

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2018

N° 2019-03

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

Par

Maïlys DIARRA

Née le 03/04/1988 à Blois (41)

Présentée et soutenue publiquement le 8 janvier 2019

**LE PATIENT PSYCHOTIQUE CHRONIQUE ET SA SANTE BUCCO-DENTAIRE.
ETUDE D'UNE POPULATION SUIVIE EN AMBULATOIRE SUR UN SECTEUR DE
PSYCHIATRIE ADULTE EN LOIRE-ATLANTIQUE.**

Président du jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marie-Hélène KIRSNER-BESSE

Membres du jury : Monsieur le Professeur Bernard GIUMELLI

Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Remerciements

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Rémy SENAND qui me fait l'honneur de présider mon jury de thèse.

Madame la Professeure Marie GRALL-BRONNEC et Monsieur le Professeur Bernard GIUMELLI qui ont accepté de faire partie de mon jury de thèse.

A ma directrice de thèse,

Docteur Marie-Hélène KIRSNER-BESSE qui m'a accompagnée et guidée dans ce travail. Merci pour ces rendez-vous mensuels qui ont su me redynamiser.

Aux équipes du pôle G07 de l'hôpital Georges Daumézon qui m'ont d'abord accueillie comme interne puis pour leur aide dans la réalisation de mon travail de thèse.

Aux secrétaires, Gaëlle, Armelle et surtout Martine qui ont répondu à mes nombreuses demandes et m'ont accordée du temps pour ma thèse.

Au Docteur Frédéric DENIS qui m'a procurée de la documentation pour la réalisation de ce travail.

Aux équipes de pédiatrie de Chateaubriant, des urgences de Challans, de médecine de Cholet, de SSR de Machecoul,

Et aux Docteurs Emmanuelle VALAIS-JOYEAU, Françoise VINCENT, Eric BEDUE, pour m'avoir accueillie et formée en tant que médecin généraliste.

A Lucie, pour cette belle opportunité que tu m'as offerte en travaillant avec toi.

A ma famille,

A mes parents, pour leur soutien, leur bienveillance et la confiance qu'ils nous accordent. C'est avec sérénité qu'ils nous ont permis de nous accomplir.

A mes frères, dont les réussites inspirent.

A ma grand-mère GUILLARD, pour m'avoir dorlotée dans les phases de révision de la fameuse P1.

A ma grand-mère DIARRA, bel exemple de femme forte.

A Chantal et Jean-Paul, Jean-Marc, Mama, Dri', N'Fa, Atta, les cousins Morins, Pignols, Diarras, aux « Filloux » Elie et Noah, et j'en oublie !

Aux amis,

A Marie, parce que 12 ans d'assistance téléphonique d'étudiant en médecine en détresse, et encore plus longtemps d'une grande amitié. Toi aussi tu as tenu le coup ! Bravo.

A Dotou, éternel optimiste qui transmet sa bonne énergie depuis le CM1. Deux regrets : le gala de Cluny et ton aventure nantaise bien trop courte.

A la joyeuse bande d'Orléans, les « Man » et ce genre de soirées épiques « mamène ! ».

Aux amis tourangeaux et anciens co-externes : Marjo, Pierre, Anne-So', Camille, Cam'Ram', Marie, Sarah-paquerette, Antoine et Rabia, qui ont rendu l'externat mémorable,

Aux amis et anciens co-internes, Pierre-Guillaume, Marie-Charlotte, Aline, Alice, Valérie, pour ces 3 années d'internat que nous avons partagées.

A Lucile et Yann, Marina et Arnaud, le noyau nantais.

A ma petite belette, compagnon et témoin des heures de travail.

A tous ceux que j'oublie.

Enfin,

A Julien, pour toutes ces années... avec une grande reconnaissance pour ta patience, ton soutien, et cette bulle d'oxygène que tu m'as apportée. Un nouveau chapitre s'écrit à présent.

Acronymes et abréviations

ALD	Affection Longue Durée
BPCO	Bronchopathie Pulmonaire Chronique Obstructive
CAOD	Indice carieux mesurant le nombre de dents cariées, absentes pour caries et obturées en denture permanente
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, 10 ^{ème} révision
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPITN	Community Periodontal Index of Treatment Needs
ETP	Education Thérapeutique
GOHAI	Geriatric Oral Health Assessment Index
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital de Jour
IC	Intervalle de Confiance
MT	Missing Teeth
NS	Non significatif
OHI-S	Simplified Oral Hygiene Index
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SPGL	Saint-Philbert-De-Grand-Lieu
VAD	Visite à domicile

Tables des matières

REMERCIEMENTS	2
ACRONYMES ET ABREVIATIONS	4
1 INTRODUCTION	6
2 MATERIELS ET METHODES	8
2.1 TYPE D'ETUDE	8
2.2 CONTEXTE DE L'ETUDE	8
2.3 POPULATION DE L'ETUDE.....	8
2.4 RECRUTEMENT DE LA POPULATION D'ETUDE.....	8
2.5 RECUEIL DES INFORMATIONS.....	9
2.6 ANALYSES DES RESULTATS	9
3 RESULTATS.....	10
3.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION	10
3.2 ETAT DENTAIRE ET HABITUDES D'HYGIENE DENTAIRE	11
3.2.1 <i>Edentement</i>	11
3.2.2 <i>Habitudes d'hygiène</i>	11
3.3 QUALITE DE VIE ORALE.....	12
3.3.1 <i>Score GOHAI et caractéristiques de la population</i>	12
3.3.2 <i>GOHAI, Analyse par question</i>	13
3.4 SUIVI BUCCO-DENTAIRE	15
3.4.1 <i>Habitudes de suivi dentaire</i>	15
3.4.2 <i>Motifs de consultation</i>	15
3.5 DETERMINANTS DU SUIVI BUCCO-DENTAIRE EXPRIMES PAR LE PATIENT	16
3.5.1 <i>Favorisants</i>	16
3.5.2 <i>Limitants</i>	17
3.6 COORDINATION VIA LE MEDECIN TRAITANT	17
4 DISCUSSION	18
4.1 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	18
4.1.1 <i>La population</i>	18
4.1.2 <i>La méthode</i>	19
4.2 RESULTATS PRINCIPAUX	20
4.2.1 <i>Une population à risques multiples</i>	20
4.2.1.1 Comorbidités	20
4.2.1.2 Facteurs de risques comportementaux.....	20
4.2.1.3 Facteurs de risques socio-culturels et environnementaux.....	20
4.2.2 <i>Bilan des patients psychotiques à propos de leur santé bucco-dentaire</i>	21
4.2.2.1 Habitudes d'hygiène et édentement.....	21
4.2.2.2 Qualité de vie orale	23
4.2.2.3 Suivi dentaire.....	24
4.2.3 <i>Moteurs et freins à la consultation dentaire</i>	25
4.2.4 <i>Le médecin généraliste et la santé dentaire du patient psychotique</i>	26
4.3 PERSPECTIVES	27
5 CONCLUSION	29
6 BIBLIOGRAPHIE.....	30
7 ANNEXES	34

1 Introduction

Le trouble psychotique chronique est une pathologie psychiatrique qui englobe des maladies telles que la schizophrénie. Il est caractérisé dans le DSM-V (1) par la présence d'au moins un des éléments suivants : idées délirantes, hallucinations, pensées désorganisées, comportement anormal ou symptômes négatifs tels que la diminution de l'expression émotionnelle, l'aboulie, l'alogie, l'anhédonie et l'asociabilité. Il concerne 7,4 personnes sur 1000 habitants en France.(2)

La prise en charge et le suivi des personnes atteintes d'un trouble psychotique peuvent s'organiser dans le cadre d'une hospitalisation complète (phases aiguës de la maladie), ou en ambulatoire dans des centre-médico-psychologiques (CMP) lorsque le patient est stable. Les malades bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire. Certains bénéficient du déplacement des infirmiers en visite à domicile (VAD), tandis que d'autres participent aux activités organisées par l'hôpital de jour (HDJ).

Un des objectifs du suivi et de l'accompagnement est la (ré)insertion sociale et professionnelle. Dans cette optique il est nécessaire d'être en bonne santé et donc d'avoir accès à un parcours de soins.

Le taux de mortalité du sujet jeune est plus élevé dans ce groupe de population par rapport à la population générale. Cela s'explique par un taux de suicide plus élevé (3) - en lien avec la maladie psychique - mais également par la prépondérance de pathologies somatiques. En effet, de nombreuses études (4–7) ont montré que les personnes présentant une pathologie psychiatrique constituent un groupe à vulnérabilité : maladies cardio-vasculaires, diabète, pathologies respiratoires, cancers. Le constat est identique en ce qui concerne la santé bucco-dentaire (8–12): risque accru de pathologies carieuses et parodontales dont les complications ont pour principale conséquence l'édentement. Difficile dans ce contexte d'avoir confiance en soi et de retrouver la voie de l'insertion sociale.

Le suivi dentaire est rarement associé au suivi médical global, pourtant la santé bucco-dentaire est une composante essentielle de la santé globale. Elle est définie par l'OMS (13) comme l'absence de tout trouble ou pathologie de la bouche limitant « la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial. » Les conséquences d'une mauvaise santé bucco-dentaire sont donc multiples : douleur, infection, dénutrition, perte d'estime de soi et isolement social.

La santé bucco-dentaire est un enjeu de santé publique majeur. Elle est en effet étroitement liée aux comportements à risque (tabac alcool...) et constitue également une source d'inégalités sociales de santé (14–16).

En France, l'intégration de la santé bucco-dentaire au sein d'une démarche de santé publique a été tardive. Cependant, des programmes de prévention dentaire (fluoruration des dentifrices et du sel alimentaire, consultation dentaire « M'T dents »...), ont permis une forte progression de la santé orale chez les enfants depuis les années 1990 (17). Il existe des recommandations HAS pour la prévention de la carie dentaire. Elles identifient différents types de population : « population cible », « population à risque » nécessitant une vigilance renforcée dans le dépistage et le suivi dentaire (17).

