

SANTÉ BUCCALE ET PSYCHIATRIE

Repérer, comprendre et agir



Frédéric Denis,
Odontologiste praticien hospitalier, CH La Chartreuse, Dijon
Christine Coquaz,
Directrice des soins, CH La Chartreuse, Dijon

Pourquoi s'intéresser à la santé buccale des patients en psychiatrie ?

La santé buccale fait partie intégrante de la prise en charge globale du patient en psychiatrie.

Longtemps négligée, car difficile à mettre en œuvre, elle représente pourtant un véritable enjeu de santé publique.

L'état bucco-dentaire dégradé a en effet des incidences majeures sur la santé et la qualité de vie ⁽¹⁾.

Dans ce domaine où la prévention a fait ses preuves, l'infirmier est en première ligne pour repérer les signes avant-coureurs des pathologies bucco-dentaires, mettre en place une démarche éducative et accompagner le patient dans des soins adaptés. Il faut prendre le temps d'observer, d'écouter et de comprendre, savoir différer sans renoncer, en un mot, se mettre au temps du patient.

Une connaissance fine de la pathologie mentale est donc essentielle.

LE CONCEPT GLOBAL DE SANTÉ ORALE

Il s'intéresse à la santé bucco-dentaire et prend également en compte les fonctions et les troubles de l'oralité ainsi que la dimension psychique de l'oralité dans une approche pluridisciplinaire ⁽²⁾.

- **La santé bucco-dentaire** s'intéresse aux dents, aux tissus de soutien des dents, aux muqueuses de la cavité buccale, aux os des mâchoires, aux articulations temporo-mandibulaires, aux dysmorphies (malpositions dentaires)...
- **Les fonctions de l'oralité** comprennent la mastication, la déglutition, la respiration et la phonation. Un mauvais état bucco-dentaire aggrave les troubles des fonctions de l'oralité.

REPÉRER

- **Pourquoi les soignants doivent-ils être attentifs à l'état de la bouche de leurs patients ?**
- **Pourquoi les patients psychotiques présentent-ils parfois des mimiques particulières de la bouche ?**
- **Quelles sont les conséquences de ces mouvements anormaux ?**
- **Sur quels signes bucco-dentaires l'observation doit-elle porter ?**
- **Comment se manifeste la douleur ?**

Pourquoi les soignants doivent-ils être attentifs à l'état de la bouche de leurs patients ?

- **La bouche est le carrefour de nombreuses fonctions vitales :** la respiration, la mastication, mais aussi la déglutition.
- **C'est un organe essentiel dans la relation à l'autre** qui joue un rôle majeur dans les fonctions psychoaffectives comme le langage et la mimique. La bouche nous permet de nous exprimer. La voix, par sa tonalité et son rythme influence la qualité de la relation. Elle peut être chaleureuse, douce ou agressive, monocorde ou hachée. La bouche, à travers la mimique donne une indication sur notre état émotionnel (tristesse, joie, béatitude, stupeur...).

RETENIR

La bouche est un carrefour émotionnel essentiel pour entrer en relation.

Pourquoi les patients psychotiques présentent-ils parfois des mimiques particulières de la bouche ?

Chez les patients atteints de troubles psychotiques, on observe souvent des mouvements anormaux involontaires des lèvres et de la bouche occasionnant une gêne esthétique et fonctionnelle.

- **La dystonie précoce** se manifeste au début d'un traitement neuroleptique et se traduit par des postures anormales de la langue, des lèvres ou de la mâchoire. Ce trouble du tonus musculaire entraîne des attitudes involontaires parfois douloureuses caractérisées par des contractions musculaires excessives et anarchiques des muscles du bas du visage et de la bouche.
- **Les dyskinésies buccales** correspondent à des mouvements involontaires anormaux répétitifs et sans finalité, touchant la langue, les lèvres ou la mâchoire. Elles se manifestent sous la forme de mâchonnement et de déglutition bruyante souvent associée à un manque de salive.
- **Les stéréotypies** sont des formes de dyskinésies qui se traduisent par des mouvements buccaux répétitifs procédant selon un schéma reconnaissable et coordonné.
- **Les orodyskinésies de l'édenté** sont, quant à elles, une forme de stéréotypie buccale d'intensité souvent légère qui se caractérise par diverses habitudes motrices de la langue, des lèvres ou de la mâchoire. Elles apparaissent à la suite de l'édentation ou de la mise en bouche de prothèses dentaires inadaptées⁽³⁾.

