étroit (Fig.2) [5].

Structure par sexe et âge de la population du Liban en 2007

Les données statistiques de l'année 2007 ont montré que la population libanaise était toujours équilibrée entre les hommes (49.4%) et les femmes (50.6%). Tandis que 24.7% de la population appartenait à la tranche d'âge 0-14 ans, 65.7% de la population était dans la tranche d'âge active de 15-65 ans et 9.6% étaient âgés de 65 ans et plus (Fig.3) [8].

Ainsi, il apparaît que la part des plus de 65 ans a augmenté entre 1970 et 2007 pour atteindre 9.6%. Cette part reste largement inférieure à celle de la

population des moins de 15 ans qui représente encore près d'un quart de la population libanaise.

L'ensemble de ces résultats appelle les précisions suivantes:

a- Dès la fin des années soixante, le Liban a vécu, avant les autres pays de la région, une baisse rapide de la natalité. Le taux brut de la natalité, estimé autour de 40‰ dans les années 1960 est passé à 34.4‰ en 1970 et à 27.9‰ en 1996. Cette régression de la natalité était due à une diminution réelle de la fécondité, toutes confessions confondues [9]. Cette baisse, consécutive à une période de fécondité élevée, s'est

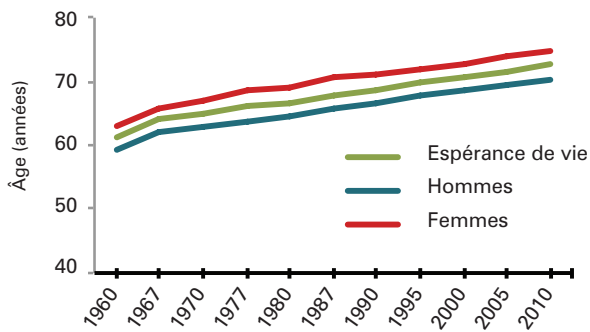


Fig. 5 : espérance de vie à la naissance selon Perspective Monde [2, 10].

2007	Beyrouth	Mont Liban	Liban Nord	Bekaa	Saida, Jezzine, Hasbaya	Nabatiyeh, Tyr, Bent Jbeil, Marjeyoun	Total
Confession religieuse	Chrétiens Musulmans	Chrétiens + + +	Sunnites Chrétiens	Chiïtes + + +	Chrétiens Musulmans	Chrétiens Chiïtes + + +	
65-69ans	16093	50883	19780	15969	6682	12608	122015
70-74ans	14062	42357	19061	13367	7248	9164	105259
75-79ans	12056	26190	13171	7503	4689	7706	71315
80-84ans	5243	21008	8573	4070	2483	4105	45482
85-plus	1331	8063	3573	3181	849	1374	18371
Total	48.785 (1.3%)	148.501 (3.95%)	64.158 (1.71%)	44.090 (1.17%)	21.951 (0.58%)	34.957 (0.93%)	362.441 (9.6%)

Tableau 2: répartition des personnes âgées selon la catégorie d'âge et l'origine géographique en 2007[8].
(+ + +) : fréquence élevée.

traduite par une diminution accélérée de la population de moins de 15 ans (Fig. 4). Entre 1970 et 1996, un accroissement de la population globale de près de 63 % a été observé. Le nombre des moins de 15 ans a augmenté de 34.8% tandis que le nombre des plus de 65 ans a augmenté de 86% (Tableau 1). De ce fait, la population âgée a commencé à croître plus vite que la population totale et la population jeune. Le Liban est ainsi parvenu à la transition démographique [5,6].

b- La situation démographique s'est sensiblement détériorée entre 1996 et 2007 (Tableau 1). Les effectifs des moins de 15 ans ont diminué de 30.8%, et la catégorie des personnes âgées a augmenté de 74.7%, contre un accroissement global de près de 1.7% de la population générale. La population libanaise se trouve dans une

phase avancée de transition démographique, et on assiste de manière accélérée au vieillissement de la population [6, 8].