Les patients présentant un trouble psychotique font partie des populations à risque de caries et de pathologies oro-faciales en raison de la prévalence des pathologies chroniques suscitées, mais aussi par la présence de facteurs de risques comportementaux qui sont communément associés aux pathologies psychiatriques (négligence, conduites addictives, ...) et qui sont délétères pour la santé orale (5,18). Ce « risque oral » est également renforcé par les effets indésirables des traitements psychotropes sur la cavité buccale pourvoyeurs de dyskinésie et de troubles salivaires entre autres (19).

La réduction des risques au sein de la population psychiatrique paraît compliquée et est peut-être délaissée au profit de la prise en charge de la maladie psychiatrique. Cependant pour une population insérée dans une prise en charge médico-sociale, la démarche de prévention devrait être envisagée à tous les niveaux (primaire, secondaire et tertiaire). Au même titre que le suivi biologique et cardio-vasculaire, la surveillance et le suivi dentaire devraient faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi systématique.

Qu'en disent les patients ?

L'étude présentée ici a pour but de décrire la santé bucco-dentaire telle qu'elle est vécue par les patients psychotiques suivis en ambulatoire. L'évaluation de moteurs et freins potentiels au suivi dentaire constitue un objectif secondaire. A plus grande échelle, l'objectif serait de pouvoir intégrer la santé bucco-dentaire comme point de vigilance dans le suivi de la Santé globale des patients psychotiques.

2 Matériels et méthodes

2.1 Type d'étude

Ce travail a été réalisé sous forme d'une étude épidémiologique transversale, isolée et prospective.

2.2 Contexte de l'étude

L'étude a eu lieu du 16 avril au 30 juin 2018 sur les CMP du secteur du G07 du Centre Hospitalier Georges Daumezon en Loire-Atlantique. Celui-ci est divisé en deux CMP : CMP du Bas Landreau à Rezé et CMP du Champ Libre à Saint-Philbert-de-Grand-Lieu (SPGL).

L'étude a été réalisée sur la base d'auto-questionnaires papiers réalisés avec assistance d'un investigateur.

2.3 Population de l'étude

La population étudiée était les patients âgés de plus de 18 ans, francophones et ayant un diagnostic de psychose chronique selon la CIM-10. Ces patients devaient être jugés stables par les médecins psychiatres et le personnel soignant des CMP du secteur du G07 en Loire-Atlantique (CMP du « Bas Landreau » à Rezé et du « Champ libre » à SPGL) où ils consultaient sur la période d'avril à juin 2018.

Les critères d'exclusion étaient :

- les patients ayant un diagnostic de « personnalité schizotypique », « trouble psychotique bref », « trouble psychotique induit par une substance/médicament », « trouble psychotique dû à une affection médicale », ou encore de « catatonie » ;
- les patients jugés instables ;
- ne comprenant pas le français.

2.4 Recrutement de la population d'étude

Afin d'obtenir un listing des patients concernés par l'étude, nous avons effectué une extraction des diagnostics F20 « Schizophrénie » , F22 « Trouble délirant », F25 « Trouble schizoaffectif », F28 « Autre trouble du spectre de la schizophrénie ou autre trouble psychotique spécifié » et F29 « Trouble du spectre de la schizophrénie ou autre trouble psychotique non spécifié ». Nous avons utilisé la base de données du DIM pour le secteur de psychiatrie concerné.

Cette extraction a été réalisée après autorisation du DIM et du président de CME de l'hôpital Georges Daumezon [annexe 1].

A partir de cette liste, un planning de consultation ou de présence en activités en HDJ ou VAD a été réalisé pour chaque patient afin de pouvoir solliciter les investigateurs les plus disponibles sur ces créneaux.

Avant le début du recueil des questionnaires, une lettre d'information a été affichée dans les salles d'attente, ou diffusée via le personnel soignant [annexe 2].

Pour chaque patient concerné, un consentement oral a été recueilli (dans le cadre de la présence d'un investigateur pour l'aide au recueil des informations). Pour les patients bénéficiant d'une mesure de protection, un accord du tuteur était recueilli au préalable [annexe 3].

2.5 Recueil des informations

Selon les patients et nos disponibilités respectives, nous avons pu effectuer la passation de certains questionnaires tandis que d'autres ont été réalisés avec l'assistance d'un investigateur (infirmier ou médecin psychiatre). Cela a eu lieu entre avril et juin 2018.

Les questionnaires étaient proposés de manière systématique aux personnes concernées, soit en fin de consultation, soit lors de leurs activités d'HDJ ou lors de VAD.

Anonyme, le questionnaire se présentait sous un format papier [annexe 4]. Il a été élaboré à partir d'une recherche bibliographique (14,20–22) et était composé de 14 questions explorant plusieurs aspects de la santé dentaire :

- données démographiques,
- habitudes d'hygiène dentaire et état bucco-dentaire,
- évaluation de qualité de vie orale à l'aide du questionnaire GOHAI [annexe 5],
- habitudes de suivi dentaire,
- recherche de moteurs et freins éventuels à la consultation dentaire,
- suivi et coordination en médecine générale.

L'objectif de l'étude était de décrire la santé bucco-dentaire telle qu'elle est vécue par les patients psychotiques suivis en ambulatoire. L'évaluation de moteurs et freins potentiels au suivi dentaire constitue un objectif secondaire.

2.6 Analyses des résultats

La saisie des résultats et le traitement des données ont été réalisés sous Microsoft EXCEL®. Les calculs ont été effectués via BiostaTGV.

3 Résultats

3.1 Description de la population

Notre population d'étude incluait 128 patients : 40 à SPGL et 88 à Rezé.

54 questionnaires ont été remplis : 23 à SPGL et 31 à Rezé. Les caractéristiques des patients qui ont répondu au questionnaire sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude

Caractéristiques	Valeurs
Sexe	N= 54
Femmes	48% (n=26)
Hommes	52% (n=28)
Age	
Moyenne	47 ans
Ecart-type	± 13 ans
Toxiques	
Alcool	26% (n=14)
Tabac	56% (n= 30)
Autres (cannabis /résine)	9% (n=5)
Co-morbidités	33% (n=18)
Diabète	9% (n=5)
Dyslipidémie	7% (n=4)
HTA	6% (n=3)
Asthme/BPCO	6% (n=3)
Autres pathologies*	17% (n=9)

*autres pathologies : (cancer du sein, épilepsie, fibromyalgie, troubles digestifs/urinaires, dysthyroïdie, sarcoïdose, légionellose)

3.2 Etat dentaire et habitudes d'hygiène dentaire

3.2.1 Edentement

Concernant l'état bucco-dentaire :

- 74% des patients (n=40) ont rapporté avoir des dents en moins,
- parmi lesquels 17 femmes et 23 hommes soit 65,4% des femmes et 82,1% des hommes.
- 8 personnes avaient 40 ans ou moins, 11 avaient entre 40 et 50 ans, 21 avaient plus de 50 ans
- 43% (n= 23) de la population d'étude avaient des dents manquantes non remplacées.

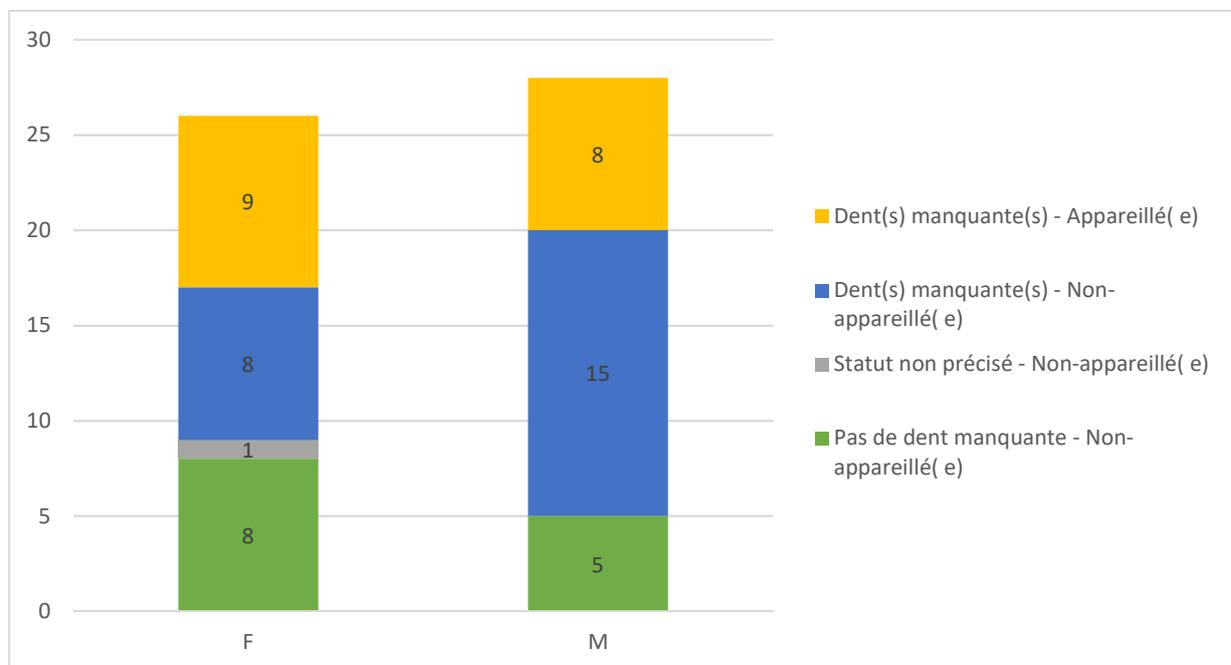


Figure 1 : statut dentaire et appareillage par sexe

3.2.2 Habitudes d'hygiène

La majorité des personnes interrogées (83%, n=45) déclaraient se brosser les dents au moins une fois par jour, 9% (n=5) une fois par semaine, 4% (n=2) jamais et 4% (n=2) ne se prononçaient pas sur la question.