Quelles sont les conséquences de ces mouvements anormaux ?

Les mouvements anarchiques des lèvres et de la langue aboutissent à un phénomène qualifié « d'incompétence labiale » (lèvres non jointes) qui a pour conséquences :

- de ne plus contenir la salive dans la cavité buccale et il n'est pas rare d'observer des écoulements de salive (bavage).

- une érosion ou une ulcération des commissures labiales avec parfois une infection chronique (la perlèche). Ce phénomène s'observe d'avantage dans les cas d'hyper-salivation .
- une respiration le plus souvent buccale au détriment de la respiration nasale qui est physiologique.
- d'exposer les organes dentaires et la cavité buccale au regard de l'autre ce qui est source d'inconfort et de disgrâce⁽⁴⁾.

Sur quels signes bucco-dentaires l'observation doit-elle porter ?

De nombreux signes peuvent être repérés par une simple observation du patient sans examen plus approfondi.

• La sécheresse des lèvres et des muqueuses

Les lèvres des patients psychotiques sont souvent fissurées et parfois gercées.

Si l'on parvient à observer l'intérieur de la bouche, la muqueuse buccale et la langue apparaîtront souvent tapissées de mucosité. La langue colle au palais, le patient présente une difficulté à mastiquer, à avaler ou à parler. Le goût est altéré et une soif persistante occasionne une consommation excessive de boisson.

- **La glossodynie** correspond à une sensation de brûlures et de douleurs au niveau de la muqueuse et de la langue.

! ATTENTION

Très souvent les patients ne se plaignent d'aucun symptôme, pourtant tous ces signes sont une réelle entrave à leur qualité de vie.

• La modification de quantité et de qualité de la salive

La salive est sécrétée naturellement, et en grande quantité (0,7 à 1 litre par jour) par les glandes salivaires (parotides, sous maxillaires et sublinguales).

Elle assure :

- la lubrification naturelle de la bouche, évitant ainsi son dessèchement et son irritation ;

- l'auto nettoyage des surfaces dentaires et la neutralisation de l'attaque acide des bactéries.

Elle favorise :

- la prédigestion grâce à la présence d'enzymes, les amylases salivaires, qui séquentent les aliments pour commencer à les transformer en nutriments ;
- la mastication, la déglutition, la phonation.

La xérostomie est la sensation de bouche sèche due à une sécrétion salivaire insuffisante (hyposialie) voire inexistante (asialie). La gêne ressentie aboutit à une modification des habitudes alimentaires avec l'ingestion d'aliments mous et souvent sucrés qui tendent à adhérer fortement aux dents et augmentent ainsi le risque de caries. On observe également fréquemment des difficultés pour le port de prothèses dentaires (frottements, lésions traumatiques)⁽⁵⁾.

L'halitose (mauvaise haleine) liée à la présence de composés sulfurés volatiles dans la cavité buccale. Elle peut être détectée par le patient lui-même mais le plus souvent par l'entourage. Elle peut être liée également à l'ingestion de certains aliments (ail, oignon...), au jeûne ou à l'hypoglycémie. Le plus souvent elle est d'origine buccale : caries dentaires, gingivites, parodontites ou pathologies de la muqueuse comme les ulcérations, les candidoses ou bien les cancers⁽⁶⁾.

Une origine ORL (naso-sinusienne ou amygdalienne) est parfois à rechercher.

? LE SAVIEZ-VOUS

Le pH de la salive se maintient de façon stable entre 6,2 et 7,4. Sous l'effet combiné de l'âge, de la prise de médicaments, de la consommation de sucre, de tabac, d'alcool ou d'une mauvaise hygiène, il peut varier et devenir acide. En effet, en dessous de 5,5, l'émail se dissout et on assiste à un ramollissement progressif des tissus durs de la dent, aboutissant à la formation d'une cavité : c'est la carie dentaire.

