

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE(MESRS)



REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année universitaire : 2014- 2015

Thèse N °

TITRE:

EVALUATION DE L'ETAT BUCCO-DENTAIRE CHEZ
LES MALADES MENTAUX DANS LE SERVICE DE
PSYCHIATRIE DU C.H.U POINT G: A PROPOS DE 130
CAS

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 19/03/2015 devant le
jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par :

M. Dougouty KAMATE

Pour obtenir le grade de Docteur en Chirurgie Dentaire
(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Pr Tiémoko Daniel COULIBALY
Membre: Dr Boubacar BA
Co-directeur: Pr Souleymane COULIBALY
Directeur: Pr Arouna TOGOLA

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

DEDICACES

Beaucoup de personnes ont concouru de près ou de loin au résultat ainsi atteint, et sans lesquelles nous aurions été incapable d'atteindre notre objectif. Qu'elles trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

Parmi elles, nous dédions ce travail :

A Allah le tout puissant ; clément et miséricordieux ; pour lui exprimer toute notre reconnaissance ;

A nos chers parents Bakary KAMATE et Sali Tare DEMBELE ; jamais dans la vie nous ne saurons leur rendre un hommage à la hauteur de leurs efforts consentis pour notre éducation. Que ce travail soit le témoignage de notre profonde reconnaissance et qu'ils trouvent à travers cette thèse toute notre gratitude pour les bénédictions et les conseils qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer.

Nous osons espérer que leurs efforts et sacrifices consentis, n'ont pas été vains, et que le Tout Puissant leur prête longue vie afin qu'ils puissent goûter au fruit de ce travail. Amen.

REMERCIEMENTS

A nos chers oncles : Pr Niany MOUNKORO et Fatoma KONE Vous avez été notre guide au cours de nos premiers pas dans cette Faculté. Nous ne saurons oublier toute l'assistance que vous n'avez cessé de nous apporter à chaque fois que nous vous sollicitons.

Ce travail est l'aboutissement de tous les soutiens spirituel, moral, matériel et financier dont nous avons bénéficié de vous pendant toute la durée de nos formations médicales. Que Dieu vous bénisse et vous récompense infiniment.

Chers oncles, veuillez trouver ici toute notre considération et sincère reconnaissance.

A nos chers tontons : Karaba KAMATE, Douba KAMATE, Moussa KAMATE , aucun mot, aucune formule pour décrire tout le bonheur que nous ressentons en vous dédiant cette thèse de fin d'études.

Nous avons toujours bénéficié de votre soutien tant matériel, financier que moral depuis le bas âge jusqu'à maintenant. Trouvez ici l'expression de notre reconnaissance éternelle.

A nos sœurs et frères : Fanta, Hawa, Massaran , Tenin , Zamare, Passani, Dessery, Zon, Wamian, recevez à travers ce travail toute notre affection. Que Dieu consolide notre fraternité.

Au Pr. Mamadou Lamine DIOMBANA merci infiniment d'avoir songé à l'ouverture de cette filière d'Odontologie au MALI.

Aux médecins et assistants médicaux du CHUOS :

Vous avez été d'un grand apport dans notre formation. Merci pour la qualité de l'encadrement, les conseils et la franche collaboration.

Nous formulons des vœux pour votre bonheur et la réussite de toutes vos entreprises.

A Dr Oumar WANE et tout le personnels du cabinet 12 du CHUOS de Bamako, DEYOKO Oumouhane BAMANI, Samba COULIBALY, GUINDO Safiatou SISSOKO pour leur disponibilité et leur constante sollicitude ainsi que pour le savoir qu'ils ont bien voulu nous transmettre. Vous avez notre admiration pour vos qualités de responsable doué, simple et rigoureux.

A mes camarades de la promotion professeur Tiémoko Daniel COULIBALY

Chers camarades, ce fut un réel plaisir pour moi de partager avec vous ces années d'études.

A Dr Jean Pierre DEMBELE merci pour les échanges de connaissances dans la pratique

Aux étudiants stagiaires du cabinet 12, Lamine COULIBALY ,Assetou DIARRA, Assetou NIMAGA, Eveline, Seydou TRAORE, Mamadou SIDIBE, merci pour votre collaboration.

A Dr. Housseyni DIAWARA pour votre disponibilité et encouragement tout au long de cette étude. Merci infiniment pour votre qualité d'encadrement.

A tout le personnel du service de stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du CHUOS :

Merci pour les conseils et pour tous les services rendus.

A tout le personnel du service de psychiatrie du CHU Point G : Dr Zoua KAMATE ,Dr Baba Coulibaly ,Dr Pierre R. TRAORE, Dr Mariam

DIAKITE, Dr Abramame TRAORE, Dr Abdoulaye DIAKITE, Dr Moctar KONE, Dr Modibo CAMARA, Dr Sidy M. MAIGA, Dr Talibé KAMISSOKO, Dr Zoumana Diarra , Koumba DIAWARA, Diamahiri SAMAKE, Mariam SACKO, Zantigui KEITA, Fanta DEMBELE, Sidy SAMAKE, Jean-Marie DOUGNON, Mariétou DABO, Oumou NOMOKO, Massama TRAORE, Mamby KEITA, Boubacar SOUSSOUBALY, Adam KONATE, Moussa BOIRE, .

En souvenir des agréables moments passés en Psychiatrie. Merci pour votre accueil et collaboration.

A nos collègues de la Faculté. En souvenir de nos années d'études.

A tous ceux qui n'ont pas retrouvé leurs noms ici et qui ont contribué pleinement ou en partie à la réalisation de ce travail.

Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements.

HOMMAGES
AUX
MEMBRES
DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Tiémoko Daniel COULIBALY

- **Maître de conférences d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale à la F.M.O.S.**
- **Spécialiste d'Odontologie Chirurgicale.**
- **Diplômé de Réhabilitation et Prothèse Maxillo-faciale.**
- **Ancien chef de service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale.**
- **Coordinateur du C.E.S de stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale à la FMOS.**
- **Ancien coordinateur de la filière d'Odonto-Stomatologie à la FMOS.**
- **Ancien chef de service d'Odontologie Chirurgicale du CHU-OS**

Cher Maître,

Votre abord facile, votre franc parler et votre grande expérience ont forcé notre estime et notre admiration.

Votre dévouement pour l'enseignement fait de vous un maître respecté.

C'est un immense honneur que vous nous accordez en acceptant de présider ce jury.

Soyez assuré de notre reconnaissance et notre profonde admiration.

A notre maître et juge : Docteur Boubacar BA

- **Spécialiste en Chirurgie Buccale,**
- **Maître-assistant en Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale**
- **DU en Carcinologie Buccale**
- **Membre du Comité National de Greffe.**
- **Praticien hospitalier au CHU-OS.**
- **Chef de service d'Odontologie Chirurgicale du CHU-OS**

Cher Maître,

C'est une grande joie de vous avoir dans ce jury. Tout au long de notre formation, nous avons pu bénéficier de vos hautes qualités humaines, morales et intellectuelles. Veuillez recevoir ici l'expression de notre admiration.

**A notre maître et codirecteur : Professeur Souleymane COULIBALY,
Psychologue clinicien au CHU du point G,**

Cher Maître,

C'est une grande joie de vous avoir dans ce jury.

Pendant notre séjour au service de psychiatrie, nous avons apprécié votre
abord facile, votre sens d'équipe et la clarté de vos suggestions.

Veillez trouver ici cher Maître, le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre maître et directeur : Professeur Arouna TOGORA

- Spécialiste en psychiatrie.**
- Praticien hospitalier au CHU du point G.**

Cher Maître,

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous faites en dirigeant ce travail.

Vos connaissances académiques sont très appréciables et votre rigueur scientifique ne fait l'objet d'aucun doute.

En outre, votre désir de transmettre aux autres, vos connaissances, font de vous un homme de science particulièrement digne d'intérêt.

Aussi, en témoignant de notre reconnaissance propre vis-à-vis de votre personne, nous vous prions cher Maître, de bien vouloir trouver, en cet instant solennel, l'expression de notre respect distingué.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADC : L'Association Dentaire de Canada

CHUOS : Centre Hospitalier et Universitaire d'Odontostomatologie

CAO : dents Cariée Absente et Obturée

GUN : Gingivite ulcero-nécrotique aigüe

HIV : Virus d'immunodéficience humaine

IEC : Information, éducation, et communication

IMAO : Inhibiteurs sélectifs de la monoamine oxydase

IP : Indice de plaque

IRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

IRSNA : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrenaline.

LSD : Le diéthylamide de l'acide lysergique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P : Prévalence

SNC : Système nerveux central.

SOMMAIRE

	Page
I. INTRODUCTION.....	15
A. Préambule.....	16
B. Intérêt.....	18
C. Généralités.....	19
Chapitre 1: Anatomie et physiologie bucco dentaire	
1. Anatomie et physiologie de la cavité buccale.....	19
2. La dent.....	27
3. Le parodonte.....	29
4. Rappel anatomique des glandes salivaires.....	30
Chapitre 2 : les pathologies bucco-dentaires	
1. Les pathologies dentaires.....	31
2. Les abrasions et les érosions de la denture.....	37
3. Les parodontopathies.....	38
4. Les pathologies de la muqueuse buccale.....	42
Chapitre 3 : généralité sur les maladies psychiatrique	
A. Définition.....	45
B. Rappels psychopathologiques.....	45
Chapitre 4 : les médicaments psychotropes	
1. Définition.....	53
2. Classification des médicaments psychotropes.....	53

II. OBJECTIFS.....	58
III PATIENTS ET METHODE.....	60
IV RESULTATS.....	73
V .DISCUSSION ET COMMENTAIRES.....	108
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATION.....	120
BIBLIOGRAPHIE.....	125
RESUME.....	132
ANNEXES.....	135

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

A. Préambule

La santé bucco-dentaire se définit comme un état de tissus et de structures associés à l'appareil bucco-dentaire d'une personne qui contribue à son bien être physique, mental, et social, et qui améliore sa qualité de vie ,en lui permettant de s'exprimer ,de s'alimenter et de se socialiser sans douleur ,malaise ou gêne (ADC) . Elle 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)...[1]

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[1]. Alors que les besoins dentaires des malades mentaux sont de même type que ceux dans la population générale (Markette et al., 1975) [25] . Il y a des éléments de preuve que les patients souffrant de maladies mentales sont plus vulnérables à la négligence dentaire et la mauvaise santé buccodentaire [19]. Le changement de comportement et de la concentration les empêche de connaître la nécessité pour l'hygiène et les soins bucco-dentaires [1]. La fonction neuromusculaire endommagée peut causer le manque de contrôle des muscles, qui affecte l'articulation temporo-mandibulaire [1]. Une autre raison est que les médicaments qu'ils prennent pour le contrôle des symptômes psychiatriques, modifient la physiologie normale des glandes salivaires et l'épithélium de la muqueuse buccale, une situation qui génère une susceptibilité accrue de plaque, et l'affection des tissus mous et durs de la cavité buccale (la gingivite et la carie dentaire)[1] .

L'état de santé bucco-dentaire des patients souffrant de maladie mentale est parfois considéré comme secondaire par rapport aux autres pathologies dont souffrent ces patients[48]. La mauvaise santé bucco-dentaire est cependant vecteur d'inconfort, de douleurs, de difficultés pour s'alimenter, l'altération de l'esthétique, de dégradation de l'estime de soi et du regard des autres. C'est un facteur de risque de pathologies générales: diabète, pathologies cardio-vasculaires, infections pulmonaires[49].

Les patients hospitalisés pour une maladie psychiatrique présentent à priori un risque élevé de dégradation de leur état de santé bucco-dentaire [19].

Une prise en charge efficace chez les malades mentaux est indispensable, pour éviter des complications infectieuses, nutritionnelles, cardiovasculaires et iatrogènes .

Au Mali aucune étude n'a été réalisée sur ces problèmes d'où l'intérêt de notre étude.

B. INTERET

L'intérêt de cette étude réside dans le fait surtout que :

- l'état bucco-dentaire des malades mentaux est mal connu,
- elle est d'actualité à cause de sa primauté,
- il existe un déficit d'information sur l'hygiène buccodentaire au niveau de cette population,
- des traitements peuvent être envisagés en vue des différentes pathologies, décelées au cours de l'étude, afin d'améliorer la santé des malades mentaux,
- ce travail peut servir d'ébauche à d'autres futures études.

C. Généralités

Chapitre 1: Anatomie et physiologie bucco-dentaire

1. Anatomie et physiologie de la cavité buccale

1.1. Anatomie topographique de la cavité buccale

La cavité buccale forme la première cavité du tube digestif. Elle est subdivisée en deux parties par les arcades alvéolo-dentaires :

-la cavité périphérique répondant au vestibule de la bouche : la cavité buccale proprement dite (Fig 1)

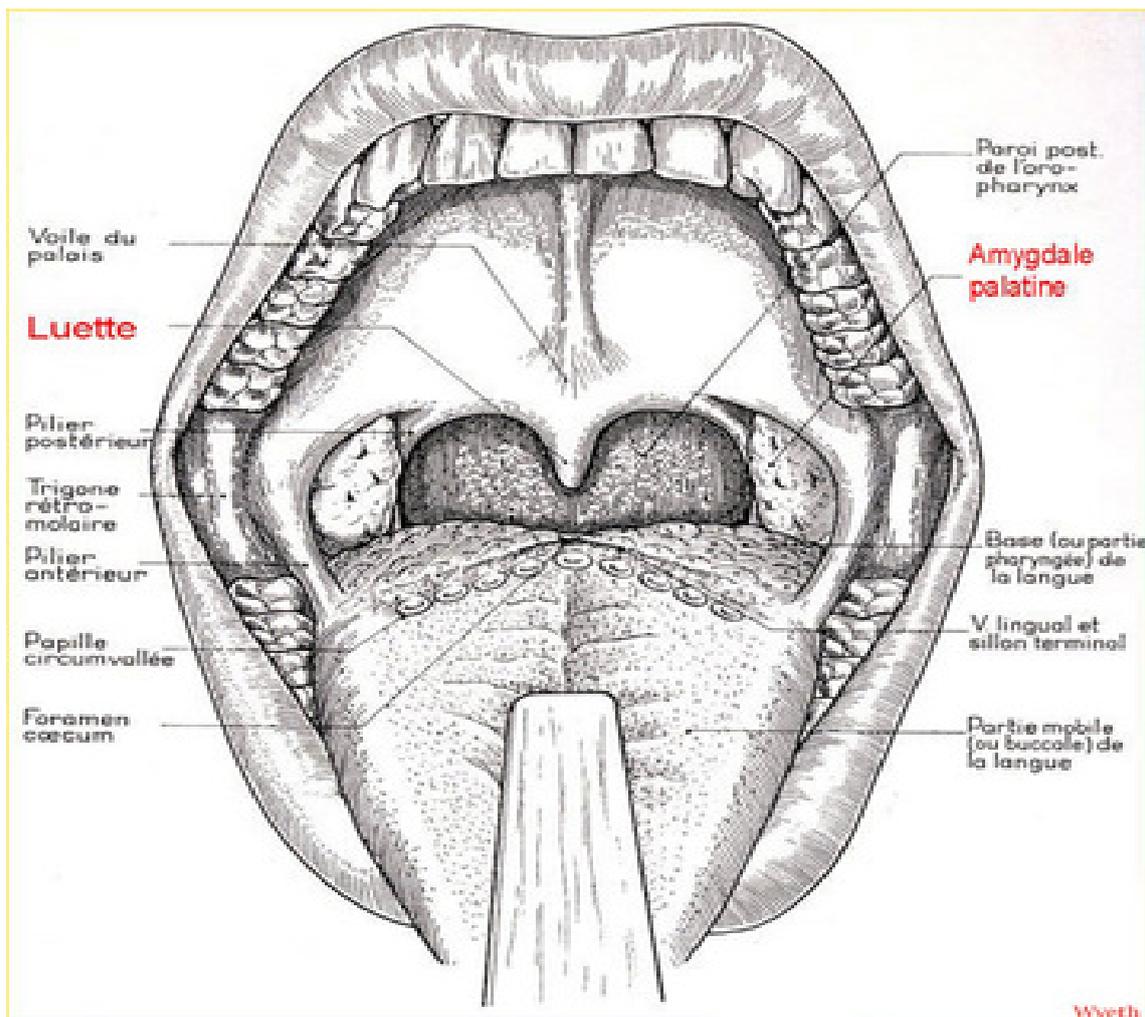


Figure 1 – Anatomie topographique de la cavité buccale[13]

- le vestibule buccal est un espace en forme de fer à cheval compris entre les lèvres et les joues en avant, et les arcades alvéolo-dentaires en arrière. Il communique avec la cavité buccale en arrière des dernières molaires. Les vestibules droit et gauche sont continus en avant dans la région alvéolo-dentaire incisive. Cette dernière est fréquemment rétrécie par les replis muqueux des freins labiaux supérieur et inférieur.

Il est tapissé, excepté au niveau des arcades dentaires par la muqueuse buccale qui, réfléchissant au niveau des lèvres et des joues pour recouvrir les arcades alvéolaires, devient gencive ou muqueuse alvéolaire, selon qu'elle est ou non recouverte d'un épithélium kératinisé. La séparation entre ces deux tissus est la ligne muco-gingivale.

- La cavité buccale proprement dite est limitée sur son pourtour par des arcades alvéolo-dentaires en avant et sur les côtés, en haut par la voûte palatine et le palais mou, en arrière par l'isthme du gosier.

La voûte palatine concave dans tous les sens, est limitée en avant et latéralement par l'arcade dentaire maxillaire (fig2). En arrière, elle se poursuit par le voile du palais (fig3).



