



HAL
open science

État bucco-dentaire et accès aux soins chez les patients souffrant de schizophrénie

Léa Mizrahi

► **To cite this version:**

Léa Mizrahi. État bucco-dentaire et accès aux soins chez les patients souffrant de schizophrénie. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01016790

HAL Id: dumas-01016790

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01016790>

Submitted on 1 Jul 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ETAT BUCCO-DENTAIRE ET ACCES AUX SOINS CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE SCHIZOPHRENIE

Année 2014

Thèse n°42 57 01

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant
la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice
Le 17 MARS 2014. Par

Mademoiselle MIZRAHI Léa

Né(e) le 02 03 1989 à Nice (06)
Pour obtenir le grade de :

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE (Diplôme d'État)

Examineurs :

Madame le Professeur
Madame le Professeur
Monsieur le Docteur
Monsieur le Docteur
Monsieur le Docteur

LUPI-PEGURIER LAURENCE
LASSAUZAY CLAIRE
LEFORESTIER ERIC
CHOWANSKI MICHAEL
MALET LAURENT

Président du jury
Directrice de thèse
Assesseur
Assesseur
Membre invité

TABLE DES MATIERES :

1	INTRODUCTION	5
2	MATÉRIEL ET MÉTHODE	11
3	RÉSULTATS ET DISCUSSION	12
3.1	EVALUATION DE L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE.....	12
3.2	MISE EN ŒUVRE DE L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE	12
3.3	EVALUATION DE L'ETAT PARODONTAL.....	14
3.4	EVALUATION DES ARCADES DENTAIRES	16
3.5	REHABILITATION PROTHETIQUE	19
3.6	ETAT BUCCO-DENTAIRE ET SYMPTOMES POSITIFS ET NEGATIFS.....	21
3.7	ETAT BUCCO DENTAIRE ET HOSPITALISATION	22
3.8	STIGMATISATION ET SOINS BUCCO-DENTAIRES.....	25
i.	<i>Stigmatisation</i>	25
ii.	<i>Barrières aux soins</i>	26
iii.	<i>Prise en charge par les Chirurgiens-Dentistes</i>	29
4	CONCLUSION	31
5.	FIGURES ET TABLEAUX :	34
5.1	FIGURES	34
	<i>Figure 1</i>	34
	<i>Figure 2</i>	35
	<i>Figure 3</i>	35
	<i>Figure 4</i>	36
5.2	TABLEAUX	37
	<i>Tableau 1</i>	37
	<i>Tableau 2</i>	38
	<i>Tableau 3</i>	39
	<i>Tableau 4</i>	40
	<i>Tableau 5</i>	41
	<i>Tableau 6</i>	41
	<i>Tableau 7</i>	42
	<i>Tableau 8</i>	42
6.	ANNEXES	43
	ANNEXE 1 : Indice d'Hygiène Orale Simplifiée (OHI-S) (9)	43
	ANNEXE 2: Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) (3)	45
	ANNEXE 3 : Le CAOD (41)	47
	ANNEXE 4 : L'échelle PANSS (32).....	48

ANNEXE 5 : Revue de littérature	50
7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	56

1 INTRODUCTION

Définition :

La schizophrénie est une psychose, caractérisée par la désagrégation de la personnalité et par une perte du contact vital avec la réalité (29, 38). Le risque de développer la maladie est compris entre 1% et 3% pour la population mondiale (29, 38). En France, l'incidence (le nombre de nouveaux cas répertorié par an) est faible (15,2/100 000 personnes). En revanche, sa prévalence, c'est-à-dire le nombre de personnes malades à un moment donné, est relativement élevée (7,2/1 000) car la schizophrénie est un trouble chronique qui se déclare au début de l'âge adulte. Les jeunes hommes sont plus fréquemment atteints (sexe ratio 1,4) et ont davantage de symptômes négatifs (21, 63).

La schizophrénie est une pathologie hétérogène tant sur le plan clinique que biologique ou étiologique. Les antécédents familiaux sont le facteur de risque le plus important pour développer une schizophrénie : 60% à 85% de risque de développer la maladie (63). Malgré le caractère héréditaire de la maladie, on retrouve aussi des facteurs de risque environnementaux et épigénétiques. C'est-à-dire qu'il faut la combinaison de gènes interagissant entre eux et avec des facteurs environnementaux pour favoriser l'apparition de la maladie (22). Par exemple un adolescent dont un des parents est schizophrène a davantage de risque de développer de développer la maladie s'il est consommateur de cannabis (22, 37).

L'approche dimensionnelle distingue classiquement trois symptômes essentiels (61) : Les symptômes positifs : délire, hallucinations. En effet, 50 à 80% des schizophrènes sont sujets aux hallucinations, l'hallucination étant considérée comme le symptôme le plus répandu de la schizophrénie. Il est à noter que les hallucinations auditives sont les plus courantes (6).

Les symptômes négatifs : émoussement des affects, ralentissement, manque de volonté, apathie. Les patients ressentent souvent une fatigue constante et de ce fait, les schizophrènes peuvent négliger leur hygiène corporelle et en particulier leur hygiène dentaire (44).

La désorganisation: troubles du cours de la pensée, bizarreries du comportement. Les manifestations des troubles comportementaux sont en général un signal d'alarme pour détecter la maladie. Mester et al., 1983, ont décrit le comportement d'un jeune homme schizophrène qui ouvrait des canettes avec ses dents (47). Ces bizarreries comportementales peuvent expliquer certains problèmes bucco-dentaires chez ces patients.

Prise en charge médicamenteuse

Les patients schizophrènes bénéficient en général d'un traitement médicamenteux toute leur vie pour lutter contre les symptômes de la maladie. En effet, quotidiennement, les patients prennent plus de 2 médicaments pour lutter contre les symptômes de la schizophrénie (39, 45). Pour ce faire, deux types de médicaments sont classiquement utilisés (26) :

Les neuroleptiques ou médicaments antipsychotiques conventionnels de première génération (AP1) (antagonistes de la dopamine) comme la chlorpromazine (Largatil®), la thioridazine (Mellaril®).

Les antipsychotiques atypiques ou deuxième génération (AP2) (antagonistes de la sérotonine et de la dopamine) comme la rispéridone (Risperdal®), l'olanzapine (Zyprexa®), la quétiapine (Seroquel®), la clozapine.

Les neuroleptiques conventionnels ont été introduits dans les années 1950 et leur efficacité a été prouvée. Ils permettent par le blocage des récepteurs D2 de la dopamine, la diminution des hallucinations, des comportements agressifs et les agitations des patients (26). Cependant ils génèrent de nombreux effets secondaires et en particulier au niveau de la sphère oro-faciale. On distingue la dystonie aiguë qui se manifeste par la contracture des muscles du cou, de la face, de la gorge et des yeux. Au niveau oro-facial, la mandibule peut être verrouillée en position ouverte avec la langue protrusive ou au contraire la mandibule peut être bloquée en position fermée (trismus) avec la langue rétrusive. De plus les voies aériennes sont parfois obstruées par des laryngospasmes et la langue enflée (26).

Le deuxième effet secondaire est le symptôme pseudo-parkinsonien : les antipsychotiques peuvent engendrer une diminution des clignements des yeux, du bavage et une élocution monotone (26).

Un autre effet secondaire est représenté par l'akathisie: les patients ressentent le besoin de mouvement et ne peuvent rester inactifs (croiser/décroiser les jambes, impossibilité de rester assis pendant un long laps de temps) (26).

Ces effets secondaires se manifestent rapidement à la suite de la prise du traitement (3 jours à 3 mois) (26). Ces effets peuvent être contrecarrés par la prise d'anticholinergiques correcteurs (par exemple le Lepticur® , l'Akineton®, l'Artane®) qui engendrent eux aussi des effets secondaires: bouche sèche, trouble de la mémoire, constipation.

Certains effets secondaires apparaissent plus tardivement. C'est le cas de la dyskinesie tardive (TD) qui débute 7 ans après le début du traitement. Cependant, il n'y a pas de traitement spécifique pour la diminuer. Cette dyskinesie se manifeste par des mouvements répétitifs et involontaires au niveau orofacial de la langue (protrusion), de la bouche (plissement des lèvres) et des joues.

Les médicaments antipsychotiques atypiques (AP2) ont été utilisés à partir des années 1980. La clozapine a été le premier médicament reconnu comme efficace pour traiter les patients qui ne répondaient pas aux autres traitements. Celle-ci permet aussi de diminuer la dépendance des patients à l'alcool et à la drogue, souvent critère décisif d'une bonne observance du traitement (26).

La rispéridone, l'olanzapine et la quétiapine sont désormais prescrits en première intention pour lutter contre la schizophrénie car ils traitent mieux les symptômes négatifs de la maladie que les AP1 (26). Toutefois, les AP2 engendrent eux aussi des effets secondaires. Par exemple, ils entraînent des problèmes cardiovasculaires, une déficience sexuelle ainsi qu'une prise de poids, voire un diabète de type 2 (26, 52).

L'effet secondaire ayant le plus de répercussions sur la cavité buccale est l'hyposalivation engendrée par les neuroleptiques (AP1). Ceux-ci entraînent une hyposalivation par le blocage de la stimulation du système parasympathique des glandes salivaires (26). La salive permet l'auto-nettoyage de la cavité buccale et lutte contre la prolifération des bactéries grâce à son pouvoir tampon (5). A cause de cette hyposalivation (voire une asialie) les patients schizophrènes sont plus sujets aux caries et aux maladies parodontales (26, 65). On retrouve aussi une prolifération des candidas albicans au niveau de la cavité buccale (26).

Seule la clozapine (Léponex®) dont l'indication est la schizophrénie résistante entraîne une sialorrhée. Toutefois sa prescription est réduite car elle engendre des incontinences salivaires et du bavage (26).

Les effets secondaires des médicaments s'ajoutent souvent à la mauvaise hygiène buccale et parfois à l'hospitalisation des patients. Les malades en phase aiguë sont hospitalisés, ils sont alors plus médicaux car plus atteints par la maladie (65).

Prise en charge thérapeutique

La prise en charge des personnes schizophrènes a fait des progrès significatifs depuis une vingtaine d'années (26). Quatre-vingts pour cent des patients traités entrent en rémission symptomatique, surtout si la prise en charge pharmacologique et psychothérapique est précoce (22, 60).

Cependant, selon le classement de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la schizophrénie se situe au 8^{ème} rang mondial des pathologies génératrices d'années perdues pour cause d'incapacité chez les sujets de 15 à 44 ans. Ces malades ont en effet une espérance de vie de 10 ans inférieure à la population générale: car, en plus des symptômes psychotiques de la maladie, les schizophrènes souffrent de comorbidités (21). Par exemple, la consommation de tabac et de cannabis est répandue dans cette population. Les antipsychotiques ont pour effet de diminuer les fonctions cognitives, et la nicotine contrecarre cet effet en stimulant le patient (37). Le cannabis, quant à lui, leur permet d'éprouver un plaisir qui est souvent amoindri par les médicaments et les conditions de vie (20, 37).

Ces malades présentent également un risque d'obésité: les traitements psychotropes induisent une hyposialie, les malades essaient de stimuler leur production salivaire en suçant des bonbons, ce qui les amène à une consommation de sucreries importante (19, 21, 45).

Des comorbidités respiratoires sont à signaler, par exemple les cancers du poumon sont très répandus chez les patients schizophrènes (36% des causes de décès) conséquence de l'obésité et des addictions au tabac (21).

Des comorbidités cardiovasculaires sont également décrites: 29% des patients schizophrènes décèderaient pour cause de maladies cardio-vasculaires. Ces décès sont liés à l'association de plusieurs médicaments antipsychotiques qui aggravent le risque de maladies coronariennes et cardiaques (21).

On retrouve aussi une proportion élevée de malades porteurs du VIH car ces patients sont souvent victimes d'abus sexuel (21).

Enfin cette population, caractérisée par une instabilité de l'humeur, est à risque de suicide élevé (22).

Les manifestations et les symptômes de cette maladie étant nombreux les patients peuvent être pris en charge de deux façons : de manière ambulatoire (pour laquelle les patients bénéficient de traitements et d'un suivi psychologique, tout en vivant à leur domicile) ou au cours de périodes d'hospitalisation à temps complet ou à temps partiel (pour les patients en phase aiguë, et pour lesquels le suivi constant est nécessaire pour éviter de les laisser en situation de danger envers eux mêmes ou leur entourage) (15).

Prise en charge odontologique

Dans le cadre odontologique, la prise en charge des personnes souffrant de maladies psychiatriques peut être faite aussi bien dans le cadre hospitalier que dans le cadre libéral.

Les malades hospitalisés sont plutôt suivis dans le cadre hospitalier tandis que les patients pris en charge de manière ambulatoire fréquentent en général les cabinets libéraux. Cependant aucune étude n'a avancé de données précises sur le nombre de patients schizophrènes pris en charge dans les cabinets dentaires libéraux. A fortiori, les chirurgiens-dentistes devraient être confrontés dans leur pratique à soigner des patients atteints de schizophrénie car ils ont été reconnus à risque de problèmes bucco-dentaires (65). Pour pouvoir prodiguer des soins adaptés à ces patients, il est du devoir de chirurgien-dentiste de connaître les caractéristiques de cette maladie afin de prendre en charge ces patients d'une manière adaptée. Il a été avancé qu'un certain nombre de facteurs sont responsables de désordres au niveau de la cavité buccale: comme par exemple la négligence des patients schizophrènes concernant leur cavité buccale, ils considèreraient leur hygiène et leur état bucco-dentaire comme accessoires par rapport à leur état de santé général (44). En effet, ces patients présentent un taux de visites chez leur dentiste inférieur à celui de la population générale mais un taux de visites chez leur médecin beaucoup plus élevé (66).

Quand les patients sont en période d'hospitalisation, il a été montré que le manque de connaissances concernant l'hygiène bucco-dentaire et des conséquences des désordres bucco-dentaires sur la sante générale du personnel soignant était un facteur aggravant, or ces patients sont dépendants de ces aidants pour leurs soins d'hygiène quotidiens (36).

De plus, les médicaments utilisés pour traiter les symptômes de la schizophrénie entraînent une diminution du débit des glandes salivaires, ce facteur favorisant le développement de problèmes bucco-dentaires et parodontaux (62). Dès lors, pour essayer de stimuler leur salive, les sujets ont tendance à sucer des sucreries, créant des conditions propices au développement de lésions carieuses (2).

Enfin ces malades sont souvent considérés comme imprévisibles et peu compliants: les praticiens seraient moins enclins à entreprendre de longs traitements dentaires, ne soignant que l'urgence, premier motif de consultation de cette population (13, 44, 57).