• Le manque d'hygiène chronique

Avant même de demander au patient quelles sont ses habitudes en matière d'hygiène bucco-dentaire, il est facile de repérer la présence de plaque dentaire. C'est un dépôt jaunâtre qui ternit les dents et reste le témoin fiable d'une insuffisance ou d'une absence de brossage dentaire. La plaque dentaire est composée de plusieurs bactéries à l'origine

de la production d'acide lactique qui attaque la surface des dents et conduit au processus carieux.

• Des gencives en mauvais état

Les pathologies dentaires et parodontales évoluent souvent de façon synchrone. La maladie parodontale est une pathologie infectieuse qui touche le tissu de soutien de la dent, le parodonte (os, gencive, ligament alvéolo-dentaire et cément). Non soignée elle conduit à la perte des dents.

Les signes de la maladie parodontale sont un œdème des gencives, un saignement au moment du brossage ou au cours de l'alimentation (le patient peut décrire un goût de sang dans la bouche) et une halitose. Les gencives se rétractent ce qui entraîne une augmentation de la mobilité de la dent qui peut tomber en l'absence de traitement.

Il faut également se méfier lorsque les dents apparaissent plus longues que la normale. Cela indique la présence d'un déchaussement occasionné par les maladies parodontales.

Le tabac aggrave la destruction des tissus de soutien de la dent, c'est aussi le cas du stress et de certains dérèglements hormonaux observés dans le diabète⁽⁷⁾.

• L'altération de l'organe dentaire

Le manque de soins dentaires chez les patients souffrant de troubles psychiatriques est très fréquent.

- **Lors du déchaussement**, la zone du collet de la dent qui n'est pas recouverte d'émail se découvre car elle n'est plus protégée par la gencive. Les racines de la dent exposent ainsi la dentine, tissu moins résistant, à la carie. Ce phénomène favorise la formation de caries circulaires qui conduisent à terme à la fracture de la partie supérieure de la dent (couronne) et à la persistance de la seule racine dentaire.

- On peut également observer des dents qui présentent des taches brunâtres, signes de **caries dentaires**. Au début, ce sont de petites taches qui apparaissent sur l'émail de la dent : le patient ressent une sensation désagréable au contact des aliments sucrés. La destruction des tissus se poursuit et atteint la dentine, plus proche du nerf. Le patient se plaint alors de douleurs vives au contact du froid ou du chaud.

- Enfin la carie dentaire progresse jusqu'au nerf de la dent : c'est la **pulpite dentaire**

ou « rage de dent ». Des antalgiques de palier II (antalgiques opiacés faibles) sont alors nécessaires pour soulager les violentes douleurs.

- Ensuite, le nerf de la dent se nécrose et la douleur intense cède pour laisser la place à un processus infectieux : **l'abcès dentaire**. Il se manifeste par des gonflements de la gencive et de la joue et peut, s'il n'est pas pris en charge suffisamment rapidement, engendrer des infections graves avec un retentissement sur l'état de santé général de patients souvent immunodéprimés.

Comment se manifeste la douleur ?

Une des spécificités de la douleur dentaire est son caractère intense. Même chez les patients psychotiques ou ayant des difficultés de communication, qui expriment peu leur douleur, des signes verbaux ou non verbaux sont présents.

Toutefois il faut se montrer attentif et se souvenir que la douleur ne sera pas toujours exprimée de façon claire et directe, l'observation du soignant est donc essentielle⁽⁸⁾.

Ainsi, face à une plainte douloureuse localisée dans la sphère oro-faciale, ou face à une modification inexplicquée du comportement il faut rechercher en priorité une douleur dentaire.

RETENIR

En psychiatrie, comme en population générale, le premier motif de consultation dentaire est la douleur.

COMPRENDRE

- **Pourquoi les patients atteints de pathologies mentales ont-ils une mauvaise hygiène bucco-dentaire ?**
- **Quel est l'impact des conduites addictives sur la santé bucco-dentaire ?**
- **Quels sont les effets secondaires des psychotropes sur la santé bucco-dentaire ?**
- **Pourquoi est-ce difficile d'évaluer la douleur dentaire chez les patients de psychiatrie ?**

Pourquoi les patients atteints de pathologies mentales ont-ils une mauvaise hygiène bucco-dentaire ? ⁽⁹⁾

La première cause de cette mauvaise hygiène est la maladie mentale elle-même. Mais les freins que rencontrent les personnes handicapées dans leur accès aux soins dentaires sont aussi multifactoriels et en grande partie environnementaux ⁽¹⁰⁾.

