

FORMATION NATIONALE

Suivi de la qualité des agents de scellement appliqués en milieu scolaire



Partie 4 Mise en œuvre de l'évaluation : prémisses et protocoles

Docteur Christian Fortin, DMD, M Sc

12^{es} Journées de

Santé Dentaire Publique

du Québec

Le 13 juin 2013



Contenu

- Résultats attendus et intervalles des réexamens
- Évaluation par échantillonnage de convenance
- Révision de la procédure, corrections, reprises
- Information aux parents et consentement
- Compilation de l'évaluation (I-CLSC et régional)

Prémises de base

« Pour placer des agents de scellement de qualité ainsi que pour développer et maintenir toutes les habiletés nécessaires, une quantité minimale de 50 enfants par année par hygiéniste dentaire est visée »

Résultats attendus par hygiéniste dentaire

Compte-tenu des contraintes du programme (milieu scolaire, équipements portatifs, etc.)

- 90 % et plus de faces dentaires scellées sans risque de carie évaluées entre 12 et 18 mois suite à la pose
- 80 % et plus de faces dentaires scellées sans risque de carie évaluées entre 24 et 30 mois suite à la pose
- **Intervalles pour l'activité d'évaluation** sont fonction du modèle d'organisation locale et régionale

Échantillonnage de convenance

Considérants pour déterminer le nombre d'enfants à examiner pour le suivi de la qualité des agents de scellement :

- objectif de formation du suivi de la qualité (pas d'évaluer l'efficacité / échantillon aléatoire)
- nombre d'enfants ayant reçu des agents de scellement varie d'un hygiéniste dentaire à l'autre
- grande variabilité du niveau de l'expérience des hygiénistes dentaires

Échantillonnage de convenance

Considérants (suite):

- les réalités régionales et les modèles d'organisation de services sont diversifiés
- de 5 à 8 enfants par jour reçoivent des agents de scellement en milieu scolaire
- les moyennes actuelles du programme sont 3,75 dents et 5,45 faces par enfant
- peu d'efficacité de se déplacer pour examiner seulement quelques enfants dans une école

Échantillon minimal de convenance

Le nombre d'enfants à réexaminer en suivi de la qualité est fixé à **15**

(même si le nombre minimal de 50 enfants que chaque hygiéniste dentaire doit voir par année n'est pas atteint)

Ce modèle permettra de réexaminer environ
56 dents et 82 faces dentaires

Calcul de l'échantillon de convenance

Nombre d'enfants à réexaminer dépassé le seuil minimal de 50 enfants :

20% du total des enfants ayant reçu des agents de scellement en haut du seuil minimal

Exemple de calcul # 1 :

- 100 enfants scellés ($100 - 50 = 50 \times 20\% = 10$)
- 25 enfants à réexaminer ($15 + 10$)

Selon le contexte d'organisation:

- Évaluation possible dans une ou plusieurs écoles

Calcul de l'échantillon de convenance

Exemple de calcul # 2 :

- 200 enfants scellés ($200 - 50 = 150 \times 20\% = 30$)
- 45 enfants à réexaminer ($15 + 30$)

Selon le contexte d'organisation:

- Privilégier de répartir l'évaluation dans au moins deux écoles distinctes

Calcul de l'échantillon de convenance

Lorsque l'hygiéniste dentaire présentera un taux de rétention supérieur à 90% après 12 mois ou 80% après 24 mois, le pourcentage du total des enfants à réexaminer en haut du seuil minimal est diminué de **20% à 10%**

Exemple de calcul # 1 :

100 enfants scellés ($100 - 50 = 50 \times 10\% = 5$)

20 enfants à réexaminer ($15 + 5$)

Calcul de l'échantillon de convenance

Exemple de calcul # 2 :

200 enfants scellés ($200 - 50 = 150 \times 10\% = 15$)

30 enfants à réexaminer ($15 + 15$)

Mêmes considérations relatives au contexte et modèles d'organisation:

- Évaluation possible dans une ou plusieurs écoles

Conditions de correction (reprise) facultative

Dents scellées à risque de carie dentaire :

PASDP : Pas de **correction ou reprise systématique** des agents de scellement (efficience et équité)

Décision relève du jugement clinique (dentiste ou hygiéniste dentaire) et fonction de :

- ne pas nécessiter un déplacement spécifique
- être effectuée si le temps le permet lors d'une intervention scolaire déjà prévue
- doute élevé sur le recours aux soins dentaires en bureau privé (coûts, historique familial, etc.)