3.3 Qualité de vie orale

3.3.1 Score GOHAI et caractéristiques de la population

Les données générales concernant le score add-GOHAI sont les suivantes :

- Moyenne = 50,1 ± 6,9
- Minimum = 30 et Maximum = 60
- Médiane = 51,5

Tableau 2 : Détail du GOHAI selon les caractéristiques de la population. (N=54)

Variables	Score GOHAI moy	IC 95%*
Sexe (n=54)	50,1	NS*
<i>Homme (n=28)</i>	51,7	
<i>Femme (n=26)</i>	48,3	
Age		NS
<i>< = 40 ans (n=18)</i>	49,8	
<i>> 40 ans (n=36)</i>	50,2	
CMP		NS
<i>Rezé (n=31)</i>	50,2	
<i>SPGL (n=23)</i>	49,9	
Edentement		NS
<i>Oui (n=40)</i>	49,2	
<i>Non (n=13)</i>	52,6	
<i>Non Précisé (n=1)</i>	52	
Habitudes d'hygiène		
<i>1/jour (n=45)</i>	50,2	NS
<i>1/semaine (n=5)</i>	49,4	NS
<i>Jamais (n=2)</i>	50,5	
<i>Ne se prononce pas (n=2)</i>	47,5	
Suivi dentaire		NS
<i>Dans l'année (n=25)</i>	50,3	
<i>Plus d'un an (n=21)</i>	50,4	
<i>Ne se rappelle pas (n=7)</i>	49,1	
<i>N'y est jamais allé (n=0)</i>	-	
<i>Ne se prononce pas (n=1)</i>	44,0	
Toxiques		
Tabac		NS
<i>Oui (n=30)</i>	48,9	
<i>Non (n=23)</i>	51,5	
Alcool		NS
<i>Oui (n=14)</i>	49,9	
<i>Non (n=39)</i>	50,1	
Résine/Cannabis		NS
<i>Oui (n=4)</i>	49,8	
<i>Non (n=47)</i>	50,0	
Co-morbidités		NS
<i>Non (n=35)</i>	50,3	
<i>Oui (n=18)</i>	49,7	

*NS : non significatif, soit $p > 0,05$ dans l'intervalle de confiance à 95% (IC 95%).

3.3.2 GOHAI, Analyse par question

Le détail du questionnaire GOHAI est présenté dans le tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3 : Détail du GOHAI par question

	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	SOUVENT	TOUJOURS	SCORE MOYEN
Q1- AVEZ-VOUS LIMITE LA QUANTITE OU LE GENRE D'ALIMENTS QUE VOUS MANGEZ EN RAISON DE PROBLEMES AVEC VOS DENTS OU VOS APPAREILS DENTAIRE ?	38 70,4%	4 7,4%	4 7,4%	7 13%	1 1,9%	4,3
Q2- AVEZ-VOUS EU DES DIFFICULTES POUR MORDRE OU MASTIQUER CERTAINS ALIMENTS DURS TELS QUE DE LA VIANDE OU UNE POMME ?	25 46,3%	6 11,1%	10 18,5%	11 20,4%	2 3,7%	3,8
Q3- AVEZ-VOUS PU AVALER CONFORTABLEMENT ?	1 1,9%	2 3,7%	4 7,4%	8 14,8%	39 72,2%	4,5
Q4- VOS DENTS OU VOS APPAREILS DENTAIRE VOUS ONT-ILS EMPECHE(E) DE PARLER COMME VOUS LE VOULIEZ ?	41 75,9%	0 0%	10 18,5%	0 0%	3 5,6%	4,4
Q5- AVEZ-VOUS PU MANGER DE TOUT (SANS RESENTIR UNE SENSATION D'INCONFORT) ?	0 0%	3 5,6%	9 16,7%	9 16,7%	33 61,1%	4,3
Q6- AVEZ-VOUS LIMITE VOS CONTACTS AVEC LES GENS A CAUSE DE L'ETAT DE VOS DENTS OU DE VOS APPAREILS DENTAIRE ?	43 79,6%	1 1,9%	4 7,4%	2 3,7%	3 5,6%	4,4
Q7- ETES-VOUS SATISFAIT(E) OU CONTENT(E) DE L'ASPECT DE VOS DENTS, DE VOS GENCIVES OU DE VOS APPAREILS DENTAIRE ?	4 7,4%	8 14,8%	4 7,4%	10 18,5%	28 51,9%	3,9
Q8- AVEZ VOUS PRIS UN (DES) MEDICAMENT(S) POUR SOULAGER LA DOULEUR OU UNE SENSATION D'INCONFORT DANS VOTRE BOUCHE ?	32 59,3%	7 13%	14 25,9%	1 1,9%	0 0%	4,3
Q9- VOS PROBLEMES DE DENT, DE GENCIVE OU D'APPAREIL DENTAIRE VOUS ONT-ILS INQUIETE(E) OU PREOCUPE(E) ?	24 44,4%	7 13%	11 20,4%	10 18,5%	2 3,7%	3,8
Q10- VOUS ETES VOUS SENTI(E) GENE(E) OU MAL A L'AISE A CAUSE DE PROBLEMES AVEC VOS DENTS, VOS GENCIVES OU VOS APPAREILS DENTAIRE ?	31 57,4%	6 11,1%	11 20,4%	3 5,6%	3 5,6%	4,1
Q11- AVEZ VOUS EPROUVE DE L'EMBARRAS POUR MANGER DEVANT LES AUTRES A CAUSE DE PROBLEMES AVEC VOS DENTS OU VOS APPAREILS DENTAIRE ?	41 75,9%	5 9,3%	4 7,4%	3 5,6%	1 1,9%	4,5
Q12- VOS DENTS OU VOS GENCIVES ONT-ELLES ETE SENSIBLES AU FROID, AU CHAUD OU AUX ALIMENTS SUCRES ?	27 50%	1 1,9%	14 25,9%	8 14,8%	4 7,4%	3,7

Les questions qui exploraient le retentissement fonctionnel de la sphère oro-faciale retrouvaient :

- Un peu plus de 22% des patients déclaraient avoir dû modifier la quantité ou le genre d'aliment du fait de problème dentaire Q1,
- 40% avaient des difficultés (« parfois » à « toujours ») pour mordre ou mâcher des aliments durs Q2, peu d'entre eux rapportaient des troubles de déglutition Q3.
- Un peu plus de 20% des personnes interrogées exprimaient des difficultés pour parler Q4.

En termes de retentissement psycho-social :

- Un peu plus de 16% des patients déclaraient avoir dû limiter le contact avec leurs tiers du fait de l'aspect de leurs dents Q6, ou encore 15% éprouvaient de l'embarras pour manger devant les autres Q11,
- Presque un quart des patients n'était pas satisfait de l'aspect de leurs dents Q7.
- Plus de 40% des patients interrogés rapportaient être préoccupés par leurs problèmes dentaires Q9,
- La sensation de gêne ou d'inconfort du fait de problèmes en lien avec la bouche était rapportée par plus de 30% des patients Q10.

En ce qui concerne l'évaluation des symptômes :

- 22% des personnes interrogées déclaraient ne pas « pouvoir manger de tout sans ressentir de sensation d'inconfort » Q5,
- Au cours des 3 derniers mois, la prise d'antalgique pour une douleur dentaire concernait plus d'une personne sur quatre Q8,
- La question qui a obtenu le score le plus faible était la Q12 avec 3,7 points, ainsi la douleur lors de la consommation de produits sucrés, chauds ou froids était rapportée par la moitié des personnes interrogées.

3.4 Suivi bucco-dentaire

3.4.1 Habitudes de suivi dentaire

Les habitudes de suivi dentaire sont présentées dans le tableau 3 suivant.

Tableau 3 : Habitudes de suivi dentaire

Données	Valeurs
Dernière consultation	
<i>Dans l'année</i>	46% (n=25)
<i>Plus d'un an</i>	39% (n=21)
<i>Ne se rappelle pas</i>	13% (n=7)
<i>N'y est jamais allé</i>	0% (n=0)
<i>Ne se prononce pas</i>	2% (n=1)
Motif de consultation	
<i>Suivi</i>	52% (n=28)
<i>Urgence</i>	46% (n=25)
<i>Indéterminé</i>	2% (n=1)
Lieu	
<i>Cabinet de ville</i>	91% (n=49)
<i>Centre de soins/hôpital</i>	9% (n=5)
Satisfaction	
<i>Oui</i>	91% (n=49)
<i>Non</i>	9% (n=5)

3.4.2 Motifs de consultation

Parmi les motifs de consultation pour suivi dentaire (figure 4), le contrôle dentaire et le détartrage étaient principalement cités.