- **De nombreux symptômes de la schizophrénie relèvent d'un trouble de l'image ou de la perception du corps** (dissociation, hallucinations ou illusions tactiles, cénesthésiques, délires à thématiques corporelle, incurie, troubles de la motricité, automutilations...). Ces troubles conduisent en général à la négligence de soi et à un manque d'hygiène chronique. Ils modifient le rapport au corps et rendent difficiles les soins intrusifs dans une région du corps à forte valeur symbolique comme la bouche.
- **Le grignotage et la consommation excessive de sodas** observés chez les patients psychotiques favorisent le développement des caries dentaires. Ces mauvaises habitudes alimentaires (associées à la sédentarité) ont des conséquences délétères sur la santé globale des patients (syndrome métabolique, diabète de type 2) ⁽¹¹⁾.
- **Les troubles de la conduite alimentaire, en particulier l'anorexie-boulimie,**

ont de graves conséquences au niveau de la sphère bucco-dentaire comme les érosions amélaire massives (qui se rapportent à l'émail de la couronne d'une dent) consécutives à l'attaque acide des vomissements. Ces lésions sont irréversibles et nécessitent d'importantes réparations. Les dents prennent alors une coloration jaune et la sensibilité au froid et au chaud devient intense⁽¹²⁾.

• **La difficulté d'accès aux soins dentaires a des causes multiples :**

- L'exercice quasi exclusivement libéral de la chirurgie dentaire est peu adapté aux patients présentant des pathologies psychiatriques graves. Les troubles du comportement et les troubles cognitifs (problèmes de concentration et de labilité émotionnelle) peuvent en effet être des obstacles à un réel programme de soins (changements d'avis inopinés, rendez-vous manqués ou refus de soin...).
- **Les soins dentaires coûtent chers et sont mal remboursés.** Les patients suivis en psychiatrie connaissent souvent des problèmes de précarité (Allocation Adulte Handicapé). Par ailleurs, ils requièrent des temps de soins plus longs qui ne peuvent être facturés et ne favorisent pas l'utilisation de techniques cognitivo-comportementales indispensables⁽¹⁾.

RETENIR

La première cause de mauvaise hygiène bucco-dentaire des patients suivis en psychiatrie est la maladie mentale elle-même. Mais l'accès aux soins dépend aussi de facteurs environnementaux (soins chers et mal remboursés...)

Quel est l'impact des conduites addictives sur la santé bucco-dentaire⁽¹³⁻¹⁴⁾ ?

Les conduites addictives sont fréquemment associées aux pathologies psychiatriques.

- **Le tabagisme** est un facteur aggravant des pathologies orales. La nicotine par son action ischémique sur les tissus de la cavité buccale, modifie la flore et favorise le développement de mycoses et de caries dentaires. Le tabac perturbe également la phonation (voix rauque), assèche la bouche (aggravation de l'hyposialie) et noircit les dents⁽¹⁵⁾.

- **La consommation excessive d'alcool** a également des conséquences délétères sur la santé orale.
 - La destruction hépatique alcoolique a pour conséquence une diminution de l'absorption de la vitamine B12, des folates et du fer, qui se traduit par une anémie et une immuno-déficience.
 - Les carences en vitamines et en folates augmentent également le phénomène de xérostomie et favorisent le développement de la glossite atrophique
 - L'alcool augmente par ailleurs la perméabilité de la muqueuse aux substances carcinogènes.
 - Enfin les régurgitations acides observées parfois lors d'un état d'ébriété avancé expliquent l'existence plus fréquente d'érosions des surfaces dentaires.
- **La prise de cocaïne** est responsable d'une érosion dentaire.
- **La consommation de cannabis** entraîne, quant à elle, une déminéralisation de la surface des dents responsable de caries « en nappes » (qui se caractérisent par un aspect blanc crayeux de l'émail sur une grande étendue de la surface de la dent, mais qui restent superficielles).