Figure 2 : la voute palatine [13]



Figure 3 : Voile du palais [13]

La cavité buccale contient un organe d'une grande mobilité, la langue, séparée de l'arcade alvéole-dentaire mandibulaire par le sillon alvéolo-lingual.

La langue, organe musculo–muqueux destinée à la gustation, la mastication, la déglutition, et la phonation, se distingue par la base ou racine partie postérieure fixe, le corps, partie antérieure mobile, et la pointe.

Sa face inférieure est appliquée au repos sur le plancher buccal (fig 4) . La muqueuse qui recouvre la face inférieure de la langue forme un repli plus ou moins marqué : le frein de la langue.



Figure 4 : Plancher buccal [13].

- les dents, loin d'être des organes isolés, appartiennent à l'appareil de nutrition. Elles s'articulent avec les os de la face par l'intermédiaire du ligament alvéolo-dentaire et de l'os alvéolaire dont la croissance, la vie et la disposition dépendent uniquement des dents (fig 5).



Figure 5 : Arcade dentaire [13]

Cet os alvéolaire ne peut se distinguer anatomiquement ou histologiquement de l'os basal ou os maxillaire proprement dit sur lequel il repose.

L'os basal appartient aux os de la face. L'un est fixe, le maxillaire supérieur ; l'autre est mobile, le maxillaire inférieur ou mandibule.

L'homme possède deux dentitions successives.

Chacune des dentitions comporte un nombre réduit de dents, qui possèdent une morphologie variée au sein de la même denture. Plusieurs tables établissant la chronologie normale de l'éruption des dents temporaires et permanentes ont été établies (fig 6). Elles servent encore de référence à l'heure actuelle :

- toutes les dents lactéales sont normalement évoluées à 3 ans,
- les incisives temporaires sont tombées en moyenne à l'âge de 6 ans avec l'éruption concomitante de la première molaire définitive dite " dent de 6 ans ",
- les dents lactéales restantes sont remplacées progressivement de 10 à 13 ans par les canines et prémolaires définitives,

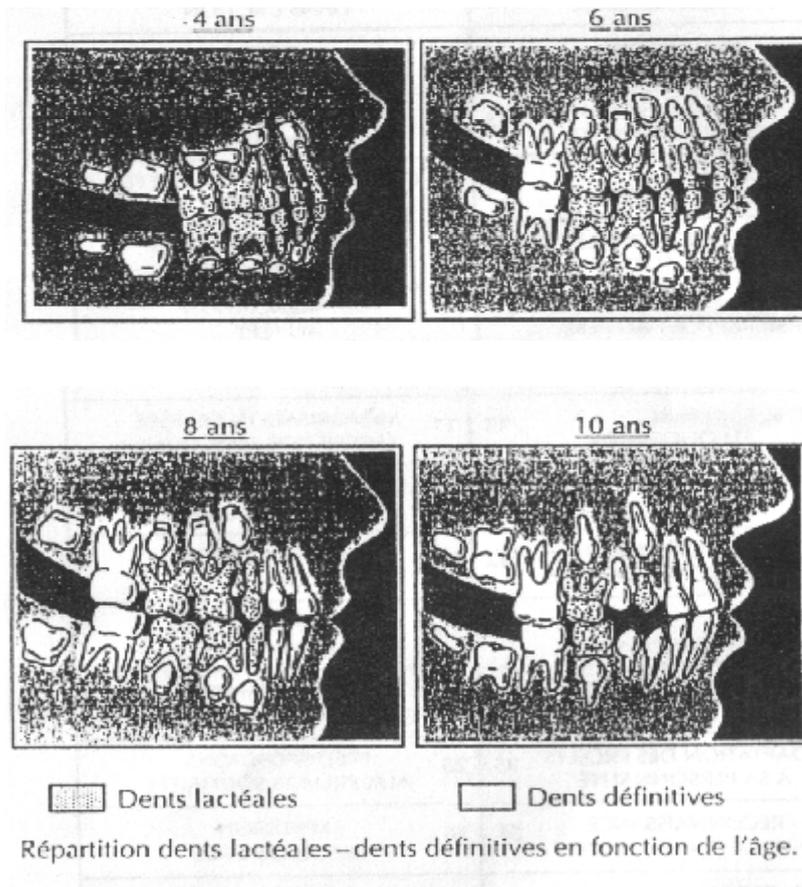


Figure 6 : Chronologie d'éruption des dents temporaires et permanentes [3].

- la seconde molaire définitive est en place vers 12 ans.

Il y a donc 28 dents définitives en bouche à 13 ans ; les troisièmes molaires (dents de sagesse) si elles existent, arrivent à partir de 18-20 ans. L'éruption des dents connaît des fluctuations chronologiques individuelles importantes sous contrôle génétique, environnemental et systémique.

La mâchoire se décompose en deux parties distinctes sur le plan anatomique: le maxillaire supérieur de « maxillaire» inférieur appelé mandibule. Ensuite, chaque maxillaire comprend un axe de symétrie vertical passant par le milieu de celui-ci. Les dents sont alors symétriques deux à deux. La denture comprend au total 32 dents dans la denture définitive et seulement 20 en denture lactéale. Sur les 32 dents définitives,

il existe 8 incisives, 4 canines, 8 prémolaires et 12 molaires (dont 4 dents de sagesse). Les dents se répartissent alors en quatre cadrans (fig7).

Chaque cadran est repéré par un nombre « forfaitaire » correspondant à l'ensemble des dents se trouvant sur cette partie de l'arcade. Les numérotations se font en regardant la personne concernée. En réalité, dans la bouche de la personne:

- les « 10 » sont situées à droite sur le maxillaire.
- les « 20 » sont situées à gauche sur le maxillaire.
- les « 30 », sont situées à gauche sur la mandibule.
- les « 40 » sont situées à droite sur la mandibule.

Chaque dent va ensuite recevoir un numéro propre. Celui-ci est constitué par deux chiffres:

le premier correspond au cadran concerné, le deuxième étant lié à la nature de la dent (incisive ou molaire ...).

Ces chiffres sont les suivants:

- 1 pour les incisives centrales.
- 2 pour les incisives latérales.
- 3 pour les canines.
- 4 pour les premières prémolaires.
- 5 pour les deuxièmes prémolaires.
- 6 pour les premières molaires.
- 7 pour les deuxièmes molaires.
- 8 pour les dents de sagesse (ou troisièmes molaires).

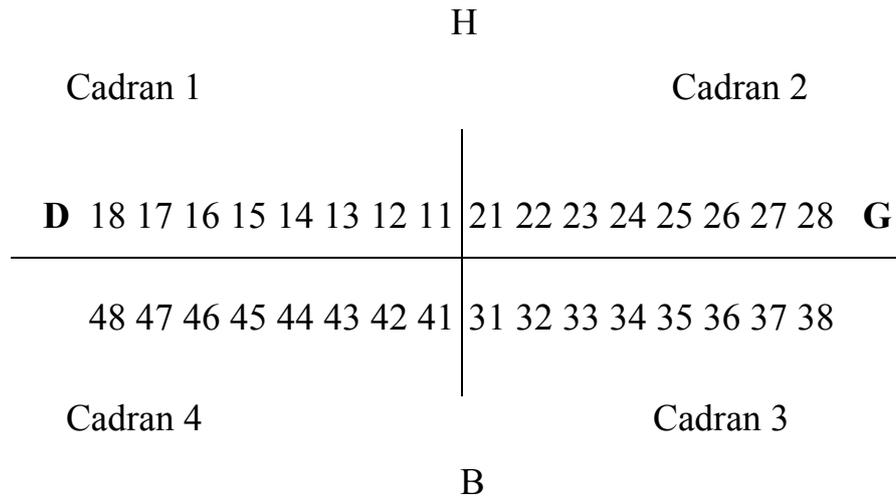


Figure 7 : Formule dentaire chez l'adulte

Le même principe est conservé pour la denture lactéale avec les cadrans qui portent des nombres 50 à 80 remplaçant poste à poste les nombres 10 à 40. La numérotation des dents s'effectue de la même façon, en partant toujours de l'axe de symétrie vertical (centre de la bouche) vers le fond de celle-ci. Les numéros vont de 51 à 55, 61 à 65, 71 à 75 et 81 à 85 (Figure 8).

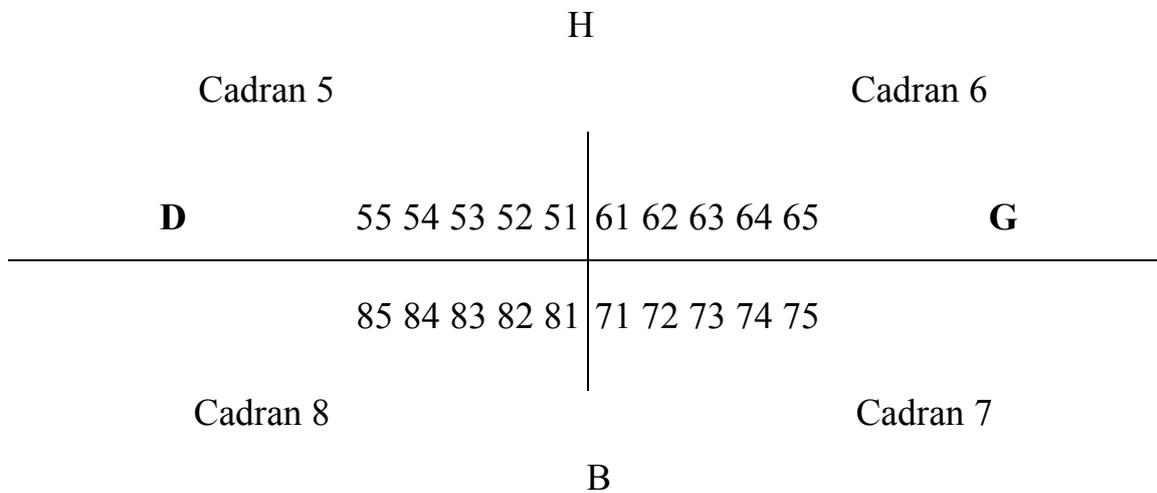


Figure 8 : Formule dentaire chez l'enfant.

1.2. Physiologie de la cavité buccale [13]

La cavité buccale est le siège de nombreuses fonctions physiologiques telles que la mastication, la succion ; la digestion, la phonation, la salivation, etc.,

Dans les conditions physiologiques normales, le milieu buccal est très favorable à la croissance de micro-organismes.

L'humidité est élevée. La température, le pH (6,7) et la pression partielle en dioxyde de carbone (CO₂) sont optimaux. La pression partielle en oxygène (O₂) varie selon les différents sites considérés et permet aussi bien la croissance des organismes aérobies que celle des anaérobies stricts.

La physiologie de la cavité buccale dépend en grande partie des éléments constituant la salive. En effet, cette dernière fournit non seulement les nutriments à la flore bactérienne, mais elle lutte également contre les produits de fermentation acides de la flore et élimine les déchets inhibiteurs.

La salive joue un rôle dans le maintien de l'équilibre écologique de la cavité buccale par lavage et débridement. Cette salive est produite essentiellement chez l'homme par les glandes parotides (60%), les sous maxillaires (25%) et les sublinguales (5%). Le reste est sécrété par les glandes salivaires accessoires purement muqueuses. La sécrétion varie selon les personnes et selon les circonstances (phase de repos, de stimulation alimentaire, de sommeil). En moyenne, elle est de 750 ml/24 heures.

2. La dent

Sur le plan anatomique la dent est divisée en deux parties : la couronne et la/ou les racines réunies par le collet (**fig9**).

- La couronne visible comprend de la périphérie vers le centre :

- ✓ L'émail
- ✓ La dentine

✓ La pulpe

- La ou les racines comprend de la périphérie vers le centre :

✓ Le ciment

✓ La dentine

✓ Le canal pulpaire qui se termine par l'apex.

L'ensemble des tissus de soutien de la dent ou parodonte est constitué par le ciment, le ligament alvéolo-dentaire ou desmodonte, l'os alvéolaire, la gencive.

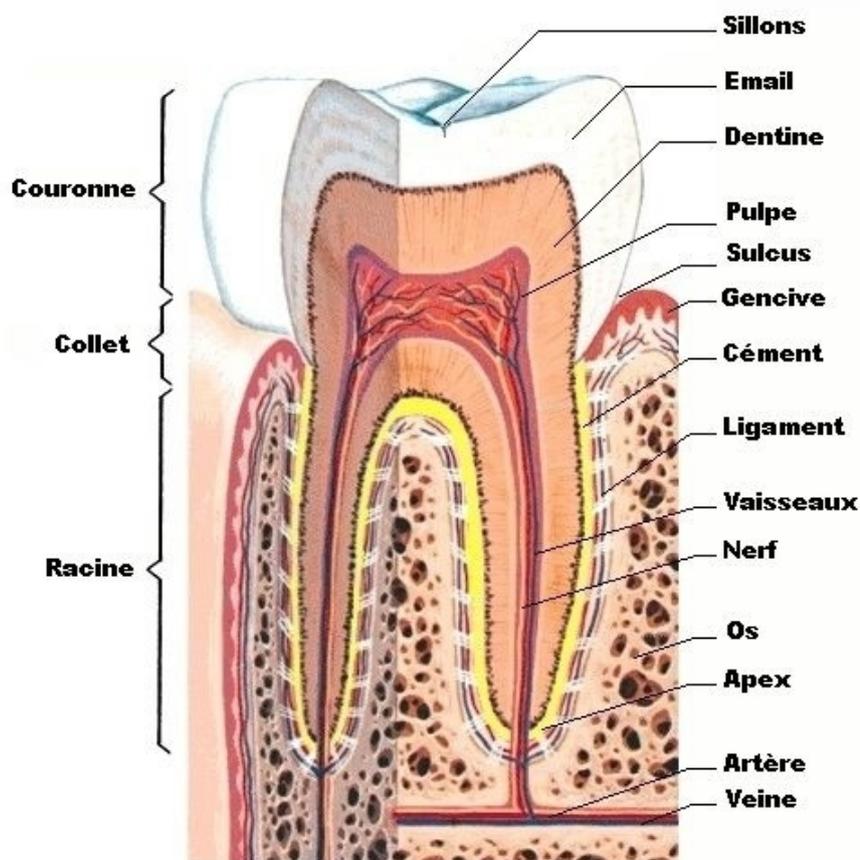


Figure 9 : Coupe anatomique d'une dent

3. Le parodonte

3.1. Le parodonte sain

Le parodonte est l'ensemble des tissus durs et mous de soutien de la dent.

On peut distinguer deux parties : le parodonte profond et le parodonte superficiel.

3.1.1 Le parodonte profond

Il comprend l'os alvéolaire, le cément et le desmodonte.

- L'os alvéolaire

C'est la charpente osseuse renfermant les alvéoles qui constituent l'habitable des racines dentaires.

- Le cément

C'est une couche minéralisée qui entoure la ou les racines dentaires. Contrairement à l'os alvéolaire, il est non vascularisé et non innervé.

- Le desmodonte

C'est un constituant du support parodontal situé entre le cément et la corticale alvéolaire interne. C'est un ensemble essentiellement conjonctif encore appelé ligament alvéolo-dentaire ou espace desmodontal..

3.1.2 Le parodonte superficiel ou gencive

C'est une partie spécialisée de la muqueuse buccale. Accessible à la vue et au toucher, elle permet d'apprécier l'état de santé du parodonte. Elle se caractérise par sa couleur, sa texture, sa consistance, sa forme et son contour.

A l'état normal, elle est rose pâle, parfois pigmentée de grains de mélanine,

prenant alors une teinte sombre selon les groupes ethniques. De consistance ferme, elle présente une surface granuleuse en « peau d'orange » à l'exception de la bande située immédiatement au niveau du collet de la dent.

La gencive présente certains éléments propres qui sont individualisés en gencive attachée, gencive libre et gencive papillaire.

4-Rappel anatomique des glandes salivaires

Les glandes salivaires se subdivisent en glandes salivaires principales (parotide, sous mandibulaire et sublinguale) et des glandes salivaires accessoires situées dans l'ensemble de la cavité buccale, au sein des muqueuses palatine, labiale jugale, pelvibuccale mais aussi au niveau de la partie postérieure et marginale antérieure de la langue [29].

Chapitre 2 : les pathologies bucco-dentaires

1. Les pathologies dentaires

1.1 La carie dentaire

Perte de substance dentaire qui se manifeste à des sites préférentiels sur les dents qui correspondent à des sites de rétention de la plaque dentaire :

- au niveau des sillons des faces occlusales
- au niveau des points de contact inter dentaire
- au niveau des collets

1.2. Etiopathogénie

En 1959, Keyes met en évidence les trois facteurs étiologiques principaux de la carie : les bactéries, l'hôte et les aliments . Newbrun en 1978 y rajoute le facteur temps pour tenir compte de la répétitivité et de la durée de l'exposition [2].

1.3 Biofilm et bactéries cariogènes

Selon Mouton et Robert (1994), la plaque dentaire est une accumulation hétérogène, adhérente à la surface des dents ou située dans l'espace gingivo-dentaire, composée d'une communauté microbienne riche en bactéries aérobies et anaérobies, enrobées dans une matrice intercellulaire de polymères d'origine bactérienne et salivaire. Les biofilms bactériens peuvent être définis comme une matrice entourée de populations bactériennes adhérentes entre elles et/ou à des surfaces et interfaces [2].

1.4 Acquisition du biofilm cariogène :

Une fois ces bactéries acquises, la formation de la plaque dentaire est un processus dynamique résumé en trois étapes (Leonhardt et al., 1995) :

- la formation de la pellicule exogène acquise
- la fixation des bactéries pionnières sur des récepteurs protéiniques spécifiques.
- la maturation de la plaque dentaire .