Stigmatisation de la maladie

Dans la population générale, les connaissances sur la schizophrénie sont limitées et se résument souvent aux images véhiculées par les médias (73). Scultze et al., 2003, ont montré la propension des médias à représenter les personnes schizophrènes comme «dangereuses et imprévisibles» (53). On parle ici de stigmatisation c'est-à-dire « l'étiquette » que la société attribue au patient. L'environnement attendant un type de comportement donné, le patient est orienté vers ce type de comportement : le patient est donc entraîné dans un cercle vicieux. Cette stigmatisation a des conséquences sur la façon d'aborder ces malades dans la vie quotidienne (53) mais aussi du point de vue de la prise en charge clinique et en particulier pour la prise en charge odontologique, l'accès aux soins pour ces patients malades semble être plus difficile que pour la population générale (35).

L'objectif de cette revue de littérature était de faire l'état des connaissances sur l'état bucco-dentaire des patients schizophrènes et des barrières à l'accès aux soins.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

La recherche a été effectuée grâce à la base de données Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

Les articles ont été sélectionnés de la façon suivante :

Critères d'inclusion :

Les articles apparus entre 1996 et 2013 faisant référence aux maladies psychotiques et en particulier à la schizophrénie et associés avec la santé orale.

Les articles ayant un rapport avec la stigmatisation des maladies mentales et l'accès aux soins des personnes malades.

Critères d'exclusion

Les articles concernant les enfants ou les adolescents

Les mots-clés suivants ont été employés pour la recherche: « Schizophrenia », «dental health », « oral health care » puis une deuxième recherche fut effectuée en associant les termes « mental illness » « stigmatisation » et « « schizophrénia ».

Pour la première recherche 173 articles ont été obtenus. A la lecture des titres, 22 articles ont été sélectionnés. A partir de ces 22 articles, 22 ont été sélectionnés après lecture des résumés.

Pour la seconde recherche 20 articles ont été obtenus. A la lecture des titres, 7 articles ont été sélectionnés. A partir de ces 7 articles, 5 ont été sélectionnés après lecture des résumés. Quatre articles n'ont pu être récupérés.

A la lecture de ces 27 articles et de leurs références bibliographiques, 30 articles supplémentaires ont pu être obtenus. Au final 57 articles ont été retenus dans ce travail.

La procédure de sélection des articles est décrite dans la figure 1. La liste des articles sélectionnés se trouve dans l'annexe 5.

3 RÉSULTATS ET DISCUSSION

3.1 EVALUATION DE L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

On peut évaluer l'hygiène bucco-dentaire d'un individu par la présence et la quantité de plaque bactérienne présente dans sa cavité buccale, en particulier sur les organes dentaires. La quantité de la plaque dentaire peut être exprimée par des indices. Ces indices sont des expressions numériques qui permettent une évaluation quantitative et peuvent être complétés d'évaluations qualitatives. Les indices de plaque de Silness et Loë et l'Indice d'Hygiène Orale Simplifiée (OHI-S) sont classiquement utilisés (9). L'OHI-S est basé sur la superficie occupée par la plaque et le tartre recouvrant la dent, sur toutes ses faces. De 0 à 1,2 l'hygiène est bonne, de 1,3 à 3 l'hygiène est passable et de 3,1 à 6 l'hygiène est mauvaise (annexe 1).

Thomas et al., 1996(65), ont été les premiers à décrire l'hygiène bucco-dentaire des personnes souffrant de schizophrénie. Ils ont utilisé l'OHI-S pour comparer l'hygiène orale de trois groupes de patients en fonction de leur mode de prise en charge (hospitalisation ou ambulatoire) et la durée d'hospitalisation. Ils ont conclu que l'hygiène orale était correcte pour les patients pris en charge de façon ambulatoire ($2,22 \pm 1,57$), l'hygiène orale était médiocre pour les sujets hospitalisés ($3,11 \pm 2,10$) et qu'elle se dégradait avec la durée d'hospitalisation (plus de 10 ans, $4,56 \pm 1,67$) (65). Ces patients étaient traités par chlorpromazine (antipsychotique conventionnel) et, en comparant la dose de médicament administrée et leur état bucco-dentaire ils ont montré que plus la dose du médicament était élevée et plus l'hygiène était faible (65).

Adeniyi et al., 2011, ont montré que chez les patients psychiatriques l'hygiène orale se dégradait avec l'âge (1). En effet, entre 14 et 25 ans les patients présentaient une hygiène orale correcte (OHI-S=1,75) tandis qu'à partir de 46 ans les auteurs décrivaient une mauvaise hygiène (OHI-S=3,01) (1).

3.2 MISE EN ŒUVRE DE L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

Depuis, Velasco et al., 1999, ont montré que 91,5% de patients psychiatriques avaient besoin d'un apprentissage aux méthodes d'hygiènes adéquates (68).

Cependant, Kossini et al., 2012, ont exposé que 83,6% des patients psychiatriques âgés de plus de 60 ans hospitalisés (dont 50,5% étaient atteints de schizophrénie) n'avaient pas une méthode d'hygiène adaptée (36). Par exemple 25% des patients employaient comme méthode d'hygiène bucco-dentaire un simple rinçage des dents à l'eau, 62,5 % utilisaient une brosse à dent avec du dentifrice (méthode préconisée) (36).

En 2011, la Cochrane Library a lancé une revue de littérature cherchant à regrouper tous les articles prodiguant des conseils d'hygiène bucco-dentaire à des patients psychiatriques. Malheureusement, aucune étude publiée en anglais (voire en chinois) n'a pu être trouvée sur le sujet (33). Les auteurs ont néanmoins cité l'étude d'Almomani et al., 2006, dans laquelle une amélioration de l'hygiène et de l'indice de plaque ont été décrits lorsqu'une méthode de brossage était enseignée aux personnes souffrant de maladies mentales (2). Almomani et al., ont comparé deux groupes de personnes malades. Pour le premier groupe, une brosse à dent électrique était simplement fournie et le conseil était de l'utiliser pendant un mois. Pour le second groupe, en plus de la brosse à dent électrique fournie, une méthode de brossage et un suivi hebdomadaire par une hygiéniste dentaire était effectué. Malgré une amélioration significative de la diminution du niveau de plaque dans les deux groupes ($p < 0,001$), le second groupe (brosse à dent, méthode d'apprentissage et suivi) a montré significativement les meilleurs résultats (2).

Jovanovic et al. , 2010, se sont intéressés à la durée du brossage des dents chez les patients psychiatriques. Celle-ci était inférieure à une minute pour 77,2% des patients (contre 7,5% dans la population générale) (31).

Les autorités sanitaires de santé ainsi que les chirurgiens-dentistes recommandent de renouveler tous les trois mois la brosse à dents pour maintenir une bonne efficacité de brossage et éviter une propagation bactérienne (28). Cependant, Jovanovic et al. , 2010, ont rapporté que 98,2% des patients psychiatriques interrogés ne changeaient pas leur brosse à dents tous les trois mois (contre 21,6% dans la population générale) (31).

La haute autorité de santé (HAS) recommande le brossage des dents au minimum deux fois par jour avec un dentifrice fluoré pour l'ensemble de la population (28).

Différentes études ont constaté que les patients schizophrènes présentaient une fréquence de brossage plus faible que la population générale (7, 31, 44, 59, 64). Kossini et al., 2012, ont montré que 22,8% des sujets hospitalisés ne s'étaient pas lavé les dents depuis leur admission à l'hôpital (36). McCreadie et al., 2004, ont présenté que seulement 75% des malades se brossaient les dents quotidiennement tandis qu'ils étaient 96% parmi la population générale (44). Sayegh et al., 2006, ont rapporté que la moitié des sujets schizophrènes participant à leur étude ne se lavaient jamais les dents tandis que 60% des personnes du groupe témoin se lavaient les dents une à deux fois par jour (59). Les résultats sont résumés dans le tableau 1.

3.3 EVALUATION DE L'ETAT PARODONTAL

L'évaluation de la santé parodontale d'un patient est une étape importante de l'examen clinique dentaire. Il faut différencier les examens concernant le parodonte superficiel : aspect inflammatoire des gencives, récessions, de ceux concernant le parodonte profond : sondage, saignement, suppuration (9).

Dans la littérature, de nombreux index parodontaux (classification de Miller, classification de Mülheman) sont décrits. L'indice de Plaque de Sillness et Loë et le Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) sont souvent utilisés pour des études épidémiologiques (9, 25) (annexe 2). Le CPITN est couramment employé car en plus de l'évaluation l'état parodontal du patient, il propose au praticien un traitement adapté. Le score CPITN évolue entre 0 et 4, le traitement découle du score (de l'apprentissage d'une méthode d'hygiène à la chirurgie parodontale) (annexe 2).

Pour les patients atteints de pathologies psychiatriques hospitalisés la santé parodontale était mauvaise. Velasco et al., 1999, ont montré que seulement 8,5% des patients avaient un bon état de santé parodontale. Depuis différentes études ont conclu au même résultat (13, 31, 68).

Selon les résultats d'Arnaiz et al., 2011, le score CPITN des sujets schizophrènes dépassait en général 2 (CPITN plus élevé chez les malades : 2,32 contre 1,04 pour les sujets témoins) (4). Cela signifiait que ces patients avaient un besoin en apprentissage d'une méthode d'hygiène mais aussi en détartrage et en surfaçage

(4). Similairement, Kuan-yu Chu et al., 2012, sur 1048 patients schizophrènes hospitalisés à Taiwan, ont montré que plus de 90,7% de la population malade présentaient un CPITN supérieur ou égal à 2 (13). Les résultats concernant les scores CPITN sont résumés dans le tableau 2.

Velasco et al., 1999, ont décrit que l'incidence de la maladie parodontale augmentait avec l'âge des patients psychiatriques hospitalisés (68). Par exemple, 19% de l'échantillon des 25-44 ans avait une bonne santé parodontale pour seulement 3,4% des participants de plus de 65 ans. Ils ont aussi montré que la prévalence des poches parodontales et leur profondeur augmentaient avec la durée d'hospitalisation (68). Depuis des études en Jordanie en 2006 (59), au Nigéria en 2011 (1) et à Taiwan 2012 (13) ont été menées et ont conclu à des résultats similaires.

Eltas et al., 2012, ont exposé que l'état parodontal était modifié par l'absorption de médicaments antipsychotiques (24). Cette étude concernait deux groupes de malades: le premier groupe prenait des médicaments engendrant une xérostomie (rispéridone, quétiapine, olanzapine). Le second groupe des médicaments stimulant le débit salivaire (clozapine). Pour permettre une comparaison rigoureuse, les deux groupes présentaient une moyenne d'âge, un sexe ratio, une durée de maladie et de période d'absorption de médicaments similaires. Ils ont conclu que la santé parodontale était dégradée dans le premier groupe (avec les médicaments xérostomiants) : les sujets présentaient plus de saignement au sondage ainsi que de plaque visible. Néanmoins la profondeur des poches était similaire. Parallèlement, Eltas et al., 2012, ont quantifié la quantité de salive avec la « spitting méthode ». Cette méthode consistait à faire cracher la salive au patient toutes les 30 secondes pendant 5 minutes (sans stimulation). Ils ont montré que la faible quantité de salive était corrélée à un indice de plaque et un indice de saignement au sondage élevés. Toutefois, cette étude ne prenait pas en compte la qualité de la salive (24). Les résultats de l'étude sont résumés dans le tableau 3.

Pour lutter contre ce manque de salive plusieurs méthode sont préconisées : boire de l'eau fréquemment, sucer des bonbons sans sucre et, en cas d'hyposialie plus sévère, des sialogogues ou des substituts salivaires peuvent être prescrits. Cependant, Person et al., 2009, ont rapporté qu'aucun médicament pour stimuler le

débit salivaire n'avait été prescrit pour les patients schizophrènes participant à l'étude (54).

Arnaiz et al ., 2010, ont montré une corrélation entre le besoin en soins parodontaux et la consommation de cigarettes: plus les personnes consommaient de cigarettes et plus leur score CPITN et donc leur besoin en soin était élevé (4).

3.4 EVALUATION DES ARCADES DENTAIRES

Le CAOD (DMFT en anglais), créé par Klein et Palmer en 1938, représente le nombre de dents Cariées, Absentes et Obturées d'un adulte. Lorsque l'unité de mesure est la dent, on parle d'indice CAOD. Chez un individu ayant 28 dents, le score maximum résultant de la mesure de l'indice CAOD sera donc de 28 (Annexe 3).

Les résultats des études ont montré que les patients schizophrènes avaient un indice CAOD plus élevé par rapport à la population générale (1, 2, 13, 54, 65, 67, 70). Cependant les données sont variables en fonction des études. Le schéma de Keyes et al., 1962, a avancé qu'il fallait l'imbrication de trois éléments pour que la carie se développe: des bactéries cariogènes, une alimentation riche en hydrates de carbone, une susceptibilité de l'hôte (terrain) et le temps (figure 2). Depuis, pour évaluer le risque carieux d'un individu (RCI), différents facteurs ont été pris en compte:

- L'hôte (âge, sexe, situation socio-économique, état de santé général, état de santé bucco-dentaire, salive)
 - Les bactéries cariogènes du biofilm
 - Les facteurs comportementaux (hygiène bucco-dentaire, alimentation, tabac)
- (41).

L'hôte: En ce qui concerne les patients schizophrènes de nombreuses études ont montré que le score CAOD augmentait significativement avec l'âge (7, 11, 13, 64). Par exemple Bertaud-Gounot et al., 2013, ont obtenu un score CAOD supérieur à 16 pour 25% des patients de moins de 45 ans et pour 69,1% les plus de 45 ans (7). Velasco et al., 1997, ayant comparé le nombre dents absentes chez des patients psychiatriques hospitalisés en fonction de leur âge, ont montré que l'édentement augmentait avec l'âge du patient (67). Par exemple, pour la tranche 21-44 ans, le

nombre de dents absentes était en moyenne de $8,72 \pm 8,54$ et de $22,6 \pm 8,64$ pour la tranche des 65-99 ans (67).

Kossini et al., 2012 et Sayegh et al., 2012 ont décrit un faible niveau d'étude pour les patients schizophrènes (36, 59). De plus Kilbourne et al., 2007, ont rapporté une forte proportion de patients schizophrènes au chômage (34). Lupi- Pégurier et al. 2006, ont avancé que ces facteurs socio-économiques augmentaient le risque cariogène (41).