Quels sont les effets secondaires des psychotropes sur la santé buccale ⁽¹⁶⁾ ?

- **L'un des effets secondaires les plus connus est une diminution de la sécrétion salivaire (hyposialie) voire sa disparition (asialie)** lors de la prise au long cours de certains psychotropes (neuroleptiques phénothiaziniques, antidépresseurs imipraminiques...). Ils sont responsables d'un syndrome neuro-végétatif qui interfère avec le système parasymphatique en provoquant une baisse des fonctions salivaires. Il en résulte une sécheresse excessive de la bouche (**xérostomie**) avec accumulation importante de plaque dentaire, ce qui provoque des caries, surtout celles du collet de la dent. **La xérostomie peut provoquer par ailleurs des candidoses buccales qui perturbent la phonation et le port d'appareils dentaires.**
- **Les dyskinésies** sont des mouvements anormaux involontaires d'amplitude variable, plus ou moins réguliers dans leur fréquence et leur rythme, soit localisées à une région soit diffuses et touchant l'ensemble du corps.

On associe principalement les dyskinésies à l'usage des antipsychotiques de première génération (phénothiazines, thioxanthènes...) qui bloqueraient les récepteurs dopaminergiques D2.

Touchant principalement la sphère oro-buccale, elles ont de **lourdes conséquences sur l'habileté des patients et rendent difficile, voir impossible, le brossage des dents.**

Bien qu'une rémission spontanée soit possible, surtout chez le sujet jeune, une fois installées les dyskinésies sont souvent irréversibles⁽¹⁷⁾.

- Les patients souffrant de schizophrénie ont par ailleurs une occurrence élevée de diabète de type 2 (10 à 15 %). Les causes sont multiples : facteurs génétiques (vulnérabilité), mode de vie (mauvaise hygiène de vie, sédentarité, repli, manque d'activité physique), maladie elle-même et **usage des antipsychotiques**. Ces derniers induisent en effet une prise de poids et des effets directs sur la sensibilité à l'insuline⁽¹⁸⁾. Les complications du diabète sont nombreuses et bien connues : complications oculaires, neuropathiques, néphropathiques, cardio-vasculaires et infectieuses. Parmi elles, **la parodontite est aujourd'hui décrite par certains auteurs comme la sixième complication du diabète**⁽¹⁹⁾.

Quelles sont les complications des pathologies bucco-dentaires ?

Les complications infectieuses d'origine dentaire arrivent en première position, tant en terme de fréquence que de gravité.

Au premier rang il faut citer les abcès dentaires et les cellulites dentaires qui sont des infections profondes qui diffusent aux tissus cellulo-graisseux de la face, mais aussi aux tissus profonds, musculaires, des voies aéro-digestives entraînant des complications septiques généralisées qui peuvent avoir de graves conséquences sur l'état de santé des patients : fièvre, asthénie, mais également septicémie.

Toutes ces complications infectieuses sont amplifiées par l'immunodéficience chronique.

Pourquoi est-il difficile d'évaluer la douleur dentaire chez les patients de psychiatrie ⁽²⁰⁾ ?

Les thérapeutiques utilisées pour le traitement des troubles psychotiques peuvent diminuer la sensation douloureuse et rendre plus tardif le recours aux soins somatiques. De façon générale, les antipsychotiques sont tous des antagonistes D2, or, la dopamine serait impliquée dans l'inhibition supra spinale de la douleur ⁽²¹⁾.

La douleur dentaire est donc parfois difficile à évaluer chez les patients psychotiques en l'absence de grille d'évaluation spécifique.

Le soignant devra chercher à identifier les signes objectifs indiquant la nécessité d'une consultation dentaire. Il est ainsi essentiel de repérer toute modification de comportement qui pourrait signaler une algie dentaire aiguë. En effet cette phase algique est de courte durée et fait rapidement place à des douleurs infectieuses chroniques plus sourdes et moins intenses que les patients psychotiques expriment peu, et qui peuvent avoir des répercussions majeures sur leur état de santé général ⁽²²⁾.