1.5 Facteurs intrinsèques :

- le facteur héréditaire : il réunit la taille, la position, la morphologie et l'anatomie occlusale des dents ainsi que la solidité de l'émail,
- la salive, par son pouvoir tampon, son action antibactérienne et son rôle de réservoir d'ions.
- l'état général et métabolique du patient, ses traitements médicamenteux[2].

1.6 Mécanisme :

Premièrement, les bactéries produisent des acides en présence de carbohydrates fermentescibles issus de l'alimentation ; deuxièmement, ces acides vont agir sur la structure de la dent pour dissoudre les cristaux d'hydroxyapatite et libérer des ions calcium Ca^{2+} et phosphate PO_4^{3-} dans un processus de déminéralisation. Schématiquement, l'apparition d'une lésion carieuse implique successivement (Lasfargues et Colon, 2009).

- la présence de glucides dans la salive,
- la diffusion de ces glucides dans le biofilm et leur transformation par les bactéries,
- la production d'acides dans le biofilm avec une libération d'ion H^+ ,
- la diffusion de ces ions au travers du biofilm jusqu'à la surface de l'émail,

- leur pénétration dans le gel aqueux qui occupe le réseau des pores de l'émail,
- la perturbation des équilibres ioniques au niveau de l'interface tissulaire/gel aqueux du biofilm[2].

1.7 Rôle de l'alimentation :

Le potentiel cariogénique des aliments est lié à leur contenu en sucres traditionnels tels que le glucose et le fructose (monosaccharides), le saccharose, le maltose, le lactose (disaccharides), l'amidon (polysaccharide). La potentialité des différents types de glucides varie de façon considérable. Le saccharose est considéré comme le plus cariogénique car :

- c'est le plus courant des glucides alimentaires.
- c'est le sucre raffiné obtenu à partir de la canne à sucre ou de la betterave sucrière.
- il est naturellement présent dans la plupart des fruits et légumes et également introduit artificiellement en tant qu'édulcorant dans de nombreux produits alimentaires.
- il est facilement et rapidement fermentescible par les bactéries car son poids moléculaire est faible par rapport aux "sucres lents", tel l'amidon présent dans les pâtes, le riz, pommes de terre qui sont formés par de longues chaînes de glucose et qui ont des poids moléculaires élevés.

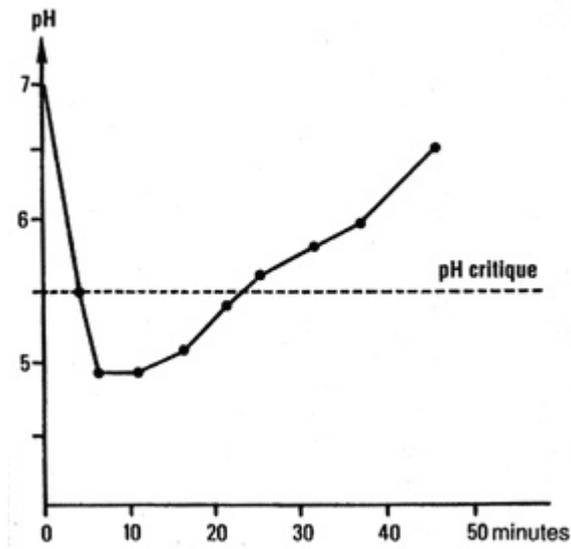


Figure 10 : La courbe de STEPHAN [2]

La cariogénicité des glucides résulte de l'abaissement brutal et durable du pH au sein de la plaque après l'ingestion de sucres. En effet, comme le montre la courbe de Stephan (figure 10), immédiatement après un rinçage buccal de quelques minutes avec une solution de glucose à 10 %, le pH de la plaque, dont la valeur initiale est de 6,5 - 7, tombe brutalement, en deux à trois minutes, à la valeur de 5, c'est-à-dire en dessous de la valeur de pH dite critique (pH critique = 5,5 = valeur à partir de laquelle l'hydroxyapatite de l'émail commence à être dissoute). Cet abaissement du pH au-dessous du pH critique persiste environ 20 minutes et il faut attendre 40 minutes pour que le pH remonte à sa valeur initiale.

En dehors de la quantité de sucres ingérés, un autre paramètre est essentiel : c'est la fréquence des apports glucidiques. En effet, plus les ingestions sont répétées, plus la production d'acide est fréquente et prolongée, et plus la déminéralisation s'intensifie.

Dans nos sociétés, les habitudes alimentaires se sont modifiées au cours des dernières décennies : de nombreuses collations ou boissons sucrées sont consommées dans la journée ce qui augmente la cariogénicité du

régime alimentaire. La multiplication de ces prises alimentaires est due à de nouveaux comportements alimentaires (grignotage) et aussi à des facteurs psychologiques (boulimie, états dépressifs). Ainsi, l'émail dentaire est exposé de plus en plus souvent à l'effet de déminéralisation dans la mesure où la durée du temps qui s'écoule entre les diverses attaques cariogènes devient de plus en plus courte.

1.8 Rôle des bactéries :

Les bactéries responsables de la carie ne sont pas des éléments étrangers envahisseurs de la cavité buccale, mais des agents endogènes résidant dans cette cavité. La flore buccale contient environ 300 espèces bactériennes. Parmi celles-ci, certaines jouent un rôle majeur dans le développement du processus carieux. Ce sont les bactéries cariogènes. Ces bactéries cariogènes sont normalement en compétition écologique avec les autres bactéries commensales de la plaque et restent donc dans les conditions normales, en faible pourcentage. Un apport excessif et répété de sucres va favoriser le développement de ces bactéries mieux équipées enzymatiquement que les autres pour métaboliser ces sucres.

Du fait des conditions acides et anaérobies progressivement créées au sein de la plaque, les bactéries non aciduriques et aérobies vont être progressivement éliminées.

Trois genres bactériens sont actuellement fortement associés à l'initiation et au développement de la carie : Streptococcus, Lactobacillus et Actinomyces. Streptococcus mutans, sans être l'agent microbien spécifique de la carie dentaire est certainement l'un des micro-organismes capable de participer le plus activement au mécanisme cariogène.

1.9 Hôte - Facteurs individuels :

Des trois acteurs de la trilogie de Keyes, c'est bien évidemment l'hôte lui-même qui est le plus complexe à apprécier. En effet, de multiples facteurs le concernant vont interférer sur le processus carieux, certains pour le limiter et d'autres, au contraire, pour l'aggraver(**Fig11**).

1.9.1 Facteurs salivaires :

La salive possède une composition complexe et occupe une place majeure dans l'équilibre des mécanismes de déminéralisation /reminéralisation (Aksoy et al., 2006). De façon plus générale, elle permet d'assurer la protection des tissus de la cavité buccale : par sa consistance et son flux la salive rend possible une élimination et une dissolution naturelle des aliments et des bactéries présents dans le milieu buccal.

D'autre part, le pouvoir tampon de la salive joue un rôle dans la neutralisation des acides bactériens. Il permet de lutter contre les baisses de pH buccal grâce aux systèmes bicarbonate, phosphate et urée [2] .

La salive joue un rôle protecteur essentiel vis-à-vis de la carie dentaire.

Etant donné le rôle bénéfique de la salive, les maladies affectant les glandes salivaires, les traitements radiothérapeutiques de la région bucco-cervicale, l'exérèse chirurgicale de glandes salivaires et les traitements médicamenteux sialoprives (ex : anxiolytiques, antidépresseurs), en réduisant de façon significative la sécrétion salivaire, favorisent le développement de lésions carieuses particulières dites "caries rampantes" car peu profondes mais étendues. Ces caries intéressent surtout le collet des dents et même les surfaces lisses qui, dans les conditions normales, se carient rarement.

1.9.2 Facteurs dentaires :

- composition et structure de l'émail et de la dentine
- morphologie des dents

La profondeur et la forme des sillons occlusaux, zones de rétention de la plaque dentaire, peuvent varier et influencer la cariosusceptibilité.

- taille et forme des arcades dentaires

Les points de contact trop serrés et les chevauchements des dents engendrent des zones de rétention de plaque peu accessibles au brossage.

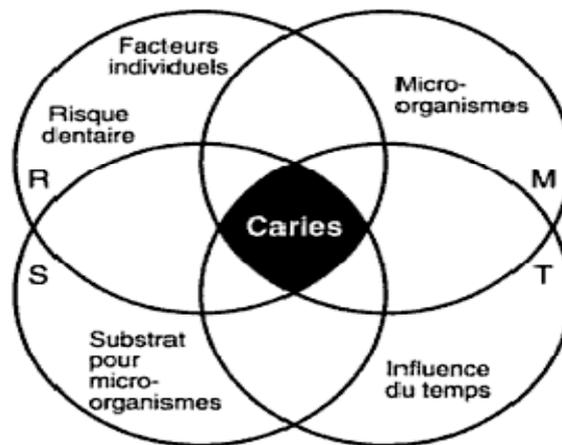


Figure 11 : Schéma de KEYES modifié (Lezy et Princ, 2003) [2]

2. Les abrasions et les érosions de la denture :

L'abrasion, c'est à dire l'usure des faces occlusales des dents, est due à une parafonction, le bruxisme lié à l'hypertonie de certains patients.

Les érosions se traduisent par des déminéralisations de l'émail en nappe sur toute la surface des dents. Elles ont pour origine les reflux acides gastro-œsophagiens, mais aussi la consommation de boissons et d'aliments à pH bas.

3 .Les parodontopathies

On distingue deux grandes atintés :

- les gingivites
- les parodontites

3.1. La gingivite

C'est un état inflammatoire de la gencive, c'est la forme la plus courante de la gingivopathie. On distingue les formes aiguës, les formes chroniques, et la forme hypertrophique

3.2. Les parodontites : qui peuvent se présenter sous diverses formes avec une évolution dans un sens ou dans un autre. On observera les formes aiguës, chroniques ou stationnaires évoluant vers la guérison [11] .

3.3 Causes et facteurs étiologiques

- Facteurs déclenchant :

* La plaque bactérienne : est un enduit blanc jaunâtre constitué d'agrégats bactériens qui se développent à la surface des dents à partir du rebord marginal de la gencive. On distingue la plaque supragingivale qui se dépose sur la couronne dentaire de la plaque sousgingivale qui se situe dans le sulcus ou la poche parodontale. La plaque bactérienne dentaire est organisée sous forme d'un bio-film [4] .

* Le tartre : provient de la minéralisation de la plaque. C'est une substance calcifiée jaune et brune qui se dépose sur les dents. On distingue comme pour la plaque, un tartre supra-gingival et un tartre sous-gingival [2].

-Les facteurs de risque

Ce sont : le tabac, le diabète, le stress, la respiration buccale, et prédisposition génétique

- Facteurs généraux :

-Hormones : la grossesse, la prise de contraceptifs oraux

-Causes médicamenteuses : l'hyperplasie gingivale due à la diphenyle hydantoïne (dihydan)

-Transplantation d'organes et traitement immunosuppresseurs :

Hyperplasie gingivale est l'un des effets secondaires de la ciclosporine

- La chimiothérapie et la radiothérapie

- Hémopathies.

-Problèmes immunitaires : HIV

4. Les pathologies de la muqueuse buccale

4.1. Leucoplasie :

La leucoplasie est définie comme une lésion blanche de la muqueuse buccale, qui ne peut être détachée par le grattage, et qui ne peut être attribuée à une cause identifiable autre que l'usage éventuel du tabac [9].

Elles doivent être distinguées selon leur aspect clinique, corrélées à des notions pronostiques très différentes. On s'accorde à distinguer actuellement:

- Les leucoplasies homogènes (fig.12) : plaque blanche clairement circonscrite,

plane ou légèrement surélevée, lisse ou uniformément rugueuse, légèrement granulaire et ondulée, parfois traversée par de fines crevasses ou fissures[13].

Cette forme, la plus fréquente, présente rarement des dysplasies ou seulement des dysplasies légères réversibles et subit rarement une transformation maligne .



Figure 12 : Leucoplasie homogène [13]

Les leucoplasies inhomogènes : peuvent comporter un aspectérythémateux, érosif, verruqueux ou nodulaire sur toute leur surface ou par endroits. La surface est irrégulière aussi en épaisseur. Cette leucoplasie inhomogène est appelée aussi érythroleucoplasie et comporte un risque élevé de transformation. Les leucoplasies inhomogènes dégènèrent bien plus fréquemment.

4.2. Lichen plan buccal :

C'est une maladie inflammatoire chronique, généralement bénigne pouvant atteindre la peau et les phanères, les muqueuses malpighiennes surtout buccales.

Toute la cavité buccale peut être atteinte avec une prédominance cependant pour la face interne des joues et les replis vestibulaires par poussées successives. Les formes hyperkératosiques sont variées. Les lésions sont parfois hyperkératosiques verruqueuses, d'autres fois érythémateuses ou érosives ou ulcérées.

Dans la grande majorité des cas, le lichen plan a une évolution bénigne, mais une transformation maligne peut survenir dans une faible proportion évaluée habituellement à 1% .

4.3. Erythroplasie :

Le terme d'érythroplasie correspond à une définition clinique : plaque veloutée, rouge, brillant, le plus souvent uniforme sans trace de kératinisation, souvent très étendu mais ayant une limite nette. Ce qui la distingue des érythèmes inflammatoires.

Des dysplasies de degré souvent élevé et de carcinomes in situ sont observés. Les cellules dysplasiques sont volumineuses .



Figure 13 :Erythroplasie de la face dorsale de la langue [13].

L'érythroplasie est considérée comme une lésion précancéreuse hautement dangereuse en raison de la fréquence in situ.

Chapitre 3 : Généralité Sur Les Maladies Psychiatriques

A. Définition :

Une maladie mentale est une affection qui perturbe la pensée, les sentiments ou les conduites d'une personne de façon suffisamment importante pour causer une souffrance psychique plus ou moins importante et rendre selon le trouble en question et son degré de gravité- sa réactivité son intégration sociale et professionnelle problématique [16] .

B. Rappels psychopathologiques :

1. La notion de structure :

Pour Bergeret (1986) [5], « les deux termes de névrose ou de psychose

s'emploient également de façon habituelle pour désigner une maladie, c'est à dire l'état de décompensation visible auquel est arrivée une structure par la suite d'une inadaptation de l'organisation profonde et fixe du sujet à des circonstances nouvelles, intérieures, devenues plus puissantes que les moyens de défense dont il dispose ».

2. Les regroupements nosographiques :

Les différentes pathologies psychiatriques sont regroupées en psychoses, en névroses et en troubles de l'humeur [26].

Les névroses ont été différenciées des psychoses car elles n'entraînent pas de distorsion importante du << sens du réel >>.

2.1 Les névroses :

La névrose se définit comme un état d'inadaptation affective principalement caractérisé par une anxiété née de conflits psychiques le plus souvent inconscient. Les névroses sont habituellement classées en fonction de leurs symptomatologies prédominantes (angoisse ; hystérie ; phobie ; obsession). [16]

2.1.1 Genèse et évolution de la structure névrotique :

Le Moi est organisé autour du génital et de l'Oedipe. Le conflit sexuel de la névrose se situe au niveau génital de L'Oedipe entre le Moi et les pulsions.

2.1.2 Les principaux mécanismes de défense de la névrose [25-22] :

- **le refoulement**
- **le déplacement**
- **la condensation**
- **la conversion**
- **l'extériorisation**
- **l'isolation**
- **l'annulation**
- **la formation réactionnelle**

2.1.3 Les différents types de névroses :

2.1.3.1. La névrose d'angoisse :

Est un état affectif pouvant se définir comme « un sentiment pénible d'attente », « une peur sans objet » (JANET) ou comme « le sentiment pénible d'un danger imprécis et mal définissable » (GUYOTAT).

2.1.3.2. La névrose obsessionnelle :

Est définie par la survenue d'obsession et de compulsions sur une organisation de personnalité habituellement psychasthénique ou obsessionnelle, en l'absence de toutes autres affections psychiatriques permanentes.

2.1.3.3. La névrose phobique :

Est une crainte angoissante spécifique déclenchée par un objet ou une situation n'ayant pas en eux-mêmes un caractère dangereux, disparaissant en dehors de l'objet ou de la situation et au-delà du contrôle volontaire bien que le malade soit conscient du caractère absurde de sa crainte. [26].

2.1.3.4. La névrose hystérique :

Selon A. Porot `` disposition mentale particulière, tantôt constitutionnelle et permanente, tantôt accidentelle et passagère qui porte certains sujets à présenter des apparences d'infirmités physiques, des maladies somatiques ou d'états psychopathiques''.

Les autres troubles névrotiques

- L'hypocondrie
- La dépersonnalisation
- L'inhibition névrotique
- La psychasthénie et neurasthénie
- Les états situationnels et réactionnels d'expression névrotique

2.2 Les psychoses :

Les psychoses se définissent comme étant un désordre mental majeur au cours duquel sont nettement altérées les possibilités de l'individu de penser, de réagir émotionnellement, de se souvenir, de communiquer, d'interpréter la réalité et d'avoir un comportement adapté. Ce trouble est souvent caractérisé par une humeur inadéquate, une diminution du contrôle pulsionnel, un délire et des hallucinations. Les psychoses entraînent le plus souvent un grave handicap social. Les psychoses sont constituées d'une part des psychoses aiguës et d'autre part des psychoses chroniques. [16]

2.2.1 Genèse et évolution de la structure psychotique :

1- La lignée psychotique est marquée au stade oral ou dans la première partie du stade anal par des frustrations précoces tirant leur origine du pôle maternel.