L'état de santé général a été pris en compte pour évaluer le risque carieux d'un individu et en particulier sa consommation en médicaments xérostomiants. En effet la consommation des neuroleptiques influence le score CAOD car elle entraîne une hyposialie. La qualité et la quantité de la salive ne sont pas suffisantes pour assurer ses fonctions (pouvoir tampon antibactériens, rôle d'auto nettoyage de la cavité buccale) résumées dans la figure 3 (5). Sayegh et al. 2006, ont montré que la première plainte des patients psychiatriques était la sensation de bouche sèche (40%) (59). Aussi Thomas et al., 1996, ont rapporté que la consommation de la chlorpromazine engendrait une augmentation significative du score CAOD (65).

Bactéries cariogènes du biofilm : aucune étude n'a été entreprise pour comparer les bactéries présentes dans le biofilm des patients souffrant de schizophrénie comparativement à celui de la population générale.

Facteurs comportementaux : selon l'OMS, 35% de la population mondiale serait en surpoids, en France en 2012 on comptait 12,5% d'obèses (29). McCreddie et al., 2003 ont évalué l'indice de masse corporelle de patients psychiatriques. Ils ont décrit une plus forte proportion de personnes en surpoids (70%) que dans la population générale. Cela peut s'expliquer par le fait que le régime alimentaire de schizophrènes n'est pas très varié : ils consommeraient beaucoup de sucres rapides et des graisses saturées (45). De plus, le manque d'activités physiques pour cette population a été décrit : seul 59% se considéraient comme actifs (45). Le manque d'activité physique peut être corrélé au fait que la plupart des patients schizophrènes n'exerçaient pas

une activité salariée (34, 45). Aussi, il a été montré que les médicaments antipsychotiques entraîneraient une hausse de poids (52). Parsons et al., 2009 ont réalisé une étude comparant la hausse de poids de patients traités avec des antipsychotiques versus placebo à court (4-12 semaines) et long terme (1 an). Les patients traités avec l'olanzapine et la rispéridone présentaient une augmentation de poids significativement plus importante qu'avec le placebo à court et long terme (52). Par exemple, Lieberman et al., ont montré que la hausse de poids engendrée par l'olanzapine serait une des raisons principales à la non observance du traitement par les patients schizophrènes (40).

Kuan–Yu Chu et al., 2011, ont étudié le lien entre indice de masse corporelle et risques carieux chez des patients atteints de schizophrénie et traités avec des AP2. Ils n'ont pas trouvé de relation entre le traitement par antipsychotiques et état bucco-dentaire. Cependant, en prenant en compte l'âge des patients, ils ont montré que l'état bucco-dentaire était dégradé pour les patients les plus maigres et les plus âgés (12).

Enfin, une cause de ce surpoids pourrait être la cigarette : fumer étant un facteur sédentarisant (45). La consommation de cigarettes est connue pour être un facteur de risque de problèmes bucco-dentaires (2, 9, 34). La population schizophrène est plus consommatrice de cigarette que la population générale (45, 58). Roick et al., 2007 ont montré qu'il y avait plus de consommateur régulier de cigarette parmi les schizophrènes et que ceux-ci consommaient par jour plus de cigarettes que la population générale (19 cigarettes versus 16). Cela peut s'expliquer par le fait que la nicotine minimise les effets secondaires des antipsychotiques et permet aux malades d'améliorer leurs fonctions cognitives (58). Arnaiz et al., 2011, ont réalisé une étude comparative pour évaluer le lien entre santé orale et dépendance à la cigarette. Soixante-et-onze pour cent des patients schizophrènes étaient fumeurs pour 39% dans l'échantillon témoin. Pour les deux populations, la consommation de cigarette et l'âge du patient étaient associés à une mauvaise santé orale (4).

Une étude japonaise a montré que l'état bucco-dentaire se dégradait pour les patients psychiatriques avec l'âge, la consommation de cigarettes et les mauvaises habitudes de brossage (64). Ainsi, les patients de moins de 40 ans présentaient un

indice CAOD de $10,7 \pm 6,2$ tandis que les patients de plus de 60 ans présentaient un CAOD moyen de $23,7 \pm 6,3$. La différence entre les deux groupes était significative (64). Les patients fumeurs avaient un CAOD plus élevé que les non-fumeurs ($21,1 \pm 7,4$ vs $19,0 \pm 8,0$). Enfin une différence significative a été mise en évidence pour l'état bucco-dentaire (CAOD) en fonction des habitudes de brossage (une fois et/ou deux fois par jour et/ou absence de brossage) (64).

Dans le CAOD la proportion des variables C (dent cariée), A (dent absente), O (dent obturée) sont différentes. Des études ont montré que les patients schizophrènes avaient peu de dents traitées endodontiquement, entre 0 et 7 en fonction des études (2, 36, 57, 59, 72). Cependant le nombre de dents absentes était important, les chirurgiens-dentistes auraient donc une tendance à extraire plus fréquemment pour ce type de patients (57, 69). McCreadie et al., 2004, ont rapporté que 96% des patients interrogés avaient déjà subi une extraction contre 80% de la population générale (44).

Les résultats sont résumés dans le tableau 4.

3.5 REHABILITATION PROTHETIQUE

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), santé générale et santé orale sont étroitement liées (51). En effet, les affections bucco-dentaires, souvent synonymes d'infection et de douleur retentissent sur la santé générale. Elles peuvent être à l'origine de complications infectieuses locales ou à distance, et plus particulièrement chez des patients à risque : personnes immunodéprimées, patients diabétiques plus vulnérables, patients cardiaques présentant un risque d'endocardite infectieuse, personnes âgées dépendantes ou personnes handicapées (51).

Aussi, une mauvaise santé orale affecte le patient au niveau de son élocution, de l'alimentation (mastication), de sa relation avec autrui (sourire), et de sa confiance en soi (2). Kilbourne et al., 2007, ont rapporté que 34,1% des patients psychiatriques étudiés (1371 personnes) rencontraient des difficultés pour manger à cause de leurs problèmes bucco-dentaires (34).

Les caries et les parodontopathies sont les principales causes de la perte de dents. On admet qu'il faut au minimum 20 dents pour assurer une mastication suffisante et une occlusion stable (70). Cependant, Kossini et al., 2012, ont montré que dans une population de 111 patients hospitalisés seul 67 étaient dentés et que le nombre moyen de dents était de $12,9 \pm 8,1$ (36). Person et al., 2010, ont montré que la perte des dents avait un impact négatif sur la qualité de vie (55). Person et al., 2010, ont évalué la qualité de vie (questionnaire) en fonction du nombre de dents pour des patients pris en charge de façon ambulatoire. Ils en ont conclu que moins les patients avaient de dents, plus ils ressentaient que leur qualité de vie diminuait (55).

Pour rétablir une occlusion stable et obtenir une efficacité masticatoire suffisante suite à l'édentation d'un patient, trois possibilités thérapeutiques peuvent être envisagées : la prothèse implanto-portée, la prothèse fixée ou la prothèse amovible. Le choix de la réhabilitation sera fonction de l'état de santé générale (contre-indication à la pose d'implant), de l'étendue de son édentement et de ses besoins. Par exemple, Kuan-Yu Chu et al., 2013, ont rapporté trois facteurs favorables à la réhabilitation avec une prothèse amovible pour les patients psychiatriques: un faible niveau d'éducation, la durée d'hospitalisation et l'âge (14).

Différentes études ont étudié les besoins prothétiques des patients psychiatriques hospitalisés (7, 14, 57, 66, 72). Kuan-Yu Chu et al., 2011, ont montré que sur 1103 patients schizophrènes, 37% avaient un besoin en prothèse fixée et 63% avaient un besoin en prothèse amovible (14). Bertaud-Gounot et al., 2013, en France, ont décrit que 21,7% avaient un besoin en prothèse fixée et 41,0% un besoin en prothèse amovible (7). Les résultats des besoins prothétiques chez les patients psychiatriques sont résumés dans le tableau 5.

L'édentement complet touche en particulier les personnes âgées. Près de 30% des personnes de 65 à 74 ans n'ont plus de dents naturelles dans la population mondiale (OMS). Selon Velasco et al., 1999, seulement 23,6% des patients psychiatriques hospitalisés totalement édentés portaient une prothèse complète bi maxillaire (68). Kuan-Yu Chu et al., 2013, ont montré que sur une population totale de 1103 patients schizophrènes hospitalisés, 5% étaient complètement édentés et 13,1% avaient un besoin en prothèse complète bi maxillaire (14). En France, pour Bertaud-Gounot et al., 2013, sur 18 patients totalement édentés, 5 n'étaient pas appareillés, et 3 avaient seulement un appareil amovible pour l'arcade supérieure (7).

Lorsque les patients sont hospitalisés le port des prothèses amovibles n'est pas systématique. En effet, Kossini et al., 2012, ont décrit que sur 111 patients psychiatriques, 67,3 % seulement portaient quotidiennement leurs appareils amovibles (36). Les raisons qui empêchent les patients de porter leurs prothèses sont multiples. Les prothèses peuvent être inadaptées et donc traumatiques engendrant des blessures (36). Elles peuvent être instables et donc par là même inconfortables pour le patient. De plus, une instabilité prothétique peut induire un réflexe nauséux (36). Au cours de cette étude, des chirurgiens-dentistes ont examiné les prothèses pour voir si elles répondaient aux critères de qualité de la prothèse amovible. Ils ont montré que plus de la moitié des prothèses présentaient des défauts d'occlusion ou une dimension verticale d'occlusion réduite, ces anomalies entraînant un inconfort pour le patient. De plus les prothèses pouvaient présenter des fractures, des dents manquantes ou un défaut de rétention (36).

Une autre cause du non port des prothèses chez les patients hospitalisés est la perte des prothèses amovibles (36, 57). Ramon et al., 2003, ont constaté que plus de 40% des malades, bien qu'appareillés prophétiquement ne pouvaient utiliser leurs prothèses «disparues» (57). Selon Kossini et al., 2012, une des raisons pouvant expliquer la perte des prothèses serait le manque d'implication du personnel soignant pour l'hygiène buccale des patients hospitalisés (36). Ils ont montré de même un manque d'entretien des prothèses amovibles à l'hôpital (36). Dans cette étude, sur 35 patients appareillés, 25,7% les entretenaient moins d'une fois par jour et 11,4% ne les avaient jamais nettoyées durant leur séjour à l'hôpital (36).

3.6 ETAT BUCCO-DENTAIRE ET SYMPTOMES POSITIFS ET NEGATIFS

Pour lutter contre les symptômes de la schizophrénie, il est important de déterminer le profil psychopathologique du patient. Cela permet de rechercher des éléments pronostiques d'une évolution de la maladie et d'envisager diverses possibilités thérapeutiques. Les médecins ont donc conçu la Positive And Négative Syndrome Scale (PANSS), échelle à 30 items, qui évalue les symptômes psychopathologiques observés chez des patients présentant des états psychotiques, particulièrement la

schizophrénie. Elle permet de calculer les scores de trois dimensions : symptômes positifs (7 items), symptômes négatifs (7 items) et psychopathologie générale (16 items) (annexe 4).

Arnaiz et al., 2011, se sont penchés sur les PANSS positifs et négatifs. Ils ont remarqué que plus les symptômes négatifs étaient élevés et plus les patients avaient un CAOD élevé (4, 65). Plus précisément, les patients qui avaient un PANSS négatif élevé avaient un nombre plus important de dents absentes et cariées que les patients présentant des symptômes positifs (4).

Les résultats étaient similaires avec le besoin en soins parodontaux ; les patients ayant des PANSS négatifs élevés avaient plus de besoin en soins que les autres (4).

3.7 ETAT BUCCO DENTAIRE ET HOSPITALISATION

En France, la schizophrénie touche 400 000 malades. Les schizophrènes représentent, dans notre pays, 20 % des hospitalisations psychiatriques à temps complet et 1 % des dépenses totales de santé (29). L'état bucco-dentaire des patients hospitalisés est alarmant. Les malades sont hospitalisés parce qu'ils sont à un stade plus sévère de leur maladie, par conséquent leur traitement est plus lourd et leur flore buccale altérée (65).

Une autre raison, est le déficit de formation adéquate en hygiène bucco-dentaire des personnels soignants qui ne peuvent donc prodiguer de conseils de prévention bucco-dentaire ni d'aide aux soins efficaces (65, 66, 69). Ainsi Kossini et al., 2012 ont montré que le personnel soignant ne participait pas à l'hygiène buccale des patients dans un hôpital psycho-gériatrique grec (36). La majorité des patients déclaraient se brosser les dents moins souvent qu'à la maison ; et de plus, sur un échantillon de 111 patients, 13 reconnaissaient ne pas s'être lavés les dents depuis leur hospitalisation. De plus les méthodes employées n'étaient pas adaptées : 62,5% se lavaient avec une brosse à dent et du dentifrice tandis que 25% n'effectuaient qu'un rinçage à l'eau (36).

Les études ayant comparé l'état bucco-dentaire de patients hospitalisés par rapport à des patients pris en charge de façon ambulatoire ou à la population générale ont montré que leur état bucco-dentaire était altéré (13, 36, 65). Par exemple, Thomas et al., 1996, ont comparé l'hygiène orale de trois groupes de patients schizophrènes :

- hospitalisés depuis plus de 10 ans,
- hospitalisés depuis moins de 10 ans,
- suivis de façon ambulatoire.

Les auteurs ont conclu que l'hygiène orale diminuait lorsque la durée d'hospitalisation augmentait (65). Parallèlement le score CAOD augmentait avec la durée d'hospitalisation (65).

De même, Lewis et al., 2001, ont comparé l'état parodontal et l'hygiène bucco-dentaire (CPITN et OHI-S) de patients en fonction de la durée d'hospitalisation (moins de 2 ans et plus de 2 ans). Malgré des scores CPITN et l'HOI-S plus élevés pour les patients hospitalisés depuis plus de 2 ans, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre les deux groupes (39).

Ramon et al., 2003 et Velasco et al., 1997, ont indiqué que le CAOD augmentait avec la durée d'hospitalisation (57, 67). Ils ont aussi remarqué que plus l'hygiène était médiocre plus l'état bucco-dentaire était altéré. Les résultats de l'étude de Velasco et al., 1997 montrant les scores CAOD de patients psychiatriques en fonction de la durée d'hospitalisation sont exposés dans le tableau 6. Parallèlement, Eltas et al., 2012 ont montré que le score CAOD, la profondeur des poches et le niveau de l'attache parodontale augmentaient significativement avec la durée de la maladie (24).