Espérance de vie

C'est le nombre moyen d'années vécues par les personnes dans un pays donné, avec l'exigence que les conditions socio-médicales prévalant à leur naissance demeurent les mêmes tout au long de leur vie [10]. Au Liban, l'évolution de l'espérance de vie à la naissance a significativement augmenté d'environ 11 ans au cours des 50 dernières années (Fig.5). L'augmentation de la part des femmes dans la population âgée est due à une différence de l'espérance de vie entre les 2 sexes [6-8]. Ainsi en 2010, l'espérance de vie des hommes au Liban

est de 70.4 ans et celle des femmes de 74.76 ans [10].

Emigration libanaise

L'enquête nationale sur «l'entrée des jeunes libanais dans la vie active et l'émigration des libanais depuis 1975» effectuée fin 2001 et publiée en 2003 par Kasparian [11] a permis d'estimer le nombre d'émigrés qui a eu un impact sur la composition démographique de la population libanaise, par la réduction de la catégorie des jeunes libanais en âge de travailler, notamment de sexe masculin, contribuant fortement au processus de vieillissement de la population. Sur la pyramide des âges de la population libanaise de l'année 2007, on distingue le déficit très sensible des jeunes actifs, plus accentué pour les hommes.

	Bain	Habillage	Déplacement	Nourriture	Toilette
Aide partielle	6.5%	4.6%	3.8%	3.0%	1.9%
Aide complète	7.3%	5.3%	4.2%	2.6%	4.3%

Tableau 3: fréquence de personnes âgées demandant une aide partielle ou complète [7].

Souffre au moins d'une maladie	Hypertension artérielle	Maladies cardiaques	Diabète	Maladie ostéo-articulaire	Maladie oculaire, glaucome	Dorso-lombalgie	Dyslipidémie
78.1%	36.7%	23.1%	21.5%	13.3%	9.7%	9.7%	8.6%

Tableau 4: fréquence des maladies chroniques chez les sujets âgés en 2004 [7].

Répartition par origine géographique des personnes âgées

Comme on le perçoit, le niveau de vieillissement actuel de la population libanaise est la résultante de la diminution de la natalité au cours des dernières années, de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'émigration des libanais adultes en âge de travailler [9-11]. La distribution des plus de 65 ans varie sur le territoire libanais. Selon Courbage [12], la répartition géographique de la population âgée se trouve corrélée à la distribution des confessions religieuses. Au Mont-Liban, on retrouve un grand pourcentage de personnes âgées (3.95% en 2007). Au Liban-Sud et à Nabatiyeh, les pourcentages de personnes âgées sont les moins élevés [8]. Le tableau 2 présente le nombre des personnes de 65 ans et plus ainsi que leur pourcentage par rapport à la population totale, en fonction des régions durant l'année 2007.

Dépendance et santé des personnes âgées

Une évaluation de la santé et des besoins de soins a permis de distinguer trois groupes de personnes âgées. La catégorie des personnes indépendantes représentent la majo-

rité des personnes âgées, du fait de l'augmentation de l'espérance de vie. Les données statistiques du ministère des Affaires Sociales et de l'Administration Centrale des Statistiques (ACS) de l'année 2004 ont montré que 14% des personnes de 65 ans et plus aident dans la prise en charge de leurs petits enfants, 49% effectuent les achats pour la famille, 58% aident dans la cuisine et le ménage, et 43% exercent des activités diverses. Ces pourcentages reflètent le nombre de personnes âgées indépendantes [7].

Le deuxième groupe comprend les personnes âgées frêles qui ont perdu une partie de leur indépendance mais qui sont encore capables de vivre chez elles grâce aux soins à domicile.

Le dernier groupe est formé par les âgés dépendants, vivant dans des institutions ou à domicile mais dans l'impossibilité de se déplacer [13]. Le tableau 3 qui précise le pourcentage de personnes de 65 ans et plus, sollicitant une aide partielle ou complète durant les activités de la vie quotidienne, explique l'impossibilité partielle ou totale des personnes âgées d'effectuer les activités physiques de la vie courante [7].