Conditions de correction (reprise) nécessaire

Dents scellées à risque de carie dentaire:

Situations exceptionnelles pouvant remettre en cause la crédibilité et la pérennité du PASDP:

- ✓ un taux d'échec anormalement élevé (perte partielle ou totale à risque de carie, percolation généralisée) touchant une majorité d'enfants
- ✓ un taux d'échec concentré dans une école ou un secteur géographique précis

Conduite à suivre: Révision du protocole (technique, équipement, etc.)

Information aux parents et consentement

- Les parents seront informés à posteriori de la tenue et du résultat de l'activité d'évaluation de la qualité des agents de scellement de même que si une correction ou une reprise doit être effectuée
- Deux formulaires adaptés aux trois situations de suivi possibles

Lettre information - résultats

Résultats de l'évaluation et suivi		N° de dossier CLSC :
Nom de l'enfant :		Prénom :
Date de naissance : jour / mois / année		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nom de l'école :		Niveau scolaire / classe :

Chers parents,

Dans le cadre des services dentaires préventifs offerts gratuitement en milieu scolaire par le centre de santé et des services sociaux de votre région, nous souhaitons, par la présente, vous aviser que votre enfant a été vu afin d'évaluer la qualité des agents de scellement posés le jour / mois / année.

Veillez noter que les résultats de cette évaluation sont :

- Les agents de scellement posés protègent toujours adéquatement les dents contre la carie.
- Nous avons constaté qu'une dent ou plusieurs dents profiteraient d'une correction ou d'un ajout d'un agent de scellement. Comme nous ne pouvons effectuer ces modifications en milieu scolaire, nous vous recommandons de consulter votre dentiste.
- Nous avons constaté que votre enfant présente un besoin évident de traitement de la carie dentaire et nous vous recommandons de consulter votre dentiste prochainement.

Pour toute autre information, n'hésitez pas à communiquer avec l'hygiéniste dentaire de votre CSSS indiqué ci-dessous :

Nom hygiéniste dentaire

Signature de l'hygiéniste dentaire

Date

Lettre information - consentement

Consentement et renseignements médicaux		N° de dossier CLSC :
Nom de l'enfant :	Prénom :	
Date de naissance : jour / mois / année	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Nom de l'école :	Niveau scolaire / classe :	

Chers parents,

Dans le cadre des services dentaires préventifs offerts gratuitement en milieu scolaire par le centre de santé et des services sociaux (CSS) de votre région, nous souhaitons, par la présente, vous aviser que votre enfant a été vu pour d'évaluer la qualité des agents de scellement posés le jour / mois / année.

Selon les résultats de cette évaluation, nous avons constaté qu'une ou plusieurs dents de votre enfant pourraient bénéficier d'une correction ou d'un ajout d'agent de scellement. Si vous le souhaitez, l'hygiéniste dentaire du CSSS de votre région pourrait effectuer, gratuitement, ces modifications à l'école. Pour ce faire, nous avons besoin d'une nouvelle autorisation de votre part.

Rappelons que l'agent de scellement est une mince couche de plastique appliquée sur les surfaces inégales des dents. Il bloque les bactéries capables de développer la carie. Son application est simple et se fait en une seule séance. Selon l'usure de l'agent de scellement des corrections peuvent être nécessaires.

Vous êtes libres d'accepter ou de refuser que votre enfant bénéficie d'une correction ou d'un ajout d'agent de scellement en milieu scolaire. Veuillez indiquer votre réponse ci-dessous et nous retourner ce formulaire.

J'ACCEPTÉ que mon enfant reçoive une correction ou un ajout d'agents de scellement. Ce consentement est valide pour une période de 6 mois.
Veuillez aussi compléter et signer le questionnaire médical (au verso). Merci!