Le taux d'édentement complet pour une population âgée de plus de 60 ans hospitalisée souffrant de maladies mentales chroniques a été décrit comme supérieur à celui d'une population témoin (36, 69). Par exemple, Velasco et al., 2013 ont décrit un pourcentage d'édentement complet de 34% (8% pour la population témoin) (69). Les résultats de Kossini et al., 2012 sont similaires avec un pourcentage de 40% (36). En conclusion les auteurs évoquaient la tendance des praticiens à extraire les dents plutôt que de les conserver pour ces patients (36, 69).

Les patients psychiatriques hospitalisés ont un fort besoin en soin dentaire. Lewis et al., 2001, ont montré que 25,6 % des patients hospitalisés avaient besoin de soins conservateurs et 27,2% avait besoin d'extraction (39). Kossini et al., 2012, ont remarqué que des extractions étaient nécessaires pour 52,5% des patients

participant à l'étude (36). En France, Bertaud-Gounot et al., 2013, ont écrit que 93,0% de la population étudiée avaient un besoin en soins dentaires (7).

Néanmoins, les patients hospitalisés sont soumis aux règles administratives de l'hôpital ce qui entraîne parfois un parcours de soins allongé. Bien que pris en charge immédiatement pour une pathologie psychiatrique, les consultations pour des soins bucco-dentaires seront retardées. Nielsen et al., 2011, ont montré qu'il fallait environ 30 jours pour avoir un rendez-vous avec un chirurgien-dentiste pour un malade hospitalisé (48).

Kossini et al., 2012 , pour une population de patients psychiatriques hospitalisés en psycho-gériatrie ont montré que la moitié des patients ne consultaient qu'en cas d'urgence. De plus, seulement 12,6% avaient eu recours à un dentiste l'année précédente (36).

En plus du parcours de soins plus long, la longueur du délai d'attente pour consulter un chirurgien-dentiste à l'hôpital peut s'expliquer par le faible nombre de dentistes hospitaliers. Par exemple, Kuan-Yu Chu et al., 2013, ont quantifié que le ratio de chirurgien-dentiste hospitalier par patients était de 1 pour 2300 (1 praticien pour 1995 personnes en population générale) (14).

Néanmoins, Ponizovsky et al., 2009, ont constaté une amélioration de l'état bucco-dentaire de patients hospitalisés bénéficiant d'un suivi bucco-dentaire régulier (56). En effet, les autorités de santé israélienne avaient constaté en 1996 une santé dentaire des patients psychiatriques hospitalisés très précaire, ils ont donc mis en place une réforme de soins dans les hôpitaux psychiatriques. Tous les patients hospitalisés depuis plus d'un an bénéficiaient désormais d'un suivi régulier par un chirurgien-dentiste. L'étude a comparé l'état bucco-dentaire des patients avant et après la réforme par exemple: le score CAOD des schizophrènes est passé de 26,6 avant la réforme à 24,3 après la réforme (56).

3.8 STIGMATISATION ET SOINS BUCCO-DENTAIRES

i. Stigmatisation

La stigmatisation des personnes souffrant de maladies psychiatriques est répandue dans le monde occidental (53). La stigmatisation sociale, professionnelle et l'auto-stigmatisation ont chacune été identifiées comme des cibles importantes dans le cadre de la promotion de la santé mentale.

Les personnes souffrant de problèmes psychiques sont confrontés à deux types de stigmatisation (53) : d'une part, la stigmatisation publique définie par toute parole ou action visant à transformer le diagnostic de trouble psychique en une marque négative pour la personne (18) et d'autre part, l'auto-stigmatisation que les personnes malades ont envers eux-mêmes (53). L'auto stigmatisation peut engendrer deux comportements opposés : certains malades peuvent avoir un manque de confiance en eux et une résignation face à leur maladie, tandis que d'autres auront une motivation supplémentaire pour lutter contre les préjudices qu'ils ont subi (53). La stigmatisation publique et l'auto-stigmatisation présentent trois composantes communes et imbriquées entre elles: le stéréotype, le préjudice et la discrimination. Par exemple pour un patient à la recherche d'un emploi: (i) du fait du stéréotype la personne malade peut être caractérisée par les autres, voire par elle-même, comme dangereuse ou incompétente (ii). Du fait du préjudice le malade va ressentir un manque de confiance en soi.(iii) Du fait de la discrimination, suite aux échecs répétitifs, le malade refusera de continuer la recherche d'emploi car l'employeur recrutera des non malades (53). Par exemple Brohan et al., 2010, ont rapporté que les personnes souffrant de schizophrénie ressentaient significativement moins d'auto-stigmatisation s'ils avaient un emploi (8). Cependant, Cechnicki et al., 2009, ont décrit que 31% de personnes schizophrènes participant à leur étude auraient été victimes de stigmatisation au travail (10).

La schizophrénie est la maladie mentale la plus stigmatisée (17, 42). Crisp et al., 2000, ont comparé la perception qu'avait la population britannique envers les schizophrènes, les personnes souffrant de dépression et les personnes dépendantes

à l'alcool ou à la drogue. Ils ont conclu que la population témoin considérait les schizophrènes comme les plus dangereux (17). Les résultats de l'étude sont cités dans le tableau 7. Mann et Himelein ., 2004, ont réalisé une étude aux Etats-Unis. Il s'agissait d'un questionnaire concernant différentes situations quotidiennes (être ami avec une personne malade, faire garder ses enfants par cette personne) où des étudiants pouvaient être confrontés à des personnes souffrant de problèmes mentaux. Les auteurs ont montré que la schizophrénie était significativement plus stigmatisée que la dépression et que les sondés étaient plus réticents à construire des relations sociales avec des personnes schizophrènes (42).

L'étude INDIGO a été réalisée dans 27 pays dont la France (18, 66). Par l'intermédiaire d'un questionnaire des patients schizophrènes étaient interrogés sur leur ressenti face à leur maladie dans des situations de la vie quotidiennes. La discrimination était souvent vécue au travail, dans le cadre familial et/ou social. La discrimination ressentie dans le contexte familial était plus importante en France par rapport aux autres pays (72% en France contre 43%) (18). En France 76 % ressentaient le besoin de cacher leur diagnostic, même à leur famille proche (18). Néanmoins, 73% des patients ne ressentaient pas de discrimination face aux traitements de leurs problèmes dentaires (18, 66).

Cependant, Kilbourne et al., 2006 , ont comparé l'accès aux soins et la qualité des soins médicaux fournis pour les patients souffrant de schizophrénie et de troubles bipolaires par rapport à la population générale. Ils ont montré qu'il était plus difficile pour les personnes malades d'être pris en charge des spécialistes, de plus, la qualité des soins ne répondait pas toujours à leur attente. Par exemple ils décrivaient un manque d'attention des praticiens dans leur prise en charge (35).

ii. Barrières aux soins

Pour Penchansky et Thomas, 1981, l'accès aux soins se ferait par la combinaison de 5 facteurs qui impliqueraient le patient et le praticien :

- La possibilité d'accès financiers aux soins pour le patient en fonction des honoraires fixés par le praticien,
- L'accessibilité géographique du cabinet ou du centre de soins,

- Les structures de soins adaptées aux patients pouvant assurer tous les examens.
- La disponibilité du praticien qui adapterait ses horaires et ses séances aux patients.
- L'acceptation du choix du praticien et du traitement par le patient et vice versa (42).

Les organisations sanitaires et de santé publique françaises (Affsaps/HAS) recommandent un suivi régulier chez un chirurgien-dentiste afin d'aborder la santé bucco-dentaire aussi bien au niveau de la prévention que des soins à proprement parlé. La fréquence des consultations doit être adaptée en fonction des besoins de la personne (28). Les patients schizophrènes sont considérés comme des patients à risque de problèmes bucco-dentaires (27) et devraient donc bénéficier de visites plus régulières chez le chirurgien-dentiste afin de réaliser des séances de prophylaxie et de prévention (1,35). Kilbourne et al., 2006, ont rapporté que 61% des patients psychiatriques (49% de schizo sur une population de 4769) avaient conscience d'avoir une mauvaise santé orale (35). Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) la France fait partie des bonnes élèves quant à la fréquence annuelle des visites chez le chirurgien-dentiste (1,7 fois pour la France contre 1 fois par an pour les Etats-Unis) (50) (Figure 4). Les études internationales qui se sont intéressées aux personnes souffrant de schizophrénie ont montré qu'elles consultaient moins régulièrement leur chirurgien-dentiste que la population générale (23, 44, 48). Par exemple, Nielsen et al., 2011, ont rapporté que 43% des participants (21427 personnes schizophrènes) avaient consulté leur chirurgien-dentiste au cours de l'année précédente pour 68% dans la population générale (48). De plus cette étude danoise a montré que seulement 31% des patients effectuaient une visite de contrôle annuelle (48).

Cependant, une étude américaine n'a pas mis en évidence de différence significative en ce qui concernait le nombre de visites chez le chirurgien-dentiste. En effet, les deux groupes de sujets âgés de plus de 55 ans (groupe d'étude patients atteints de schizophrénie versus groupe contrôle) n'allaient pas deux fois par an chez le chirurgien-dentiste (30).

Selon McCreadie et al., 2004 et Nielsen et al., 2011, seulement un tiers de la population des patients psychiatriques déclarait effectuer une visite de contrôle

annuelle chez leur praticien (44, 48). Différentes études ont évalué les facteurs favorisant les consultations pour un bilan bucco-dentaire (30, 48). Paradoxalement, un des facteurs prédictifs serait l'absence de problème dentaire (30). En effet, les patients concernés par leur hygiène buccale rendent visite régulièrement à leur chirurgien-dentiste pour effectuer un bilan dentaire, des actes de prévention ou des soins (30). Le deuxième facteur était l'absence de problèmes financiers (30). Dickerson et al., 2003, ont montré que les conditions financières représentaient une barrière aux soins pour 36% des schizophrènes versus 10% de la population témoin (23). Les deux études citées étaient réalisées aux Etats Unis, où il n'existe pas de régime de sécurité sociale.

Enfin il existe d'autres facteurs favorisant, ceux-ci liés aux symptômes de la maladie : les patients ayant des fonctions cognitives conservées et peu atteints de dyskinésie orale sont plus enclins à consulter leur dentiste (48).

Parmi les barrières aux soins la consommation de drogue est décrite comme responsable du peu de compliance des patients pour réaliser des visites annuelles dentaires (48).

De même, l'hospitalisation et la mise sous tutelle seraient un obstacle à la fréquence des consultations (54).

Enfin un facteur défavorable aux consultations est le genre : les hommes consulteraient moins que les femmes (48). Les facteurs prédictifs de la consultation chez un chirurgien-dentiste sont récapitulés dans le tableau 8.

Dickerson et al., 2003, ont montré que les patients souffrant de maladies mentales consultaient moins un chirurgien-dentiste que la population générale malgré le fait qu'ils ressentaient un plus fort besoin en soins bucco-dentaires. Par exemple, 66,5% des patients déclaraient un besoin en détartrage (23). En France, Bertaud-Gounot et al., 2013, ont montré que parmi une population de patients psychiatriques hospitalisés 93,0% avaient un besoin en soins bucco-dentaires (7). Pour conserver une bonne hygiène orale, Personn et al., 2009, ont avancé l'hypothèse que la mauvaise hygiène orale et le besoin en soin étaient liés à l'absence de praticien traitant, choisi par le patient (54). En effet, une des conditions importantes pour conserver une bonne hygiène orale serait que le patient consulte son chirurgien-dentiste régulièrement afin d'effectuer des contrôles et des séances de prophylaxie

indispensables à la bonne santé bucco-dentaire. La relation de confiance établie entre le praticien et le patient fera que celui-ci consultera plus volontiers son dentiste.

iii. Prise en charge par les Chirurgiens-Dentistes

Lorsqu'on interroge les patients psychiatriques sur la perception des soins prodigués par leur chirurgien-dentiste, ils les considèrent comme adéquats ils ne contestent ni le diagnostic ni les traitements choisis (54). Person et al., 2009, ont décrit que 81% des malades psychiatriques non hospitalisés suivaient les préconisations de leur chirurgien-dentiste (54).

Néanmoins, obtenir le consentement libre et éclairé des patients psychiatriques peut être difficile. Cormac et al., 1999, ont proposé la venue d'un accompagnant qui aiderait le patient à comprendre la prise en charge et permettre une compliance pour les visites dentaires (16).

McCreadie et al., 2004, se sont intéressés aux types de soins reçus pour les personnes schizophrènes par rapport à la population générale. Les malades bénéficiaient moins de soins conservateurs. En effet 12% seulement d'entre eux avaient entrepris avec leur chirurgien-dentiste des travaux de prothèse fixée (44).

Quatre-vingt-seize pour cent des malades avaient déjà subi une extraction versus 25% de la population générale (44). Chez les patients schizophrènes le nombre de dents absentes était important par rapport au nombre de dents soignées ou obturées (44). De plus différentes études ont montré que l'édentement augmentait avec l'âge alors que le nombre de dents soignées diminuait avec l'âge (36, 57, 72). Zusman et al., 2010, ont émis l'hypothèse que les dentistes avaient tendance à extraire davantage plutôt que de conserver les dents chez les patients psychiatriques (72). Un certain nombre de causes ont été mises en évidence dans la littérature pour expliquer ce fort taux d'avulsion. Tout d'abord, lorsqu'on s'intéresse aux causes amenant les patients schizophrènes à consulter, l'urgence prend la première place (44). McCreadie et al., 2004, ont rapporté les résultats d'un questionnaire fourni à des patients schizophrènes; ceux-ci ont répondu à 61%, avoir consulté pour la dernière fois leur dentiste pour une urgence (44). L'urgence, très souvent synonyme de douleurs annonce en général un pronostic défavorable pour la pérennité de la dent sur l'arcade. Les dentistes n'ont souvent pas d'autre choix que d'extraire la dent condamnée car le patient est venu consulter trop tard.

De plus, Velasco et al., 2013, ont décrit que les besoins en soins chez les patients âgés et hospitalisés sont plus souvent des extractions (69).

Les praticiens s'investissent moins dans des traitements de longues durées pour des personnes souffrant de graves troubles mentaux (57). Les chirurgiens-dentistes ont parfois tendance à considérer ces patients comme « difficiles à gérer » car ils ne pourront les suivre à long terme. Ils optent alors pour des traitements plus rapides et donc moins conservateurs (11).