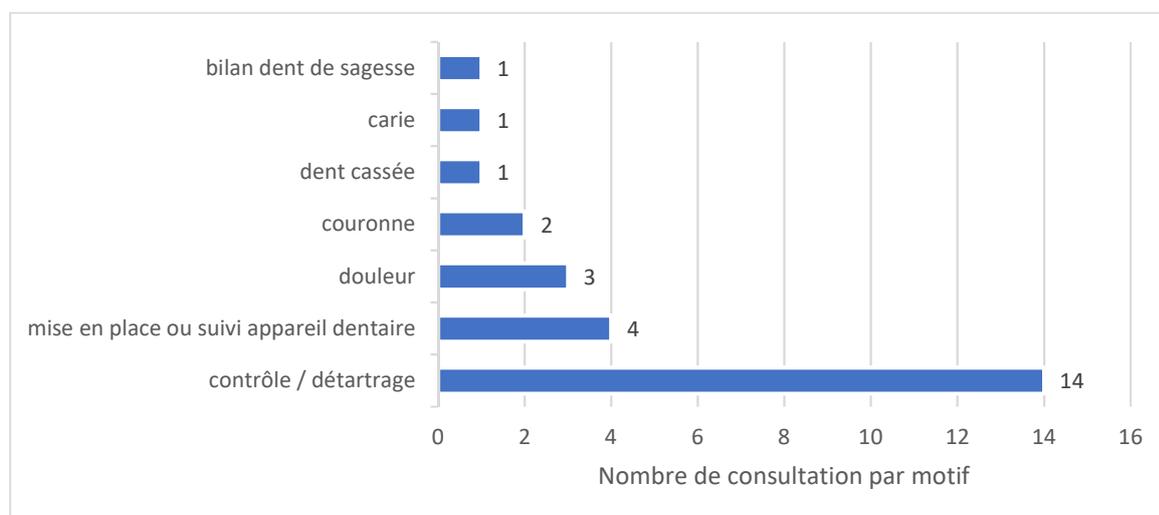


Figure 4 : Nombre et motifs des consultations de suivi dentaire.

Parmi les consultations d'urgence (figure 5), le symptôme « douleur » était le premier motif cité, puis l'extraction dentaire, l'abcès dentaire, la carie et enfin, les problèmes traumatiques ou de matériel.

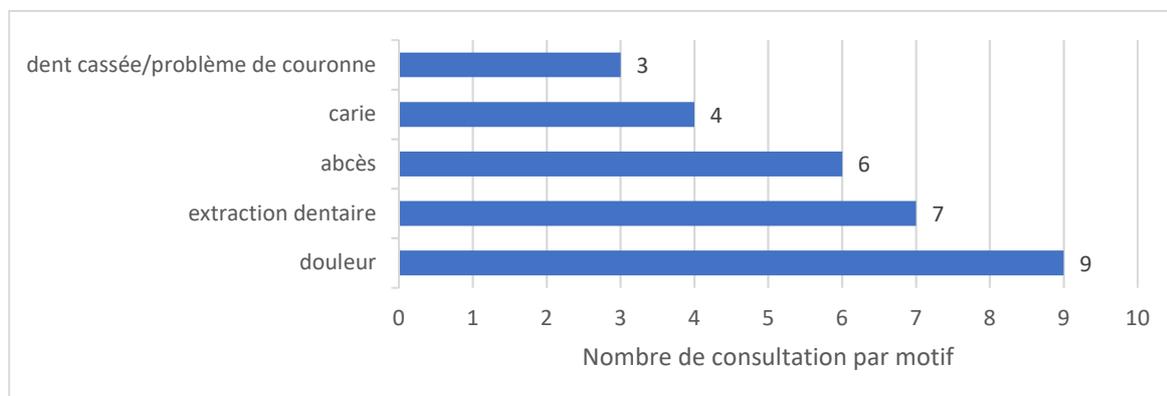


Figure 5 : Nombre et motifs des consultations pour « urgence dentaire ».

3.5 Déterminants du suivi bucco-dentaire exprimés par le patient

3.5.1 Favorisants

Le tableau 4 présente les caractéristiques favorisant la consultation dentaire.

Tableau 4 : Facteurs favorisant la consultation dentaire

Facteurs favorisants	Nombre de citations
Compétence technique	15
Qualité relationnelle	13
Prise en charge de la douleur	5
Proximité géographique du domicile	5
Affinité sur des critères physiques (âge, sexe...)	3
Recommandation d'autre professionnel de santé	1
Secrétariat accueillant	1
Notion de « praticien de famille »	1
Par habitude	1
Proximité géographique avec les autres professionnels de santé	1

3.5.2 Limitants

Les freins à la consultation et au suivi dentaire sont détaillés dans le tableau 5. La catégorie « autres* » a été renseignée par des témoignages [annexe 7].

Tableau 5 : Facteurs limitant l'accès à la consultation dentaire

Facteurs limitants	Nombre de citations
Absence de nécessité	11
Peur ou phobie dentaire	9
Coût	8
Délais de consultation	7
Manque de temps	7
Désintérêt et négligence	6
Moyen technique pour la prise de RdV (téléphone)	3
Distance	2
Stigmatisation	1
Autres*	7

3.6 Coordination via le médecin traitant

Sur les 51 patients qui déclaraient avoir un médecin traitant :

- 12% rapportaient que celui-ci examinait leurs dents,
- 4% rapportaient que celui-ci leur procurait des consignes sur le suivi dentaire.

4 Discussion

4.1 Forces et faiblesses de l'étude

4.1.1 *La population*

La population d'étude a volontairement été choisie large sous le diagnostic de « trouble psychotique », permettant ainsi de couvrir la schizophrénie, principale pathologie ayant fait l'objet d'études sur le sujet (19,23–25), mais également les autres types de psychoses chroniques. Ce choix a été fait délibérément pour coller à la vision du médecin généraliste dont la pratique n'est pas dépendante du diagnostic psychiatrique précis (CIM-10). Cependant, en l'absence d'étude sur une population bien déterminée, l'extrapolation des résultats est compromise.

Il s'agit d'une population suivie en ambulatoire et donc supposée autonome dans ses démarches de soins et ayant accès aux professionnels de santé : chirurgien-dentiste, médecin généraliste, infirmiers. Les études retrouvées sur la santé dentaire de patients de psychiatrie concernent majoritairement des populations hospitalisées ou mixtes (8,20,24). Les populations ambulatoires sont quant à elles essentiellement évoquées dans les publications Suédoises et Nord-Américaines (12,26,27).

Notre population d'étude comporte 54 patients soit 42% de la population incluse, ce qui représente une faible participation. La répartition des sexes est homogène : 48% sont des femmes, 52% sont des hommes ; l'âge moyen est de 47 ans. Ces données sont cohérentes avec les données nationales (28) et les études similaires (22).

L'étude présentée prend en compte le cas de patients suivis en secteur public et non en libéral. Cette modalité de prise en charge amène à penser que notre population présente un statut économique relativement précaire.

4.1.2 La méthode

L'étude proposée ici a pour but de recueillir la vision des patients psychotiques non-hospitalisés à propos de leur santé bucco-dentaire. Contrairement aux autres études sur le sujet (8,19,24,26,29), il n'y avait donc pas d'évaluation objective de la santé orale mais seulement un témoignage des sujets concernés. Cette étude est réalisée sur un seul secteur de psychiatrie mais propose une population à la fois urbaine (Rezé) et rurale (SPGL).

La notion d'auto-évaluation est fortement discutable puisque le questionnaire pouvait être réalisé en présence d'un investigateur. Celui-ci ayant pour rôle d'accompagner les patients pour compléter le questionnaire (lecture, compréhension). Cela a deux conséquences :

- Sur le recrutement : nécessité d'un investigateur disponible pour proposer à tous les mêmes conditions de réalisation du questionnaire et donc majoration du risque d'avoir des « perdus de vue » quand l'investigateur n'est pas disponible,
- Sur le recueil des informations : la présence d'un investigateur engendre un biais d'information.

D'autre part, dans l'élaboration du questionnaire, certains éléments n'ont pas été pris en compte, parmi lesquels les habitudes alimentaires. La thèse de Faouzi Boussaïd (20) offre un protocole d'exploration plus globale de la santé bucco-dentaire des patients schizophrènes incorporant notamment des questionnaires sur les habitudes alimentaires, les phobies et la stigmatisation. Cependant, un aspect important de notre étude était de pouvoir proposer un questionnaire rapide à renseigner.

Enfin, l'étude n'a pas permis d'établir de lien entre les différentes particularités de la population (âge, sexe, consommations...) et le ressenti de leur santé bucco-dentaire. Sur un seul secteur de psychiatrie, notre échantillon de population est peu élevé : limites quantitatives de diagnostics à inclure et difficulté de disponibilité des investigateurs. La faiblesse de l'échantillonnage explique donc les résultats évoqués ci-dessus.

4.2 Résultats principaux

4.2.1 Une population à risques multiples

D'après l'OMS (30), les 4 principales maladies non transmissibles (maladies cardio-vasculaires, diabète, pneumopathies obstructives chroniques et cancer) ont des facteurs de risques communs aux pathologies bucco-dentaires. Ces facteurs de risques peuvent être de nature socio-culturelle, environnementale ou comportementale.

4.2.1.1 Comorbidités

Notre étude a pris en compte les différentes fragilités de notre population associées à la santé orale. Ainsi, dans l'étude proposée ici, les pathologies telles que l'HTA, la dyslipidémie, le diabète et la BPCO concernent 5 à 10 % des patients. Ces résultats sont cohérents avec les données 2015 de l'assurance maladie (28) et sont deux fois plus élevés que pour la population générale française (2).

Les pathologies citées sont fortement impactées par des facteurs de risques tels que : le tabagisme, la consommation d'alcool et d'aliments trop caloriques. Ces derniers sont également pourvoyeurs de problèmes dentaires.

4.2.1.2 Facteurs de risques comportementaux

Caricaturalement, le patient psychotique est fréquemment associé aux facteurs de risques comportementaux suivants : sédentarité, négligence des soins, déséquilibre alimentaire, consommation de toxiques.

Le relevé des consommations et comportements de notre étude retrouve plus de la moitié de patients fumeurs (56%) soit deux fois plus que la population générale française (27%) (31). Un quart des patients rapportent une consommation d'alcool contre 13% dans la population française (32). Cependant, ici, l'évaluation de la consommation d'alcool n'a pas été réalisée de manière précise, les résultats ne peuvent donc être interprétés.

Les facteurs de risques comportementaux sont modifiables, notamment par des mesures de prévention parfois difficiles à appliquer en psychiatrie.