LE SAVIEZ-VOUS

La douleur, premier signe d'alerte des pathologies bucco-dentaires apparaît en phase aiguë puis disparaît. En phase chronique l'infection s'installe à bas bruit et peut gagner l'os de la mâchoire entraînant des complications locales ou générales.

AGIR

- **Quel accompagnement quotidien à l'hygiène bucco-dentaire mettre en place ?**
- **Quels conseils hygiéno-diététiques prodiguer ?**
- **Comment prendre en charge l'hyposialie ?**
- **Comment organiser le programme de soins ?**

Quel accompagnement quotidien à l'hygiène bucco-dentaire mettre en place ?

Une spécificité des troubles psychotiques est leur apparition « tardive », à la fin de l'adolescence ou chez l'adulte jeune. La plupart des patients possèdent donc une connaissance suffisante des règles d'hygiène bucco-dentaire. Ils détiennent ce savoir, mais ne peuvent plus réaliser leurs « auto soins ».

Le programme d'éducation mis en place par l'infirmier devra tenir compte de cette réalité et s'adapter au stade de la maladie et aux capacités de chaque patient. Il devra veiller à donner des consignes simples, ne pas se décourager, et comprendre qu'il faut parfois renoncer provisoirement...

● **Pour le brossage de dents**, le plan d'éducation s'attache à réintroduire des rituels, pour cela un slogan simple : la règle des 3.

- Se brosser les dents 3 fois par jour après les principaux repas
- Se brosser les dents pendant 3 minutes
- Changer de brosse à dents tous les 3 mois.

Si le brossage n'est pas possible 3 fois par jour il est préférable d'insister sur celui du soir.

● **Si provisoirement le brossage est impossible**, on peut suggérer de :

- manger une pomme ou mâcher un chewing-gum sans sucre (peut remplacer un brossage de dents).
- boire un verre d'eau après le repas permet de désorganiser la plaque dentaire.

● **Pour les patients n'ayant pas l'habileté nécessaire à la réalisation du brossage dentaire, un soin de bouche peut être proposé.**

Pour les patients hospitalisés ou pris en charge dans des structures style MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) ou FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) ou encore suivis au domicile, un soin de bouche doit être réalisé conformément au protocole en vigueur. Pour éviter tout caractère intrusif, le geste doit être expliqué et pratiqué avec une grande douceur. Là encore, s'il n'est pas possible d'appliquer en totalité le protocole existant, le simple passage d'une compresse humidifiée sur la surface des dents, des gencives et de la langue est préférable à l'absence de soins.

- **Pour les patients portant des prothèses**, un nettoyage rigoureux après chaque repas est indispensable.

Quels conseils hygiéno-diététiques prodiguer ?

- **Eviter au maximum le grignotage entre les repas et diminuer la consommation d'aliments sucrés et de sodas.** Le rôle de ces aliments dans la constitution des caries doit être rappelé. Ces conseils sont à rapprocher des risques de prise de poids occasionnés par la mise en route d'un traitement à base d'antipsychotiques de seconde génération.
- **Les méfaits du tabac et de l'alcool doivent être rappelés**, cela peut être une occasion d'amener le patient à entreprendre, sous contrôle médical, un sevrage. Là encore, la démarche doit être progressive et non culpabilisante.
- **Si le patient est hospitalisé il pourra bénéficier de consultations spécialisées et d'accompagnement au quotidien**, s'il est suivi en extra hospitalier, des séances d'éducation et de soutien, individuel ou collectif, pourront être proposées au CMP ou lors des visites à domicile.

LE SAVIEZ-VOUS

La consommation de sodas favorisant la déminéralisation de surface, un brossage dentaire immédiat peut engendrer l'érosion de la dent. Il faut donc attendre quelques heures. Il est possible de neutraliser l'acidité de ces boissons par l'absorption d'un verre d'eau.

Quels conseils d'achat donner au patient ?

L'accompagnement peut être poursuivi lors de la réalisation des courses avec le patient.

- **En ce qui concerne le matériel d'hygiène**, il est préférable de conseiller une brosse à dents souple ou médium. Un dentifrice à haute teneur en fluor est préconisé.