JE REFUSE que mon enfant reçoive une correction ou un ajout d'agents de scellement.

Nom et prénom du parent / tuteur en lettres moulées : _____

Signature : _____ Date : _____
Parent ou tuteur

Pour toute autre information, n'hésitez pas à communiquer avec l'hygiéniste dentaire de votre CSSS indiqué ci-dessous :

Nom hygiéniste dentaire

Signature de l'hygiéniste dentaire

Date

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

1. Votre enfant a-t-il consulté un médecin au cours de la dernière année ? Oui Non
Si oui, pourquoi ? _____
2. Votre enfant prend-il présentement des médicaments ? Oui Non
Si oui, le(s) quel(s) ? _____
3. Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de :
 - Endocardite infectieuse ou fièvre rhumatismale ? Oui Non
 - Troubles cardiaques ? Oui Non
 - Troubles de saignement (hémophilie, saignements prolongés) ? Oui Non
 - Diabète ? Oui Non
 - Epilepsie ? Oui Non
 - Asthme ? Oui Non
 - Autres maladies ? Précisez _____
4. Votre enfant souffre-t-il d'allergie :
 - A un aliment ? Oui Non Si oui, le(s)quel(s) ? _____
 - A la colophane (pansements adhésifs, ruban gommé) Oui Non
 - Au latex ? Oui Non
 - À l'acrylique ? Oui Non
 - Au colorant alimentaire ? Oui Non
 - Autre (s) allergie (s) ? Précisez _____

Pour la sécurité de votre enfant, veuillez informer l'hygiéniste dentaire de votre CSSS (coordonnées indiquées au recto) de tout changement de sa condition médicale.

Nom et prénom du parent / tuteur en lettres moulées : _____

Signature : _____ Date : _____
Parent ou tuteur

Codes I-CLSC

Code d'intervention individuel 6221:

Suivi de la qualité de l'agent de scellement

Code de suivi:

- **100:** aucune dent avec un agent de scellement présentant un risque de caries dentaires
- **400:** une dent ou plus avec un agent de scellement présentant un risque de caries dentaires

Définitions du cadre normatif devront être améliorées

Formulaire d'appréciation individuelle

I-CLSC: code 400 sera compilé même si trois dents sur quatre ne présentent pas d'agents de scellement défectueux
Données devront être interprétées avec discernement

Compilation par face dentaire		Compilation du nombre de dents	
Nombre total de faces dentaires sans risque	Nombre total de faces dentaires à risque	Nombre total de dents avec code 100	Nombre total de dents avec code 400

Commentaires : _____

I-CLSC : En suivi à l'acte 6221 (Suivi de la qualité des agents de scellement appliqués), inscrire l'un des codes suivants :

Code 100 Aucune dent avec un agent de scellement présentant un risque de carie dentaire	Code 400 Une dent ou plus avec un agent de scellement présentant un risque de carie dentaire
---	--

Formulaire de compilation du suivi

- Registre des enfants ayant reçu une application d'agents de scellement avec le résultat du suivi de la qualité d'évaluation
- Compilation manuelle ou électronique

Registre de compilation locale



APPLICATION D'AGENTS DE SCELEMENT EN MILIEU SCOLAIRE

Registre de la compilation locale

ÉTABLISSEMENT:			ÉCOLE:			NIVEAU SCOLAIRE:			VILLE :			
Coordonnées de l'enfant			Application d'agents de scellement					Evaluation de la qualité (selon le risque de carie dentaire)				
Numéro	Nom de l'enfant	No. de dossier	Date	Surfaces dentaires scellées	Numéro d'opérateur	Nombre		Date	Nombre de faces		Nombre de dents	
						Faces scellées	Dents scellées		Non à risque	A risque	Code 100	Code 400
Total												
Opérateur 1 :			Opérateur 2 :									

*Registre de la compilation locale
= Document confidentiel*

Remerciements

- Membres du comité d'élaboration et de validation (MSSS, INSPQ, ASSS)
- Hygiénistes dentaires
- Ceux ou celles qui ont contribué pour la prise des photos