

SHORT COMMUNICATION

SC3 - EVALUATION DE L'ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES ACCUEILLIES OU HEBERGEES EN ETABLISSEMENT SPECIALISE : PHASE 1 DU PROJET SANTE ORALE ET AUTONOMIE

C. Catteau, A. Mishellany, D. Faulks, C. Lassauzay, M. Hennequin

Clermont Université, Université d'Auvergne, EA 3847, Faculté de Chirurgie Dentaire, 11 Boulevard-Charles de Gaulle, 63000 Clermont-Ferrand, France

Mots clés

Santé orale, Handicap, Education à la santé

Introduction

Le projet « Santé Orale et Autonomie » (SOA) [1] constitue l'un des points du plan de santé publique dentaire français et vise à l'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. Il s'appuie entre autres sur un projet national pilote de formation de chirurgiens-dentistes au développement d'actions spécifiques de prévention et d'éducation à la santé en établissements spécialisés. Débuté en 2008, ce projet constitue une étude de faisabilité pour la création d'un réseau national de prévention et de promotion de la santé pour les personnes non autonomes. Sur 39 praticiens initialement engagés, 35 chirurgiens-dentistes avaient validé, au 31 décembre 2010, un programme de formation et de calibration en ligne les préparant à mettre en place un programme de promotion de la santé dans un établissement hébergeant/accueillant des personnes non autonomes. Parmi eux, 23 avaient terminé, dans une ou deux structures de leur choix, la première phase de ce programme qui comprenait une conférence de sensibilisation à la santé orale auprès du personnel de l'établissement (soignant et/ou médico-éducatif), la réalisation du bilan bucco-dentaire de chacune des personnes non autonomes inclus dans le programme et des ateliers personnalisés de démonstration des techniques d'hygiène orale. Cette étude vise à décrire la santé orale de la population ciblée par la première phase du projet.

Matériels et méthode

La population d'étude est issue des établissements dans lesquels les 23 praticiens ayant complété la phase 1 du projet ont mis en place une action de prévention et d'éducation à la santé.

Le recueil des données a été effectué au moyen d'un formulaire d'enquête papier, renseigné d'une part au cours d'un entretien avec le sujet et/ou son référent, et d'autre part au cours de l'examen clinique du sujet. Ont été relevés des indicateurs de santé générale, d'autonomie, d'hygiène orale, de maladies bucco-dentaires – infectieuses, traumatiques et fonctionnelles –, de recours au système de santé et de difficultés comportementales [2]. Les praticiens, préalablement calibrés, disposaient de gants à usage unique et de miroirs, l'examen était réalisé sans sondage ni assèchement.

Le traitement statistiques des données a été effectué à l'aide des logiciels Excel® 2007 et SPSS® version 19.

Résultats

La population d'étude est constituée de 900 sujets (ratio homme/femme = 1,46) répartis dans 26 établissements spécialisés, et âgés de 3 à 99 ans (Tableau I).

Tableau I : Distribution des sujets selon l'âge

	Effectif (%)	Moyenne	Ecart-type	Médiane
≤ 20 ans	442 (49,1%)	12,7	3,8	12
21-64 ans	361 (40,1%)	39,2	11,3	39
≥ 65 ans	97 (10,8%)	82,9	7,1	84

Le motif médical justifiant l'orientation vers un établissement spécialisé a pu être connu pour 839 sujets (93,2%). Parmi les enfants/adolescents et adultes (moins de 65 ans), il s'agissait pour 32,2% des cas d'un trouble psychiatrique et/ou du développement psychologique, pour 25,8% des cas d'une déficience congénitale, un trouble néonatal ou une encéphalopathie, et pour 18,5% des cas d'une anomalie chromosomique ou génétique. Chez les sujets de 65 ans et plus, le motif de l'institutionnalisation était dans 40% des cas une pathologie démentielle liée au vieillissement et dans

28,4% des cas une perte d'autonomie sans démence associée. Sur le plan moteur, 81% des moins de

65 ans se déplaçaient sans aide contre 21,9% des 65 ans et plus. En ce qui concerne l'alimentation,

80,2% et 70% respectivement des moins de 65 ans et 65 ans et plus étaient complètement autonomes.