Ces mêmes données ont montré que 78.1% des personnes âgées souffrent au moins d'une maladie chronique dont la fréquence augmente avec le vieillissement pour atteindre

son apogée chez les individus de plus que 70 ans. Le tableau 4 présente le pourcentage des diverses maladies chroniques chez les sujets âgés de 65 ans et plus. En effet, 20177 personnes âgées présentent un handicap (soit 78.1% des personnes de 65 ans et plus); l'handicap étant dû au vieillissement chez 12214 de ces personnes [7]. Les données statistiques n'ont jamais visé le statut bucco-dentaire dans cette tranche d'âge.

Couverture médicale des personnes âgées

Les soins de santé demeurent inaccessibles pour un nombre important de personnes âgées. En 2007, 45.1% des personnes âgées de 65 ans et plus étaient prises en charge par les assurances publiques ou privées alors que 54.9% ne bénéficiaient d'aucune assurance maladie et dépendaient de leur famille ou de leur entourage [8]. Les données du tableau 5 qui illustre le nombre théorique de personnes âgées couvertes par les assurances, concrétisent la marginalisation de la population gériatrique en termes de prise en charge financière des frais de santé.

Au Liban, il n'y a pas un programme de prise en charge des problèmes de santé pour les personnes âgées. Les protocoles de couverture diffèrent entre les assurances publiques :

Age (années)	65-69	70-74	75-79	80-84	85-plus	Total
Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)	24350	22822	16889	10002	2041	76104
Public Servants Cooperation (PSC)	10332	4070	4744	4568	2848	26562
Armée et Force de Sécurité Interne (A/ISF)	16296	13174	5937	3569	901	39877
Assurance privée (<i>employer expense</i>)	376	0	0	0	0	376
Assurance privée (<i>own expense</i>)	6223	5576	3369	1685	259	17112
Municipalité, Mutuelle, de l'étranger	1196	1034	594	555	59	3438
Nombre de personnes âgées prises en charge	58773 (48.2%)	46676 (44.3%)	31533 (44.2%)	20379 (44.8%)	6108 (33.2%)	163469 (45.1%)
Total de personnes âgées	122014	105259	71315	45481	18371	362440

Tableau 5: prise en charge par les assurances médicales en 2007 [8].

les employés des secteurs gouvernementaux couverts par la Coopération Publique (PSC) et militaires couverts par l'Armée et Force de Sécurité Interne (A/ISF) bénéficient d'un plan de retraite et d'une couverture sanitaire, alors que les fonctionnaires non gouvernementaux couverts par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) perdent leur couverture durant la retraite, période durant laquelle le sujet est à haut risque de développer une maladie grave [2].

Les chefs d'entreprises ainsi que les fonctionnaires non contractuels ne profitent d'aucune couverture publique. Pourtant, ils peuvent bénéficier d'une assurance privée qui, d'une part coûte cher, et d'autre part n'est pas accessible aux individus souffrant de maladies graves préexistantes [2].

En ce qui concerne les soins de santé dentaires, les assurances privées en général et la CNSS ne les couvrent pas. Ils sont actuellement pris en charge uniquement pour les assurés du secteur militaire et des forces de sécurité.

Gestion institutionnelle de la vieillesse

Le ministère des Affaires Sociales et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) ont publié en 2010 un rapport sur les 123 institutions d'hébergement dont 41

pour services permanents et 82 pour services quotidiens [14].

Les institutions de services permanents des personnes âgées sont des maisons de retraite, des services de rééducation, ou encore des unités de long séjour. Elles sont classées par le ministère de la Santé comme «hôpitaux pour long séjour». Ces établissements assurent des services résidentiels avec ou sans soins médicaux et paramédicaux. Ils accueillent des malades souffrant de problèmes chroniques et présentant un handicap physique avec ou sans un handicap mental [15].