L'organisation du Moi n'a pas atteint le stade objectal et ses stratifications (orale, anale, phallique) permettant d'accéder aux aspects essentiels de la structuration objectale et surtout oedipienne. C'est la progression maturante de ses structurations successives et leur achèvement dans la primauté du génital qui manquent chez le psychotique. Les expériences vécues de l'éprouvé anal ou génital sont présentes mais ce sont les phases de structuration anale ou génitale qui sont mal définies chez lui.

2- Le Moi ayant subi d'importantes fixations ou régressions à ce niveau se préorganise selon le mode psychotique.

Le type d'angoisse de la psychose est une angoisse de morcellement et/ou de mort (au sens d'éclatement).

La relation d'objet est fusionnelle, symbiotique à la mère. Elle se révèle incomplète et ne peut concevoir la séparation de cette partie d'elle (le fœtus, puis le bébé), ni physiquement, ni psychiquement. Le père est souvent effacé, « absent » physiquement et psychiquement.

Les principaux mécanismes de défense sont : le déni, l'identification projective, le dédoublement du moi, le clivage (clivage du moi, de l'objet).

2- Au moment de la période de latence, il y a un arrêt de l'évolution structurelle (comme pour la névrose).

3- Au moment de l'adolescence, dans la majorité des cas le Moi pré organisé sur le mode psychotique va poursuivre son évolution au sein de la lignée psychotique dans laquelle il se trouve déjà suffisamment engagé. Il s'organisera ensuite de façon définitive sous forme de structure psychotique véritable et stable. Cependant, le sujet garde une petite chance de voir l'axe d'évolution quitter la lignée psychotique (pas encore totalement fixée) pour aller rejoindre la lignée névrotique.

4- Organisation définitive sous forme de structure psychotique. (cf. les différents types de psychoses).

2.2.2 Les principaux mécanismes de défense de la psychose :

a. Le déni :

Action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le Moi (différent de la dénégation où la perception vécue comme dangereuse ou douloureuse peut être formulée).

b. L'identification projective :

Fantasme dans lequel le sujet imagine s'introduire partiellement ou en totalité à l'intérieur de l'autre, tentant ainsi de se débarrasser de sentiments de pulsion ressentie comme indésirables et cherchant de cette façon à nuire, à posséder et à contrôler cette autre personne.

c. Le clivage :

Action de séparation, de division du Moi (clivage du Moi) ou de l'objet (clivage de l'objet) sous l'influence angoissante d'une menace, de façon à faire coexister les deux parties ainsi séparées qui se méconnaissent sans formation de compromis possible.

d. Le dédoublement du Moi :

Il agit contre l'angoisse de morcellement et de mort. Il correspond aux reliquats d'une étape où les relations primitives à la mère s'avéraient insuffisantes pour faire échapper le Moi de l'enfant à son organisation primitive fragile.

Organisation dans laquelle le Moi se montrait difficile à se constituer de façon autonome que facile à dissocier.

Il existe de nombreux autres mécanismes de défense de la psychose comme le retrait apathique, le refuge dans la rêverie, la dissociation, le niveau de désaveu, le niveau de distorsion majeure de l'image, la rêverie autistique, la distorsion psychotique, la projection délirante...

2.2.3 Les différents types de psychoses :

2.2.3.1. Les psychoses aiguës :

Ce sont des états délirants et généralement polymorphes dans leurs thèmes et expressions [13].

Ce sont des troubles aiguës, de durée brève et dont la forme classique de ces psychoses délirantes aiguës est la bouffée délirante polymorphe, terme non retenu par la nosographie de l'O.M.S mais bien individualisé dans la classification française [36].

Bien que leur individualité soit contestée, nous avons identifié dans ce groupe deux autres formes cliniques, symptomatiques : les psychoses puerpérales et les états confusionnels.

Les bouffées délirantes aiguës sont caractérisées par l'éclosion soudaine d'un délire transitoire, généralement polymorphe dans ses thèmes et ses expressions [26].

-Les psychoses puerpérales :

Classiquement, ce terme regroupe toutes les manifestations psychiatriques de la grossesse, de la puerpéralité et de l'avortement. Les manifestations psychopathologiques qui peuvent apparaître au cours de la puerpéralité sont à interpréter pour chaque femme, en fonction de son histoire personnelle, des particularités de sa vie affective, de son statut socioculturel et surtout de son attitude vis-à-vis de la maternité. C'est dans ce contexte que l'on saisit l'impact de tel ou tel facteur situationnel (grossesse illégitime ou non désirée, attitude inadéquate du conjoint ou de l'entourage parental, conditions socioéconomiques défavorables, ...) [26].

-Les états confusionnels :

La confusion mentale se caractérise par une obnubilation de la conscience entravant le fonctionnement de toute l'activité psychique avec au premier plan une baisse de la vigilance, des troubles de la mémoire et une désorientation temporo-spatiale. Un délire onirique, proche du rêve [17].

2.2.3.2. Les psychoses chroniques :

-Les psychoses chroniques non schizophréniques :

Les délires chroniques sans évolution dissociative ni déficitaires comprennent : [26]

- ✓ Les délires paranoïaques systématisés (la Paranoïa) ;
- ✓ Les psychoses hallucinatoires chroniques ;
- ✓ Les délires chroniques d'imagination ou psychoses fantastiques (la paraphrénie).

2.2.3 Les troubles de l'humeur :

Les désordres de l'humeur comptent parmi les troubles les plus couramment observés tant en pratique psychiatrique que dans l'exercice quotidien du généraliste. [26].

-La psychose maniaco-dépressive : L'affection se caractérise par la survenue de perturbations cycliques de l'humeur sous forme d'accès

maniaque ou d'accès mélancolique, le malade retrouvant son état normal dans l'intervalle des accès[17].

-La manie est un état caractérisé par :

- ✓ Un syndrome psychique : exaltation de l'humeur, excitations psychique et motrice, souvent associées à l'anxiété ;
- ✓ Un syndrome physique : insomnie matinale, augmentation de l'appétit, amaigrissement et tachycardie. [16].

-La dépression :

C'est un trouble de l'humeur caractérisé par une triade symptomatique :

- humeur dépressive (tristesse pathologique) ;
- ralentissement psychomoteur ou perte de l'élan vital ;
- cortège somatique et anxiété.

2.2.4. Les autres pathologies :

- L'épilepsie : accidents neuropsychiques paroxystiques d'origine encéphalique résultant de la décharge hyper-synchrone d'un groupe de neurones. Ils se traduisent principalement soit par des crises convulsives généralisées, soit par des crises convulsives localisées à une partie du corps [16].
- La toxicomanie : état d'intoxication résultant de la consommation périodique ou chronique d'une drogue naturelle ou synthétique. La toxicomanie implique contrairement à la simple accoutumance, une contrainte, une tolérance, une dépendance psychique et généralement physique et l'apparition d'un syndrome d'abstinence lors de l'interruption brusque de la consommation. [16].
- La Démence : d'origine lésionnelle, la démence est classiquement un affaiblissement global, acquis, progressif et spontanément irréversible de toute l'activité psychique. [17 - 26].

➤ L'alcoolisme : « les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool est telle qu'ils présentent soit un trouble mental décelable, soit des manifestations affectant leur santé physique et mentale (leurs relations avec autrui et leur comportement social et économique) , soit des prodromes de troubles de ce genre. Ils doivent être soumis à un traitement ».

« Il y'a alcoolisme lorsqu'un individu a, en fait perdu la liberté de s'abstenir d'alcool » [16-17-26].

➤ Les Déficiences intellectuelles : sont des insuffisances congénitales liées à des atteintes très précoces du développement intellectuel. [16] .

Chapitre 4 : les médicaments psychotropes

1. Définition

Ce sont des médicaments qui agissent sur les mécanismes neurobiologiques du cerveau afin d'améliorer les troubles ou les dysfonctionnements de l'activité psychique [37].

Au niveau du système nerveux, l'activité psychique se traduit par des réactions biochimiques au sein des cellules nerveuses (appelées « neurones »). Les neurones synthétisent des substances appelées neurotransmetteurs* (ou neuromédiateurs), dont les plus connus sont : la dopamine, la sérotonine et la noradrénaline [37].

2-Classification des médicaments psychotropes

Il n'est pas aisé de situer les psychotropes parmi l'ensemble des substances à action psychotrope en raison de l'existence de plusieurs classifications évoluant avec le temps et se heurtant aux difficultés liées à la position soit

limitrophe, soit biappartenante de certaines molécules. La plus classique est celle de Delay et Deniker (Tableau 1) [15].

On peut distinguer quatre types d'activité pharmaco clinique.

➤ Anxiolytiques

Les anxiolytiques réduisent l'anxiété et sont donc utilisés dans les syndromes anxieux ou pour lutter contre la composante anxieuse des autres syndromes psychiatriques. Ils ont comme cibles privilégiées l'anxiété et la tension émotionnelle . Les plus utilisés d'entre eux appartiennent actuellement à la famille des benzodiazépines qui possèdent en commun cinq propriétés : sédative, anxiolytique, myorelaxante, anticonvulsivant et amnésiante, à des degrés divers[15].

➤ Hypnotiques

Les hypnotiques produisent, selon les composés ou les doses utilisés, un sommeil plus ou moins physiologique ou au contraire incoercible. Les hypnotiques barbituriques ont cédé la place, depuis 1970 environ, aux hypnotiques appartenant à la famille des benzodiazépines. Depuis 1985, sont apparus des composés non chimiquement benzodiazépiniques mais pharmacologiquement proches[15].

➤ Neuroleptiques (ou antipsychotiques)

Les neuroleptiques sont des psychodépresseurs utilisés dans le traitement des psychoses aiguës ou chroniques, dont principalement la schizophrénie et les troubles schizophréniques, mais également les états d'agitation du type maniaque, les délires aigus et d'autres psychoses hallucinatoires chroniques[15].

Certains produits sont réservés à l'usage des psychiatres en milieu hospitalier ; d'autres sont au contraire d'utilisation courante en pratique de ville. Ils sont caractérisés par une puissante activité thérapeutique dans les psychoses et par leur aptitude à produire une symptomatologie neurologique : extrapyramidale et neuroendocrinienne. Les neuroleptiques appartiennent à différentes familles chimiques : phénothiazines, butyrophénones, benzamidines, thioxanthènes notamment.

➤ Régulateurs de l'humeur (thymorégulateurs ou normothymiques)

L'originalité de ces médicaments, dont les prototypes sont les sels de lithium et la carbamazépine (Tégrétol®), est leur action préventive à l'égard des deux phases, expansive ou dépressive, de la psychose maniacodépressive (trouble bipolaire) et leur action curative sur les états maniaques[15].

Certains psychiatres considèrent les thymorégulateurs comme une classe autonome de psychotropes.

➤ Psychoanaleptiques : stimulants psychiques

Dans ce groupe, on distingue trois types d'agents.

➤ Antidépresseurs

Les antidépresseurs (thymoanaleptiques) sont des agents psychotropes capables d'inverser l'humeur dépressive et sont prescrits dans les états authentiquement dépressifs.

L'originalité de ces molécules est précisément leur action sur les états de dépression de l'humeur. Ils appartiennent à plusieurs classes pharmacochimiques : imipraminiques, inhibiteurs de la monoamine oxydase (MAO), inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

(IRS), inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) et autres antidépresseurs.

➤ Stimulants de la vigilance (psychostimulants)

La classe des médicaments psychostimulants, après la mise en évidence des propriétés toxicomanogènes des amphétamines et leur retrait progressif, se limite aujourd'hui au méthylphénidate (Ritaline®), à l'adrafinitil (Olmifon®), proposé dans les troubles de la vigilance du sujet âgé, et à son métabolite actif le modafinil (Modiodal®) réservé aux hôpitaux.

Il existe accessoirement de nombreuses substances commercialisées comme antiasthéniques.

Antagonistes des hypnotiques, ce sont des amines d'éveil dont le type est l'amphétamine.

➤ Autres stimulants

On peut y classer la caféine, les acides phosphoriques, l'acide ascorbique.

➤ Psychodysléptiques ou perturbateurs de l'activité mentale

À côté des hallucinogènes (LSD, chanvre indien, mescaline) capables de produire des psychoses artificielles et des inducteurs d'ivresse (alcool, éther), on peut aussi y placer les stupéfiants : soit des substances illicites (héroïne, cocaïne), soit des médicaments comme la morphine, le Dolosal®, le Palfium®, le Temgésic®. Ces derniers ont des indications thérapeutiques précises et limitées dans le traitement des états hyperalgiques ou comme traitement de substitution chez les toxicomanes (Méthadone®, Subutex®). Leurs dangers d'assuétude et de toxicomanie doivent les faire utiliser dans des indications rigoureusement définies.

Tableau 1 : Classification générale des psychotropes (d'après Delay et Deniker). [40]

Psycholeptiques	Psychoanaleptiques	Psychodysleptiques
1. Hypnotiques	1. Stimulants de la vigilance	1. Hallucinogènes et onirogènes
2. Tranquillisants , sédatifs	2. Antidépresseurs	2. Stupéfiants
3. Neuroleptiques	3. Autres stimulants	3. Alcool et dérivés
4. Régulateurs de l'humeur		

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. Objectif général

Evaluer l'état bucco-dentaire chez les patients du service de psychiatrie du CHU Point G de Bamako.

2.Objectifs spécifiques :

- déterminer la fréquence des pathologies bucco-dentaires chez les patients dans le service de psychiatrie du CHU Point G,
- déterminer les habitudes alimentaires et d'hygiène bucco-dentaires chez les patients hospitalisés ou venus en consultation dans le service de psychiatrie du CHU Point G ,
- déterminer les types de lésions bucco-dentaires rencontrés
- déterminer les facteurs de risque des atteintes bucco-dentaires chez les patients du service de psychiatrie du CHU Point G.

METHODOLOGIE

III. PATIENTS ET METHODE

1. Cadre de l'étude :

Le département de psychiatrie du CHU Point G a servi de cadre pour cette étude.

Situation géographique:

Le CHU du Point G est situé sur la colline du Point G sur la rive gauche du fleuve Niger en Commune III du district de Bamako, il occupe une superficie de 25 hectares dont près de 70 % sont bâtis.

Les services existants au CHU du Point G sont:

L'administration générale composée de:

- la direction générale,
- le secrétariat général,
- le secrétariat particulier,
- le bureau du personnel,
- la surveillance générale,
- la comptabilité,
- le contrôle financier,
- le bureau des entrées,
- le service social,
- le service informatique,
- le service des statistiques (chargé de l'information hospitalière).

les services de consultations et de soins, sont :

- le service d'anesthésie, de réanimation et des urgences,
- le service de cardiologie avec la cardiologie A et la cardiologie B,
- les services de chirurgie : la Chirurgie A avec la Coelio-chirurgie, la Chirurgie B, la Gynéco-obstétrique, l'Urologie,
- le service d'hématologie oncologie médicale,

- le service de médecine interne,
- le service des maladies infectieuses,
- le service de néphrologie et d'hémodialyse,
- le service de neurologie,
- le service de pneumo-phtisiologie,
- le service de psychiatrie,
- le service d'imagerie médicale avec radiologie/ scanner, échographie, médecine nucléaire,
- le laboratoire d'analyses biomédicales,
- la pharmacie hospitalière,
- la kinésithérapie,

Les services généraux:

- la buanderie,
- la cuisine,
- la cafétéria,
- le campus (restaurant pour le personnel),
- la morgue.
- le service de maintenance.

Description du département psychiatrique :

C'est le 1er service de psychiatrie et le 3ème niveau de référence au Mali.

Les bâtiments sont situés au nord-ouest dans la cour de l'hôpital jusqu'au fond.

Description du service:

Les bâtiments:

Schématiquement on distingue:

La cour grillagée ou « ancien service »: c'est le 1er bloc et la première construction du service remontant au temps colonial, située à l'entrée du

service au sud-ouest, en regard du service de la cardiologie « B ». Elle a une capacité de vingt (20) lits .

Le bloc administratif: jouxte la cour grillagée au nord-est, il est subdivisé en 2 parties:

- le bloc côté hommes:
- le bloc côté femmes

Le bloc de cases: il forme un demi-cercle à l'est et en face des deux (2) blocs des « fonctionnaires ». Ces cases construites avec des matériaux locaux, sont destinées aux malades nouvellement admis, chacune dispose de deux (2) lits, dont une pour le malade, l'autre pour l'accompagnant, soit une capacité totale de 42 lits. Elles ont été construites avec des matériaux locaux dans le cadre de l'orientation du service vers une « psychiatrie communautaire » qui associe les parents dans la prise en charge thérapeutique des malades. Au milieu, entre les cases et les blocs des « fonctionnaires », se trouve une coupole, sous laquelle sont effectuées des séances de psychothérapies de groupe et parfois la visite générale hebdomadaire des malades.

La cafétéria du service

Le terrain de sport: situé entre la cafeteria et le service de Pneumophtisiologie.

- Le personnel:

Il est composé de:

- un (1) professeur titulaire de Psychiatrie
- deux (2) maîtres de conférences, dont un psychologue clinicien,
- un (1) médecin généraliste, praticien hospitalier
- deux(2) internes des hôpitaux,
- douze (12) assistants médicaux spécialisés en psychiatrie
- cinq(5) techniciens supérieurs de santé

- une infirmière auxiliaire
- un technicien de développement communautaire (assistant social)
- trois (3) techniciens de surface
- trois (3) agents de sécurité
- étudiants hospitaliers thésards
- étudiants stagiaires en médecine
- étudiants stagiaires des différentes écoles de santé et de l'INFSS (Institut National de Formation en Sciences de la Santé).

