

Handicap psychique et santé bucco-dentaire



© Von Schonertagen – Fotolia.com

Dents cariées, manquantes... les patients handicapés psychiques souffrent souvent d'une mauvaise santé bucco-dentaire. Différents facteurs de risque s'additionnent, auxquels il faut ajouter une prise en charge mal structurée.

Par Frédéric DENIS,
Praticien hospitalier, UF d'odontologie,
CH La Chartreuse, Dijon

La bouche est le carrefour de nombreuses fonctions essentielles à la vie : la respiration, la mastication, le langage. Chez les personnes souffrant de troubles psychiques, on constate fréquemment des dents manquantes, ternes et une mauvaise haleine. Cette réalité contribue sans aucun doute à la stigmatisation dont souffrent cruellement ces patients. Au-delà, la mauvaise santé orale a des conséquences graves sur l'état de santé général et la qualité de vie, l'insertion sociale et professionnelle.

Martin

À 35 ans, Martin vit en appartement protégé mais il lui arrive de temps en temps d'être hospitalisé pour stabiliser les symptômes d'une schizophrénie dont il souffre depuis ses 18 ans. Dès le début de son traitement neuroleptique sont apparus des

mouvements répétitifs et involontaires au niveau des lèvres et de la langue. Depuis, il a renoncé à se brosser les dents car il n'y arrive pas. Au quotidien, il aime grignoter des sucreries et fumer des cigarettes, il a ainsi l'impression d'apaiser ses angoisses. Des caries se sont formées dans ses dents et il souffre parfois d'intenses douleurs de la face. Dans ces moments, il se cognerait la tête contre les murs. Lorsqu'il est hospitalisé, l'infirmière lui donne un antalgique pour le soulager en attendant un rendez-vous chez le dentiste de l'hôpital.

Sa mère lui a déjà pris un rendez-vous chez le dentiste en ville... mais il fallait attendre un mois. Entre-temps, la douleur était passée, et comme il ne se sentait pas capable de se rendre seul au cabinet dentaire, il n'a pas honoré ce rendez-vous. Lors d'une récente hospitalisation, sa joue a gonflé.

Les médicaments ne lui faisant plus d'effet, il s'est résolu à consulter le dentiste de l'hôpital qui lui a à nouveau retiré une dent...

Santé bucco-dentaire

Chez les trois-quarts des patients entre 35 et 44 ans atteints de troubles psychiques sévères, comme la schizophrénie, l'indice

à coutume de dire que pour se brosser efficacement les dents, il faut être capable d'écrire en « cursive ». Avec ce type de handicap, on comprend aisément que le brossage « classique » des dents s'avère impossible et que du matériel adapté est nécessaire, voire dans certains cas, un accompagnement par une tierce personne.

le tabac et l'alcool multiplient par 15 le risque de développer un cancer des voies aériennes supérieures et que le taux de survie à 5 ans est de seulement 40 % (9). Nous savons aussi que les troubles bucco-dentaires ont des incidences graves sur la santé générale. Citons pour exemple l'endocardite infectieuse d'origine dentaire, les bron-

« Les inégalités de santé bucco-dentaire sont fortement corrélées aux inégalités sociales ; pour les patients souffrant d'un handicap psychique, d'autres paramètres sont en cause. »

d'atteinte par la carie (1) est de 25/28 (2), contre 15/28 en population générale (3). Plus évocateur encore, on observe en moyenne 13 dents absentes chez les schizophrènes pour seulement 4 en population générale (2). Si de façon générale, les inégalités de santé bucco-dentaire sont fortement corrélées aux inégalités sociales, pour les patients souffrant d'un handicap psychique, d'autres paramètres sont en cause.

La bonne santé bucco-dentaire peut se définir comme un équilibre fragile entre l'hygiène quotidienne du brossage des dents et des facteurs extérieurs, comme l'alimentation riche en sucre qui favorise le métabolisme acide des bactéries, le tabagisme, le diabète, la prise de substances psychoactives (4). Chez les patients souffrant de handicap psychique, il convient d'ajouter le rôle délétère des psychotropes dans le développement des troubles dentaires.

- Un des effets le plus connu des neuroleptiques sur la sphère orale est la **modification du débit salivaire**, qui augmente ou se raréfie.

- L'**hyposialie** (moins de salive dans la bouche) provoque l'altération de fonctions essentielles comme la mastication, la déglutition, la phonation mais aussi une diminution du pouvoir tampon de la salive. Plus précisément, la salive a un rôle de neutralisation de l'attaque acide des bactéries. Moins de salive dans la cavité buccale entraîne plus de caries, d'ulcérations et de problèmes fongiques.