A la suite de leurs travaux Friedlander et al., 2002, et Yaltirik et al., 2004, ont proposé des conduites à tenir pour prendre en charge des patients psychiatriques dans les meilleures conditions possibles (26, 71). Friedlander et al., 2002, ont recommandé d'adopter la démarche suivante : tout d'abord consulter le psychiatre du patient pour connaître le traitement et anticiper les éventuelles interactions médicamenteuses et s'informer si les patients abusent de substances illicites qui augmentent le risque de problèmes bucco-dentaires et peut diminuer l'efficacité des anesthésies dentaires. Ensuite rechercher les médicaments et identifier les médicaments pouvant engendrer une xérostomie afin d'entreprendre des soins de prophylaxie (fluoration) et donner des conseils pour améliorer l'hygiène buccale, en faisant participer lorsque cela est possibles les aidants (26).

4 CONCLUSION

La schizophrénie est une maladie qui touche entre 0,5 à 2% de la population selon les pays, soit environ 400 000 personnes en France. Malgré un potentiel de transmission héréditaire, certains facteurs comportementaux (addictions) entrent en jeu pour développer cette maladie chronique qui apparaît le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (22). L'analyse de la littérature a montré que les patients schizophrènes sont à haut risque de problèmes dentaires car ils présentent au moins un des facteurs de risque selon la haute autorité de Santé (27, 28):

- Absence de brossage quotidien avec du dentifrice fluoré
- Ingestions sucrées régulières en dehors des repas ou du goûter (aliments sucrés, boissons sucrées, bonbons)
- Prise au long cours de médicaments sucrés ou générant une hyposialie
- Sillons anfractueux au niveau des molaires
- Présence de plaque visible à l'œil nu
- Présence de caries (atteinte de la dentine) et/ou de lésions initiales réversibles (atteinte de l'émail)

L'analyse de la littérature a montré que l'hygiène bucco-dentaire des patients schizophrènes était médiocre et que les aidants n'étaient pas en mesure (manque d'information, de formation) de les accompagner au quotidien que ce soit pour le brossage des dents ou l'entretien de leurs prothèses dentaires (36, 65, 66, 67).

De plus, l'état bucco-dentaire des schizophrènes a été décrit comme inférieur à la population générale : aussi bien au niveau du nombre de dents traitées, cariées ou absentes que de l'état parodontal (1, 11, 13, 65, 67, 72) L'état bucco-dentaire était plus dégradé si les patients étaient hospitalisés et si leur traitement nécessitait une prise en charge médicamenteuse lourde (11, 13, 36, 65). En effet les médicaments antipsychotiques entraînent une hyposialie et augmentent donc la susceptibilité à la carie (5, 41).

Paradoxalement, malgré le fort besoin en soins dentaires, les données ont montré que ces patients présentaient une fréquence de visite chez le chirurgien-dentiste inférieure à la population générale, les soins étant réalisés surtout en urgence (44).

La première raison évoquée était la négligence des patients concernant leur hygiène buccale et le manque de motivation à consulter un chirurgien-dentiste (44). La deuxième raison était le parcours de soin plus long lorsque les patients sont hospitalisés, les rendez-vous étant programmés avec un délai plus important (48). De plus, les chirurgiens-dentistes entreprendraient moins de soins conservateurs pour ces malades dont le suivi est aléatoire (13, 57). Les extractions étaient ainsi les soins les plus réalisés sur ces patients qui consultent souvent trop tard (57,67).

Cependant, les patients schizophrènes bien que souvent édentés ne bénéficieraient pas toujours d'une réhabilitation prothétique adaptée (7, 14, 57, 66, 70). Le port de leurs prothèses amovibles n'étant pas contrôlé à l'hôpital, plusieurs cas de perte ou d'oubli ont été cités dans la littérature ainsi que des anomalies fonctionnelles et d'entretien de ces prothèses (36, 57).

Cette revue de la littérature concernait également la stigmatisation de cette maladie. Les patients sont confrontés au regard de la société et parfois même de leur entourage qui considèrent ces malades comme des personnes imprévisibles voire dangereuses envers les autres et/ou envers eux-mêmes (53). Cette stigmatisation est ressentie chez les patients dans leur vie quotidienne mais aussi au niveau de leur suivi médical où ils ressentent une qualité de soins ne répondant pas toujours à leurs attentes (35).

La schizophrénie peut entraîner chez les patients des comportements agressifs ou au contraire une asthénie importante, ainsi les patients peu coopératifs ont été écartés, de fait, des différentes études alors que leur état de santé général laissait à supposer un mauvais état de santé orale encore plus important (13, 36, 44)

L'amélioration de la prise en charge concernant l'état bucco-dentaire de cette population à haut risque de problèmes dentaires est un objectif de santé publique, pourtant aucune étude en France n'a encore évalué l'état buccodentaire de personnes atteintes de schizophrénie suivies de façon ambulatoire ni les barrières aux soins liées à la stigmatisation de cette pathologie. Cormac et al., 1999, ont encouragé la communication entre psychiatre et praticien chirurgien-dentiste pour collaborer au maintien de la santé générale et bucco-dentaire du patient (16).

Ce travail a permis de faire le point sur l'état bucco-dentaire et les besoins en soins des patients atteints de schizophrénie et constituera la base d'une étude clinique menée sur les patients schizophrènes suivis de façon ambulatoire.

5. FIGURES ET TABLEAUX :

5.1 FIGURES

Figure 1

Description du protocole de sélection des articles de la revue de littérature :

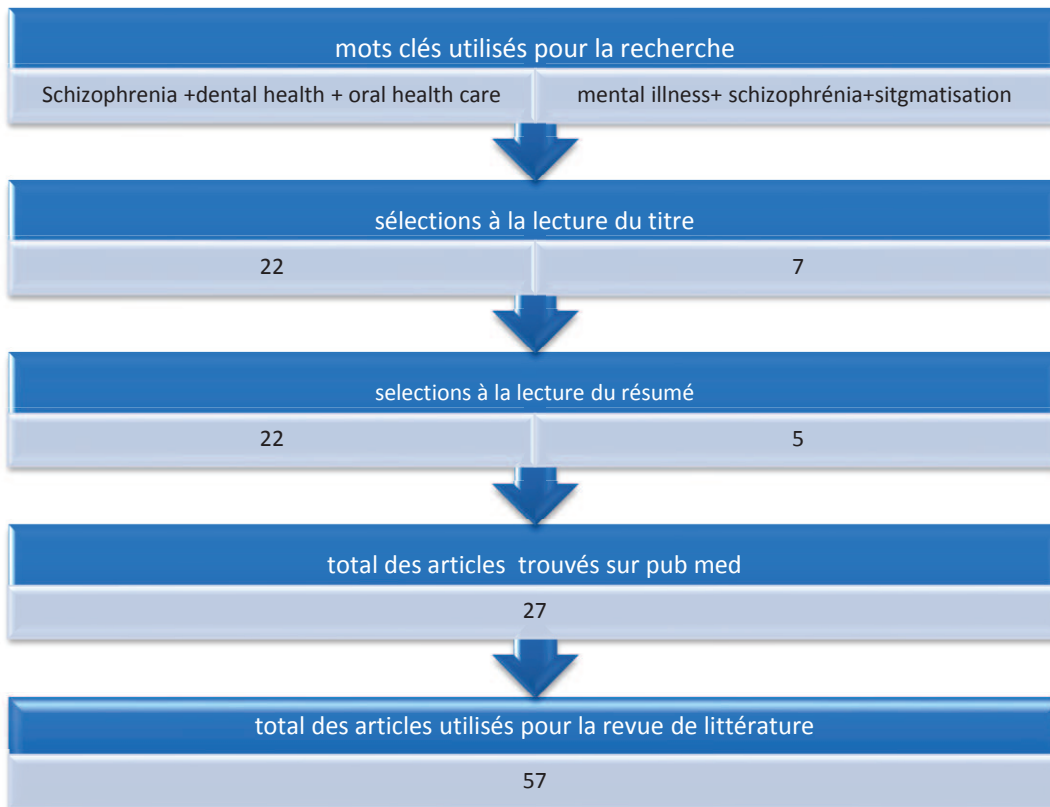


Figure 2

Schéma de Keyes (1962) (41)

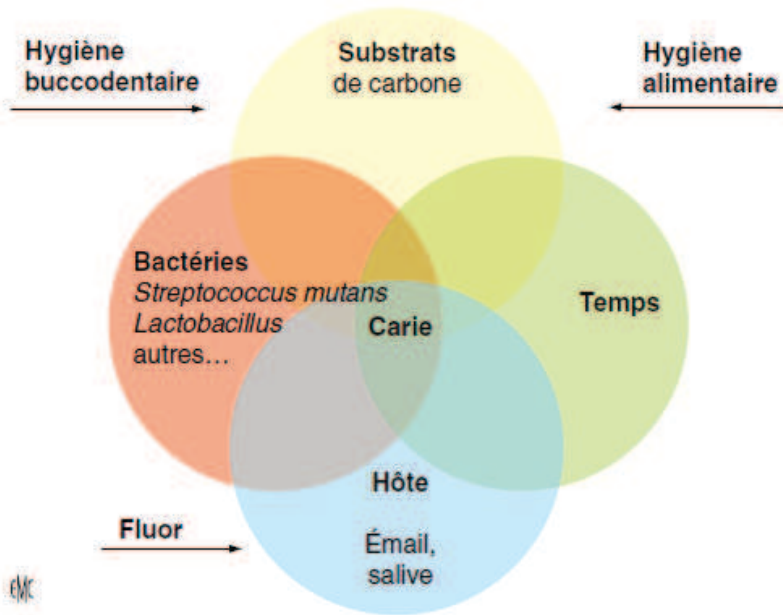
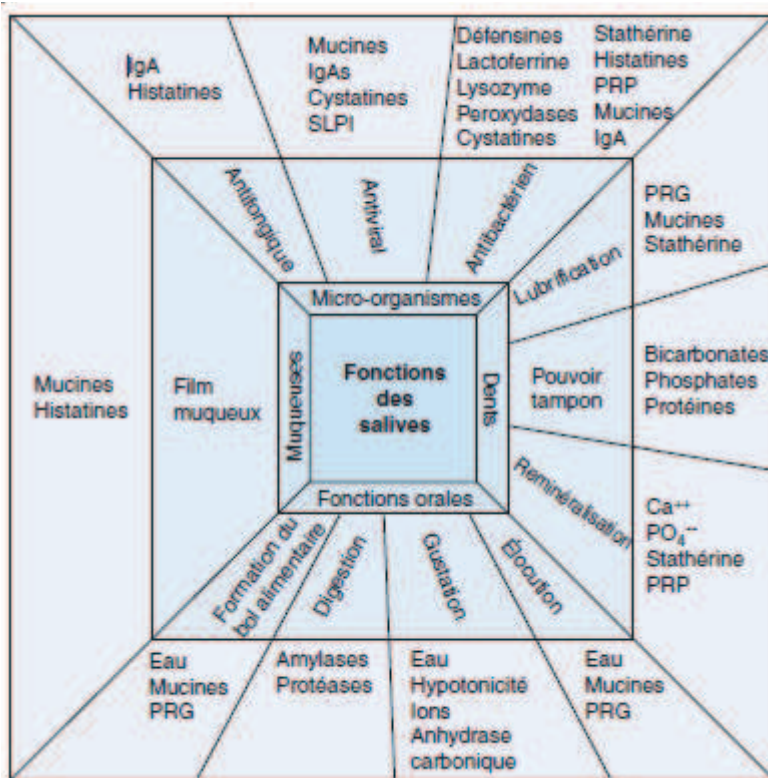


Figure 3

Le diamant des fonctions de la salive (5)

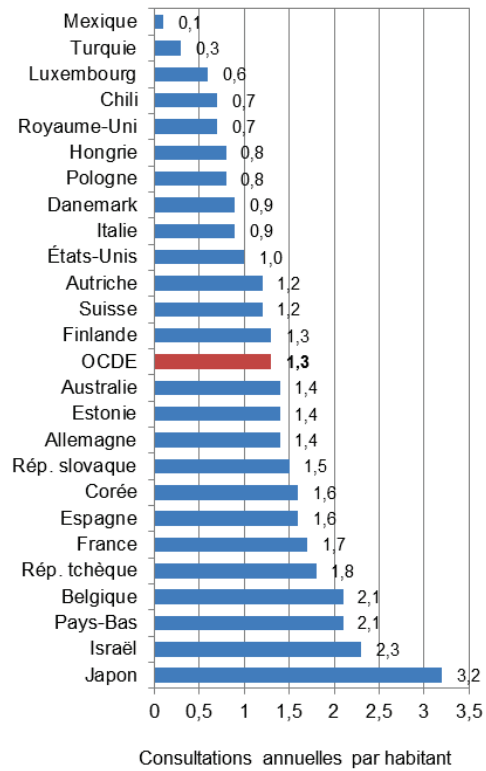


IgA : immunoglobulines A
IgAs : immunoglobulines A sécrétoires
PRP : proline-rich proteins
PRG : PRP glycosylées
SLPI : secretory leukocyte protease inhibitor

alt

Figure 4

Consultation annuelle par habitant chez un chirurgien-dentiste selon les pays en 2009. Les données proviennent de l'Organisation de Coopération du Développement Economique (OCDE) (50).



5.2 TABLEAUX

Tableau 1

Résultats concernant la fréquence de brossage dentaire de patients psychiatriques, *lorsque l'étude concerne les patients schizophrènes. Les données sont exprimées en pourcentage (%) et l'erreur standard est notée sd (7, 31, 44, 59, 64).

	Fréquence brossage quotidien	McCreadie et al. * %	Sayeigh et al. %	Jovanovic et al. %	Tani et al.* %±sd	Bertaud-Gounot et al. %
Pays		Ecosse	Jordanie	Serbie	Japon	France
Année		2004	2006	2010	2012	2013
Groupe témoin	Jamais		2,5			
	<1		37,5	0,5		NA
	1	96	22,5	16,1		
	>1		37,5	83,4		
Groupe d'étude	Jamais		50			12,6
	<1		25	24,0	23,5±7,2	18,2
	1	75	5	57,9	19,4±7,6	65,0
	>1		19	18,1	35,3±7,6	

Tableau 2

Résultats des études concernant les scores CPITN et les besoins en soins parodontaux selon pour des sujets présentant une pathologie psychiatrique,* lorsque l'étude concerne les patients schizophrènes. N est représenté par le nombre de participants, (n) par le nombre de sujets dans le groupe témoin lorsqu'il existe. Les résultats sont exprimés en pourcentage % et l'erreur standard sd (les résultats pour le groupe témoin entre parenthèses) (1, 4, 13, 39, 59, 68).