Un groupe d'animateurs en art dramatique, contractuel, vient tous les vendredis, faire du « Kotéothérapie » auquel participent le personnel, les patients et leurs accompagnants et les visiteurs.

Le fonctionnement du service de psychiatrie:

Le service fonctionne sur le mode de la « psychiatrie communautaire » et il mène:

- des activités de soins (consultations et hospitalisations),
- des activités de formation,
- et des activités de recherche.

Tous les jours la garde est assurée par une équipe constituée d'un médecin, d'un assistant médical, d'un technicien de surface, d'un agent de sécurité et d'un étudiant.

Une visite hebdomadaire aux malades, est effectuée par l'ensemble du personnel médical et paramédical.

Le « Kotéothérapie » qui est une mise en scène théâtrale, est organisé tous les vendredis, en présence du personnel, des malades et leurs accompagnants. Il y a le « Kotéothérapie » ouvert à tout le monde : malades, parents ou accompagnants des malades, soignants et les visiteurs; et le « Kotéothérapie » fermé organisé avec un seul malade et ses accompagnants (parents)

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective basée sur l'observation de l'état buccodentaire, particulièrement l'état bucco-dentaire des patients dans le service de psychiatrie du CHU Point G.

3. Période d'étude :

Notre étude a concerné tous les cas de consultation psychiatrique enregistrés dans le service de psychiatrie du CHU du POINT G pendant 1 mois de Juin à Juillet 2014 .

4. Echantillonnage :

La population étudiée était constituée des patients reçus dans le service de psychiatrie pour une hospitalisation ou pour consultation après quelques mois de traitement médical, ayant accepté de participer à l'étude.

5. Critère de sélection :

5.1 Critère d'inclusion :

Ont été inclus tous les patients présentant un dossier médical confirmant un diagnostic psychiatrie précis, et ayant accepté de répondre au questionnaire et d'être examinés.

5.2 Critère de non inclusion :

N'ont pas été inclus tous les patients venu pour une première consultation, sans diagnostic précis, et sans antécédent de traitement médical sous psychotrope,

- tous les patients, n'ayant pas accepté de répondre au questionnaire ou d'être examinés.

5.3 Taille minima de l'échantillon :

Nous avons utilisé la formule suivante pour avoir notre échantillon .

$$n = \frac{4PQ}{i^2}$$

P= fréquence trouvée 3% (fréquence du taux somatique)

Q=1-p

I= la précision de l'enquête estimée à 3%

P=3%

n= 129,3

6. Evaluation de l'état de santé de la population (variables)

6.1 Définition des variables utilisées

Variables sociodémographiques :

Age : l'âge d'une personne ou âge chronologique, est le temps écoulé depuis sa naissance et une date donnée ; moment de la vie correspondant à cette durée [45].

Sexe : se définit comme le caractère physique de l'individu humain ,animal ou végétal, permettant de distinguer, dans chaque espèce, les individus mâles ou femelles [45].

Ethnie : groupement humain qui possède une structure familiale, économique et sociale homogène, et dont l'unité repose sur une communauté de langue, de culture et de conscience de groupe [45].

Résidence : fait de demeurer habituellement en un lieu déterminé ; cette habitation elle même [45] .

Nationalité : appartenance juridique d'une personne à la population constitutive d'un Etat [45].

- Mode de vie :

Repas : ration, quantité d'aliments pris-en une fois, selon un rythme régulier, pour assurer sa vie [46].

Tabac : plante herbacée (solanacée) dont plusieurs espèces sont cultivées comme ornementales et l'espèce principale pour ses feuilles riches en nicotine et constituant le tabac au sens 2. Ces feuilles, séchées et préparées pour fumer, priser, chiquer ou fabriquer des cigares, des cigarettes [46].

- Variables cliniques :

Carie dentaire : maladie de la dent caractérisée par une lésion évolutive de l'extérieur vers l'intérieur. Elle se manifeste par une perte de substance attaquant successivement l'émail et la dentine [46].

Dent absente c'est une dent manquante sur l'arcade dentaire pour cause accidentelle, d'extraction dentaire ou parodontose.

Abrasion dentaire : c'est l'usure des faces occlusales des dents, est due à une parafonction, le bruxisme lié à l'hypertonicité de certaines personnes [44] .

Dyschromie dentaire : c'est une anomalie de teinte irréversibles des dents, s'observant sur les deux dentures et pouvant atteindre toutes les dents ou un groupe de dents selon l'étiologie[47].

Gingivorragie :hémorragie au niveau des gencives[46].

L'halitose (la mauvaise haleine) : est l'émission par le souffle d'odeurs désagréables quelles que soient leurs origines (bouche ou nez) [49] .

Sécheresse buccale ou xérostomie : est une sensation de la bouche sèche, elle n'est pas forcément consécutive à une diminution de la sécrétion de la salive, ou hyposialie, voire une absence de sécrétion de salive appelée asialie [48].

Occlusion ; terme utilisé pour spécifier la position que prennent les mâchoires lorsque les faces triturantes des dents antagonistes sont en contact [44].

Malocclusion trouble de l'occlusion des dents ou des maxillaires[44].

Mobilité dentaire est le plus souvent définie comme une augmentation de l'amplitude du déplacement de la dent [48].

Macroglossie :développement exagéré de la langue, congénital ou acquis[44].

Microglossie : petitesse de la langue[44].

Indice C A O : permet de réaliser les enquêtes de la santé dentaire et en soin buccodentaire et se définit comme le rapport du nombre de dents cariées, absentes et obturées sur le nombre de personnes examinées.

$$\text{CAO moyen mixte} = \frac{\text{Nombre total de dents CAO}}{\text{Nombre de personnes examinées}}$$

Indice de plaque de Silness et Løe (IP) cet indice mesure la plaque au voisinage de la gencive marginale. L'examen se fait à la sonde sans colorer la plaque .Les scores vont de 0 à 3 :

- 0 : pas de plaque

- 1 : présence de plaque non visible à l' œil nu mais ramassée en passant la sonde le long du sillon gingival sur la dent et au niveau de la gencive marginale

- 2 : présence de plaque visible à l'œil nu
- 3 : présence de plaque abondante visible à l'œil nu dans le sillon gingival au niveau de la dent et de la gencive marginale .

La moyenne des scores attribués donne l'état global de l'individu .

-Variables thérapeutiques :

Brossage des dents : consiste à procéder au nettoyage des dents et des espaces interdentaires à l'aide d'une brosse à dents et de dentifrice pour éliminer sucres et bactéries [46].

Obturation dentaire : est un acte opératoire biologique principalement physique et mécanique et secondairement médicamenteux.

Elle consiste à supprimer l'espace vide laissé par l'élimination de la pulpe; c'est le comblement de la cavité pulpaire par un matériau qui peut être en principe d'une nature quelconque [46].

Psycholeptiques : substances à action sédatrice sur le SNC entraînant l'activité psychique [37].

Hypnotiques : appelées somnifères sont destinés à réguler le sommeil [46].

Tranquillisants : se sont des benzodiazépines, médicaments qui calment l'anxiété sans modifier la conscience, la pensée, le jugement ou la sensibilité [45].

Sédatifs : sont des médicaments qui calment l'anxiété et la tension nerveuse, apaisent les douleurs, et aident à dormir en cas d'insomnie [46].

Neuroleptiques : sont des psychodépresseurs utilisés dans le traitement des psychoses aiguës ou chroniques, dont principalement la schizophrénie et les troubles schizophréniques, mais également les états d'agitation du type

maniaque, les délires aigus et d'autres psychoses hallucinatoires chroniques [46].

6.1 Présentation de la fiche clinique

La consultation individuelle a permis de récupérer des informations de différentes natures (**voir Annexe**) .

6.2 Les données générales sur l'individu

Chaque patient présentait un dossier médical dans lequel nous avons pris des renseignements .

Nous sommes passés à l'interrogatoire qui a été suivi de l'examen clinique :

- habitude alimentaire et consommation du tabac

- hygiène buccale

➤ L'examen clinique :

▪ L'état dentaire

L'indice de tartre, dents cariées, dents absente dents obturées, mobilité dentaire, abrasion dentaire, dyschromie.

▪ L'état de la cavité buccale volume lingual, gingivorragie, halitose, sécheresse buccale.

- L'indice de plaque :

Nous notons l'importance de plaque par présence « locale » et « généralisée ». Puis nous évaluons la qualité de tartre recouvrant la dent témoin grâce à un score de 0 à 3.

- L'indice CAO

A chaque dent est attribué un score qui correspond à la somme des

- dents cariées = C

- dents absentes = A

- dents obturées = O.

Cependant, si dans l'indice CAO, le « A » correspond à une dent absente pour cause de carie, ici il est impossible de déterminer précisément les causes de l'absence d'une dent. C'est pourquoi, le score « A » a été attribué à toute dent manquante sur l'arcade.

Ce score CAO a été calculé sur la denture en incluant les dents de sagesse chez les adultes.

Le CAO moyen est défini comme le rapport du nombre total de dents CAO sur le nombre d'individus examinés.

CAO moyen mixte=Nombre total de dents CAO /Nombre de patients examinés.

L'OMS définit les critères de sévérité selon le degré d'atteinte carieuse.

CAO<1 : Très basse prévalence.

1,2<CAO<2,6 : Basse prévalence.

2,7<CAO<4,4 : Prévalence modérée

CAO>6,6 : Prévalence très élevée.

La prévalence (P) de carie est le rapport du nombre de personnes ayant au moins une carie sur le nombre de personnes examinées.

$P = \frac{\text{Nombre de personnes ayant au moins une carie}}{\text{Nombre de personnes examinées}}$

6.3 Moyens mis en œuvre pour le recueil des données

6.3.1. Matériel

Pour la consultation, nous disposons de :

- gants

- masques naso-buccals
- kits d'examen comprenant une sonde et un miroir
- matériel d'enregistrement de données dont une fiche d'examen. (voir annexe)
- matériel de nettoyage et de désinfection

6.3.2 Méthodologie :

Le « paramétrage » des prises d'indices s'est effectué au service de psychiatrie du centre hospitalo universitaire du point G de Bamako, sur 130 patients consultants ou hospitalisés. L'examen bucco-dentaire a été effectué après la consultation psychiatrique. L'examen s'est déroulé dans une salle de garde mise à notre disposition. En ce qui concerne les hospitalisés ils étaient consultés dans leur bloc. Les jours de consultation étaient du lundi au mercredi avec deux médecins psychiatres dans les différentes cellules.

6.3.2.1. Méthode d'analyse statistique

Chaque item de l'examen clinique réalisé a été codifié afin de pouvoir exploiter l'ensemble des données recueillies sur informatique grâce à des logiciels Microsoft Word et Epi-6 Fr version 2000.

6.4 Retombées scientifiques anticipées :

L'étude permettra d'avoir une cartographie des pathologies bucco-dentaires des patients; de déterminer les facteurs de risques ; de décrire les facteurs de risque et par conséquent d'élaborer un plan de traitement. Tous les patients ont bénéficié de la gratuité de la consultation bucco-dentaire et des conseils sur l'hygiène bucco-dentaire.

RESULTATS

IV RESULTATS

1. Exploitation statistique des données recueillies :

Notre échantillon comprenait 130 patients. Une analyse descriptive a été effectuée dans un premier temps. Puis une analyse comparative a testé la pertinence des différents facteurs étudiés.

2. Caractéristique de la population :

2.1 Caractéristiques sociodémographiques

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge.

TRANCHE D'AGE[ans]	EFFECTIF	FREQUENCE(%)
4-14	9	6,9
15-24	26	20,0
25-34	41	31,5
35-44	29	22,3
45-54	15	11,5
55-64	5	3,9
65 et plus	5	3,9
TOTAL	130	100,0

La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 25-34 ans avec 41 patients soit 31,5%.

L'âge moyen a été 33,2 ans avec des extrêmes de 4 et 75 ans.

Tableau II : Répartition des patients en fonction du sexe.

SEXE	EFFECTIF	FREQUENCE(%)
Masculin	91	70,0
Féminin	39	30,0
TOTAL	130	100,0

Le sexe masculin était le plus représenté avec 91 patients soit 70,0 %, et un sex-ratio de 2,3.

Tableau III : Répartition des patients en fonction du groupe ethnique.

ETHNIE	EFFECTIF	FREQUENCE(%)
Bamanan	45	34,6
Peuhl	26	20,0
Sarakole	22	16,9
Malinke	9	6,9
Autres	28	21,5
TOTAL	130	100,0

Le groupe ethnique Bamanan a été le plus représenté avec 45 patients soit 34,6 %.

N.B. Autres :Dogon ,Sonrai , Bobo , Bozo , Mianka , Dafing, Daome, Ghanah, et Kassonké.

Tableau IV: Répartition des patients en fonction du lieu de résidence.

RESIDENCE	EFFECTIF	FREQUENCE(%)
Bamako	88	67,7
Région	18	13,8
Milieu rural	24	18,5
TOTAL	130	100,0

Parmi nos patients 67,7% résidaient à Bamako.

2.2 Caractéristiques cliniques :

Tableau V : Répartition des patients en fonction du diagnostic psychiatrique.

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE	EFFECTIF	FREQUENCE(%)
Psychoses aiguës	25	19,2
Psychoses chroniques	74	56,9
Autres	31	23,8
Total	130	100,0

Les psychoses chroniques étaient les plus représentées avec 74 patients soit 56,9%.

N.B. Autres = Dépression, Epilepsie, Retard mental, Démence, Toxicomanie, Névrose, Etat anxieux, Hydrocéphale, Trouble panique, et Autisme.

Tableau VI : Répartition des patients en fonction du traitement psychotrope.

TRAITEMENT PSYCHOTROPE	EFFECTIF	FREQUENCE(%)
Neuroleptiques	127	97,7
Antidépresseurs	3	2,3
TOTAL	130	100,0

Les patients sous neuroleptiques ont représenté 127 patients soit 97,7 % .

Tableau VII: Répartition des patients en fonction de la durée du traitement.

DUREE DU TRAITEMENT	EFFECTIF	FREQUENCE(%)
< à 6 mois	36	27,7
> à 6 mois	94	72,3
TOTAL	130	100,0

En fonction de la durée du traitement 72,3% des patients étaient sous traitement pendant plus de six mois.

2.3 Mode de vie des patients :

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction des aliments consommés en dehors des repas.

ALIMENTS	EFFECTIF	FREQUENCE(%)
Fruits	58	43,3
Boisson sucrée	29	21,6
Biscuits	12	9,0
Bonbons	11	8,2
Bouillies	9	6,7
The	7	5,2
Autres	7	5,2
TOTAL	134	100,0

En dehors des repas, 43,3 % des patients consommaient les fruits.

Tableau IX : Répartition des patients en fonction de la consommation de tabac.

CONSOMMATION DE TABAC	EFFECTIF	FREQUENCE(%)
Fumeurs	30	23,1
Non fumeurs	100	76,9
TOTAL	130	100,0

Sur l'ensemble de l'échantillon **23,1%** des patients ont déclaré être fumeurs réguliers ou occasionnels.

2.4 Renseignement sur l'hygiène buccale

Tableau X : Répartition des patients en fonction de la fréquence du brossage des dents.

FREQUENCE PAR JOUR	EFFECTIF	FREQUENCE(%)
Jamais	14	10,8
Au moins une par jour	71	54,6
Deux fois par jour	34	26,1
Trois fois par jour	11	8,5
TOTAL	130	100,0

Nous avons enregistré **54,6 %** des patients qui se brossaient les dents une fois par jour.

2.5 Renseignement clinique bucco-dentaire

Tableau XI : Répartition des patients en fonction de toutes les pathologies bucco-dentaires

PATHOLOGIES BUCCO- DENTAIRE	NÉANT		PATHOLOGIES		TOTAL	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Carie dentaire	36	27,7	94	72,3	130	100,0
Dents absentes	82	63,1	48	36,9	130	100,0
Sécheresse buccale	65	50,0	65	50,0	130	100,0
Abrasion dentaire	12	9,2	118	90,8	130	100,0
Dyschromie	30	23,1	100	76,9	130	100,0
Gingivorragie	71	54,6	59	45,4	130	100,0
Lésion de la muqueuse	37	28,5	93	71,5	130	100,0
Occlusion	60	46,2	70	53,8	130	100,0
Mobilité dentaire	112	86,2	18	13,8	130	100,0
Volume lingual	87	66,9	43	33,1	130	100,0
Halitose	56	43,1	74	56,9	130	100,0

La pathologie la plus fréquente était l'abrasion dentaire avec 118 patients soit **90,8%**.

Tableau XII : Répartition des patients en fonction de dents obturées.

DENTS OBTUREES	EFFECTIF	FREQUENCE(%)
Néant	120	92,3
dents obturées	10	7,7
TOTAL	130	100,0

Dix patients avaient des dents obturées soit 7,7%.

Tableau XIII: Répartition des patients en fonction du nombre de dents cariées.

NOMBRE DE DENTS CARIÉES	EFFECTIF	FREQUENCE(%)
0	34	26,1
1	15	11,5
3	14	10,8
4	13	10,0
5	11	8,4
6	2	1,5
7	4	3,1
8	5	3,8
9	4	3,1
10	1	0,8
11	4	3,1
14	1	0,8
15	2	1,5
18	1	0,8
19	1	0,8
Total	130	100,0

Quinze patients avaient une dent cariée soit 11,5%.

Nombre de dents cariées =

$$(15 \times 1) + (1 \times 15) + (3 \times 14) + (4 \times 13) + (5 \times 11) + (6 \times 2) + (7 \times 4) + (8 \times 5) + (9 \times 4) + (10 \times 1) + (11 \times 4) + (14 \times 1) + (15 \times 2) + (18 \times 1) + (19 \times 1) = \mathbf{481}$$

C=481

Tableau XIV: Répartition des patients en fonction du nombre de dents absentes.