4.2.1.3 Facteurs de risques socio-culturels et environnementaux

La précarité constitue un facteur de risque de la santé bucco-dentaire (14,16). Le statut socio-culturel n'a pas été recherché dans notre étude. Comme décrit dans les résultats ci-dessous,

il existe des similitudes entre la population de notre étude et une population en situation de précarité.

Le rôle des traitements psychotropes n'est pas abordé ici, or, ceux-ci sont responsables d'effets indésirables sur la sphère oro-faciale : hyposialie, caries, gingivites, candidoses, ulcérations et dyskinésies entre autres.

4.2.2 *Bilan des patients psychotiques à propos de leur santé bucco-dentaire*

4.2.2.1 *Habitudes d'hygiène et édentement*

Patient 9 : « Cela faisait 3 ans que je ne m'étais pas brossée les dents. Je me suis trompée de brosse et j'ai eu une rage alors j'ai acheté une brosse avec des poils mous. Je ne l'ai pas encore essayée. » [annexe 8]

Les actes d'hygiène sont faits quotidiennement pour une très large part des personnes interrogées. Cependant, trois quarts des patients rapportent un édentement alors que près de la moitié d'entre eux ont moins de 50 ans. Au regard du sexe il y a une plus grande proportion d'hommes que de femmes édentées. Un peu moins de la moitié des personnes qui déclarent avoir des dents en moins est équipée d'appareils dentaires.

La discordance entre l'état dentaire réel et les actes d'hygiène n'a pas été retranscrite du fait de l'absence d'évaluation dentaire sur des critères objectifs tels que le l'indice OHI-S (évaluation de l'hygiène dentaire), le CPITN (évaluation de l'état parodontal et la nécessité de traitement) et le CAOD (évaluation de l'atteinte carieuse). On considère qu'un minimum de 20 dents est nécessaire pour garantir le bon fonctionnement de la bouche. Ne disposant pas de cette information, nous obtenons un « handicap ressenti » plus qu'un « handicap réel ».

Nos résultats retrouvent donc, sans surprise, un état bucco-dentaire déclaré moins bon que celui de la population générale française et relativement similaire à celui de la population en situation de précarité telle que décrite dans l'étude Precalog (14). Cette dernière fait apparaître un taux d'édentement (dents manquantes non remplacées) supérieur à deux fois celui de la population générale.

Dans l'étude de Bertaud-Gounot et al.(8), la situation dentaire des patients hospitalisés en psychiatrie à Rennes est sensiblement similaire à celle d'une population en situation de précarité ; seule exception, le nombre de dents manquantes (missing teeth ou MT), moins élevé chez les patients hospitalisés en psychiatrie que dans la population en situation de précarité.

Les résultats de notre étude concernant le nombre de MT sont assez comparables à ceux de Bertaud-Gounot et al. (respectivement 43% et 46,2%). Nos résultats doivent toutefois être pondérés du fait de la subjectivité des données déclaratives sur la santé orale. Par ailleurs, la diversité des pathologies psychiatriques de l'étude rennaise ne permet pas une comparaison idéale avec notre étude.

Persson et al. (27) ont montré une association entre altération de la santé bucco-dentaire (dont les dents manquantes), le diagnostic psychiatrique, l'âge, les habitudes d'hygiène et la consommation de neuroleptiques. Ainsi, un patient schizophrène est exposé à un risque d'édentement plus important que les autres troubles psychiatriques.

Notons que dans l'étude de Bertaud-Gounot et al., la santé dentaire des patients hospitalisés en psychiatrie en France semble meilleure que celle observée dans les autres pays (8). L'accès sur place à un service d'odontologie et l'absence d'avance de frais des soins sont des éléments expliquant en grande partie ce résultat. Le bilan bucco-dentaire reste, malgré tout, moins bon que celui de la population générale française.

Nos résultats retrouvent 83% de réalisation d'actes d'hygiène quotidiens. On attendrait donc une meilleure situation dentaire pour notre population. Plusieurs possibilités : soit la réponse est surévaluée du fait des modalités de recueil d'information, soit les facteurs de risques tels que la consommation de toxiques, les maladies chroniques (comorbidités), les effets indésirables des traitements psychotropes ou encore l'alimentation sont responsables de ce résultat. Enfin notre question ne fait référence qu'à « au moins un brossage des dents quotidien » quand les recommandations de santé dentaire sont de deux brossages par jour (33).

Par ailleurs, d'autres facteurs de risques n'ont pas été évalués : Thomas et al. (19) et Arnaiz et al. (9) associent l'intensité des symptômes négatifs, la sévérité de la maladie et l'hospitalisation comme facteurs de risques pour la santé dentaire (nombre de caries et dents manquantes).

La perception de la qualité de vie est fortement corrélée à la notion de dent manquante.(26)

Patient 28 : Très contente à propos d'un changement de dentier pour des implants fixes « avant j'avais du mal à sourire ». [annexe 8]

4.2.2.2 Qualité de vie orale

Le GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) développé en 1990 par Atchison & Dolan (34)[annexe 5], est un indicateur de qualité de vie orale. Il a été validé en français au sein d'une population en situation de précarité par Tubert-Jeannin et al. en 2003 (35) et chez les personnes atteintes de schizophrénie par Denis et al. en 2014 (22). Il évalue le ressenti fonctionnel et symptomatique de la bouche, ainsi que le retentissement psycho-social. Le score calculé add-GOHAI est compris entre 12 et 60.

Dans l'étude, le score moyen est de 50,1 (score minimal 30 et maximal 60). Ce score est plus élevé que celui de l'étude menée par Denis et al. en 2014 (add-GOHAI moyen = 45,5) (22) ou encore par Tubert-Jeannin et al. (add-GOHAI moyen = 46,4)(35). Dans notre étude, les conditions de recueil des informations peuvent expliquer ces résultats d'une part. D'autre part, il s'agit d'une population psychotique exclusivement ambulatoire contre une population mixte exclusivement schizophrène dans l'étude de Denis et al.

Selon Tubert-Jeannin et al., il existe une corrélation entre un score élevé du GOHAI, une satisfaction de l'état de santé bucco-dentaire et un bon état clinique dentaire (CAOD) (29). Certains considèrent qu'un score inférieur ou égal à 50 est corrélé à une mauvaise qualité de vie orale, entre 51 et 55 celle-ci serait moyenne et au-delà de 56, elle correspondrait à une bonne qualité de vie orale. Cependant dans sa revue de littérature, Anne-Laure Sosthe (36) remet en question la pertinence du score global du GOHAI au profit d'une analyse par catégorie.

Ainsi, dans notre étude, le retentissement fonctionnel est important : un quart des patients déclare modifier leur alimentation ou être gênés pour parler, 40% ressentent des répercussions sur la mastication mais finalement peu rapportent un inconfort à la déglutition (question souvent mal comprise (35)).

L'état bucco-dentaire par son aspect psycho-social est un facteur d'isolement pour notre population : plus d'une personne sur dix limite ses rapports aux autres ou ne se sent pas à l'aise pour partager un repas. Un quart dit être mal à l'aise du fait de problèmes dentaires et ces derniers sont une source d'inquiétudes pour plus de 40% de notre population.

La bouche est pourvoyeuse de symptômes pour 25 à 30% des personnes interrogées.

Contrairement aux études françaises similaires (22,29), aucune caractéristique (sexe, âge, lieu de résidence, consommation de toxiques, comorbidités, habitudes d'hygiène...) de notre population n'a été corrélée de manière significative au score add-GOHAI. Denis et al.(22) retrouvent un meilleur score add-GOHAI chez les jeunes schizophrènes et chez ceux qui brossent leurs dents quotidiennement, de même pour Tubert-Jeannin (29). Les résultats des deux études sont discordants à propos de l'impact du tabagisme sur la qualité de vie orale.

4.2.2.3 Suivi dentaire

A peine la moitié des personnes interrogées a vu un dentiste au cours de l'année. La consultation dentaire se fait majoritairement en cabinet de ville rarement en milieu hospitalier ou centre de soins. Ces résultats sont inférieurs à ceux de la population française parmi laquelle plus de 50% à 60% des français, selon les données (37)(14) assurent avoir consulté un dentiste au cours de l'année. A nouveau, nos résultats sont sensiblement équivalents à ceux des populations en situation de précarité. (29) (14)

Le cadre principal de la dernière consultation concerne un suivi mais on constate des confusions sur le terme : certains patients classent les motifs « douleur » ou « traumatisme dentaire » dans le cadre d'une consultation de suivi, plutôt que d'urgence.

Le contrôle dentaire et le détartrage représentent les motifs principaux de la consultation de suivi dentaire, semblable à la population française en 2014 (38).

La douleur est le principal motif d'urgence. Les motifs « abcès » voire « extraction dentaire » peuvent être associés à « douleur », ils représentent les complications graves de l'évolution d'une pathologie parodontale ou carieuse, dont l'expression initiale est la douleur. La perception de la douleur est modifiée chez les patients psychotiques : soit atténuée du fait

des traitements psychotropes, soit mal exprimée ou ressentie du fait de la maladie. On imagine donc une situation potentiellement avancée lors d'une consultation sous le motif « douleur » chez un patient psychotique et donc une sanction finale non conservatrice.(25)

4.2.3 Moteurs et freins à la consultation dentaire

Tout comme la population générale française (37), les patients psychotiques de notre étude mettent en avant les compétences tant techniques que relationnelles du chirurgien-dentiste.

Patient 16 : « Ma dentiste me demande toujours les médicaments que je prends, si la dose a changé. Elle ne fait pas de remarque. J'apprécie sa discrétion et sa gentillesse. » [annexe 8]

La prise en charge de la douleur est également une qualité essentielle pour favoriser le suivi dentaire. La proximité géographique ou l'activité au sein d'une structure de soin pluridisciplinaire sont appréciées par les patients de l'étude. Une notion importante apparaît également : celle de praticien traitant (praticien de famille, habituel), citée dans les travaux de Léa Mizrahi (25) et Persson et al. (27) comme pourvoyeur d'une meilleure adhésion au suivi et aux soins.