La plupart de ces établissements sont dirigés par un ordre religieux et sont à but non lucratif. Les établissements sont soutenus par le ministère de la Santé Publique et/ou le ministère des Affaires Sociales. Un plafond concernant le nombre de personnes prises en charge est fixé annuellement par l'Etat, ce qui fait que les personnes additionnelles sont couvertes par leurs propres moyens ou par des donations [15, 16]. Certaines institutions n'imposent pas une condition d'âge, d'autres n'admettent que les personnes âgées de plus que 60 ou 65 ans [16]. L'enquête nationale menée en 2006 par le ministère des Affaires Sociales a montré que 4000 résidents de plus de 65 ans sont pris en charge par ces établissements, ce qui représente environ 1.4% de la population

totale des personnes âgées [15]. Le taux de personnes de 60 ans et plus partiellement ou totalement dépendantes dans ces institutions est de 73%, dont 22% sont atteints d'Alzheimer [17]. Ainsi, la quasi totalité des personnes âgées au Liban vivent dans leur propre foyer. Cela est sans doute dû au rôle de la famille libanaise dans l'encadrement de ses parents âgés.

Les établissements de services quotidiens sont des lieux de rencontre, des cantines pour personnes âgées, des dispensaires qui offrent des services médicaux externes, et des institutions qui aident les personnes âgées à domicile ou en dehors de leur foyer [14].

Les 123 institutions d'hébergement des personnes âgées sont irrégulièrement réparties sur le territoire Libanais, avec le pourcentage le plus élevé au Mont Liban (54% pour les services permanents et 48% pour les services quotidiens) et le plus faible au Sud et à la Bekaa (Fig. 6); cette répartition irrégulière suit celle des personnes âgées. L'idée de loger dans une maison de retraite est mentalement plus acceptée au Mont-Liban, alors que dans les autres régions, les traditions, la religion, la mentalité et la guerre n'autorisent pas à mettre une personne âgée en maison de retraite. Le réseau social semble être plus fort dans le Sud [12, 14-17].

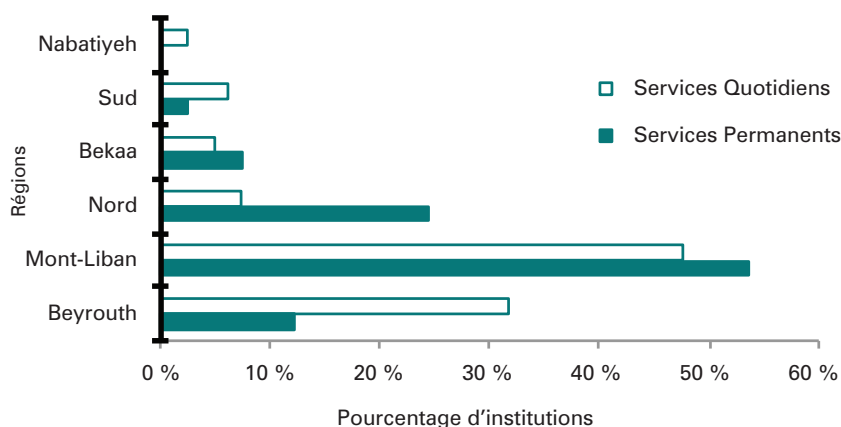


Fig.6 : distribution des institutions sur le territoire libanais [14].

Soins bucco-dentaires des personnes âgées

Le vieillissement est caractérisé par des modifications à tous les niveaux du milieu buccal : les muscles, la production salivaire, la muqueuse buccale, la fréquence des édentements, le squelette osseux et les principales fonctions buccales se trouvent affectés. D'ailleurs, la perte des dents chez les sujets âgés peut être appréhendée comme une aggravation des maladies buccales de l'adulte. Ces édentements résultent directement de l'évolution de maladies buccales telles que la carie dentaire et la maladie parodontale. Mais, indirectement, ils sont le reflet de l'attitude du patient, de l'accessibilité aux soins dentaires et des standards de soins qui lui sont proposés. En effet, ceux-là peuvent être plus ou moins conservateurs suivant le niveau de vie du pays, les systèmes de soins disponibles et la formation des dentistes. La perte de toutes les dents ou la présence de caries importantes et multiples sont généralement associées à une situation socio-économique défavorable [18].