Etudes	N (n)	CPITN 0 %	CPITN 1 %	CPITN 2 %	CPITN 3 %	CPITN 4 %
Besoins en traitement		Absence de traitement	Apprentissage d'une méthode d'hygiène	Apprentissage d'une méthode d'hygiène + détartrage et surfaçage	Apprentissage d'une méthode d'hygiène + détartrage et surfaçage + chirurgie parodontale	
Velasco et al. 1999	565	8,5	14,2	43,8	24,6	8,9
Lewis et al. 2001	326	11,5	42,3	34,6	10,6	1,0
Sayegh et al. 2006	42	0	15,06	48,11	28,45	8,36
Adeniyi et al. 2011	105	11	36	40	13	
Arnaiz et al. 2011	66* (66)			2, 32 ±0,81 (1,04±0,87)		
Kuan-Yu et al. 2012	1048* (2384)	6,4 (35,8)	2,8 (26,3)	51,3 (30,9)	35,9 (5,1)	3,5 (1,9)

Tableau 3

Résultats concernant le débit salivaire, l'indice de plaque, le saignement au sondage et la profondeur des poches de deux groupes de patients traités avec des médicaments xérostomiants vs de la clozapine®. Les résultats sont présentés avec l'erreur standard (sd)

	Groupe avec traitement xérostomiant moy±sd	Groupe avec clozapine moy±sd	Différence significative
Débit salivaire (ml/min)	0,23±0,25	1,12±0,94	
Index de plaque(%)	80±39	58±41	p<0,001
Saignement au sondage(%)	73±32	49±37	
Profondeur des poches (mm)	3,4±2,1	3,5±2,0	NS

(24).

Tableau 4

Résultats du score CAOD ainsi que des scores de (C) dents cariées, (A) dents absentes (O) dents obturées de patients psychiatriques,* lorsque l'étude concerne les patients schizophrènes. N est représenté par le nombre de participants, (n) par le nombre de sujets dans le groupe témoin lorsqu'il existe. Les résultats sont exprimés avec l'erreur standard sd (les résultats pour le groupe témoin entre parenthèses) (4, 7, 31, 39, 49, 57, 59, 67, 69, 72)

Etudes Pays	Pays Année	N	Moyenne D'âge	Dents Cariées C	Dents absentes A	Dents obturées O	Score CAOD
Velasco et al.	Espagne 1997	352 *	58,0	8,17±6,92	17,08±10,28	0,02±7,38	25,28±7,38
Lewis et al.	Pays de Galles 2001	326 personnes mais 121 dentés	71,1±18,5	0,9±2,3	15,9±9,3	2,3±3,1	19,1±7,9
Ramon et al.	Israël 2003	431 *=64%	54	6,7±6,9	19,41±0,9	1,5±3,6	26,73±7,44
Sayegh et al.	Jordanie 2006	40(40)	34,8(34,6)	5,23±4,63 (3,63±3,12)	2,98±2,95 (1,93±1,99)	1,33±1,83 (3,50±3,31 *)	9,07 (8,65)
Zusman et al.	Israël 2010	209 *	52,5±14,5	2,8±4	20,0±11,0	1,0±2,8	24,3±8,6
Jovanovic et al.	Serbie 2010	186(186)	46(51)	3,4±2,4 (1,6±1,0)	19,0±8,2 (9,9±1,0*)	2,0±2,1 (4,6±2,4)	24,51±5,1 (16,1±1,0)
Arnaiz et al.	Espagne 2010	66 *(66)	40,0(39,5)	4.39± 3,99 (0,72±1,23*)	5.66±7,13 (1,50±2,03*)	3.53±3,19 (5,54±3,62*)	13.51±7,27 (7,80±4,41*)
Tani et al.	Japon 2012	< 40 ans=75					< 40 : 10.7±6.2
		40 - 59 ans =221			NA		40 - 59 : 18.8 ± 7.0
		60 ans = 227					>60 : 23.5 ± 6.3
Velasco et al.	Espagne 2013	50(50)	69,8±6,7 (68,3±6,9)	3.1 (1,8)	25.2(16,4)	0(3,2)	28.3 (21,4*)
Nikfarjam et al.	Iran 2013	123*	38,81±10,46	11,24 ± 6,97	8,17 ± 8,30	1,1 ± 0.41	19,43 ± 7,71 40
Bertaud-Gounot et al.	France 2013	161 * = 36,6%	47,3±5	3,7±4,6	5,5±9,0	5,5±5,1	14,6±8,7

Tableau 5

Résultats en pourcentage des besoins en prothèse amovible et/ou en prothèse fixée de patients psychiatriques,* lorsque l'étude concerne les patients schizophrènes. N est représenté par le nombre de participants Les résultats sont exprimés en pourcentage (%) (7, 14, 57, 72,).

Etudes	N	Besoin en fonction du type de prothèse	
		Prothèse fixée (%)	Prothèse amovible (%)
Kuan-Yu Chu et al. 2013	1103 *	37	63
Bertaud-Gounot et al. 2013	161	21,7	41
Zusman et al. 2010	301		26
Ramon et al. 2003	431		42,6

Tableau 6

Résultats des scores (C) dents cariées (A) dents absentes (O) dents obturées et CAOD de patients psychiatriques en fonction de la durée d'hospitalisation. Les résultats sont exprimés avec l'erreur standard (sd). Une différence significative ($p < 0,05$) est trouvée entre le score CAOD et la durée d'hospitalisation en années(67).

Durée d'hospitalisation	C dents cariées	A dents absentes	O dents obturées	CAOD
1-15	8,32±6,56	14,42±10,64	0,03±0,21	22,78±8,35
16-25	8,63±7,02	15,62±10,23	0,00±0,07	24,24±8,46
26-35	7,88±7,03	17,71±10,28	0,01±0,16	25,61±6,89
36-67	6,90±6,68	20,37±9,25	0,02±0,19	27,29±6,23

Tableau 7

Perception de la maladie mentale par catégorie en fonction d'une relation éventuelle avec un malade. Les résultats sont exprimés en pourcentage : moyenne (min-max) (17).

Maladie	Dangerosité		Communication difficile		Aptitude à s'en sortir	
	Connait une personne malade N=913 (52,7%)	Ne connait pas de malades N=802 (47,3%)	Connait une personne malade N=913 (52,7%)	Ne connait pas de malades N=802 (47,3%)	Connait une personne malade N=913(52,7%)	Ne connait pas de malades N=802(47,3%)
<i>Dépression</i>	20,6 (17,8-23)	26,3 (22,9-29,7)	65,6 (61,8-69,4)	60,0 (56,1-63,4)	17,1 (14,1-20,1)	20,8 (17,4-24,1)
<i>Schizophrénie</i>	75,7 (72,6-78,8)	68,4 (65,0-71,8)	61,6 (58,1-65,2)	56,4 (52,6-60,3)	7,3 (5,4-9,2)	9,2 (7,4-11,0)
<i>Alcoolisme</i>	69,5 (65,6-73,3)	62,2 (58,3-66,2)	62,2 (58,2-66,3)	56,7 (53,3-60,1)	51,0 (47,1-54,9)	55,6 (51,2-60,0)
<i>Toxicomanie</i>	76,1 (72,6-80,0)	73,6 (70,3-77,0)	67,8 (64,3-71,4)	64,4 (60,4-68,4)	45,6 (42,2-49,1)	49,7 (45,4-53,9)

Tableau 8

Facteurs prédictifs favorables et défavorables à la visite annuelle chez un chirurgien-dentiste pour un patient atteint de schizophrénie (30, 48).

Facteurs prédictifs à la visite annuelle chez un chirurgien-dentiste

Défavorables :

- Consommation de drogues
- Sous tutelle
- hospitalisation
- Sexe masculin

Favorables :

- Bon revenu financier
- Fonction cognitive adaptée
- Faible manifestation de dyskinésie orale
- Peu de problèmes dentaires

6. ANNEXES

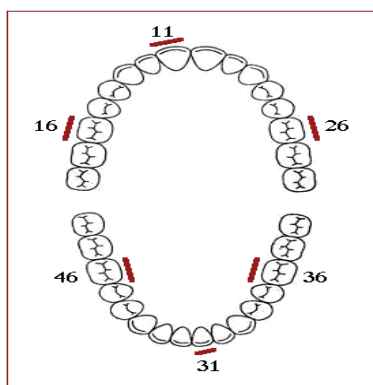
ANNEXE 1 : Indice d'Hygiène Orale Simplifiée (OHI-S) (9)

Objectif:

L'Indice Simplifié d'Hygiène Orale (OHI-S) selon Greene et Vermillon 1964 permet de déterminer le niveau d'hygiène oral d'un patient. Pour cela, on effectue la somme de deux scores : "débris"(DI-S) et "tartre" (CI-S) obtenus après examen des dents et du parodonte.

Méthode:

Le praticien examine 6 surfaces sélectionnées parmi 4 dents postérieures et 2 dents antérieures selon le schéma suivant.



Critères de classifications des débris (DI-S) et de tartre (CI-S)

Critères DI-S	Scores	Critères CI-S
Aucun débris ou tâche visible	0	Absence de tartre
Débris mous couvrant jusqu'au tiers de la surface de la dent ou présence de tâche extrinsèques sans autre débris en regard de la surface dentaire	1	Tartre supra gingival recouvrant moins d'un tiers de la surface visible de la dent
Débris mous couvrant entre le tiers et les deux tiers de la surface de la dent	2	Tartre supra gingival couvrant entre le tiers et les deux tiers de la surface de la dent; et/ou présence de tartre sous gingival entourant la partie cervicale de la dent
Débris mous recouvrant plus de deux tiers de la surface visible de la dent.	3	tartre supra gingival couvrant plus des deux tiers de la surface de la dent ou bande continue de tartre sous-gingival entourant la partie cervicale de la dent

Calcul

Après avoir noté les scores de plaque et de tarte, les indices : DI-S et CI-S sont calculés séparément. Pour cela, le score total du DI-S est divisé par le nombre de surfaces examinées (au moins 2 des 6 surfaces possibles doivent être examinées). La même méthode est employée pour le CI-S. Le score CI-S et DI-S sont additionnés pour obtenir l'OHI-S. La valeur de l'OHI-S varie donc entre 0 et 6. De 0 à 1,2 l'hygiène est bonne, de 1,3 à 3 l'hygiène est passable et de 3,1 à 6 l'hygiène est mauvaise.

ANNEXE 2: Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) (3)

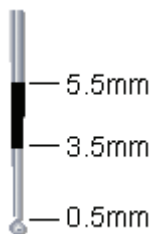
Objectif:

Afin d'établir une méthode internationale d'évaluation des besoins en traitements parodontaux, le score CPITN a été développé par l'organisation mondiale de la santé (OMS) et la fédération internationale dentaire. Ainamo et al., 1982, ont décrit cette méthode pour évaluer l'état du parodonte et les besoins en traitement.

Méthode :

La bouche est divisée en sextants définis par les dents 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43, et 44-48. Un sextant n'est examiné que si 2 dents au minimum sont présentes, s'il ne reste qu'une seule dent celle-ci est incluse dans le sextant suivant. Pour les études épidémiologiques, le code chiffré est basé sur l'examen de 10 dents témoins (17, 16, 11, 26, 27, 47, 46, 31, 36, 37). Pour les études à but thérapeutique, le code chiffré est donné après examen de 6 dents témoins pour les enfants et adolescents (16, 11, 26, 46, 31, 36), et après examen de toutes les dents de chaque sextant pour les sujets âgés de 20 ans ou plus.

L'OMS a mis au point une sonde spéciale. Elle présente une extrémité en forme de boule de 0,5 mm de diamètre et une partie colorée noire de 3,5 mm à 5,5 mm (Figure). La sonde est insérée selon le grand axe de la dent pour déterminer la profondeur des poches, le tartre supra et infra gingival et le saignement au sondage. La pression exercée par la sonde doit être maîtrisée pour ne pas provoquer de douleur pour le patient. Au total au moins 6 points devront être sondés: mésio, central et disto vestibulaire, et mesio central et disto lingual (palatin). Si aucune dent du sextant ne peut être prise en compte celui-ci est noté. Sinon le résultat le plus élevé par sextant est retenu.



Code obtenu après examen parodontal du patient et le type de traitement préconisé pour chaque score.

Code	Observation parodontale	TN	Traitement adapté
0	Gencive saine	0	Pas besoin de traitement
1	saignement observé spontanément ou avec simplement l'utilisation du miroir	1	Apprentissage d'une méthode d'hygiène orale
2	Présence de tartre	2	Apprentissage d'une méthode d'hygiène orale, détartrage et surfaçage
3	poche de 4/5 mm (la gencive marginal se situe au niveau de la zone noire de la sonde)	3	Traitement 1 et 2 qui peut inclure une chirurgie parodontale nécessitant une anesthésie
4	poche >6 mm (la partie noire de la sonde n'est pas visible)	4	Traitement 1 et 2 qui peut inclure une chirurgie parodontale nécessitant une anesthésie

ANNEXE 3 : Le CAOD (41)

Objectif :

Mis au point par Klein et Palmer en 1938, l'indice CAOD est un indice de sévérité de l'atteinte carieuse. Il comptabilise le nombre de dents permanentes cariées (C), absentes pour cause de carie (A) et obturées (O) chez un individu. Seules les lésions cavitaires avec atteinte de la dentine sont prises en comptes. Il permet d'évaluer l'état de santé bucco-dentaire d'un individu ou d'une population à un instant donné, d'effectuer des comparaisons dans le temps ou dans l'espace ainsi que la mise en évidence le niveau d'efficacité des mesures de prévention ou des thérapeutiques.

Il présente cependant certaines limites : c'est un indice moyen qui masque parfois des disparités dans une population, et ne tient en compte ni de la localisation de la carie ni de son stade (ne prend en compte que les carie dentinaire).