Les freins à la consultation dentaire sont divers, parmi ceux qui ont été cités, on retrouve des freins intrinsèques au patient et à sa maladie, des freins techniques, économiques et démographiques (accès au praticien), des freins liés à un défaut de coordination des professionnels de santé.

Les freins intrinsèques au patient psychotique vis-à-vis de sa santé recouvrent :

- l'incurie et la « non demande »,

Patient 9 : « Les dents pourries que j'ai, font partie de mon identité. » [annexe 7]

- l'apragmatisme,

Patient 12 : « J'ai laissé trainer. » [annexe 7]

- l'altération cognitive,

- l'anxiété et la phobie dentaire avec potentiellement des idées délirantes de persécution.

Patient 46 : « Il a abimé les dents pour faire croire à des caries. » [annexe 6] ;

Patient 30 : « La démarche est psychologiquement délicate, génère du stress. » ;

Patient 38 : « Je veux être le mieux possible pour aller sur le fauteuil. » [annexe 7]

Les freins techniques, économiques et démographiques :

- moyen technique pour prendre rendez-vous,
- situation financière précaire et coût des soins, tutelle

Patient 15 : « Hâte que la situation financière s'arrange pour mes dents. » [annexe 8]

- démographie des chirurgiens-dentistes et délais de consultation,
- accessibilité géographique et déplacement,
- accessibilité en terme d'horaire.

Concernant le coût des soins, le statut financier et la couverture sociale (CMU) n'ont pas été évalués dans notre questionnaire. En France la maladie psychiatrique de longue durée appartient aux affections de l'ALD 30 (ALD 23 pour l'affection psychiatrique de longue durée (39)). Cela ouvre des droits à un suivi médical et paramédical au titre de la maladie psychiatrique avec une prise charge couvrant 100% des frais. Elle est aussi vraie dans le suivi et les traitements odontologiques d'où la nécessité d'en informer les patients et de les accompagner dans cet accès aux soins.

Les freins liés à un défaut de coordination des professionnels de santé :

- la négligence de la santé générale, dont la santé dentaire, au profit de la santé mentale,
- la stigmatisation : patient non compliant, entraînant un découragement pour la prise en charge globale (25),

Patient 38 : « J'ai dû me battre pour qu'on me soigne. » [annexe 8]

- la faible implication du médecin généraliste dans le suivi dentaire des patients adultes à risque et clivage santé générale/santé dentaire.

Une meilleure implication des professionnels de santé est essentielle pour organiser ce suivi.

4.2.4 Le médecin généraliste et la santé dentaire du patient psychotique

94% des patients de l'étude déclarent avoir un médecin traitant. Dans son étude auprès de patients suivis en CMP, Irene Bohn (40) retrouve 33% de médecins traitants effectifs déclarés soit un médecin généraliste ayant vu au moins une fois le patient au cours de l'année. Nos résultats doivent être nuancés puisque la date de la dernière consultation chez un médecin généraliste n'a pas été recueillie (question 13). Par ailleurs, dans le contexte de prise en charge aux multiples intervenants, la notion de médecin traitant est-elle admise de tous ?

D'après nos résultats, le suivi et les consignes de prévention dentaire sont rarement dispensés par le médecin traitant. Ces données sont déclaratives et nécessitent le point de vue des médecins généralistes. Existe-t-il une négligence de la santé dentaire des patients psychotiques ? Quels freins rencontrent les professionnels de santé dans le suivi dentaire de ces patients ?

4.3 Perspectives

Le sujet de la santé dentaire a été traité ici du point de vue du patient. Le point de vue des chirurgiens-dentistes, des médecins généralistes et du personnel soignant doit être recueilli pour pouvoir proposer un parcours de soins optimisé.

Les équipes médico-sociales des CMP, accompagnent le patient de psychiatrie dans sa maladie au travers d'actes de valorisation et de réappropriation de l'estime de soi. Le soin porté à la santé orale trouve toute sa place dans cette démarche. De bons outils sont nécessaires pour aider les équipes à accompagner leurs patients dans le soin et dans le suivi dentaire.

Il existe à Nantes des supports de coordination de soins tels que HANDISOINS 44(41) ayant pour mission de venir en aide aux patients, aux familles de patients mais également aux médecins et soignants. Le but étant d'apporter des réponses en fonction de la demande et de la situation de handicap, d'orienter vers les spécialistes du réseau (pratiquant les soins sous MEOPA, ayant des prises en charge spécifique de gestion du stress telles que la consultation blanche, etc...).

Le bilan bucco-dentaire de notre population d'étude est semblable à celui d'une population en situation de précarité. Dans ce contexte, la réduction des inégalités sociales de santé dentaire passe par des initiatives telle que la PASS Odonto-Psy(42) qui est un dispositif mis en place en région parisienne pour faciliter l'accès aux soins bucco-dentaires pour les patients souffrant de maladies psychiatriques les plus démunis.

Si la démarche d'accès aux soins pour une population à besoins spécifiques peut paraître accessible via le secteur hospitalier à Nantes, l'accès pour les populations plus rurales pourrait

être plus compliqué. Des exemples de soins ambulatoires gérés au travers de réseaux associatifs tels que HANDIDENT(43) ou des bus de soins dentaires peuvent répondre à ce besoin.

Au niveau national, il existe des initiatives telles que AMEBUS qui est une association ayant pour but de « fédérer les professionnels de santé mais aussi les usagers sur la question des besoins en soins bucco-dentaires des patients souffrant d'un handicap psychique, et plus largement, des patients à besoins spécifiques »(44). Ils proposent des programmes de formation à destination des différents acteurs de soins, développent des programmes d'éducation à la santé dentaire, coordonnent des prises en charge complexes, ...

Pour replacer le patient au cœur de sa prise en charge, des projets d'éducation thérapeutique (ETP) pour un public de psychiatrie ont été proposés : dans sa thèse, Clémence Magnan (45) propose un protocole d'ETP en santé orale adapté aux patients schizophrènes et organisé en 6 séances.

Enfin, recueillis par questionnaires, nos résultats ont une valeur subjective. Ils sont pourtant relativement similaires aux études incluant une évaluation objective de la cavité buccale. La mise en place d'un questionnaire bref pour évaluer la santé dentaire des patients pourrait donc être un élément du suivi somatique. Il permettrait de renseigner et amener vers une prise en charge adaptée : facteurs de risques, consommations, suivi dentaire, appareillage... Cela présuppose un réseau de soin organisé pour assurer la prise en charge en fonction des besoins dentaires de chacun.

5 Conclusion

Les patients psychotiques chroniques représentent une population vulnérable tant sur l'aspect médical que sur l'aspect social. Au travers de la santé bucco-dentaire cette vulnérabilité à deux composantes s'illustre parfaitement.

L'évaluation de la santé dentaire des patients psychotiques suivis en ambulatoire sur le secteur du G07 en Loire-Atlantique fait ressortir des éléments contrastés. La situation dentaire est globalement celle d'une population en situation de précarité avec une forte proportion de patients présentant un édentement sans appareillage substitutif. Les conséquences de cette situation s'expriment sur l'alimentation, le confort et les relations sociales. Cependant l'évaluation de la qualité de vie orale à l'aide du score GOHAI fait ressortir une situation moins préoccupante. La compliance aux actes d'hygiène est bonne et même si un peu moins de la moitié de personnes interrogées ont eu une consultation dentaire dans l'année, le motif principal de la dernière consultation concernait un suivi dentaire ce qui doit être valorisé pour lutter contre l'idée d'un patient négligent. Les freins à la consultation sont également assez caractéristiques d'une population en situation de précarité, ainsi le coût des soins et l'accessibilité sont des éléments déterminants. Les freins liés à la maladie en elle-même – les difficultés d'initiation et de programmation d'une démarche de soins, la négligence, l'anxiété et la phobie dentaire- sont, peut-être, majorés par l'absence de coordination via les acteurs de santé, validant eux-mêmes cette négligence.

La promotion de la santé dentaire au sein d'une population de patients psychotiques doit passer avant tout par une démarche de prévention et de gestion des risques pour cette population dont les comportements et consommations peuvent avoir tendance à contribuer à la dégradation de l'état de santé dentaire et donc de la santé dans sa globalité.

S'inspirer des modèles de parcours de soins existants ou établir des programmes d'éducation thérapeutique permettraient une meilleure prise charge bucco-dentaire des patients psychotiques chroniques suivis en ambulatoire. L'évaluation des pratiques, freins et besoins des soignants est indispensable dans cette optique.

6 Bibliographie

1. DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition. Elsevier Masson. 2015.
2. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'état de santé de la population en France. RAPPORT 2017 [Internet]. 2017 [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
3. Drake R, Whitaker A, Gates C, Cotton P. Suicide among schizophrenics : a review. *Comprehensive Psychiatry*. 1 janv 1985;26(1):90-100.
4. Robson D, Gray R. Serious mental illness and physical health problems : a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*. 1 mars 2007;44(3):457-66.
5. Mortensen PB, Juel K. Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*. août 1993;163:183-9.
6. Ösby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sparén P. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm County, Sweden. *Schizophrenia Research*. 29 sept 2000;45(1):21-8.
7. Dixon L, Postrado L, Delahanty J, Fischer PJ, Lehman A. The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health. *J Nerv Ment Dis*. août 1999;187(8):496-502.
8. Bertaud-Gounot V, Kovess-Masfety V, Perrus C, Trohel G, Richard F. Oral health status and treatment needs among psychiatric inpatients in Rennes, France: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 21 sept 2013;13:227.
9. Arnaiz A, Zumárraga M, Díez-Altuna I, Uriarte JJ, Moro J, Pérez-Ansorena MA. Oral health and the symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Res*. 30 juin 2011;188(1):24-8.
10. Cormac I, Jenkins P. Understanding the importance of oral health in psychiatric patients. *Advances in Psychiatric Treatment*. janv 1999;5(1):53-60.
11. Ramon T, Grinshpoon A, Zusman SP, Weizman A. Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Israel. *Eur Psychiatry*. mai 2003;18(3):101-5.
12. Stiefel DJ, Truelove EL, Menard TW, Anderson VK, Doyle PE, Mandel LS. A comparison of the oral health of persons with and without chronic mental illness in community settings. *Special Care in Dentistry*. 1 janv 1990;10(1):6-12.
13. OMS. Santé bucco-dentaire [Internet]. WHO. [cité 17 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>
14. Beynet A, Menahem G. Problèmes dentaires et précarité. Paris: CREDES; 2002 févr. Report No.: 509.