NOMBRE DE DENTS ABSENTES	EFFECTIF	FRÉQUENCE(%)
0	82	63,1
1	11	8,4
2	9	6,9
3	8	6,1
4	8	6,1
5	4	3,1
6	2	1,5
8	1	0,8
9	2	1,5
10	1	0,8
11	1	0,8
16	1	0,8
Total	130	100,0

Une dent absente a été retrouvée chez 11 patients soit 8,4%.

Nombre de dents absentes

$$=(1 \times 11) + (2 \times 9) + (3 \times 8) + (4 \times 8) + (5 \times 4) + (6 \times 2) + (8 \times 1) + (9 \times 2) + (10 \times 1) + (11 \times 1) + (16 \times 1) = 180$$

$$\mathbf{A = 180}$$

Tableau XV : Répartition des patients en fonction du nombre de dents obturées

NOMBRE DE DENTS OBTURÉES	EFFECTIF	FRÉQUENCE (%)
0	120	92,3
1	6	4,6
2	2	1,5
4	2	1,5
Total	130	100,0

Une dent obturée a été retrouvée chez 6 patients soit 4,6%.

Nombre total de dents obturées = $(1 \times 6) + (2 \times 2) + (4 \times 2) = 18$

O = 18

3.6 Indice « C A O » :

L'indice CAO moyen = Nombre de dents CAO / Nombre de personnes examinée.

$$C = 481$$

$$A = 180$$

$$O = 18$$

$$\text{Nombre de dents CAO : } C + A + O = 481 + 180 + 18 = \mathbf{685}$$

Nombre de sujets examinés : 130

$$\text{Indice CAO} = \frac{685}{130} = \mathbf{5,22} .$$

Indice CAO=5,22

2.6 Analyse comparative des facteurs étudiés

Tableau XVI: Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge et l'indice de plaque.

PLAQUE TRANCHE D'AGE[AN]	SCORE 0		SCORE 1		SCORE 2		SCORE 3	
	E	%	E	%	E	%	E	%
4-14	1	2,2	1	2,1	7	22,6	0	0,0
15-24	13	28,2	7	14,9	4	12,9	1	16,7
25-34	19	41,3	11	23,4	7	22,6	3	50,0
35-44	7	15,2	16	34,0	6	19,3	0	0,0
45-54	1	2,2	7	14,9	6	19,3	2	33,3
55+	5	10,9	5	10,4	1	3,2	0	0,0
TOTAL	46	100,0	47	100,0	31	100,0	6	100,0

NB : E = effectif

Score 0 = pas de plaque

Score 1= présence de plaque non visible à l'œil

Score 2 = présence de plaque visible à l'œil

Score 3 = présence de plaque abondante

Le score 1 était plus fréquent dans la tranche d'âge 35-44 avec 16 patients soit **34,0%**, le score 2 était fréquent dans les tranches d'âge 4-14 et 25-34 avec 7 patients soit **22,6%**, tandis que le score 3 était fréquent dans les tranches d'âge 25-34 avec 3 patients soit **50%** et 45-54 avec 2 patients soit **33,3%**.

Tableau XVII: Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge et les dents cariées.

DENTS CARIÉES TRANCHE D'ÂGE[AN]	NÉANT		CARIE DENTAIRE	
	Effectif	%	Effectif	%
4-14	7	19,4	2	2,1
15-24	8	22,2	17	18,1
25-34	8	22,2	32	34,0
35-44	8	22,2	21	22,3
45-54	2	5,6	14	14,9
55 et plus	3	8,3	8	8,5
TOTAL	36	100,0	94	100,0

La carie dentaire était plus fréquente dans la tranche d'âge 25-34 ans avec 32 patients soit **34,0%** .

Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge et les dents absentes.

DENTS ABSENTES TRANCHE D'AGE[AN]	NÉANT		DENTS ABSENTES	
	Effectif	%	Effectif	%
4-14	9	11,1	0	0,0
15-24	18	21,9	7	14,6
25-34	30	36,6	10	20,8
35-44	17	20,7	12	25,0
45-54	3	3,6	13	27,1
55 et +	5	6,1	6	12,5
TOTAL	82	100,0	48	100,0

Les dents absentes étaient fréquentes dans les tranches d'âge 45-54 ans avec 13 patients soit **27,1%** et 35-44 ans avec 12 patients soit **25,0%**.

Tableau XIX: Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge et dents obturées.

DENTS OBTUREES TRANCHE D'AGE[AN]	NÉANT		DENTS OBTURÉES	
	Effectif	%	Effectif	%
4-14	9	7,5	0	0,0
15-24	23	19,1	2	20,0
25-34	38	31,7	2	20,0
35-44	26	21,7	3	30,0
45-54	14	11,7	2	20,0
55 et +	10	8,3	1	10,0
TOTAL	120	100,0	10	100,0

L'obturation dentaire était fréquente dans la tranche d'âge 35-44 ans avec 3 patients soit **30,0%**.

Tableau XX: Répartition des patients en fonction du sexe et de l'indice de plaque

PLAQUE SEXE	SCORE 0		SCORE 1		SCORE 2		SCORE 3	
	E	%	E	%	E	%	E	%
Masculin	28	60,9	33	70,2	24	77,4	6	100,0
Féminin	18	39,1	14	29,8	7	22,6	0	0,0
Total	46	100,0	47	100,0	31	100,0	6	100,0

NB : E= effectif

Score 0 = pas de plaque

Score 1= présence de plaque non visible à l'œil

Score 2 = présence de plaque visible à l'œil

Score 3 = présence de plaque abondante

L'indice de plaque était élevé chez le sexe masculin avec 33 patients soit **70,2%** pour le score 1, avec 24 patients soit **77,4 %** pour le score 2 , et 6 patients soit **100,0%** pour le score 3.

Tableau XXI: Répartition des patients en fonction du sexe et de dents cariées

DENTS CARIÉES SEXE	NÉANT		DENTS CARIÉES	
	Effectif	%	Effectif	%
Masculin	26	72,2	65	69,2
Féminin	10	27,8	29	30,8
Total	36	100,0	94	100,0

La fréquence de dents cariées était élevée chez le sexe masculin avec 65 patients soit **69,2%** .

Tableau XXII : Répartition des patients en fonction du sexe et de dents absentes.

DENTS ABSENTES SEXE	NÉANT		DENTS ABSENTES	
	Effectif	%	Effectif	%
Masculin	61	74,4	30	62,5
Féminin	21	25,6	18	37,5
Total	82	100,0	48	100,0

La fréquence de dents absentes était élevée chez le sexe masculin avec 30 patients soit **62,5%**.

Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction du diagnostic psychiatrique et de l'indice de plaque

PLAQUE DIAGNOSTIC	SCORE 0		SCORE 1		SCORE 2		SCORE 3	
	E	%	E	%	E	%	E	%
Psychoses aigues	12	26,1	6	12,8	7	22,6	0	0,0
Psychoses chroniques	25	54,3	29	61,7	15	48,4	5	83,3
Autres	9	19,6	12	25,5	9	29,0	1	16,7
Total	46	100,0	47	100,0	31	100,0	6	100,0

L'indice de plaque était élevé chez les psychoses chroniques avec 29 patients soit **61,7%** pour le score 1, avec 15 patients soit **48,4%** pour le score 2, et avec 5 patients soit **83,3%** pour le score 3.

Tableau XXIV: Répartition des patients en fonction du diagnostic psychiatrique et de dents cariées.

DENTS CARIEE DIAGNOSTIC	NÉANT		DENTS CARIÉES	
	Effectif	%	Effectif	%
Psychoses aiguës	6	16,7	19	18,3
Psychoses chroniques	17	47,2	57	54,8
Autres	13	36,1	28	26,9
Total	36	100,0	104	100,0

Il existait une liaison statistique significative entre le diagnostic psychiatrique et les dents cariées.

$\text{Khi}^2 = 4,1340$ DDL = 2 P = 0,1266

La carie dentaire était fréquente chez les psychoses chroniques avec 57 patients soit **54,8%**.

Tableau XXV : Répartition des patients en fonction du diagnostic psychiatrique et des dents absentes.

DENTS ABSENTES DIAGNOSTIC	NÉANT		DENTS ABSENTES	
	Effectif	%	Effectif	%
Psychoses aiguës	16	19,5	9	18,7
Psychoses chroniques	47	57,3	27	56,2
Autres	19	23,2	12	25,0
Total	82	100,0	48	100,0

Il existait une liaison significative entre le diagnostic psychiatrique et les dents absentes.

$$\text{Khi } 2 = 0,0577 \quad \text{DDL} = 2 \quad \text{P} = 0,9716$$

Les dents absentes étaient fréquentes chez les psychoses chroniques avec 27 patients soit **56,2%**.

Tableau XXVI: Répartition des patients en fonction du diagnostic psychiatrique et de dents obturées .

DENTS OBTUREES DIAGNOSTIC	NÉANT		DENTS OBTURÉES	
	Effectif	%	Effectif	%
Psychoses aiguës	24	20,0	1	10,0
Psychoses chroniques	69	57,5	5	50,0
Autres	27	22,5	4	40,0
Total	120	100,0	10	100,0

L'obturation dentaire a été retrouvée chez 5 patients atteints de psychoses chroniques soit 50 %.

Tableau XXVII: Répartition des patients en fonction du diagnostic psychiatrique et de l'halitose .

DIAGNOSTIC \ HALITOSE	NÉANT		HALITOSE	
	Effectif	%	Effectif	%
Psychoses aiguës	15	26,8	10	13,5
Psychoses chroniques	27	48,2	47	63,5
Autres	14	25,0	17	23,0
Total	56	100,0	74	100,0

Il existait une liaison statistique significative entre le diagnostic psychiatrique des patients et l'halitose.

$$\text{Khi } 2 = 4,2856 \quad \text{DDL} = 2 \quad \text{P} = 0,1173$$

L'halitose était fréquente chez les psychoses chroniques avec 47 patients soit **63,5%**.

Tableau XXVIII: Répartition des patients en fonction du diagnostic psychiatrique et de l'abrasion dentaire .

ABRASION DENTAIRE DIAGNOSTIC	NÉANT		ABRASION DENTAIRE	
	Effectif	%	Effectif	%
Psychoses aiguës	2	16,7	23	19,5
Psychoses chroniques	7	58,3	67	56,8
Autres	3	25,0	28	23,7
Total	12	100,0	118	100,0

L'abrasion dentaire était fréquente chez les psychoses chroniques avec 67 patients soit **56,8%**.

Tableau XXIX: Répartition des patients en fonction du diagnostic psychiatrique et de la sécheresse buccale .

SECHERESSE BUCCALE DIAGNOSTIC	NÉANT		SÉCHERESSE BUCCALE	
	Effectif	%	Effectif	%
Psychoses aiguës	12	18,5	13	20,0
Psychoses chroniques	37	56,9	37	56,9
Autres	16	24,6	15	23,1
Total	65	100,0	65	100,0

Il existait une relation statistiquement significative entre la sécheresse buccale et le diagnostic psychiatrique.

Khi 2 =0,0723 DDL= 2 P= 0,9645

La sécheresse buccale était présente chez les psychoses chroniques avec 37 patients soit **56,9%**.

Tableau XXX: Répartition des patients en fonction du diagnostic psychiatrique et de la dyschromie dentaire .

DIAGNOSTIC \ DYSCHROMIE	NÉANT		DYSCHROMIE DENTAIRE	
	Effectif	%	Effectif	%
Psychoses aiguës	6	20,0	19	19,0
Psychoses chroniques	13	43,3	61	61,0
Autres	11	36,7	20	20,0
Total	30	100,0	100	100,0

Il existait une relation statistiquement significative entre le diagnostic psychiatrique des patients et la dyschromie dentaire.

$$\text{Khi } 2 = 3,9655 \quad \text{DDL} = 2 \quad \text{P} = 0,1377$$

La dyschromie dentaire était présente chez 61 patients atteints de psychoses chroniques soit **61,0%**.

Tableau XXXI : Répartition des patients en fonction du diagnostic psychiatrique et de la gingivorragie.

GINGIVORRAGIE \ DIAGNOSTIC	NÉANT		GINGIVORRAGIE	
	Effectif	%	Effectif	%
Psychoses aiguës	15	21,1	10	17,0
Psychoses chroniques	38	53,5	36	61,0
Autres	18	25,4	13	22,0
Total	71	100,0	59	100,0

Il existait une relation statistiquement significative entre le diagnostic psychiatrique des patients et la gingivorragie.

$$\text{Khi } 2 = 0,7593 \quad \text{DDL} = 2 \quad \text{P} = 0,6841$$

La gingivorragie était présente chez 36 patients atteints de psychoses chroniques soit **61,0%** .

Tableau XXXII : Répartition des patients en fonction du diagnostic psychiatrique et des lésions buccales.

LESIONS BUCCALES DIAGNOSTIC	NÉANT		LÉSIONS DE LA MUQUEUSE	
	Effectif	%	Effectif	%
Psychoses aiguës	8	21,6	17	18,3
Psychoses chroniques	20	54,1	54	58,1
Autres	9	24,3	22	23,6
Total	37	100,0	93	100,0

Il existait une relation statistiquement significative entre le diagnostic psychiatrique des patients et les lésions de la muqueuse buccale.

$$\text{Khi } 2 = 0,2335 \quad \text{DDL} = 2 \quad \text{P} = 0,8898$$

Les lésions de la muqueuse buccale étaient présente chez 54 patients atteints de psychoses chroniques soit **58,1%**.

Tableau XXXIII : Répartition des patients en fonction du diagnostic psychiatrique et de l'occlusion dentaire .

OCCLUSION DENTAIRE DIAGNOSTIC	NÉANT		MALOCCLUSION DENTAIRE	
	Effectif	%	Effectif	%
Psychoses aiguës	14	23,3	11	15,7
Psychoses chroniques	38	63,3	36	51,4
Autres	8	13,3	23	32,9
Total	60	100,0	70	100,0

Il existait une relation statistiquement significative entre le diagnostic psychiatrique des patients et l'occlusion dentaire.

$$\text{Khi } 2 = 6,9440 \quad \text{DDL} = 2 \quad \text{P} = 0,0311$$

L'occlusion dentaire anormale a été retrouvée chez 36 patients atteints de psychoses chroniques soit **51,4%**.

Tableau XXXIV : Répartition des patients en fonction du diagnostic psychiatrique et du volume lingual.

VOLUME LINGUAL DIAGNOSTIC	NÉANT		VOLUME LINGUAL ANORMAL	
	Effectif	%	Effectif	%
Psychoses aiguës	8	18,6	17	19,5
Psychoses chroniques	20	46,5	54	62,1
Autres	15	34,9	16	18,4
Total	43	100,0	87	100,0

Le volume lingual anormal était présent chez 54 patients atteints de psychose chronique soit **62,1%**.

Tableau XXXV: Répartition des patients en fonction du diagnostic psychiatrique et de la mobilité dentaire.

MOBILITE DENTAIRE DIAGNOSTIC	NÉANT		MOBILITÉ DENTAIRE	
	Effectif	%	Effectif	%
Psychoses aiguës	23	20,5	2	11,1
Psychoses chroniques	61	54,5	13	72,2
Autres	28	25,0	3	16,7
Total	112	100,0	18	100,0

La mobilité dentaire était présente chez 13 patients atteints de psychoses chroniques soit **72,2%**.

Tableau XXXVI : Répartition des patients en fonction de la durée du traitement et l'indice de plaque.

PLAQUE DUREE DU TTT	SCORE 0		SCORE 1		SCORE 2		SCORE 3	
	E	%	E	%	E	%	E	%
traitement ≤ à six mois de	15	32,6	9	19,2	11	35,5	1	16,6
traitement > à six mois	31	67,4	38	80,8	20	64,5	5	83,3
Total	46	100,0	47	100,0	31	100,0	6	100,0

L'indice de plaque était plus élevé chez les patients sous traitement psychotrope de plus de 6 mois, avec **80,8%** pour le score 1 ; **64,5%** pour le score 2 et **83,3%** pour le score 3.

Tableau XXXVII: Répartition des patients en fonction de la durée du traitement et de dents cariées.

CARIE DUREE DU TTT	NÉANT		DENTS CARIÉES	
	Effectif	%	Effectif	%
traitement ≤ à six mois de	9	25,0	27	28,7
traitement > à six mois	27	75,0	67	71,3
Total	36	100,0	94	100,0

La carie dentaire était fréquente chez les patients sous traitement de plus de 6 mois soit **71,3%**.

Tableau XXXVIII: Répartition des patients en fonction de la durée du traitement et de la sécheresse buccale.

SECHERESSE BUCCALE DUREE DU TTT	NÉANT		SÉCHERESSE BUCCALE	
	Effectif	%	Effectif	%
traitement ≤ à six mois de	21	32,3	15	23,1
traitement > à six mois	44	67,7	50	76,9
Total	65	100,0	65	100,0

La sécheresse buccale était présente chez 50 patients sous traitement de plus de 6 mois soit **76,9%**.

Tableau XXXIX : Répartition des patients en fonction de la durée du traitement et de la dyschromie dentaire.

DYSCHROMIE DUREE DU TTT	NÉANT		DYSCHROMIE DENTAIRE	
	Effectif	%	Effectif	%
traitement ≤ à six mois de	9	30,0	27	27,0
traitement > à six mois	21	70,0	73	73,0
Total	30	100,0	100	100,0

La dyschromie dentaire était présente chez 73 patients sous traitement psychotrope de plus de 6 mois soit **73,0%**.