De nombreuses études tendent à établir une corrélation entre santé générale et santé buccodentaire par l'influence de l'état dentaire sur la qualité de la nutrition des sujets âgés. Selon l'OMS, un vieillissement en bonne santé a besoin d'une alimenta-

tion saine et diversifiée, facilitée par une cavité buccale saine. Cela améliore la santé générale du patient par la prévention des maladies chroniques et infectieuses, ainsi que la qualité de vie relationnelle et fonctionnelle [19].

La transition démographique annoncée pour les années à venir pose un problème de santé publique et implique que les besoins en santé bucco-dentaire soient définis et anticipés. Au Liban, les soins dentaires dépendent des considérations financières inaccessibles pour la majorité des sujets âgés de niveau économique modéré; malgré les progrès en dentisterie, les traitements dentaires des personnes âgées, et en l'absence de couverture sociale, se limitent aux soins qu'on pratiquait il y a cinquante ans. Ainsi, les seniors indépendants peuvent recevoir des soins semblables à ceux administrés aux adultes plus jeunes. Cependant, les facteurs socio-économiques peuvent limiter l'accès aux soins. Chez les personnes frêles, les facteurs économiques, sociaux et l'absence d'une infrastructure limitent les soins dentaires. Chez les personnes dépendantes, les facteurs restrictifs sont une santé générale compromise, une faible demande de soins, un manque de service d'aide à domicile et une situation socio-économique défavorable [2, 17].

Offrir des soins médicaux et dentaires dispensés par une équipe

médicale spécialisée en gériatrie et en gérodontologie demande un effort de la part des institutions libanaises où règne une forte mentalité d'investissement et de rentabilité. De ce fait, aucun intérêt n'est trouvé pour soigner la dentition des vieux qui ont droit au respect, aux soins et à une bonne qualité de vie.

Le personnel médical dans les institutions est constitué de médecins généralistes, médecins de famille, gériatres, psychiatres, cardiologues, infirmiers, physiothérapeutes, nutritionnistes, orthophonistes et aides soignants [14, 16]. Les orthophonistes, par exemple, s'intéressent à la bonne articulation phonétique des personnes âgées. Les nutritionnistes s'occupent de leur statut nutritionnel et négligent l'état bucco-dentaire qui joue pourtant un rôle fondamental dans les fonctions phonétique et masticatoire.

Malgré les progrès notés en gériatrie et en médecine dentaire au Liban, il y a toujours une absence de collaboration entre ces deux disciplines. En effet, aucune étude dentaire n'a impliquée la population gériatrique libanaise; or, cette dernière constitue un terrain très riche et fertile pour la recherche en gériatrie et en médecine dentaire, dans l'intérêt bien compris du patient âgé. D'où l'utilité d'intégrer la gérodontologie dans la formation des étudiants de médecine générale et de médecine dentaire et de les sensibiliser sur l'intérêt d'une denture saine chez la personne âgée.

Conclusion

La population gériatrique constitue actuellement près de 10% de la population libanaise. Le pourcentage des personnes âgées qui vivent en institution est très faible. Leur distribution géographique est corrélée à la distribution des confessions religieuses, le pourcentage de personnes âgées et le nombre des maisons de retraite étant les plus élevés au Mont-Liban. Malgré cette transition démographique, il n'y a pas de programme de prise en charge

sanitaire et dentaire des personnes du troisième âge. Bien que les besoins en termes de santé générale augmentent avec l'âge, l'accès aux soins médicaux reste difficile puisque la moitié des individus âgés ne bénéficient d'aucune couverture médicale. L'accès aux soins dentaires est encore plus difficile en raison de l'absence d'une prise en charge financière par les organismes

d'assurance. De plus, aucune étude n'a visé la santé bucco-dentaire des seniors libanais qui nécessite une attention particulière; d'où le besoin de réaliser des études qui déterminent l'état de santé bucco-dentaire, les besoins en soins ainsi que l'accès aux soins dentaires de la population gériatrique selon leur présence ou non dans

les institutions et en fonction de leur distribution géographique.