15. Collet M, Menahem G, Picard H. Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits. 2006;8.
16. Borgès Da Silva G, Minguet-Fabbri J, Orgebin JY, Herter G, Chanut C, Mabriez J-C. Inégalités sociales de santé dentaire : la mesure du risque et des besoins sanitaires. Santé Publique. 2003;15(3):347.
17. Haute Autorité de Santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire. Synthèse et recommandations. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf. 2010.
18. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. The British Journal of Psychiatry. sept 2000;177(3):212-7.
19. Thomas A, Lavrentzou E, Karouzos C, Kontis C. Factors which influence the oral condition of chronic schizophrenia patients. Spec Care Dentist. avr 1996;16(2):84-6.
20. Boussaïd F. La santé bucco-dentaire chez les patients schizophrènes : rédaction d'un protocole de recherche clinique [Thèse d'état]. [Nice, France]: Université de Nice Sophia Antipolis, UFR chirurgie dentaire; 2014.
21. TNS Opinion & Social. La santé dentaire. Direction générale de la Santé et des consommateurs; 2010 févr p. 110. (Eurobaromètre spécial 330).
22. Denis F, Hamad M, Trojak B, Tubert-Jeannin S, Rat C, Pelletier J-F, et al. Psychometric characteristics of the "General Oral Health Assessment Index (GOHAI) " in a French representative sample of patients with schizophrenia. BMC Oral Health. 11 avr 2017;17(1):75.
23. Velasco-Ortega E, Monsalve-Guil L, Ortiz-Garcia I, Jimenez-Guerra A, Lopez-Lopez J, Segura-Egea JJ. Dental caries status of patients with schizophrenia in Seville, Spain: a case-control study. BMC Res Notes [Internet]. 18 janv 2017 [cité 19 avr 2017];10. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5241932/>
24. McCreddie RG, Stevens H, Henderson J, Hall D, McCaul R, Filik R, et al. The dental health of people with schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1 oct 2004;110(4):306-10.
25. Mizrahi, Léa. Etat bucco-dentaire et accès aux soins chez les patients souffrant de schizophrénie [Internet] [Thèse d'état]. Nice, UFR Odontologie; 2014 [cité 19 avr 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01016790/document>
26. 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. févr 2010;19(1):62-70.
27. Persson K, Axtelius B, Söderfeldt B, Ostman M. Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population. J Psychiatr Ment Health Nurs. avr 2009;16(3):263-71.

28. CNAMTS, DEPP, DEOS. Personnes prises en charge pour troubles psychotiques en 2015. Assurance maladie; 2017 mai p. 2.
29. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Roland M. Dental status and oral health quality of life in economically disadvantaged French adults. *Spec Care Dentist*. oct 2004;24(5):264-9.
30. Petersen PE. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003. Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXI^e siècle – l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire. OMS; 2003 p. 48.
31. Pasquereau A. La consommation de tabac en France : premiers résultats du baromètre Santé 2017. *BEH*. 29 mai 2018;(14-15):265-73.
32. Consommation d'alcool en France - alcoolinfoservice [Internet]. Alcool Info Service. [cité 3 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/consommation-alcool-france/alcool-francais>
33. Recommandations Hygiène Bucco-Dentaire [Internet]. UFSBD. [cité 17 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/votre-sante-bucco-dentaire/recommandations-hygiene-bucco-dentaire/>
34. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*. nov 1990;54(11):680-7.
35. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAL) in France. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. août 2003;31(4):275-84.
36. Sosthe A-L. Facteurs influençant la santé orale auto perçue des personnes âgées [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté d'Odontologie; 2015.
37. IFOP. Les Français, leur dentiste et l'accès aux soins bucco-dentaires. 2013 oct 8.
38. Ménard Colette, Grizeau-Clemens Danielle, Wemaere Jacques. Santé bucco-dentaire des adultes. *Evolutions*. mars 2016;(35).
39. Haute Autorité de Santé (HAS). Actes et prestations. Affections de longue durée. ALD N° 23. Schizophrénies. Les parcours de soins; 2017.
40. Bohn I, Aubert J-P, Guegan M, Guillard M, Greacen T, Lejoyeux M, et al. Patients psychiatriques ambulatoires Quelle coordination des soins ? La revue du praticien, médecine générale. 9 mai 2007;21(770/771):511-4.
41. Dubois E. Dispositif Handisoins 44 - un parcours de soins territorial et coordonné [Internet]. CHU de Nantes. [cité 1 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/dispositif-handisoins-44-un-parcours-de-soins-territorial-et-coordonne-70612.kjsp?RH=RDV>
42. Centre Hospitalier Sainte Anne. PASS Odonto-psy [Internet]. [cité 19 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.ch-sainte-anne.fr/Actualites/PASS-ODONTO-PSY>

43. Handident Hauts-de-France [Internet]. Handident Hauts-de-France. [cité 1 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.handident.com>
44. Amebus Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale [Internet]. [cité 19 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.anp3sm.com/amebus.html>
45. Magnan Clémence. L'éducation thérapeutique du patient schizophrène en santé orale. [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Claude Bernard, UFR Odontologie; 2013.

7 Annexes

Annexe 1 : Avis du comité d'éthique du CH Georges Daumezon



ATTESTATION

Nous soussignés,
Monsieur le Docteur Pierre LAFAY, Président de la CME,
et Monsieur le Docteur BURGOS, Médecin DIM,
donnons notre accord pour autoriser l'accès aux dossiers médicaux à :

Madame DIARRA Maïlys

Dans le cadre de sa thèse « *Le patient psychotique chronique et sa santé bucco-dentaire, étude d'une population suivie en ambulatoire sur un secteur de psychiatrie adulte en Loire-Atlantique* ».

Fait à Bouguenais,
Le 20 février 2018

Dr. Pierre LAFAY
Président de la CME

Dr. Vincent BURGOS
Médecin DIM

Centre Hospitalier Georges Daumézou
55 rue Georges Clémenceau – BP 34216 – 44342 BOUGUENAI CEDEX

Commission Médicale d'Établissement
☎ 02.51.82.31.81 ☎ 02.51.82.93.69
✉ pierre.lafay@ch-gdaumezon.fr

Thèse de médecine générale sur la santé bucco-dentaire : Présentation du questionnaire

Madame, Monsieur,

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale et je réalise un travail de thèse sur la santé dentaire des patients qui sont suivis dans les CMP et HDJ du Bas-Landreau à Rezé et du Champ-Libre à Saint-Philbert-De-Grand-Lieu.

Avec votre accord, je vous propose de prendre quelques minutes pour répondre au questionnaire. Celui-ci sera anonymisé pour l'étude. Pour y répondre, l'équipe soignante et moi-même nous tenons à votre disposition.

Merci d'avance.

Mailys Diarra.

Interne en médecine générale.

mailys.diarra@etu.univ-nantes.fr

Thèse de médecine générale sur la santé bucco-dentaire : Présentation du questionnaire

Madame, Monsieur,

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale et je réalise un travail de thèse sur la santé dentaire des patients qui sont suivis dans les CMP et HDJ du Bas-Landreau à Rezé et du Champ-Libre à Saint-Philbert-De-Grand-Lieu. Avec votre accord, je propose aux patients qui le souhaitent de prendre quelques minutes pour répondre au questionnaire lors de leur passage au CMP sur la période d'avril, mai et juin. Celui-ci sera anonymisé pour l'étude.

Merci d'avance.
Cordialement.

Mailys Diarra.
Interne en médecine générale.
mailys.diarra@etu.univ-nantes.fr

8- De quand date votre dernier examen chez le dentiste ?

Dans l'année / Plus d'un an / Ne se rappelle pas / N'y est jamais allé / Ne se prononce pas

9- Pour quelle raison aviez-vous consulté le dentiste ?

- C'était un suivi. De quel type ?.....
- C'était une urgence. De quel type ?.....

10- Où consultez-vous ?

- Cabinet de ville
- Centre de soins - Hopital

11- Retourneriez-vous chez ce dentiste / centre de soins pour un suivi ?

OUI/NON /Pourquoi ? Qu'est-ce qui vous a plu ou déplu ?

.....
.....
.....

12- Si vous n'allez jamais chez le dentiste, ou rarement, est-ce parce que (plusieurs réponses possibles) :

- Vous n'avez pas de problème de dents donc pas besoin de voir un dentiste
- Personne ne se soucie de vos dents donc vous ne vous en souciez pas non plus
- C'est trop cher
- Vous n'osez pas prendre rendez-vous car on a déjà refusé de vous recevoir :
 - à cause de votre maladie psychique
 - à cause de vos moyens financiers (tiers-payant, CMU)
- Vous avez peur des dentistes. Pourquoi ?.....
.....
- C'est trop loin de chez vous
- Vous ne savez pas où prendre rendez-vous
- Vous ne savez pas comment faire pour prendre un rendez-vous
- Il y a trop de délais pour avoir un rendez-vous
- Vous n'aimez pas utiliser le téléphone
- Vous n'avez pas le temps de vous occuper de cela
- Autres.
Détailler.....
.....
.....