Méthode de calcul du CAOD moyen :

$$\text{L'indice CAOD} = \frac{\text{C total} + \text{A total} + \text{O total}}{\text{Nombre de personnes examinées}}$$

ANNEXE 4 : L'échelle PANSS (32)

NOM: _____
 PRENOM: _____
 SEXE: AGE: DATE:
 EXAMINATEUR: _____

CONSIGNES

Entourer la cotation appropriée à chaque dimension, à la suite de l'entretien clinique spécifique. Se reporter au Manuel de Cotation pour la définition des items, la description des différents degrés et la procédure de cotation

Abstruse
 Nullement
 Légers
 Intermédiaire
 Modér. sévère
 Sévère
 Extrême

Echelle positive

P 1	Idées délirantes.	1 2 3 4 5 6 7
P 2	Désorganisation conceptuelle.	1 2 3 4 5 6 7
P 3	Activité hallucinatoire.	1 2 3 4 5 6 7
P 4	Excitation.	1 2 3 4 5 6 7
P 5	Idées de grandeur.	1 2 3 4 5 6 7
P 6	Méfiance/Persécution.	1 2 3 4 5 6 7
P 7	Hostilité.	1 2 3 4 5 6 7

Echelle négative

N 1	Emoussement de l'expression des émotions	1 2 3 4 5 6 7
N 2	Retrait affectif.	1 2 3 4 5 6 7
N 3	Mauvais contact.	1 2 3 4 5 6 7
N 4	Repli social passif/apathique.	1 2 3 4 5 6 7
N 5	Difficultés d'abstraction.	1 2 3 4 5 6 7

Echelle psychopathologique générale

G 1	Préoccupations somatiques.	1 2 3 4 5 6 7
G 2	Anxiété	1 2 3 4 5 6 7
G 3	Sentiments de culpabilité.	1 2 3 4 5 6 7
G 4	Tension	1 2 3 4 5 6 7
G 5	Maniérisme et troubles de la posture.	1 2 3 4 5 6 7
G 6	Dépression.	1 2 3 4 5 6 7
G 7	Ralentissement psychomoteur.	1 2 3 4 5 6 7
G 8	Manque de coopération.	1 2 3 4 5 6 7
G 9	Contenu inhabituel de la pensée.	1 2 3 4 5 6 7
G 10	Désorientation.	1 2 3 4 5 6 7
G 11	Manque d'attention.	1 2 3 4 5 6 7
G 12	Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie.	1 2 3 4 5 6 7
G 13	Trouble de la volition.	1 2 3 4 5 6 7
G 14	Mauvais contrôle pulsionnel.	1 2 3 4 5 6 7
G 15	Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques).	1 2 3 4 5 6 7
G 16	Evitement social actif.	1 2 3 4 5 6 7

ANNEXE 5 : Revue de littérature

- 1) Adeniyi AA, Ola BA, Edeh CE, Ogunbanjo BO, Adewuya AO. Dental status of patients with mental disorders in a Nigerian teaching hospital: a preliminary survey. *Spec Care Dentist*. 2011 Jul-Aug;31(4):134-7
- 2) Almomani F, Brown C, Williams KB. The Effect Of An Oral Health Promotion Program For People With Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Spring 2006; 29(4) 274-281
- 3) Annamo J, Barmes de, Beagrie G, Cutress T, Martin J, Sardo-infirri J. Development of the World Health Organization (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN). *Int J Dent* 1982 (32):281-291
- 4) Arnaiz A, Zumárraga M, Díez-Altuna I, Uriarte JJ, Moro J, Pérez-Ansoren. Oral health and the symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Research*. june 2011; 188 (1): 24-28
- 5) Bertaud-Gounot V, Kovess-Masfety V, Perrus C, Trohel G, Richard F. Oral health status and treatment needs among psychiatric inpatients in Rennes, France cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2013 Sep 21; 13(1):227.
- 6) Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G and for the GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*. 2010, (122) 232–238
- 7) Calas-Bennasar I., Bousquet P., Jame O., Orti V., Gibert P. Examen clinique des parodontites. *EMC (Elsevier SAS, Paris), Odontologie*, 23-442-A-10, 2005.
- 8) Cechnicki A. Angermeyer M C. Bielanska A. Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011 46;643–650
- 9) Chu KY, Yang NP, Chou P, Chi LY, Chiu HJ. Factors associated with dental caries among institutionalized residents with schizophrenia in Taiwan: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2010, 10:48
- 10) Chu KY, Yang NP, Chou P, Chi LY, Chiu HJ. The relationship between body mass index, the use of second-generation antipsychotics, and dental caries among hospitalized patients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Med*. 2011, 53 ;41(4):343-

- 11) Chu KY, Yang NP, Chou P, Chiu HJ, Chi LY. Comparison of oral health between inpatients with schizophrenia and disabled people or the general population. *J Formos Med Assoc.* 2012 Apr; 111(4):214-9.
- 12) Chu KY, Yang NP, Chou P, Chi LY, Chiu HJ. Dental Prosthetic Treatment Needs Of Inpatients With Schizophrenia In Taiwan: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2013 Jan 19;13:8
- 13) Cormac I, Jenkins P. Understanding the Importance of Oral Health in Psychiatric Patients. *Advances in Psychiatric Treatment* .1999;5, 53-60
- 14) Crisp AH, Gelder M G, Rix S, Meltzer RI Rowlands O. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Bjp.* 2000; 177:4-7.
- 15) Daumeriea N., S. Vasseur, Baclea, J.-Y. Giordanab, C. Bourdais Mannonec, A. Cariaa, J.-L. Roelandta. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'Encéphale* 2012 38, 224-231
- 16) De Beaurepaire R, Lukasiewicz M, Beauverie P et al. Comparison of self-reports and biological measures for alcohol, tobacco, and illicit drugs consumption in psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry* 2007;22:540-8
- 17) De Beaurepaire R Consommation de tabac et pathologies médicales chez les schizophrènes. *La Lettre du Psychiatre.* novembre-décembre 2010 ; 6 (6)
- 18) Dickerson F B, McNary SW., Brown CH, Kreyenbuhl J, Goldberg RW . Lisa B. Somatic Healthcare Utilization among Adults with Serious Mental Illness Who Are Receiving Community Psychiatric Services .*Medical Care*,. Apr., 2003); 41, (4) 560-570
- 19) Eltas A, Kartalci S, , Eltas S, D, Dundar S, Uslu MO:An assessment of periodontal health in patients with schizophrenia and taking antipsychotic medication. *Int J Dent Hygiene.*2012 10.1111/j.1601-5037
- 20) Friedlander AH, Marder SR. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. *J Am Dent Assoc.* 2002 May;133(5):603-10.
- 21) Janardhanan T, Cohen CI, Kim S, Rizvi BF. Dental care and associated factors among older adults with schizophrenia. *J Am Dent Assoc.* 2011 Jan;142(1):57-65.

- 22) Jovanović S, Milovanović SD, Gajić I, Mandić J , Latas M, Janković L: Oral Health Status of Psychiatric In-patients in Serbia and Implications for their dental care. *cmj*.2010.51.443
- 23) Kay SR., Fiszbein A, Lewis A. QpJer. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987 13 (2): 261-276.
- 24) Khokhar WA, Clifton A, Jones H, Tosh G. Oral health advice for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue11
- 25) Kilbourne AM, Horvitz-Lennon M, Post EP, McCarthy JF, Cruz M, Welsh D, Blow FC.Oral Health in Veterans Affairs Patients Diagnosed with Serious Mental Illness. *J Public Health Dent*. 2007 Winter; 67(1):42-8
- 26) Kilbourne AM, McCarthy JF, Post EP, Welsh D, Pincus HA, Bauer MS, Blow FC.Access to and Satisfaction with care Comparing Patients With and Without Serious Mental Illness. *Int J Psychiatry Med*. 2006; 36(4):383-99
- 27) Kossioni AE, Kossionis GE, Polychronopoulou A. Oral health status of elderly hospitalised psychiatric patients. *Gerodontology*. 2012 Dec; 29(4):272-83.
- 28) Krebs MO. Cannabis et schizophrénie : quels risques. *La revue du praticien* mars 2013 vol. 63 mars 2013
- 29) Lewis S, Jagger R, Treasure E. The oral health of psychiatric in-patients in South Wales. *Special Care Dentist* 2001;21(5):182-186
- 30) Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK; Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *N Engl J Med*. 2005 Sep 22;353(12):1209-23
- 31) Mann Caroline E., Himelein Melissa J.Factors Associated With Stigmatization of Persons with Mental Illness: *Psychiatric Services*. February 2004 Vol. 55 No. 2
- 32) McLaughlin C G., Wyszewianski L. Access to Care: Remembering Old Lessons. *Health Serv Res*. 2002 December; 37(6): 1441–1443.
- 33) McCreadie RG, Stevens H, Henderson J, Hall D, McCaul R, Filik R,Young G, Sutch G, Kanagaratnam G, Perrington S, McKendrick J,Stephenson D, Burns T. The dental health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2004: 110: 306–310

- 34) McCreadie RG. On behalf of the Scottish schizophrenia lifestyle group. Schizophrenia: Descriptive study Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 2003, 183:534-539.
- 35) Yaltirik M, Kocaelli H, Yargic I. Schizophrenia and dental management: Review of the literature. *Quintessence Int*. 2004 Apr; 35(4):317-20. Review
- 36) Nielsen J, Munk-Jørgensen P, Skadhede S, Correll CU. Determinants of poor dental care in patients with schizophrenia: a historical, prospective databasestudy. *J Clin Psychiatry*. 2011 Feb;72(2):140-3.
- 37) Nikfarjam M, Parvin N. Oral Health Status in Three Long Term Care Units of Schizophrenic Patients in Chaharmahal-Bakhtiari Province, Iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2013 Apr; 15(4):371-372.
- 38) OCDE (2011), « Inégalités dans les consultations de dentistes dans Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-57-fr
- 39) Parsons B, Allison DB, Loebel A, Williams K, Giller E, Romano S, Siu C.. Weight effects associated with antipsychotics: a comprehensive database analysis. *Schizophr Res*. 2009 May;110(1-3):103-10
- 40) PW Corrigan, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness *World Psychiatry*. 2002 Feb;1(1):16-20
- 41) Persson K, Axtelius B, Söderfeldt B, Ostman M. Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009 Apr;16(3) 263-271
- 42) Persson K, Axtelius B, Söderfeldt B, Ostman M. Oral health-related quality of life and dental status in an outpatient psychiatric population: a multivariate approach. *Int J Ment Health Nurs*. 2010 Feb;19(1):62-70.
- 43) Ponizovsky AM, Zusman SP, Dekel D, Masarwa AE, Ramon T, Natapov L, Yoffe R, Weizman A, Grinshpoon A. Effect of implementing dental services in Israeli psychiatric hospitals on the oral and dental health of inpatients. *Psychiatry Serv*. 2009 Jun;60(6):799-803
- 44) Ramon T, Grinshpoon A, Zusman SP, Weizman A. Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Israel. *Eur Psychiatry*. 2003 May; 18(3):101-5.

- 45) Roick C, Fritz-Wieacker A, Matschinger H, Heider D, Schindle J, Riedel-Heller S, Angermeyer MC. Health habits of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007 42:268–276.
- 46) Sayegh et al. Oral health status and dental treatments need of non-institutionalized psychiatric patients. *JRMS*. June 2006 13(1) 27-31
- 47) Sreebny LM, Schwartz SS. A reference guide to drugs and dry mouth 2nd edition *Gerodontology*. 1997 Jul; 14 (1):33-47. Review.
- 48) Tani H, Uchida H, Suzuki T, Shibuya Y, Shimanuki H, Watanabe K, Den R, Nishimoto M, Hirano J, Takeuchi H, Nio S, Nakajima S, Kitahata R, Tsuboi T, Tsunoda K, Kikuchi T, Mimura M. Dental conditions in inpatients with schizophrenia: a large-scale multi-site survey. *BMC Oral Health*. 2012 Aug 18; 12:32.
- 49) Thomas A, Lavrentzou E, Karouzos C, Kontis C. Factors which influence the oral condition of chronic schizophrenia patients. *Spec Care Dentist*. 1996 Mar-Apr;16(2):84-6
- 50) Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M; INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2009. 373: 408–15
- 51) Velasco E, Machuca G, Martinez-Sahuquillo A, Rios V, Lacalle J, Bullón P. Dental health among institutionalized psychiatric patients in Spain *Spec Care Dentist*. 1997 Nov-Dec;17(6):203-6
- 52) Velasco E, Bullón P. Periodontal status and treatment needs among hospitalized psychiatric patients: *Spec Care Dentist*. 1999 Nov-Dec; 19(6):254-8.
- 53) Velasco-Ortega E, Segura-Egea JJ, Córdoba-Arenas S, Jiménez-Guerra A, Monsalve-Guil L, López-López J. A comparison of the dental status and treatment needs of older adults with and without chronic mental illness in Sevilla, Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013 Jan 1;18 (1):e71-5.
- 54) Witter DJ, Cramwinckel AB, Van Rossum GM et al. Shortened dental arches and masticatory ability. *J Dent*. 1990;18:185–189
- 55) Yaltirik M, Kocaelli H, Yargic I, Schizophrenia and dental management: Review of the literature. *Quintessence int*. 2004;35, (4)
- 56) Zusman SP, Ponizovsky AM, Dekel D, Masarwa AE, Ramon T, Natapov L, Grinshpoo A. An assessment of the dental health of chronic institutionalized

patients with psychiatric disease in Israel. *Spec Care Dentist*. 2010 Jan-Feb; 30(1): 18-22.