La coopération des sujets lors de l'évaluation clinique a été notée pour 893 sujets (99,2%), elle était totale dans 73,7% des cas ; 11,1% ont signalé un inconfort sans gêner l'examen, 15,2% des sujets ont exprimé des protestations majeures. Parmi ces derniers, 22,8% se sont opposés totalement à l'évaluation.

Parmi ceux pour qui l'information a pu être connue (n=661), 54,8% des sujets n'avaient pas bénéficié d'un examen bucco-dentaire par un chirurgien-dentiste ou un stomatologiste dans les 12 derniers mois. Ce taux s'élevait à 77,6% chez les 65 ans et plus.

Parmi les sujets dentés (n=854), au moins une lésion carieuse développée et un foyer infectieux d'origine dentaire ont été notés pour respectivement 207 (24,2%) et 152 (17,8%) sujets.

Les habitudes d'hygiène bucco-dentaire dans l'établissement ont pu être connues pour 880 sujets (97,8%), les référents ont déclaré que l'hygiène orale avait été réalisée dans l'établissement au cours de la semaine précédant l'entretien pour 76% d'entre eux, avec une fréquence quotidienne dans la majorité des cas (93,9%). Une aide partielle ou totale était rapportée pour 39,5% des enfants/adolescents (≤ 20 ans), 28,9% des adultes (21-64 ans) et 47% des personnes âgées de 65 ans et plus.

Parmi les sujets dentés pour lesquels l'indice de plaque a pu être noté (n=788), 55,7% présentaient de la plaque dentaire de manière généralisée (présence de plaque relevée sur l'ensemble d'au moins une des 2 arcades).

Conclusion

Les premiers résultats issus des bilans bucco-dentaires réalisés dans le cadre du projet Santé Orale et Autonomie sont en accord avec les données de la littérature qui rapportent un état de santé bucco-dentaire préoccupant chez les personnes non autonomes : enfants ou adultes en situation de handicap et personnes âgées notamment institutionnalisées [3-7]. Cette première phase confirme l'intérêt de l'objectif du projet SOA, la population cible se révélant particulièrement concernée par les pathologies infectieuses qui pourraient être contrôlées par la mise en place d'un programme d'hygiène bucco-dentaire adapté.

Remerciements

Les auteurs remercient l'ensemble des personnes – personnes enquêtées, personnels soignants et médico-éducatifs, directeurs d'établissement, chirurgiens-dentistes – qui se sont investies dans ce projet.

Références

1. <Santé Orale et Autonomie > [en ligne]. Disponible sur www.sante-orale-et-autonomie.fr
2. Moysan V et al. (2006) Pratiques et Organisations des soins. 37(4).285-298.
3. Dorin M et al. (2006) Pratiques et Organisations des soins. 37(4).299-312.
4. Cohen C et al. (2006) La Presse Médicale. 35(11).1639-1648.
5. Shyama M et al. (2001) Community Dent Health. 18(3).181-186.
6. Mitsea AG et al. (2001) J Clin Pediatr Dent. 26(1).111-118.
7. Gizani S et al. (1997) Community Dent Oral Epidemiol. 25.352-357.

SHORT COMMUNICATION

SC3 - ORAL HEALTH STATUS OF PERSONS WITH DISABILITIES ATTENDING SPECIAL ESTABLISHMENTS. FIRST RESULTS OF THE NATIONAL HEALTH EDUCATION PROGRAMME “ORAL HEALTH AND AUTONOMY”

C. Catteau, A. Mishellany, D. Faulks, C. Lassauzay, M. Hennequin

EA 3847, University of Auvergne, Faculty of Dentistry, 11 Boulevard Charles de Gaulle, 63000 Clermont-Ferrand, France

Keyword (s)

Oral health, Disability, Health education

Introduction

The “Oral Health and Autonomy” project [1] presented here is part of the current French public oral health programme. This project was initiated in 2008 and aims to improve the oral health of persons with disabilities. It relies particularly on a national programme to train dentists to develop specific preventive and health education actions in institutions for dependent elderly, adults or children. The project aims to evaluate the feasibility of a national network of health promotion for persons with special needs. By December 31st 2010 of the 35 dentists in training, 23 dentists had completed an oral health promotion project within one or two institution(s) for dependent adults, elderly or children. This action included a conference presentation for the staff, clinical assessment of the individuals attending the institution and demonstration of oral hygiene techniques on an individual basis. The aim of the current analysis is to describe the oral health of the dependent persons examined by dentists participating in the Oral Health and Autonomy project.