13- Avez - vous un médecin traitant ? OUI/NON

Si oui,

- Examine-t-il vos dents ? OUI/NON
- Vous- a -t-il déjà conseiller un suivi dentaire régulier ? OUI/NON

14- Commentaires

.....
.....
.....

MERCI A VOUS !

Annexe 5 : GOHAI et cotation add-GOHAI

Le Geriatric Oral Health Assessment Index GOHAI, est un indicateur de qualité de vie orale développé par Atchinson et Dolan en 1990. Initialement validé et utilisé en Amérique du Nord, il a été récemment validé en France par Tubert-Jeannin et al.

Il est constitué de 12 items relatifs à la limitation fonctionnelle (mastication, déglutition, langage), à la douleur et à l'inconfort (médicaments, douleur à la mastication, gêne à la déglutition), aux conséquences psychosociales et comportementales ressentis au cours des trois derniers mois. Pour chaque item, 5 types de réponses sont possibles : « Jamais », « Rarement », « Parfois », « Souvent » et « Toujours ». La cotation va de 5 à 1 sauf pour les items 3, 5 et 7 où la cotation est inversée. Un score moyen add-GOHAI est calculé, allant de 12 à 60. Plus le score add-GOHAI est élevé, plus la santé orale serait satisfaisante.

Les scores add-GOHAI sont classés selon trois catégories :

- Score ≤ 50 : indice bas traduisant une mauvaise qualité de vie orale,
- $51 < \text{score} < 56$: indice modéré,
- $57 < \text{score} < 60$: indice élevé traduisant une bonne qualité de vie orale.

Au cours des 3 derniers mois :

1- Avez-vous limité la quantité ou le genre d'aliments que vous mangez en raison de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires ?

jamais rarement parfois souvent toujours

2- Avez-vous eu des difficultés pour mordre ou mastiquer certains aliments durs tels que de la viande ou une pomme ?

jamais rarement parfois souvent toujours

3- Avez-vous pu avaler convenablement ?

jamais rarement parfois souvent toujours

4- Vos dents ou vos appareils dentaires vous ont-ils empêché(e) de parler comme vous le vouliez ?

jamais rarement parfois souvent toujours

5- Avez-vous pu manger de tout (sans ressentir une sensation d'inconfort) ?

jamais rarement parfois souvent toujours

6- Avez-vous limité vos contacts avec les gens à cause de vos dents ou de vos appareils dentaires ?

jamais rarement parfois souvent toujours

7- Etes-vous satisfait(e) ou content(e) de l'aspect de vos dents, de vos gencives ou de vos appareils dentaires ?

jamais rarement parfois souvent toujours

8- Avez-vous pris un (des) médicament(s) pour soulager la douleur ou une sensation d'inconfort dans votre bouche ?

jamais rarement parfois souvent toujours

9- Vos problèmes de dents, de gencives ou d'appareils dentaires vous ont-ils inquiété(e) ou préoccupé(e) ?

jamais rarement parfois souvent toujours

10- Vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou mal à l'aise à cause de problèmes avec vos dents, vos gencives ou vos appareils dentaires ?

jamais rarement parfois souvent toujours

11- Avez-vous éprouvé de l'embarras pour manger devant les autres à cause de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires ?

jamais rarement parfois souvent toujours

12- Vos dents ou vos gencives ont-elles été sensibles au froid, au chaud ou aux aliments sucrés ?

jamais rarement parfois souvent toujours

Annexe 6 : Commentaires sur ce qui a déplu lors de la dernière consultation dentaire

Patient 46 : « Il a abimé les dents pour faire croire à des caries »

Annexe 7 : « Autres » de la question sur les freins à la consultation dentaire

Patient 9 : « Les dents pourries que j'ai, font parties de mon identité. »

Patient 12 : « J'ai laissé trainer. » (en lien avec la dépression)

Patient 30 : « La démarche est psychologiquement délicate, génère du stress. »

Patient 35 : « Je mets du temps à prendre un rdv car je pense que ça peut attendre. »

Patient 38 : « Je veux être le mieux possible pour aller sur le fauteuil. »

Patient 45 : A peur d'aller chez le dentiste car a raté un rdv, a peur qu'il ne le reprenne pas.

Patient 53 : A besoin d'accompagnement.

Annexe 8 : Commentaires de la question 14

Patient 1 : « C'est jamais très agréable d'aller chez le dentiste, j'y vais par obligation. Je réfléchis à deux fois avant de prendre un rdv. »

Patient 9 : « Cela faisait 3 ans que je ne m'étais pas brosser les dents. Je me suis trompée de brosse et j'ai eu une rage alors j'ai acheté une brosse avec des poils mous. Je ne l'ai pas encore essayée. »

Patient 14 : Gêne pour siffler.

Patient 15 : « Hâte que la situation financière s'arrange pour mes dents. »

Patient 16 : « Ma dentiste me demande toujours les médicaments que je prends, si la dose a changé. Elle ne fait pas de remarque. J'apprécie sa discrétion et sa gentillesse. »

Patient 25 : « J'ai voulu consulter au CHU dentaire pour un détartrage mais il y avait beaucoup de monde. J'ai laissé mes coordonnées mais j'ai pas eu d'appel en retour. »

« Je voudrai des implants. »

Patient 26 : A propos du coût des soins « Je ne vois pas la facture avec la carte vitale et la facture est adressée à la tutelle. »

Patient 27 : « Effets indésirables des médicaments sur la coloration des dents. »

Patient 28 : Très contente à propos d'un changement de dentier pour des implants fixes
« Avant, j'avais du mal à sourire. »

Patient 30 : « Je suis étonné qu'on s'intéresse aux dents. »

Patient 32 : « J'avais un appareil dentaire au collège... Rien de spécial. »

Patient 36 : « Moins je vais chez le dentiste, moins je suis nonchalante. »

Patient 38 : « J'ai dû me battre pour qu'on me soigne. »

Patient 45 : Envisage de prendre rdv chez son dentiste car une couronne est tombée il y a un mois.

Patient 46 : « Les traitements psy sont lourds et on se laisse souvent aller. »

Patient 48 : Dit avoir 2 détartrages remboursés, tous les 6 mois donc consulte régulièrement. A changé de dentiste car a changé de domicile. A pris rdv pour se présenter au nouveau dentiste.

Patient 51 : « Une semaine pour avoir un rdv urgent pour douleur dentaire. »

Patient 53 : « Peur de l'opération, anesthésie, peur de rester une nuit. Pas assez bien dans ma tête pour aller chez le dentiste. »

Patient 54 : « Aimerais avoir des implants. »

Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Vu, le Directeur de Thèse,
Madame le Docteur Marie-Hélène KIRSNER-BESSE

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : DIARRA

PRENOM : Maïlys

Titre de Thèse : Le patient psychotique chronique et sa santé bucco-dentaire. Etude d'une population suivie en ambulatoire sur un secteur de psychiatrie adulte en Loire-Atlantique.

RESUME

- **Introduction** : Les patients psychotiques constituent une population à risque sur le plan de la santé générale. La santé bucco-dentaire est un déterminant essentiel de la santé globale. L'étude présentée ici a pour but de décrire la santé bucco-dentaire telle qu'elle est vécue par les patients psychotiques suivis en ambulatoire. L'évaluation de moteurs et freins potentiels constitue un objectif secondaire.

- **Matériels et Méthodes** : Etude épidémiologique, transversale, isolée, prospective et réalisée sur la base d'auto-questionnaires proposés aux patients psychotiques des CMP du G07 d'avril à juin 2018.

- **Résultats** : 54 questionnaires ont été renseignés : 26 femmes et 28 hommes. L'âge moyen était de 47 ans. Il y avait 56% de fumeurs, 26% consommaient de l'alcool. Les principales comorbidités HTA, diabète, dyslipidémie, BPCO étaient comprises entre 5 et 10%. 43% des personnes interrogées déclaraient avoir des dents manquantes non remplacées. 83% de la population réalisait des actes d'hygiène quotidiens. L'évaluation du score de qualité de vie orale add-GOHAJ était de 50,1 soit une qualité de vie orale moyennement satisfaisante. L'analyse par catégorie du score GOHAJ relevait un retentissement important de la sphère buccale sur la qualité de vie des patients psychotiques, tant dans ses aspects fonctionnels que psycho-sociaux et symptomatiques. Cependant aucune caractéristique de la population ne permettait d'établir un lien significatif avec un meilleur score de qualité de vie orale. Une consultation dentaire avait été réalisée dans l'année pour 46% des patients dont 52% pour un suivi et 46% pour une urgence. Ils consultaient majoritairement les cabinets de ville. Les principaux motifs de consultation étaient, respectivement, détartrage/contrôle dentaire et douleur. Les facteurs favorisant la consultation étaient les compétences techniques et relationnelles, la prise en charge de la douleur. Parmi les facteurs limitants l'accès au suivi dentaire on retrouvait des freins intrinsèques au patient et à sa maladie, des freins économiques et techniques. Enfin il y avait un manque de coordination des soins de la part des professionnels de santé.

- **Conclusion** : Malgré une évaluation subjective de la santé bucco-dentaire, les résultats sont assez comparables aux autres études portant sur le sujet. Le bilan bucco-dentaire est semblable à celui d'une population en situation de précarité. Une attention particulière devrait être portée sur la santé bucco-dentaire de ces patients. Pour cela, il est nécessaire d'avoir un circuit de soins adapté et une formation des professionnels de santé impliqués dans le suivi des patients psychotiques.

MOTS-CLES : trouble psychotique, santé bucco-dentaire, centre médico-psychologique, hygiène bucco-dentaire, qualité de vie, orale.