Tableau XL : Répartition des patients en fonction de la durée du traitement et de l'halitose.

HALITOSE DUREE DU TTT	NÉANT		HALITOSE	
	Effectif	%	Effectif	%
traitement ≤ à six mois de	20	35,7	16	21,6
traitement > à six mois	36	64,3	58	78,4
Total	56	100,0	74	100,0

L'halitose était présente chez 58 patients sous traitement de plus de 6 mois soit **78,4%** .

Tableau XLI : Répartition des patients en fonction de la durée du traitement et de l'abrasion dentaire.

ABRASION DUREE DU TTT	NÉANT		ABRASION DENTAIRE	
	Effectif	%	Effectif	%
traitement ≤ à six mois de	4	33,3	32	27,1
traitement > à six mois	8	66,7	86	72,9
Total	12	100,0	118	100,0

L'abrasion dentaire était présente chez 86 patients sous traitement de plus de 6 mois soit **72,9%**.

Tableau XLII: Répartition des patients en fonction de la durée du traitement et de la gingivorragie

GINGIVORRAGIE DUREE DU TTT	NÉANT		GINGIVORRAGIE	
	Effectif	%	Effectif	%
traitement ≤ à six mois de	21	29,6	15	25,4
traitement > à six mois	50	70,4	44	74,6
Total	71	100,0	59	100,0

La gingivorragie était présente chez 44 patients sous traitement de plus de 6 mois soit **74,6 %**.

Tableau XLIII : Répartition des patients en fonction de la durée du traitement et de la lésion de la muqueuse buccale

LÉSION DE LA MUQUEUSE DUREE DU TTT	NÉANT		LESIONS DE LA MUQUEUSE BUCCALE	
	Effectif	%	Effectif	%
traitement ≤ à six mois de	12	32,4	24	25,8
traitement > à six mois	25	67,6	69	74,2
Total	37	100,0	93	100,0

Les lésions buccales étaient présentes chez 93 patients sous traitement de plus de 6 mois soit **74,2 %**.

Tableau XLIV : Répartition des patients en fonction de la durée du traitement et de l'occlusion dentaire.

OCCLUSION DUREE DU TTT	NÉANT		MALOCCLUSION	
	Effectif	%	Effectif	%
traitement ≤ à six mois de	15	25,0	21	30,0
traitement > à six mois	45	75,0	49	70,0
Total	60	100,0	70	100,0

La malocclusion dentaire était présente chez 49 patients sous traitement de plus de 6 mois soit **70,0 %**.

DISCUSSION ET COMMENTAIRES

V. DISCUSSION ET COMMENTAIRES

Nous avons entrepris une étude prospective sur la santé bucco-dentaire en psychiatrie sur 130 patients dans le Centre Hospitalier et Universitaire du Point G pendant un mois, du 09 juin au 09 juillet 2014 .

1. Selon les données sociodémographiques :

1.1 Analyse descriptive

- **Le sexe**

Le sexe masculin était le plus représenté avec 91 patients soit 70,0 %, soit un sex- ratio de 2,3 en faveur des hommes.

Koumare B [10], cité par Picard P.G.P [40] signale que 66 % des malades psychiatriques étaient de sexe masculin.

- **L'âge :**

La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 25-34 ans avec 41 patients soit 31,5 %. L'âge moyen a été 33,2 ans avec des extrêmes de 4 et 75 ans. Cela peut s'expliquer par :

-la population générale est jeune au Mali (52%) [Diabate M.].

-cette population est confrontée à des difficultés de la vie (scolarisation, chômage, autonomie financière).

-elle est exposée à des évènements de vie stressants, précipitant le déclenchement de la maladie et les récurrences : perturbation du développement affectif (maltraitance), perturbations des relations intrafamiliales, problèmes d'identité.

Haidara M. [8] a trouvé au Mali une prédominance de la tranche d'âge 25-34 ans avec un taux de 33,5 % des consultations externes.

- **L'ethnie et résidence**

Le groupe ethnique Bamanan a été le plus représenté avec 45 patients soit 34,6 %. Parmi nos patients 67,7 % résidaient à Bamako.

Ceci peut s'expliquer par le fait que l'étude a été effectuée dans le milieu Bamanan et plus précisément à Bamako.

- **Habitude alimentaire et hygiène buccale**

En dehors des repas, 58 patients consommaient les fruits soit 43,3%. La gêne de la sécheresse buccale modifie les habitudes alimentaires ; l'ingestion des aliments mous et sucrés est plus facile que celle des aliments solides.

Sur l'ensemble de l'échantillon **23,1%** des patients ont déclaré être fumeurs réguliers ou occasionnels.

Le tabagisme est un facteur de développement de maladies orales, la nicotine par son action ischémique modifie la flore de la cavité buccale et favorise la formation de lésions de la muqueuse et la carie dentaire [49].

Nous avons enregistré **54,6 %** de patients qui se brossaient les dents une fois par jour.

2. Selon les données cliniques

- **Le diagnostic psychiatrique**

Les psychoses chroniques étaient les plus représentées avec 74 patients soit 56,9 %.

Séga D. [42] a trouvé dans son étude 66,7 % de patients atteints de psychoses chroniques.

- **Le traitement psychotrope**

Les patients sous neuroleptiques ont représenté 97,7 % de la population .

En fonction de la durée du traitement 72,3 % des patients étaient sous traitement pendant plus de six mois.

- **Selon l'état d'hygiène :**

L'hygiène bucco-dentaire a été évaluée à partir de l'indice de plaque.

La présence de plaque était élevée chez le sexe masculin avec 33 patients qui avaient le 1/3 de la surface dentaire recouvert de plaque (score 1) soit 70,2 %, 24 patients avec 2/3 de la surface recouverts de plaque (score 2) soit 77,4 % et toute la surface recouverte (score 3) chez 6 patients soit 100 %. Ce résultat s'explique par un manque d'attention porté à l'hygiène bucco-dentaire chez les hommes que chez les femmes. La présence de plaque témoigne de l'insuffisance ou l'absence de brossage dentaire [34].

Le score 1 était plus fréquent dans la tranche d'âge 35-44 ans avec 16 patients soit **34,0 %**, le score 2 était fréquent dans les tranches d'âge 4-14 et 25-34 ans avec 7 patients soit **22,6 %**, tandis que le score 3 était fréquent dans les tranches d'âge 25-34 ans avec 3 patients soit **50 %** et 45-54 ans avec 2 patients soit **33,3 %**.

L'indice de plaque était élevé chez les patients présentant une psychose chronique avec 29 patients pour le score 1 soit **61,7 %**, avec 15 patients pour le score 2 soit **48,4 %**, et avec 5 patients pour le score 3 soit **83,3 %**.

Ces résultats s'expliquent par une diminution de fréquence de brossage ou un brossage mal adapté. Souvent le patient est forcé à manger par les parents, il garde les aliments en bouche pendant longtemps car ils sont

difficiles à avaler à cause de l'inhibition psychomotrice. Aussi de nombreux symptômes de la psychose chronique (dissociation, hallucinations ou illusions tactiles, cénesthésiques, délires à thématiques corporelles, incurie, troubles de la motricité, automutilations...) 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 [49].

L'indice de plaque était plus élevé chez les patients sous traitement psychotrope de plus de 6 mois, avec **80,8 %** pour le score 1, **64,5 %** pour le score 2 et **83,3 %** pour le score 3.

Ce résultat explique l'effet des médicaments psychotropes qui provoquent la sécheresse buccale, et l'absence d'auto-nettoyage avec la langue qui reste immobile liée le plus souvent à l'inhibition psychomotrice [36]. Cet effet s'associe au manque d'hygiène, avec les habitudes alimentaires néfastes, comme le grignotage abondant des aliments sucrés et collants, la soif aggravée par la sécheresse buccale qui provoque la consommation excessive de boissons sucrées, favorisant l'accumulation de la plaque dentaire.

- **Etat bucco-dentaire clinique :**

Indice de Klein et Palmer (Dents CAO)

Au cours de notre étude nous avons noté 180 dents absentes, 481 dents cariées, et 18 dents obturées définitivement. Cette évaluation nous montre une forte prévalence de carie dentaire avec 73,9 % et un indice CAO égal à 5,2.

La carie dentaire était présente sur une dent chez 15 patients soit 11,5 %.

Ces résultats peuvent s'expliquer par une mauvaise hygiène bucco-dentaire

due à la maladie mentale elle-même. Le manque de dextérité manuelle suffisant, pour éliminer complètement la plaque dentaire, la déficience du nettoyage naturel par la musculature linguale, constituent une barrière physique. L'absence de compréhension des notions d'hygiène, et de volonté constituent une barrière comportementale [25]. Nous savons que la carie dentaire est une maladie infectieuse multifactorielle (confert schéma de Keyes) [2].

Aussi la consultation tardive au cabinet dentaire pour des raisons multiples, comme la peur, les moyens financiers, le manque d'information et d'attention de l'entourage peuvent conduire à la perte de la dent.

Cette valeur CAO 5,2 est considérée comme une prévalence élevée selon l'O.M.S [2], donc les patients consultant dans le service de psychiatrie du CHU Point G ont un besoin de soins dentaires plus important.

Notre indice CAO est inférieur à celui de :

- dépistage bucco-dentaire en milieu psychiatrique du centre Hospitalier LA CHARTREUSE en 2011 sur 103 patients avec un indice CAO de 18,70 [19] ,
- de Kalifa D. en 2008 qui a relevé sur 600 patients âgés de 14 à 61 ans un indice CAO= 9,89 avec une fréquence globale de carie à 99,0 % [7].
- et de Fatogoma T., en 1996 au Cabinet privé « Stomadent » au marché de Lafiabougou, sur un échantillon de 150 patients âgés de 14 ans et plus, avec un indice CAO de 5,86 [12].

Notre indice CAO est supérieur à celui de Sibiry T. en 2007 au cabinet n^o12 sur 420 patients qui a mis en évidence un indice CAO de 2,81[5].

La carie dentaire était plus représentée dans la tranche d'âge 25-34 ans avec 32 patients soit **34,0 %**.

Ce résultat nous montre que les patients jeunes sont plus vulnérables à l'atteinte carieuse, cela peut être du aux autres facteurs associés à la maladie mentale, comme le grignotage, le tabac, et l'alcool.

Les dents absentes étaient fréquentes dans les tranches d'âge 45-54 ans avec 13 patients soit **27,1 %** et 35-44 ans avec 12 patients soit **25,0 %**.

L'âge apparait ici comme un facteur influençant négativement l'état de santé bucco-dentaire, la conservation d'un nombre minimum de 20 dents semble nécessaire au maintien d'une fonction masticatoire correcte et d'une bonne nutrition. Ce constat est le même que celui observé dans la population générale [34].

Il existait une liaison statistique significative entre le sexe, la carie dentaire, et l'absence dentaire.

La fréquence de la carie dentaire était élevée chez le sexe masculin avec 65 patients soit **69,2 %**. La fréquence de dents absentes était élevée chez le sexe masculin avec 30 patients soit **62,5 %**.

Ce résultat montre que les femmes sont sans doute plus attentives à l'hygiène bucco-dentaire, un brossage plus rigoureux, un suivi régulier chez le dentiste. Aussi les habitudes nocives moindres (tabac, alcool...) pourraient être à l'origine de cet écart [34] .

Nos résultats sont en accord avec ceux de Connick et Coll. (2001) qui ont trouvé que les hommes présentaient un nombre élevé de carie dentaire et de problèmes gingivaux que leurs homologues femmes[34].

Il existait une liaison statistique significative entre le diagnostic psychiatrique, les dents cariées, et avec les dents absentes.

La carie dentaire était fréquente chez les psychoses chroniques avec 57 patients soit **54,8 %**. L'absence dentaire était fréquente chez les psychoses chroniques avec 27 patients soit 56,2%.

Cela s'explique par le grignotage, les troubles de la conduite alimentaire en particulier l'anorexie-boulimie, l'augmentation de l'indice de plaque, et les causes multiples d'accès aux soins dentaires qui favorisent la carie dentaire ou une parodontose, le plus souvent la cause de la perte dentaire [20]. En plus une diminution de la fréquence de brossage, suivant l'ancienneté de la prise en charge psychiatrique, s'associe au degré d'incapacité [19]. Les troubles psychomoteurs aussi altèrent la coordination.

La pathologie la plus fréquente était l'abrasion dentaire avec 118 patients soit **90,8 %**.

L'abrasion dentaire était fréquente chez les patients présentant une psychose chronique avec 67 patients soit **56,8 %**.

Cette parafunction est une sorte de recours inconscient contre les vicissitudes de la vie [50]. Cette grande fréquence s'explique à la présence des troubles fonctionnels chez ces patients, nous pouvons citer les dyskinésies buccales, les stéréotypies, et les dystonies, ces mouvements incontrôlés des muscles et du tonus musculaire agissent sur les dents qui s'usent au fur et à mesure, entraînant la perte des substances dentaires [49].

La mobilité dentaire était présente chez 13 patients atteints de psychoses chroniques soit **72,2 %**.

Ce résultat s'explique par une atteinte parodontale, qui est le plus souvent d'origine infectieuse. Cette infection est due à la présence de la plaque bactérienne, qui sert d'habitat aux bactéries, qui s'attaquent aux tissus durs de la dent et cette dernière perd son soutien et devient mobile. Ce qui conduit à la perte de la dent.

Il existait une liaison statistique significative entre le diagnostic psychiatrique des patients et les pathologies suivantes :

- l'halitose était fréquente chez les psychoses chroniques avec 47 patients soit **63,5 %**.

Cela peut s'expliquer par l'indice de plaque élevé chez ces patients. La carie dentaire, la sécheresse buccale et le manque d'hygiène entraînent une augmentation de la flore bactérienne. Cela a été retrouvé comme l'une des causes de l'halitose [48].

- la sécheresse buccale était représentée chez les patients psychoses chroniques avec 37 patients soit **56,9 %**.

Ce résultat s'explique par la prise prolongée des médicaments sialoprivés qui par la suite provoquent la sécheresse buccale chez ces patients [15].

- la dyschromie dentaire était présente chez 61 patients atteints de psychoses chroniques soit **61,0 %**. Cette coloration anormale chez ces patients s'explique par une mauvaise hygiène et les habitudes alimentaires néfastes.

- la gingivorragie était présente chez 36 patients atteints de psychoses chroniques soit **61,0 %**.

Cette gingivorragie s'explique par le manque d'hygiène, avec la présence abondante de la plaque dentaire .

- le volume lingual anormal était présent chez 54 patients atteints de psychose chronique soit **62,1 %**. Ce resultat s'explique par l'ancienneté de la prise en charge psychiatrique avec l'effet des médicaments qui entraînent la rétraction de la langue qui devient volumineuse [50].

- les lésions de la muqueuse buccale étaient présentes chez 54 patients atteints de psychoses chroniques soit **58,1 %**. Ces lésions peuvent s'expliquer par la sécheresse des lèvres et de la muqueuse chez ces patients, qui sont facilement infectées par les bactéries.

- l'occlusion dentaire anormale a été retrouvée chez 36 patients atteints de psychoses chroniques soit **51,4 %**. Cela s'explique par la présence de dents absentes non remplacées, et de la résorption osseuse due à l'influence d'âge.

Ces résultats sont en accord avec ceux d'une étude similaire au Mexique faite par Fernando Hernández Suastegui et coll. [1] en 2004 , qui ont trouvé la fréquence des pathologies bucco-dentaires élevée chez les patients atteints de psychoses chroniques par rapport aux autres troubles avec 51,2 % de gingivites contre 16,6 % pour les autres troubles psychiatriques, 19,5 % de sécheresse buccale contre 16,6 % pour les autres, 55,5 % de lésions de la muqueuse contre 8,2 % pour les autres troubles psychiatriques .

Il existait une liaison statistique significative entre la durée du traitement des patients et les pathologies suivantes :

- la carie dentaire était fréquente chez les patients sous traitement de plus de 6 mois soit **71,3 %**.

- la sécheresse buccale était présente chez 50 patients sous traitement de plus de 6 mois soit **76,9 %**.
- la dyschromie dentaire était présente chez 73 patients sous traitement psychotrope de plus de 6 mois soit 73,0 %.
- l'halitose était présente chez 58 patients sous traitement de plus de 6 mois soit **78,4 %**.
- l'abrasion dentaire était présente chez 86 patients sous traitement de plus de 6 mois soit **72,9 %**.
- la gingivorragie était présente chez 44 patients patients sous traitement de plus de 6 mois soit **74,6 %**.
- les lésions buccales étaient présentes chez 93 patients sous traitement de plus de 6 mois soit **74,2 %**.
- la malocclusion dentaire était présente chez 49 patients sous traitement de plus de 6 mois soit **70,0 %**.

Ces résultats s'expliquent par l'effet des psychotropes sur la cavité buccale lors de la prise au long cours de certains psychotropes (neuroleptiques phénothiaziniques, antidépresseurs imipraminiques...) responsables d'un syndrome neuro-végétatif qui interfère avec le système parasympathique en provoquant une baisse des fonctions salivaires[15]. Il en résulte une accumulation de plaques dentaires, ce qui provoque des caries, surtout celles du collet de dent, et par ailleurs des pathologies parodontales, et d'infections orales comme les candidoses, voire des stomatites généralisées et dans des cas extrêmes, d'inflammation aigüe des glandes salivaires [49].

Ces troubles salivaires conduisent les malades mentaux à une consommation excessive de produits sucrés (bonbons, chewing gum); pour étancher leur sensation de soif, ils consomment en excès des boissons acides et sucrées. Ces comportements, associés à une hygiène insuffisante, contribuent à aggraver l'état dentaire [49].