Materials and method

All persons attending establishments in which practitioners involved in the project intervened were included.

All practitioners were calibrated for data collection prior to the clinical examinations. The practitioner first conducted a structured interview with the dependent person and his or her carer, and then examined the individual. Dis-

posable gloves and mirrors were used, and teeth were not dried for the assessment. The studied criteria were: general health, autonomy, oral disease, access to dental care and cooperation [2].

Statistical data analysis was carried out using Excel® 2007, and SPSS® version 19 software.

Results

Nine hundred subjects (sex ratio = 1.46) from 3 to 99 years old (Table I), attending 26 special centers were included.

Table I: Subject distribution according to age

	n (%)	Mean	Standard Deviation	Median
≤ 20 years old	442 (49,1%)	12,7	3,8	12
21-64 years old	361 (40,1%)	39,2	11,3	39
≥ 65 years old	97 (17,8%)	82,9	7,1	84

Medical grounds for institutionalisation were reported for 839 subjects (93.2%). Amongst the children and adults (≤ 65 years old), 32.2%, 25.8% and 18.5% respectively attended special institutions because of psychiatric disease or psychological developmental disorders, congenital deficiency, neonatal diseases, epilepsy or other anomalies of the central nervous system, and Down syndrome or other chromosome anomalies. Subjects over 65 years of age were institutionalised for dementia (40%) or dependence without dementia (28.4%). There was no lack of au-

tonomy for walking for 81% of those under 65 and 21.9% of those over 65. Concerning autonomy for feeding, 80.2% and 70% respectively of those under 65 and those over 65 needed no help.

The subject's cooperation during clinical evaluation was noted for 893 subjects (99.2%). It was good in 73.7% of cases. 11.1% of subjects expressed discomfort without interrupting the evaluation. 15.2% of subjects protested during oral examination and, of these, 22.8% were totally uncooperative.

Of the 661 residents for whom the information was available, 54.8% of subjects had not consulted a dentist over the last 12 months. This rate increased to 77.6% among those over 65 years of age. Among the dentate subjects (n=854), at least one visible carious lesion was noted for 207 subjects (24.2%) and 152 subjects (17.8%) had signs of dental infection. The oral hygiene habits were reported for 880 (97.8%) subjects. Carers reported that oral hygiene had been undertaken in the establishment in the last week for 74.4% of subjects, and daily care was reported for the majority of cases (93.9%). Partial or total assistance was provided for 39.5% of the under-twenty-ones, 28.9% of adults (from 21 to 64 years old) and 47% of those over 65 years of age. Among the dentate subjects for which a plaque index could be noted (n = 788), presence of dental plaque was generalised (in at least one of the 2 jaws) in 55.7% of the cases.

Conclusion

The results of this study confirm findings in the literature which describe poor oral health among children and adults with disabilities, and the institutionalised elderly [3-7]. These findings emphasise the need for oral health

promotion activity aimed specifically at these populations and justify the development of the Oral Health and Autonomy project. The population involved in this first stage of the programme is particularly concerned by infectious oral disease and could therefore potentially benefit from the implementation of specific oral hygiene education programmes.

Acknowledgements

The authors wish to thank all the dependent persons whom participated in this study and all the carers, educators, directors and dentists involved in the Oral Health and Autonomy project.

References

1. <Santé Orale et Autonomie > [en ligne]. Disponible sur www.sante-orale-et-autonomie.fr
2. Moysan V et al. (2006) *Pratiques et Organisations des soins*. 37(4).285-298.
3. Dorin M et al. (2006) *Pratiques et Organisations des soins*. 37(4).299-312.
4. Cohen C et al. (2006) *La Presse Médicale*. 35(11).1639-1648.
5. Shyama M et al. (2001) *Community Dent Health*. 18(3).181-186.
6. Mitsea AG et al. (2001) *J Clin Pediatr Dent*. 26(1).111-118.
7. Gizani S et al. (1997) *Community Dent Oral Epidemiol*. 25.352-357.