? LE SAVIEZ-VOUS

Il existe 2 types de dentifrices fluorés selon la réglementation européenne :

- En dessous de 1500 ppm (150mg/100g) ce sont les dentifrices à basse teneur en fluor, vendus en grande distribution.
- Au dessus de 1500 ppm, ce sont les pâtes à haute teneur en fluor qui sont soumis à une AMM et ne peuvent être vendus qu'en pharmacie ⁽²³⁾.

- **Le choix d'aliments peu cariogènes et riches en vitamine C** sera également conseillé (fruits frais, légumes cuits ou crus, céréales, pain). En établissement hospitalier un travail spécifique peut être réalisé dans ce sens avec les gestionnaires de cafétérias. Les diététiciennes ont aussi un rôle majeur dans ce domaine, elles pourront apporter aux patients des conseils adaptés, prévoir un plan alimentaire et en contrôler le suivi. Le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) portera cette problématique au plan institutionnel et assurera un rôle d'alerte, de veille et de formation des personnels.

Comment prendre en charge l'hyposialie ⁽²⁴⁾ ?

- **Si les glandes salivaires sont encore partiellement fonctionnelles** (on observe ce signe clinique en passant l'index sur la face interne de la joue. Si le doigt est sec cela objective une hyposialie ou une asialie) l'utilisation sur prescription de médicaments sialogogues, capables de stimuler la sécrétion salivaire, peut être envisagée.
- **Les substituts salivaires peuvent également être efficaces.** Dispositifs médicaux, vendus en pharmacie, sans prescription, ils se présentent sous forme de gel ou de spray. Leur utilisation consiste à appliquer ou pulvériser plusieurs fois par jour dans

la bouche une solution qui fait office de salive artificielle. L'utilisation se fait surtout avant les repas pour faciliter la déglutition et lubrifier les éventuelles prothèses amovibles.

? LE SAVIEZ-VOUS

Quelques conseils simples pour combattre la xérostomie : mâcher du chewing-gum ou des pastilles aromatisées, sans sucre naturellement.

• **En cas d'inconfort majeur, non amélioré par l'utilisation de substitut salivaire,** il peut être utile de demander au psychiatre s'il est possible de prescrire un traitement qui affectera moins le débit salivaire ⁽²⁵⁾.

Comment organiser le programme de soins ?

S'il existe un cabinet dentaire dans l'établissement, le premier bilan et les soins urgents seront souvent réalisés au décours d'une hospitalisation.

Toutefois, il est indispensable de mettre en place un suivi régulier avec des visites de contrôle au moins tous les six mois. La première démarche consiste à rechercher un chirurgien dentiste traitant.

L'implication de l'entourage et du tuteur, s'il existe, sera essentielle à cette étape. En effet, des relais seront nécessaires pour veiller au respect des rendez-vous. Si la visite chez le chirurgien dentiste s'avère anxiogène pour le patient, l'accompagnement par un soignant pourra s'avérer indispensable.

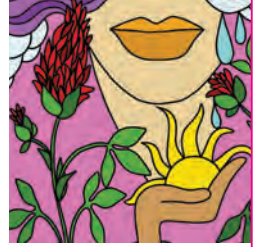
Enfin, la question du coût des soins dentaires est primordiale chez ces patients aux situations souvent précaires. La recherche de praticiens appliquant des tarifs conventionnés sera favorisée. Le tuteur, la personne de confiance ou le soignant joueront un rôle essentiel de soutien et de conseil lors de la phase d'étude et d'acceptation des devis.

? LE SAVIEZ-VOUS

Une prise en charge à 100 % des pathologies dentaires, dans le cadre de la reconnaissance d'une Affection de Longue Durée (ALD) psychiatrique est possible ⁽²⁶⁾.