- 57) Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*. 2003, 56: 299–312

7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) Adeniyi AA, Ola BA, Edeh CE, Ogunbanjo BO, Adewuya AO. Dental status of patients with mental disorders in a Nigerian teaching hospital: a preliminary survey. *Spec Care Dentist*. 2011 Jul-Aug;31(4):134-7
- 2) Almomani F, Brown C, Williams KB. The Effect Of An Oral Health Promotion Program For People With Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Spring 2006; 29(4) :274-81
- 3) Annamo J, Barmes de, Beagrie G, Cutress T, Martin J, Sardo-infirri J. Development of the World Health Organization (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN). *Int J Dent* 1982 (32):281-291
- 4) Arnaiz A, Zumárraga M, Díez-Altuna I, Uriarte JJ, Moro J, Pérez-Ansorena MA. Oral health and the symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Research*. june 2011; 188 (1): 24-28
- 5) Bellat P. Salive et Milieu Buccal. *EMC (Elsevier Masson SAS Paris), Medecine Buccale*. 28-150-H 10 2010.
- 6) Bentaleb L, Stip E, Beauregar M. Psychopathologie et bases neurobiologiques des hallucinations auditives dans la Schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, vol. 25, n° 1, 2000, p. 241-257.
- 7) Bertaud-Gounot V, Kovess-Masfety V, Perrus C, Trohel G, Richard F. Oral health status and treatment needs among psychiatric inpatients in Rennes, France cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2013 Sep 21; 13(1):227.
- 8) Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G and for the GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*. 2010. (122) 232–238
- 9) Calas-Bennasar I., Bousquet P., Jame O., Orti V., Gibert P. Examen clinique des parodontites. *EMC (Elsevier SAS, Paris), Odontologie*, 23-442-A-10, 2005.
- 10) Cechnicki A. Angermeyer M C. Bielanska A. Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011 46;643–650

- 11) Chu KY, Yang NP, Chou P, Chi LY, Chiu HJ. Factors associated with dental caries among institutionalized residents with schizophrenia in Taiwan: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2010, 10:48
- 12) Chu KY, Yang NP, Chou P, Chi LY, Chiu HJ. The relationship between body mass index, the use of second-generation antipsychotics, and dental caries among hospitalized patients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Med.* 53 2011;41(4):343
- 13) Chu KY, Yang NP, Chou P, Chiu HJ, Chi LY. Comparison of oral health between inpatients with schizophrenia and disabled people or the general population. *J Formos Med Assoc.* 2012 Apr; 111(4):214-9
- 14) Chu KY, Yang NP, Chou P, Chi LY, Chiu HJ. Dental Prosthetic Treatment Needs Of Inpatients With Schizophrenia In Taiwan: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2013 Jan 19;13:8
- 15) Coldefy M. La prise en charge de la santé mentale recueil d'études statistiques. *Direction de la recherché des études, de l'évaluation et des statistiques.* 2007
- 16) Cormac I, Jenkins P. Understanding the Importance of Oral Health in Psychiatric Patients. *Advances in Psychiatric Treatment* .1999;5, 53-60
- 17) Crisp AH., Gelder M G, Rix S, Meltzer RI Rowlands O. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Bjp* 2000; 177:4-7
- 18) Daumeriea N., S. Vasseur Baclea, J.-Y. Giordanab, C. Bourdais Mannonec, A. Cariaa, J.-L. Roelandta. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'Encéphale* (2012) 38, 224-231
- 19) De Beaurepaire R, Lukasiewicz M, Beauverie P et al. Comparison of self-reports and biological measures for alcohol, tobacco, and illicit drugs consumption in psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry* 2007;22:540-8
- 20) De Beaurepaire R Consommation de tabac et pathologies médicales chez les schizophrènes. *La Lettre du Psychiatre.* novembre-décembre 2010
- 21) De Beaurepaire R .Comorbidités somatiques des schizophrénies. *La revue du praticien.* mars 2013 ; vol. 63
- 22) Delavenne H Garcia Frederico T F. Grands axes de recherche sur la schizophrénie *La revue du praticien,* mars 2013 vol. 63

- 23) Dickerson F B, McNary SW., Brown CH, Kreyenbuhl J, Goldberg RW . Lisa B. Somatic Healthcare Utilization among Adults with Serious Mental Illness Who Are Receiving Community Psychiatric Services .*Medical Care*,. Apr., 2003); 41, (4) 560-570
- 24) Eltas A, Kartalçı S, , Eltas S, D, Dundar S, Uslu MO:An assessment of periodontal health in patients with schizophrenia and taking antipsychotic medication. *Int J Dent Hygiene*. 10.1111/j.1601-5037.2012
- 25) "Épidémiologie des maladies parodontales. Oral Health Surveys - Basic methods", Geneva 1987.
- 26) Friedlander AH, Marder SR. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. *J Am Dent Assoc*. 2002 May;133(5):603-10.
- 27) Haute Autorité de Santé (HAS) Recommandations Pour La Pratique Clinique. Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxièmes molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans. Novembre 2005. Disponible sur www.has-santé.fr
- 28) Haute Autorité de Santé (HAS). Stratégies de prévention de la carie dentaire. 2010. Disponible sur www.has-santé.fr
- 29) INSERM institut national de la santé et de la recherche médicale. Schizophrénie. Disponible sur <http://www.inserm.fr>
- 30) Janardhanan T, Cohen CI, Kim S, Rizvi BF. Dental care and associated factors among older adults with schizophrenia. *J Am Dent Assoc*. 2011 Jan; 142(1):57-65.
- 31) Jovanović S, Milovanović SD, Gajić I, Mandić J , Latas M, Janković L: Oral Health Status of Psychiatric In-patients in Serbia and Implications for their dental care.*cmj*.2010.51.443
- 32) Kay SR., Fiszbein A, and Lewis A. QpJer. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987 13 (2): 261-276.
- 33) Khokhar WA, Clifton A, Jones H, Tosh G. Oral health advice for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue11.

- 34) Kilbourne AM, Horvitz-Lennon M, Post EP, McCarthy JF, Cruz M, Welsh D, Blow FC. Oral Health in Veterans Affairs Patients Diagnosed with Serious Mental Illness. *J Public Health Dent.* 2007 Winter; 67(1):42-8
- 35) Kilbourne AM, McCarthy JF, Post EP, Welsh D, Pincus HA, Bauer MS, Blow FC. Access to and Satisfaction with care Comparing Patients With and Without Serious Mental Illness. *Int J Psychiatry Med.* 2006; 36(4):383-99
- 36) Kossioni AE, Kossionis GE, Polychronopoulou A. Oral health status of elderly hospitalised psychiatric patients. *Gerodontology.* 2012 Dec; 29(4):272-83.
- 37) Krebs MO. Cannabis et schizophrénie : quels risques. *La revue du praticien* mars 2013 vol. 63 mars 2013
- 38) Larousse Médicale
<http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/schizophrénie/16006>
- 39) Lewis S, Jagger R, Treasure E. The oral health of psychiatric in-patients in South Wales. *Special Care Dentist* 2001;21(5):182-186
- 40) Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK; ; Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *N Engl J Med.* 2005 Sep 22;353(12):1209-23
- 41) Lupi-Pégurier L., Bourgeois D., Muller-Bolla M. Epidémiologie de la carie. *EMS (Elsevier Masson SAS Paris) Médecine Buccale*, 28-260-D-10 2009
- 42) Mann Caroline E., Himelein Melissa J. Factors Associated With Stigmatization of Persons with Mental Illness: *Psychiatric Services.* February 2004 Vol. 55 No. 2
- 43) McLaughlin, Ph.D. Catherine G. Wyszewianski, Leon. Access to Care: Remembering Old Lessons. *Health Serv Res.* 2002 December; 37(6): 1441–1443
- 44) McCreddie RG, Stevens H, Henderson J, Hall D, McCaul R, Filik R, Young G, Sutch G, Kanagaratnam G, Perrington S, McKendrick J, Stephenson D, Burns T. The dental health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2004; 110: 306–310
- 45) McCreddie RG. On behalf of the Scottish schizophrenia lifestyle group. Schizophrenia: Descriptive study Diet, smoking and cardiovascular risk in

- people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 2003, 183:534-539.
- 46) Yaltirik M, Kocaelli H, Yargic I. Schizophrenia and dental management: Review of the literature. *Quintessence Int.* 2004 Apr; 35(4):317-20. Review
 - 47) Mester r. The psychodynamics of the Dental Pathology of Chronic Schizophrenic Patients. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 1982;19(4)255-261
 - 48) Nielsen J, Munk-Jørgensen P, Skadhede S, Correll CU. Determinants of poor dental care in patients with schizophrenia: a historical, prospective databasestudy. *J Clin Psychiatry.* 2011 Feb;72(2):140-3.
 - 49) Nikfarjam M, Parvin N. Oral Health Status in Three Long Term Care Units of Schizophrenic Patients in Chaharmahal-Bakhtiari Province, Iran. *Iran Red Crescent Med J.* 2013 Apr; 15(4):371-372.
 - 50) OCDE (2011), « Inégalités dans les consultations de dentistes dans Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-57-fr
 - 51) Organisation mondiale de la santé (OMS) .Aide-mémoire N°318 Avril 2012 Disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>
 - 52) Parsons B, Allison DB, Loebel A, Williams K, Giller E, Romano S, Siu C.. Weight effects associated with antipsychotics: a comprehensive database analysis. *Schizophr Res.* 2009 May;110(1-3):103-10
 - 53) PW Corrigan, Watson AC.. Understanding the impact of stigma on people with mental illness *World Psychiatry.* 2002 Feb;1(1):16-20
 - 54) Persson K, Axtelius B, Söderfeldt B, Ostman M. Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009 Apr;16(3) 263-271
 - 55) Persson K, Axtelius B, Söderfeldt B, Ostman M. Oral health-related quality of life and dental status in an outpatient psychiatric population: a multivariate approach. *Int J Ment Health Nurs.* 2010 Feb;19(1):62-70.
 - 56) Ponizovsky AM, Zusman SP, Dekel D, Masarwa AE, Ramon T, Natapov L, Yoffe R, Weizman A, Grinshpoon A. Effect of implementing dental services in Israeli psychiatric hospitals on the oral and dental health of inpatients. *Psychiatr Serv.* 2009 Jun;60(6):799-803

- 57) Ramon T, Grinshpoon A, Zusman SP, Weizman A. Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Israel. *Eur Psychiatry*. 2003 May; 18(3):101-5.
- 58) Roick C Fritz-Wieacker A, Matschinger H, Heider D, Schindle J, Riedel-Heller S, Angermeyer MC. Health habits of patients with schizophrenia *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 200, 42:268–276.
- 59) Sayegh et al. Oral health status and dental treatments need of non-institutionalized psychiatric patients. *JRMS* June 2006 13(1) 27-31
- 60) Schürhoff Franck .Schizophrénie, Toujours une énigme, mais d'importants progrès dans la prise en charge. *La Revue Du Praticien* vol. 63 Mars 2013
- 61) Schürhoff Franck Clinique des schizophrénies : approche catégorielle versus dimensionnelle *La Revue Du Praticien* vol. 63 Mars 2013
- 62) Sreebny LM, Schwartz SS. A reference guide to drugs and dry mouth 2nd edition *Gerodontology*. 1997 Jul; 14(1):33-47. Review
- 63) Szoke Andrei Épidémiologie des schizophrénies et facteurs de risque génétiques et environnementaux. *La revue du praticien* vol. 63 mars 2013.
- 64) Tani H, Uchida H, Suzuki T, Shibuya Y, Shimanuki H, Watanabe K, Den R, Nishimoto M, Hirano J, Takeuchi H, Nio S, Nakajima S, Kitahata R, Tsuboi T, Tsunoda K, Kikuchi T, Mimura M. Dental conditions in inpatients with schizophrenia: a large-scale multi-site survey. *BMC Oral Health*. 2012 Aug 18;12:32.
- 65) Thomas A, Lavrentzou E, Karouzos C, Kontis C. Factors which influence the oral condition of chronic schizophrenia patients. *Spec Care Dentist*. 1996 Mar-Apr;16(2):84-6
- 66) Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M; INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009. 373: 408–15
- 67) Velasco E, Machuca G, Martinez-Sahuquillo A, Rios V, Lacalle J, Bullón P. Dental health among institutionalized psychiatric patients in Spain *Spec Care Dentist*. 1997 Nov-Dec;17(6):203-6
- 68) Velasco E, Bullón P. Periodontal status and treatment needs among hospitalized psychiatric patients: *Spec Care Dentist*. 1999 Nov-Dec;19(6):254-8.

- 69) Velasco-Ortega E, Segura-Egea JJ, Córdoba-Arenas S, Jiménez-Guerra A, Monsalve-Guil L, López-López J.: A comparison of the dental status and treatment needs of older adults with and without chronic mental illness in Sevilla, Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013 Jan 1;18(1):e71-5.
- 70) Witter DJ, Cramwinckel AB, Van Rossum GM et al. Shortened dental arches and masticatory ability. *J Dent* 1990;18:185–189
- 71) Yaltirik m, Kocaellih , Yargic i, Schizophrenia and dental management:Review of the literature. *Quintessence int*. 2004;35, (4)
- 72) Zusman SP, Ponizovsky AM, Dekel D, Masarwa AE, Ramon T, Natapov L, Grinshpoo A. An assessment of the dental health of chronic institutionalized patients with psychiatric disease in Israel. *Spec Care Dentist*. 2010 Jan-Feb; 30(1):18-22.
- 73) Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*. 2003, 56 299–312

Serment d'Hippocrate

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers
ondisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,*

*Je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux
lois
de l'Honneur et de la probité dans l'exercice de La Médecine
Dentaire.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais
un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun
partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce
qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et
mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le
crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de
nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer
entre mon Devoir et mon patient.*

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes
connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers les Maîtres, je rendrai à
leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes
promesses,*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y
manque.*



Approbation – Improbation

Les opinions émises par les dissertations présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ou improbation de la Faculté de Chirurgie dentaire (1).

Lu et approuvé,

Vu,
Nice, le

Le Président du jury,

Le Doyen de la Faculté de
Chirurgie Dentaire de l'UNS

Professeur

Professeur Armelle MANIERE

(1) Les exemplaires destinés à la bibliothèque doivent être obligatoirement signés par le Doyen et par le Président du Jury.

Léa MIZRAHI

ETAT BUCCO-DENTAIRE ET ACCES AUX SOINS CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE SCHIZOPHRENIE

Thèse : Chirurgie Dentaire, Nice, 2014, n°425701

Directeur de thèse : LASSAUZAY CLAIRE

Mots-clés : schizophrénie, santé orale, accès aux soins

Résumé:

La schizophrénie touche entre 1% et 3% de la population selon les pays, soit environ 400 000 personnes en France. Depuis une vingtaine d'années des progrès considérables ont été accomplis dans la prise en charge psychologique et pharmacologique de la maladie. De nombreuses études ont évalué l'état buccodentaire de ces patients qu'ils soient pris en charge en hospitalisation ou de façon ambulatoire.

L'objectif de cette revue de la littérature (réalisée sur la période 1996-2013) était de faire le point sur l'état buccodentaire des personnes schizophrènes et sur les difficultés rencontrées au niveau de l'accès aux soins.

L'état bucco-dentaire des schizophrènes était dégradé par rapport à la population générale: tant au niveau du nombre de dents traitées, cariées ou absentes que de l'état parodontal. De plus, l'état bucco-dentaire était plus faible si les patients étaient hospitalisés et si leur traitement nécessitait une prise en charge médicamenteuse lourde.

Les données ont montré que ces patients présentaient une fréquence de visite chez le chirurgien-dentiste inférieure à la population générale, les soins étant réalisés surtout en urgence. De plus, les praticiens chirurgiens-dentistes entreprendraient moins de soins conservateurs pour ces malades dont le suivi est aléatoire.

L'amélioration de la prise en charge concernant l'état bucco-dentaire de cette population à haut risque de problèmes dentaires est un objectif de santé publique, pourtant aucune étude en France n'a encore évalué l'état buccodentaire de personnes atteintes de schizophrénie suivies de façon ambulatoire ni les barrières aux soins liées à la stigmatisation de cette pathologie.

Adresse de l'auteur : 36 avenue Edouard Grinda , villa 34 ANAKENA 06200 NICE