- Dans l'**hypersialie**, la salive produite en grande quantité s'échappe de la bouche (bavage), ce qui favorise les lésions érosives des commissures des lèvres (perlèche) et accroît la marginalisation.

L'hyposialie comme l'hypersialie altèrent ainsi la qualité de vie (5).

- Un autre effet des neuroleptiques peut apparaître sous la **forme de tremblements** ou de mouvements involontaires des muscles de la face (myasthénie), voir des bras ou des jambes (dyskinésie), qui peuvent perdurer même après l'arrêt du traitement (6). Or, on

- Enfin, **des perturbations métaboliques** sont parfois induites par les traitements neuroleptiques. On retiendra plus particulièrement le diabète, qui augmente le sucre circulant dans la salive, et favorise ainsi le développement de la maladie carieuse. De la même manière, la fragilité vasculaire et immunitaire engendrée par cette maladie chronique engendre des retards de cicatrisation et les maladies du tissu de soutien de la dent (os, gencive, desmodonte) c'est-à-dire les maladies parodontales (7).

La prise en charge

En population générale, les programmes de prévention ont fait leurs preuves. Parmi les méthodes les plus efficaces, on retrouve :

- l'éducation à la santé bucco-dentaire ;
- le dépistage précoce des caries et des maladies de la gencive ;
- le traitement des lésions dès leur apparition ;
- la promotion du fluor.

En psychiatrie, des programmes d'éducation thérapeutique adaptés à la maladie mentale existent, et certains ont inclus la thématique bucco-dentaire. Le patient est amené à prendre conscience de l'importance de la bouche sur sa santé générale et sa qualité de vie. Un travail sur l'équilibre alimentaire, sur la nocivité du tabac, de l'alcool et autres substances sur la cavité buccale est réalisé. L'enseignement d'un brossage efficace avec du matériel adapté fait partie de ce type de programme (8).

En revanche, en dehors d'une demande de consultation pour un problème douloureux, l'examen dentaire n'est pas une obligation (contrairement à l'examen somatique) pour tout patient admis en psychiatrie. Néanmoins, vu la faiblesse du « temps dentiste » dans de nombreux établissements psychiatriques, il serait matériellement impossible de le réaliser. Pour certains patients avec des antécédents alcool-tabagiques, ce défaut de dépistage accroît le risque de prise en charge tardive des cancers de la cavité buccale notamment. Rappelons que

cho-pneumopathies d'inhalation et bien d'autres manifestations infectieuses à point d'entrée dentaire.

En conclusion

Dans les troubles psychiques, la prise en charge en intra comme en extra-hospitalier des troubles dentaires pose problème. À l'hôpital, les moyens actuels ne permettent pas la mise en œuvre d'actions de promotion à la santé, de dépistage et de soins précoces. Souvent, les soins se limitent à des actes radicaux comme les extractions qui aggravent les désordres de la fonction orale et la marginalisation. En ville, l'accès aux soins reste difficile pour cette population qui « fait peur » à des soignants mal informés sur les pathologies mentales et la façon d'aborder les patients. Le coût élevé des soins dentaires est également souvent évoqué par les patients et les accompagnants. Aujourd'hui, il est donc urgent que les pouvoirs publics prennent en compte cette problématique et incluent une prise en charge structurée des soins bucco-dentaire dans la prise en charge globale du patient en psychiatrie.

1- Il s'agit de l'indice CAO, somme des dents cariées, absentes et obturées.

2- Ramon T., Grinshpoon A., Zusman SP, Weizman A. Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Israel. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* mai 2003 ;18(3):101L105

3- Azogui-Lévy S., Boy-Lefèvre M-L. La santé bucco-dentaire en France. *ADSP*, n° 51 juin 2005.

4- Pesci-Bardon C., Precheur I. Conduites addictives : Tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé bucco-dentaire. *EMC, Médecine Buccale*, 28-915-M-10, 2010.

5- Furness S., Worthington HV., Bryan G., Birchenough S., McMillan R. Les interventions pour la gestion de la sécheresse buccale : thérapies topiques. *Cochrane Summaries*. 2011, publié en ligne.

6- Blanchet P-J., La dyskinésie tardive toujours d'actualité. *Le Médecin du Québec*, volume 47, n° 8, août 2012 ; 53-59.

7- Loe H. Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1993 ; 6 : 329-334.

8- HAS stratégie de prévention de la carie dentaire, mars 2010 ; 15-21.

9- Ligier K., Belot A., Launoy G., Velten M., Delafosse P., Guizard A.V. Épidémiologie des cancers de la cavité buccale en France. *Doi : 10.1016/j.stomax.2011.04.004.*