Références

- 1- Coquaz C., Denis F., Développer la santé orale en psychiatrie. Gestions Hospitalières, n°516 – mai 2012 ; 296 - 299
- 2- Cormac I., Jenkins P, Understanding the Importance of Oral Health in Psychiatric Patients, APT 1999, 5:53-60
- 3- Blanchet P-J., La dyskinésie tardive toujours d'actualité. Le Médecin du Québec, volume 47, numéro 8, août 2012 ; 53 - 59
- 4- Le Reun N., les troubles de la déglutition de la personne âgée. 22ème journée de Brest, 27 novembre 2009 ; diaporama
- 5- Arpin S, Kandelman D., Lalonde B., La xérostomie chez la personne âgée. Journal dentaire du Québec, 2005, 42 ; 263-271
- 6- Lang B, Filippi A., Mauvaise haleine ou halitose, 1ère partie : étiologie et pathogénie. Revue mensuelle Suisse odontostomatol, 2004, 14 ; 1045-1050
- 7- Bergstrom J., Eliasson S., Dock J., A 10-Year Prospective Study of Tobacco Smoking and Periodontal Health. J Periodontol 2007; 71:1338-1347
- 8- Autié A., Montreuil M., Moulier V., Braha S., Wojakiewicz A., Januel D. Douleur et schizophrénie : mythe et réalité. L'encéphale, 2008 ; 35 : 297-303
- 9- Vial-Cholley E., Les troubles psychiatriques et les pathologies somatiques. Soins Psychiatrie, n°268-mai/juin 2010 ; 16-19
- 10- Rapport de la mission « handicap et santé bucco-dentaire ». Dr P. Hescot, Dr A. Moutarde, 7 juillet 2010 ; 10 - 26
- 11- Bryssine S., Pichon N., Valon D., Chebah O., Ardiét G. La prévalence du syndrome métabolique. Soins psychiatrie, n° 268-mai/juin 2010 ; 23 - 25
- 12- Benmehedi S. Erosion dentaire : une pathologie en progression. www-espaceparodontax.fr; 1 - 10
- 13- Harti EL., Bayi EH., Chbicheb S., Wady W EL. Consommation du tabac et du cannabis : répercussions buccodentaires. Faculté de médecine dentaire de Rabat, Université Mohammed V Suissi ,vol 2 , n° 1, 2006



- 14-** Hubert-Grossin K., George Y., Laboux O., Toxicomanie illicite : manifestations bucco-dentaires et prise en charge odontologiques. *Revue Odontologique Stomatologique* ; 2003;32:119-134
- 15-** Pesci-Bardon C., Precheur I. Conduites addictives : tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé bucco-dentaires. *EMC, Médecine buccale*, 28-915-M-10,2010
- 16-** Muster D., Valfrey J., Kuntzmann H. Médicaments psychotropes en stomatologie et en odontologie. *EMC-Stomatologie*. 2005 ; 1 : 175-192
- 17-** Cohen D., Brisson T. Médication neuroleptique et risque de dyskinésie tardive : une enquête auprès de psychiatres et d'omnipraticiens du Québec. *Santé mentale au Québec*.1997 ; 22 : 263-282
- 18 -** Schizophrénie et diabète, S. Richard-Devantoy et A. Galloyer-Fortier, *Santé mentale* n° 157, avril 2°11, page 28-29
- 19-** Loe H. Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1993; 6 : 329-334
- 20-** Sabran V., Hardy P. Douleur et psychiatrie. *Neuro-Psy* 2001 ; 16 : 177 – 183
- 21-** Potvin S. L'indifférence à la douleur dans la schizophrénie. *Douleur et Analgésie* 2011 ; 24 : 152 - 159
- 22-** Denis F., Douleur et urgences odontologiques en psychiatrie. *L'information dentaire*, n°6 – 13 février 2013 ; 29 - 33
- 23-** HAS stratégie de prévention de la carie dentaire, mars 2010 ; 15 - 21
- 24-** 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
- 25-** Meyer-Luechel H., Kielbasser AM., Utilisation de succédanés salivaires chez les patients souffrant de xérostomie. *Revue mensuelle Suisse odontostomatol*, 2002 , 112 :1049-1058
- 26-** Denis F., Coquaz C., Milleret G. , Affections psychiatriques de longue durée et soins bucco-dentaires. *Santé Mentale* n°174 – janvier 2013 ; 14 - 18

EISAI SAS

Tour Manhattan
5/6 place de l'Iris
92095 Paris La Défense 2 Cedex
France

The Eisai logo is a circular emblem with a blue outer ring and a white inner circle. The word "Eisai" is written in a bold, black, sans-serif font across the center of the white circle. The logo is positioned at the end of a thick, light blue curved line that sweeps across the bottom of the page.

Eisai