Remerciements

Je remercie Monsieur le Professeur André Sacy ainsi que Madame le Docteur Claire Lassausay pour les éclaircissements et toutes les informations fructueuses fournies.

Références

1. Kalache A, Aboderin I, Hoskins I. Compression of morbidity and active aging: key priorities for public health policy in the 21st century. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80: 243-4.
2. Mehio Sibai A, Sen K, Baydoun M, Saxena P. Population aging in Lebanon: current status, future prospects and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82: 219-225.
3. Serrière F. Le vieillissement de la population dans le monde, 2006. Réseau Senior Strategic © - www.leMarchedesSeniors.com
4. Pison G. Population et Société, Insee, Numéro 454, Mars 2009.
5. Courbage Y, Fargues P. La situation démographique au Liban, vol. 1, Mortalité, fécondité et projections : méthodes et résultats; vol. 2., Analyse des données In: *Revue de géographie de Lyon*. Vol. 49 n°4, 1974. pp. 383-384.
6. Gouvernement Libanais, ACS (Administration Centrale des Statistiques), UNDP et ILO, 1999, Conditions de vie des ménages 1996, Beyrouth.
7. Gouvernement Libanais, ACS (Administration Centrale des Statistiques) 2006, Conditions de vie des ménages 2004, Beyrouth. 140 pages.
8. Gouvernement Libanais, ACS (Administration Centrale des Statistiques), UNDP et ILO, 2008, Conditions de vie des ménages 2007 (en Arabe), Beyrouth. 344 pages.
9. Rizkallah HN, Abdel Moneim A. La baisse de la fécondité au Liban. In: *Population*, 52e année, n°5, 1997 pp. 1224-1233.
10. Guay JH. *Perspective Monde*, Version 7.5 Novembre 2010 Sherbrooke - Québec <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMListeStatSpecifique?codetheme=1>. Accès 15 Novembre 2010.
11. Kasparian C. L'entrée des jeunes libanais dans la vie active et l'émigration depuis 1975, Presses de l'Université Saint-Joseph, Beyrouth 2003.
12. Courbage Y. *Demographic Scenarios in the Mediterranean Region*. Paris: National Institute of Demographic Studies, 2005.
13. M. Riesen JP, Chung E, Pazos E, Budtz-Jorgensen. Interventions bucco-dentaires chez les personnes âgées. *Revue Médicale Suisse* 2002 N°586.
14. Gouvernement Libanais, Ministère des Affaires Sociales, UNDP, 2010, Guide institutions d'hébergement quotidien ou permanent, et les services disponibles aux personnes âgées au Liban (Arabe) www.socialaffairs.gov.lb
15. <http://www.iloubnan.info/social/interview/id/37215/titre/Maisons-de-retraite:-le-boom?-Etat-des-lieux-avec-Maha-Abou-Chawareb,-représentante-des-maisons-de-retraite-au-Liban> 2009
16. Choueiry R. Institutions d'hébergement pour personnes âgées au Liban : Services et activités. Ecole Libanaise de formation sociale, Université Saint-Joseph. *Chroniques sociales* 2005.
17. El Bcheraoui C, Chapuis-Lucciani N. La gestion institutionnelle de la vieillesse au Liban. *Human and Health* 2008 ; (4) : 44-49.
18. Veyrune JL, Lassausay C, Peyron MA, Hennequin M. Effets du vieillissement sur les structures et les fonctions orales. *La revue de gériatrie*, 2004 ; 29 :51-60.
19. Léonard A. Les déficits dus au vieillissement et aux pathologies chez le sujet âgé, ADF, Pluridisciplinaire 2008.