La sécheresse buccale est aussi associée à une plus grande fréquence des pathologies de la muqueuse [1]. Aussi nous avons des mouvements anormaux involontaires d'amplitude variable, plus ou moins réguliers dans leur fréquence et leur rythme, soit localisés à une région soit diffus et touchant l'ensemble du corps (les dyskinésies tardives). Elles ont de lourdes conséquences sur l'habileté des patients et rendent difficile, voire impossible, le brossage des dents [49].

Les résultats de cette étude ont été discutés avec prudence, à cause de plusieurs limites, à savoir par exemple :

- sur le plan socio-démographique nous n'avons pas tenu compte de la situation matrimoniale, et du niveau d'étude. L'âge des patients n'était pas homogène.
- nous étions confrontés à plusieurs pathologies, certaines étaient d'un niveau très bas par rapport aux autres
- nous n'avons pas pu tenir compte aussi de la prise d'alcool chez ces patients qui peut être considéré comme un frein, l'alcool étant un facteur aggravant de la santé bucco-dentaire.

Malgré ces limites nous pouvons dire que nos objectifs ont été atteints pour donner l'état actuel de la santé bucco-dentaire des malades mentaux dans le service de psychiatrie du CHU Point G.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION

Les malades mentaux pourraient être plus vulnérables à souffrir de maladies buccales par rapport à la population considérée comme « saine », en raison de leur instabilité systémique et émotionnelle qui influe sur l'insuffisance de l'hygiène buccale, associée aux effets secondaires de certains médicaments psychotropes.

Dans notre étude prospective réalisée de Juin à Juillet 2014 dans le service de Psychiatrie du CHU Point G ; nous avons colligé 130 patients malades mentaux. Malgré la fréquence de brossage élevée, des pathologies des tissus durs et mous de la cavité buccale étaient fréquentes.

La présence des pathologies bucco-dentaires chez nos patients malades mentaux, doit susciter de la collaboration entre les psychiatres et les odontostomatologistes. L'amélioration de l'état bucco-dentaire des patients malades mentaux passe par des consultations régulières au cabinet dentaire. La motivation et l'enseignement de l'hygiène bucco-dentaire suivis d'une bonne sensibilisation des accompagnants et des malades, vont contribuer fortement à l'amélioration de l'état général de leur santé.

2. RECOMMANDATIONS

Aux autorités socio-sanitaires :

- mettre en place des programmes de promotion de la santé orientés vers les malades mentaux, les familles, les aidants et les soignants,
- faciliter l'accès aux soins dentaires pour les malades mentaux,
- former des chirurgiens dentistes sur la prise en charge de ces patients
- organiser des ateliers de sensibilisation et d'éducation à la santé bucco-dentaire des malades mentaux.

Aux médecins psychiatres

- Appliquer, compte tenu des risques de pathologies orales, des mesures préventives systématiques, telles que :
 - Education des parents et des aidants pour l'hygiène quotidienne à partir de démonstration des praticiens, en associant lorsque cela est possible la personne malade mentale ;
 - Recommandation de brossage quotidien avec un dentifrice fluoré;
 - Adaptation ergonomique de la brosse à dents si nécessaire;
- Donner des conseils alimentaires
- Informer sur les formes médicamenteuses sucrées et leurs effets secondaires sur les dents et la production de salive .
- Envoyer les malades mentaux en visite au cabinet dentaire tous les six mois
- Renforcer la collaboration avec les odonto-Stomatologues,
- Inclure l'examen buccodentaire dans les bilans de prise en charge des maladies mentales

Aux médecins :

- Tenir compte de la santé bucco-dentaire dans le traitement

Aux chirurgiens dentistes

- renforcer la collaboration avec les psychiatres,
- promouvoir la santé bucco-dentaire en renforçant les séances d'IEC
- renforcer la compétence de prise en charge des malades mentaux,

Aux accompagnants des malades mentaux

- veiller à une meilleure hygiène bucco-dentaire des malades
- faire faire des consultations systématiques au cabinet dentaire tous les six mois.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Asociación Dental Mexicana, AC

Afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos Derechos reservados,
Copyright © 2004

2. Bail G.

Prise en charge des lésions carieuses initiales : Proposition d'un protocole
d'évaluation de la résine d'infiltration comme nouvelle approche
thérapeutique.

Thèse ; Chir. Dent ; Brest ; 2012 ; (N°29012)

3. Rouot M.

Schémas dentaire

Edition Amour +Sagesse = Vérité 1968

4. Baba M.

Epidémiologie de la carie dentaire chez les scolaires de 12 ans en commune
IV du district de Bamako à travers 4 écoles

Thèse de med.Univ de Bamako 2008 .

5. Traore S.

Indice CAO et fréquence globale de la carie dentaire au cabinet 12 du
CHUOS

Thèse de med.Univ de Bamako 2008

6. Fane K.

Evaluation de l'anxiété chez les épileptiques en zone rurale au Mali: cas de
Markacoungo

Thèse de med.Univ de Bamako 2008-2009.

7. Diarra K.

Epidémiologie de la carie dentaire au cabinet n° 3 du CHU d'Odontostomatologie de Bamako.

Thèse de med.Univ de Bamako 2008.

8. Haidara M.

Evaluation des activités de consultation du service de psychiatrie de l'hôpital du Point G .

Thèse. méd. Bamako 1995 .N° 95

9. Madinier I, Harrosch J, Dugourd M, Giraud-Morin C, Fosse T.

Etat de santé bucco-dentaire des toxicomanes suivis au CHU de Nice.

Presse Med 2003;32:919-29.

10. Koumare B. et Coudray J.P.

Problématique de la santé mentale au Mali .

Mali médical ,1983 .VI, N°1.

11 .Klewansky P.

Maladies parodontales, approches actuelles.

Masson, Paris-Milan-Barcelone, 1994, 176p.

12. Togola F.

Approche épidémiologique de la carie dentaire dans le Cabinet privé « Stomadent » au marché de Lafiabougou de décembre 1995 à Juillet 1996.

Thèse de pharmacie Bamako 1997 - P16 - N°20

13. Iquaqua J.

Etude prospective de huit (08) cas colligés dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du C.H.U Aristide le Dantec

Extractions dentaires intempestives sur site tumoral malin

Décembre 2006

14. Semath F.

Epilepsie de la clinique aux examens complémentaires.

Lab Casseme une société de Hoechst Marion Roussel

15. Muster D, Valfrey J, Kuntzmann H.

Médicaments psychotropes en stomatologie et en odontologie

Médecine buccale, 2008.

16. Organisation mondiale de la santé

Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic.

In : CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies. Dixième révision. 2003. Chapitre V(F).

17. Lemperière T. & Féline A.

Abrégé de psychiatrie de l'adulte .Masson, édit ; Paris 1977

18. Smith RG, Burtner AP.

Oral side-effects of the most frequently prescribed drugs.

Spec Care Dentist, 1994, 14, 3: 96-102.

19. Le centre hospitalier la chartreuse

Protocole de dépistage bucco-dentaire lors d'une hospitalisation en milieu psychiatrie ARS le 05 septembre 2013

20. Cormac I., Jenkins PH.

Understanding the Importance of Oral Health in Psychiatric Patients APT
1999, 5:53-60.

21. Gay C., Gérard A.,

Guide des médicaments «psy».

Livre de poche, 2001.

22. Palazzolo J., Elsevier,

Observance médicamenteuse et Psychiatrie : Masson 2004.

23. Laplanche J., Pontalis J.B.

Vocabulaire de la Psychanalyse. Paris : PUF, 12ème édition. 1994.

24. Bergeret, J.

Psychologie pathologique. Paris : Masson 1986.

(cf. chapitre 7 à 11, p.129-210).

25. Costa M-A. - Girard M. – Humel M. – Steunou S. – Dr S. Michlovsky

Hygiène bucco-dentaire en psychiatrie.

CH-Esquirol, Limoges 2009.

26. Ionescu S.

Les mécanismes de défense. Paris : Nathan Université. 1997

27. Guelfi J. D., Boyer P., Consol S., Olivier –Martin R.

Psychiatrie ; PUF Fondamental. 932 p

28. Guelfi J.D.

Psychiatrie de l'adulte ,464 p. Ed Masson 1985.

29. Traore B. A.

Etude rétrospective sur les tumeurs des glandes salivaires dans le Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie de Bamako: à propos de 116 cas. Thèse Université de Bamako 2011

30. Andoche C., Cadot S.*, Miquel J.L.

La santé bucco-dentaire des handicapés à l'île de la réunion et ses limites locales. Université de Bordeaux AI 2004

31. Pesci-Bardon I. P.

Conduites addictives : tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé buccodentaire.

Rev. odonto-stomatol. Tropicale, déc. 1994, n° 4, pp. 23-30.

32. Ey H., Bernard P., Brisset C.M.

Manuel de psychiatrie. Paris Masson 1974 : 1250p

33. Arzimanoglou A., Aicardi J., et Laplane D.

Commission on epidemiology and prognosis, International league against epilepsy. Guide line for epidemiologic studies on epilepsy.

Epilepsia: 25(2),1984.Pp 184-198

34. Rouyere E., Perrin A.

Action de prévention en santé bucco-dentaire auprès de jeunes travailleurs handicapés de Meurthe-et-Moselle.

Académie De Nancy-Metz Université Henri Poincaré-Nancy 1 Faculté de Chirurgie Dentaire ,2010, n°3483

35. Picard PGP.

Evaluation des activités de consultations externes du service de psychiatrie du CHU de Dakar (du 1er juillet 1981 au 30 juin 1982).

Thèse de médecine. Dakar ,1984.142p .

36. Françoise B., Claire P., Aude C.

Medicaments psychotropes, Santé mentale et psychiatrie
Guide d'information 3^e édition Avril 2013 .

37. Tribolet S. Mazda S.

Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques

DSM-I V -TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

Quatrième édition

38. Svetlana Jovanović , Srđan D. Milovanović , Ivanka Gajić , Jelena Mandić , Milan Latas , Ljiljana Janković

Oral Health Status of Psychiatric In-patients in Serbia and Implications for Their Dental Care.

Croat Med J. 2010; 51: 443-50

39. Tedongmo T., Linette H.

Epilepsie et troubles mentaux : Etude épidémiologique-clinique dans le service de psychiatrie du CHU du Point G à Bamako de 1998 à 2002 à propos de 342 cas. Thèse de médecine. Univ de Bamako 2002.

40. Picard PGP.

Evaluation des activités de consultations externes du service de psychiatrie du CHU de Dakar (du 1er juillet 1981 au 30 juin 1982) .Thèse de médecine Dakar, 1984. 142p

41. Diakite S.

Structure familiale et morbidité psychiatrique au C.H.U du Point G à propos de 384 cas.

Thèse de médecine. Univ de Bamako 2009 .

42. Boudin P.

Dictionnaire d'Odonto-stomatologie

Première Edition

43. Pierre A. Larousse

Grand encyclopédie Larousse | Décembre 2014.

44. Santé médecine

Comment ça marche.net | Décembre 2014.

45. Solenn B., Nadège G.

Les Anomalies Dentaires

(Odontologie Pédiatrique, U.F.R. d'Odontologie, Rennes) 2003

46. Le courrier du dentiste

Lecourrierdudentiste. @net | Décembre 2014

47. Garsot O.

L'halitose : une approche pluridisciplinaire.

Thèse médecine janvier 2010 Université Henri Poincaré.

48. Denis F.

Handicap psychique et santé bucco-dentaire

Santé mentale | 189 | juin 2014.

49. Denis F., Coquaz C.,

Santé buccale et psychiatrie.

Eisai CH- La Chartreuse, Dijon 2013.

50. Valtat M.

Pathologie psychiatrique et pathologie bucco-dentaire.

Thèse de doctorat en chirurgie dentaire 2005, m_valtat@yahoo.fr

RESUME

Une étude prospective sur la santé bucco-dentaire des malades mentaux s'est déroulée au service de psychiatrie du C.H.U. Point G de Juin à juillet 2014.

L'objectif était de déterminer la santé bucco-dentaire des patients consultant en psychiatrie. Il y avait 130 patients dont 91 hommes et 39 femmes. L'âge moyen a été de **33,2** ans avec des extrêmes de 4 et 75 ans . La classe d'âge la plus représentée fut celle entre 25 et 35 ans (**22,3%**). Il y avait une prédominance masculine avec un sex ratio de **2,3** .

Il y avait **92,0%** de patients atteints de psychoses chroniques , **19,2%** étaient atteints de psychoses aiguës.

L'indice CAO a été **5,22** avec une fréquence globale de la carie de **74,31** .

La pathologie bucco-dentaire la plus représentée était l'abrasion dentaire avec **90,8%** .

Les psychoses chroniques ont présenté plus de pathologies bucco-dentaires que les autres troubles psychiatriques.

Une liaison statistique significative existait entre le diagnostic psychiatrique et certaines atteintes bucco-dentaires comme : la sécheresse buccale, les dents cariées, les dents absentes , la dyschromie dentaire, l'occlusion dentaire, l'halitose et les lésions de la muqueuse buccale. Cette liaison existait aussi pour la durée du traitement .

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre :

- la tranche d' âge et l'indice de plaque, les dents cariées, les dents absentes,
- le diagnostic psychiatrique avec l'abrasion dentaire et le volume lingual.

Les patients sous traitement de plus de six mois avaient une fréquence élevée des pathologies buccodentaires par rapport aux autres.

Mots clés : santé buccale, maladie mentale, médicaments psychotropes.

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Numéro de la fiche:

Date de consultation:...../...../.....

A. ETAT CIVIL DU PATIENT

Prénom et Nom :.....

Age :

Sexe :(M=1,F=2)

Ethnie :(1=Bamanan,2=Peulh,3=Malinké,5=Sonrai ,6=autre à préciser)

Résidence : (1=capitale, 2=Région, 3=Milieu rural)

Nationalité : (1=Maliennne,2= Burkinabé ,3=Ivoirienne 4=Guinéen 5 =
Sénégalaise, 6 = Mauritanienne 7= Algérienne , 8= Autre à préciser)

B. DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

(1= Psychose aiguë, 2= Psychose chronique ,3 = Dépression, 4= Névrose
5= Toxicomane ,6= Autre)

C. TRAITEMENT PSYCHOTROPE :

(1= Neuroleptique, 2= Tranquillisant, 3= Antidépresseurs ,4= Autre)

D. DURÉE DU TRAITEMENT :

(1= < à 6 mois, 2= à 6 mois et plus)

E. HABITUDES ALIMENTAIRES :

Combien de prises alimentaires / jour ? (repas inclus) : (1= ≤3 prises, 2= 4 à 6 prises ,3= > à 6 prises)

À quel moment ? (1= Matin , 2= Après midi ,3= Soirée)

Quels sont les aliments consommés en dehors des trois principaux repas ?

(1=Boissons sucrées 2=Bonbons, 3=Miel, 4=Fruits, 5=Biscuits, 6= Arachides, 7= Bouillie , 8= Produits laitiers, 9= Autre à préciser)

Le patient consomme-t-il le tabac ? (Oui=1,Non=2)

Si Oui combien de cigarettes par jour,(1=≤3 prises ,2= 4 à 6 prises ,3=> 6 prises)

F. HYGIENE BUCCALE :

Le patient se brosse-t-il les dents ? (Oui=1, Non=2)

Si oui avec quel instrument ? (1= Brosse à dents, 2= Bâtonnet frotte dents , 3=Autres)

A quelle fréquence le patient se brosse t-il ?(1= 1 fois, 2= 2 fois ,3= 3 fois)

Durée du brossage : (1= 1 minute , 2= 2 minutes ,3= 3 minutes et plus)

G. INDICE DE PLAQUE :

16/15		11/51		26/65	
Palt	Vest	Palt	Vest	Palt	Vest
Ling	Vest	Ling	Vest	Ling	Vest
46/ 85		41/81		36/75	

0= Pas de plaque

1= 1/3 de la face recouverte de plaque

2= 2/3 de la face recouvertes de plaque

3= Toute la face recouverte de plaque

H. Indice CAO/D

C=Carié

A= Absente

O= Obturée

Dents	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
CAO/D																
CAO/D																
Dents	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Le patient a-t-il des dents mobiles ? (Oui = 1 Non = 2)

A-t-il des abrasions dentaires ? (Oui = 1 Non = 2)

A-t-il un problème d'occlusion dentaire ? (Oui = 1 Non = 2)

A-t-il une dyschromie dentaire ? (Oui = 1 Non = 2)

Le patient a-t-il une ou plusieurs lésions de la muqueuse ? (Oui =1 Non=2)

Si Oui ,combien de lésions ont été dépistées à cette visite ? (1= 1 à 2 lésions , 2= 3 à 4 lésions, 3= 5 lésions et plus)

Quel est le volume lingual ? (1= normal ,2=Microglossie ,3 =
 Macroglossie)

Le patient a-t-il des gingivorragies ? (Oui = 1 , Non = 2)

A-t-il une sécheresse buccale ? (Oui = 1 , Non = 2)

A-t-il une halitose ? (Oui = 1 , Non = 2)

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : KAMATE

Prénom : Dougouty

Titre : Evaluation de l'état bucco-dentaire des malades mentaux dans le service de Psychiatrie du C.H.U Point G : 130 cas.

Email : dougouty_kamate@yahoo.com / dougouty51@gmail.com

TEL : 69850598/73308731

Année universitaire : 2014-2015

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie du Mali, Bibliothèque du C.H.U.O.S.

Ville de soutenance : Bamako

Secteur D'intérêt : Odontologie, Stomatologie ; Santé publique, Psychiatrie, Médecine générale.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE.