

Evaluation de l'état de santé bucco-dentaire à mi-parcours

En termes d'indices carieux : Le programme a permis une baisse non significative du nombre moyen de dents cariées par résident de 11,5% (2,6 au dépistage 1 à 2,3 au dépistage 2) dans le groupe I et significative de 31,4% (3,5 au dépistage 1 à 2,4 au dépistage 2) dans le groupe II.

Toutefois, l'augmentation du nombre moyen de dents cariées par résident entre la dernière séance de soins et le 2^{ème} dépistage reste importante dans les deux groupes, il est passé de 1,8 à 2,3 dans le groupe I, soit une augmentation de 21,7% et de 1,9 à 2,4 dans le groupe II, soit une élévation de 20,8%.

En termes de prévalence : La prévalence de la carie dentaire reste encore très élevée après le 2^{ème} dépistage, à cause non seulement de l'apparition de nouveaux cas mais aussi de la persistance de cas non traités (carie superficielle, racine non extraite). Toutefois, le programme aura permis la baisse non significative de cette prévalence de 3,8% dans le groupe I (74,4% dépistage1 et 71,6% dépistage2) et de 9,3% dans le groupe II (76,7% au dépistage1 et 69,6% au dépistage2). De même, les prévalences de la plaque et du tartre ont baissé de façon non significative et sans différence majeure entre groupes.



En termes d'incidence de la carie dentaire (nouveaux cas) : Dans le groupe I, pour 116 résidents suivis pendant 7,7 mois, 32 nouveaux cas de caries ont été notifiés soit une incidence de 3,9% Résident-Mois (pour 100 résidents suivis par mois, 4 ont développé une carie dentaire) ; dans le groupe II, l'incidence était de 4,6% Résident-Mois (41 nouveaux cas) au terme du suivi de 138 résidents pendant 6,4 mois. La différence d'incidence entre groupe n'était pas significative.

En conclusion

L'ensemble des résultats met en évidence un état bucco-dentaire légèrement meilleur dans le groupe II bien que non significatif en termes d'indices carieux et de prévalence. Cependant le nombre de nouveaux cas de caries observées après les soins dans le groupe II pourrait inverser ces conclusions en cas de non suivi des protocoles d'hygiène ; il est donc trop tôt pour conclure à un effet bénéfique de l'une des deux formations. La prise en compte, dans les prochaines analyses, d'éventuels facteurs de confusion, déjà identifiés dans la mise en œuvre des audits de pratiques dans les deux groupes, devrait nous permettre d'affiner les conclusions.

Cellule de coordination
Centre Hospitalier le Vinatier
Bâtiment 505 bis
95 Bd Pinel 69677 Bron Cedex
Tél. : 04 37 91 54 14
Fax : 04 37 91 54 96
www.sohdev.org
Email : sohdev@ch-le-vinatier.fr

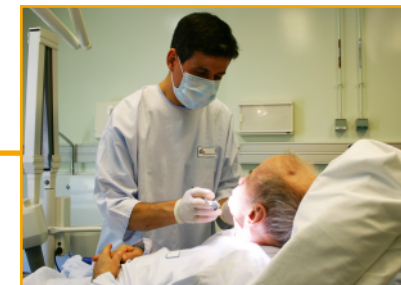
Partenaires



ESOPAD

Etude sur la Santé Orale des Personnes Agées Dépendantes

Étude comparative de deux modalités de formation en sante orale destinées aux professionnels de santé d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes



Objectif :

Comparer l'impact sur la santé orale des résidents d'EHPAD d'une formation continue par des pairs (Correspondants en Santé Orale) versus une formation standard.

Type et contexte :

Il s'agit d'une étude de cohorte fixe et expérimentale dans laquelle 12 établissements de l'ACPPA de la Région Rhône-Alpes ont été randomisés en double aveugle (les résidents et les chirurgiens-dentistes examinateurs ne connaissant pas le groupe du résident) dans deux groupes de 6 établissements chacun :

- Groupe I (G1): les professionnels paramédicaux ont bénéficié d'une séance de formation dispensée directement par les chirurgiens-dentistes de SOHDEV.
- Groupe II (G2) : les professionnels paramédicaux bénéficient de façon régulière et permanente de séances de formation en santé orale dispensées par des Correspondants en Santé Orale(CSO) désignés au sein de l'établissement. Ces CSO ont bénéficié préalablement d'une formation spécifique par les chirurgiens-dentistes de SOHDEV et sont devenus des « formateurs internes » en santé orale.

Sous l'hypothèse bénéfique du groupe II, l'étude a inclus 455 résidents des 12 établissements répondant aux critères d'inclusion définis dans le protocole d'étude (45,7% dans le groupe I et 54,3% dans le groupe II).



Après leur inclusion dans la cohorte, 4 résidents étaient décédés, 20 autres ont soit changé d'établissement, soit été absents ou indisponibles à l'examen initial d'inclusion ; ce qui a réduit la population initialement examinée à 431 personnes (94,7% de la cohorte initiale).

Après ce premier bilan, la majeure partie des soins programmés ont été réalisés dans les différentes structures du Réseau SBDH-RA. Conformément au protocole, un second bilan de santé orale a été organisé en février 2010. 113 résidents sur les 431 initialement dépistés n'ont pas pris part à ce second dépistage pour des raisons multiples (84 décès ; 3 changements d'établissement ; 17 absences ou indisponibilités ; 9 refus d'examen).

La présente analyse descriptive et comparative porte sur un échantillon de 318 résidents (155 G1 et 163 G2). Le délai moyen écoulé entre le premier examen de dépistage et le second était de 329 jours dans le groupe I et de 297 jours dans le groupe II (la différence étant significative $p < 0,001$) ; celui écoulé entre la fin du traitement et le second dépistage était de 234 jours dans le groupe I et de 195 dans le groupe II (la différence étant significative $p = 0,0001$).

Par contre, il n'y avait pas de différence significative entre les proportions de résidents non réexaminés dans les deux groupes (resp. 22,5% et 28,8%, $p = 0,13$).

Caractéristiques sociodémographiques à l'inclusion :

Les deux groupes n'étaient pas statistiquement différents par rapport à la moyenne d'âge (resp. 82,1 et 83,7 ans, $p = 0,12$), à la proportion du sexe féminin (74,2% et 82,2%, $p = 0,08$), à la dépendance moyenne AGGIR (2,6 et 2,7, $p = 0,70$), au nombre de pathologies associées (2,3 et 2,4 $p = 0,47$), ou à la proportion de résidents n'étant pas en mesure de cracher (21,3% et 28,8% ; $p = 0,12$).

Par contre, la proportion de résidents présentant un trouble de la déglutition était supérieure dans le groupe II (10,3% contre 22,1% ; $p = 0,005$).

A l'inverse, la proportion de résidents autonomes à l'hygiène orale (34,2% contre 23,3%, $p = 0,03$) et la proportion de résidents ayant les dents brossées au moins une fois par jour (75,5% contre 63,8%, $p = 0,02$) étaient nettement supérieures dans le groupe I.

Etat bucco-dentaire à l'inclusion

L'indice Simplifié d'Hygiène Orale (OHI-S) de Greene et Vermillion (73,5% et 63,7% d'hygiène orale jugée "mauvaise", $p = 0,12$), la prévalence de la plaque (72,7% et 63,7%, $p = 0,12$), du tartre (73,6% et 63,2%, $p = 0,05$) et de la carie dentaire (74,4% et 76,7%, $p = 0,66$) étaient identiques entre groupe. De même, les nombres moyens de dents cariées (2,6 et 3,5, $p = 0,08$) et obturées (3,3 et 4,0, $p = 0,17$) par résident étaient identiques entre groupe. Par contre, les résidents du groupe II avaient en moyenne moins de dents absentes (21,4 contre 18,3, $p = 0,003$). Ceci explique la différence de CAO (27,3 et 25,8 ; $p = 0,03$).

Etat bucco-dentaire en fin de soins

Ces indicateurs de santé bucco-dentaire ont été significativement améliorés dans les deux groupes au terme de 2 séances, en moyenne, de prise en charge, entre le 01 avril 2009 et le 27 janvier 2010 ; la prévalence de la carie est passée de 74,4% à 50,9% dans le groupe I et de 76,7% à 50,7% dans le groupe II.



Le nombre de dents cariées par résident est passé de 2,6 à 1,8 dans le groupe I et de 3,5 à 1,9 dans le groupe II sans différence significative entre groupe ($p = 0,76$).

Dans l'un ou l'autre groupe, compte tenu de la fréquence des dents à l'état de racine, de nombreuses extractions ont été nécessaires. Ce qui s'est traduit par une augmentation significative du nombre de dents absentes (de 21,4 à 22,5 dans le groupe I et de 18,3 à 20,3 dans le groupe II) et une quasi-constance du nombre de dents obturées en fin de traitement (3,3 dans le groupe I et 4,2 dans le groupe II).