

UNIVERSITE VICTOR SEGALEN-BORDEAUX 2
ECOLE DE SAGES-FEMMES

SANTE BUCCO-DENTAIRE ET GROSSESSE

*Rôle des sages-femmes dans la prévention en santé
bucco-dentaire chez la femme enceinte*

Mémoire de fin d'études
présenté par

HAJJAR Emilie

Née le 27/01/1988

Sous la direction du Dr. Cyril SEDARAT (chirurgien-dentiste, MCUPH) et
la codirection du Dr. Elise ARRIVEE (chirurgien-dentiste, AHU)

**Première année du premier cycle des études médicales 2006/2008
PROMOTION Ecole de Sages-femmes 2008/2012**

REMERCIEMENTS

A mon père, qui m'a beaucoup aidé et soutenu pour ce mémoire, merci à toi pour tout le temps et la patience que tu m'as consacré, merci d'être toujours présent et de croire en moi à chaque instant.

A M. Cyril Sédarat, chirurgien-dentiste, qui a accepté de me suivre dans ce projet et qui a su me guider et me conseiller tout au long de la réalisation de ce mémoire.

A Mme Elise Arrivée, chirurgien-dentiste, que je remercie pour sa disponibilité et ses conseils qui m'ont été précieux.

A Vincent, qui a du me supporter, merci à toi d'avoir été si patient et d'avoir trouvé les mots justes pour m'apaiser, merci simplement de faire partie de ma vie.

A ma mère, sans qui l'idée de ce projet ne serait pas née, merci à toi pour toutes tes « règles n°1 ».

A mes sœurs, Camille, pour ton soutien au quotidien et le fait que tu me connais si bien, *Margaux*, pour ta bonne humeur, merci à vous deux de me redonner tout le temps le sourire.

A mes grands-parents, qui me soutiennent et m'encouragent sans cesse.

A mes amies de promo, que je remercie pour ces quatre années de bonne humeur, petite dédicace particulière à Anne-Charlotte avec qui j'ai partagé tant de choses, et en espérant que cela continue.

A toutes les sages-femmes, qui ont accepté de participer à mon étude.

LISTE DES ABREVIATIONS

ADF : Association dentaire française

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

HAS : Haute autorité de santé

ICSII : International conference on software and intelligent information

IL-6 : Interleukine 6

MDSI : Maison départementale de la solidarité et de l'insertion

MSA : Mutualité sociale agricole

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAD : Pression artérielle diastolique

PAS : Pression artérielle systolique

PGE2 : Prostaglandine E2

PMI : Protection maternelle et infantile

RGO : Reflux gastroœsophagien

SA : Semaine d'aménorrhée

UFSBD : Union française pour la santé bucco-dentaire

UFR : Unité de formation et de recherche

URCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	6
2	SANTE BUCCO-DENTAIRE	7
2.1	Qu'est-ce que la santé bucco-dentaire ?	7
2.2	Dent et Parodonte	7
2.3	Epidémiologie	8
3	MODIFICATIONS PHYSIOPATHOLOGIQUES AU COURS DE LA GROSSESSE : IMPACTS DENTAIRE ET PARODONTAUX	9
3.1	Modifications physiologiques et conséquences sur les tissus dentaires et parodontaux.....	9
3.1.1	Effets des modifications hormonales	9
3.1.2	Effets des modifications immunologiques	9
3.1.3	Effets des modifications salivaires.....	10
3.2	Impacts de la grossesse sur l'état bucco-dentaire	10
3.2.1	Les maladies parodontales	10
3.2.2	La carie	12
3.2.3	L'érosion dentaire	13
3.2.4	L'épulis gravidique	14
4	CONSEQUENCES DES PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES SUR LA GROSSESSE	15
4.1	L'accouchement prématuré	15
4.2	L'hypotrophie fœtale	15
4.3	Lien entre maladies parodontales et pathologies obstétricales	16
4.4	La Prééclampsie	17
5	PLACE DE LA CONSULTATION DENTAIRE	18
5.1	Les soins dentaires durant la grossesse	18
5.2	Fréquence des consultations des femmes enceintes	19
5.3	Nouveau-né et nourrisson.....	20
6	LA PREVENTION BUCCO-DENTAIRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE	21
6.1	Les recommandations actuelles :.....	21
6.2	Les différents acteurs	21
6.2.1	Les professionnels de l'odontologie.....	21
6.2.2	Les professionnels de l'obstétrique	22

7	OBJECTIFS	23
8	POPULATION ET METHODES	24
9	RESULTATS	28
9.1	Population étudiée.....	28
9.2	Etat des connaissances et de la formation des sages-femmes dans le domaine de la santé bucco-dentaire de la femme enceinte.....	30
9.3	Place de la prévention en santé bucco-dentaire dans la pratique courante des sages-femmes.....	32
9.4	Sources d'information des sages-femmes.....	34
9.5	Evaluation de la plaquette d'information par les sages-femmes.....	35
9.6	Comparaison de deux groupes de sages-femmes.....	36
10	DISCUSSION	38
11	CONCLUSION	50
12	BIBLIOGRAPHIE	51
13	ANNEXE 1 – QUESTIONNAIRE DE LA 1^{ERE} PHASE	55
14	ANNEXE 2 – QUESTIONNAIRE DE LA 2^{EME} PHASE	57
15	ANNEXE 3 – PLAQUETTE D'INFORMATION	58
16	ANNEXE 4 – RECOMMANDATIONS DE L'UFSBD	60

1 Introduction

La grossesse entraîne des changements physiologiques majeurs qui bouleversent la santé bucco-dentaire de la femme enceinte. Une mauvaise santé bucco-dentaire peut également avoir des conséquences sur le bon déroulement de la grossesse à type d'accouchement prématuré, d'hypotrophie fœtale et de prééclampsie. (1-3)

Aujourd'hui, parmi les examens obligatoires au cours de la grossesse, aucun ne concerne la santé bucco-dentaire ; ces questions sont également peu abordées au sein de la profession obstétricale.

A ce jour, la plupart des études sur ce domaine ont concerné l'avis des femmes enceintes. Peu d'études sont menées auprès des professionnels de la naissance et notamment des sages-femmes. Or les professionnels sont situés en première ligne en matière de prévention et selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), tout professionnel en contact avec la femme enceinte doit s'impliquer dans le domaine de la prévention en santé bucco-dentaire. C'est pourquoi nous avons souhaité mener notre étude en partant d'une enquête auprès de professionnels.

Dans un premier temps, nous exposerons les changements liés à la grossesse qui peuvent influencer la santé bucco-dentaire, puis les conséquences que peut avoir une mauvaise santé bucco-dentaire sur la grossesse.

Notre objectif a été d'évaluer le niveau de connaissances et de prévention en santé bucco-dentaire dans la population des sages-femmes.

Nous avons voulu évaluer l'intérêt d'une plaquette d'information élaborée par nos soins à l'attention des sages-femmes, pour apprécier l'opportunité de développer de telles démarches dans la sensibilisation des sages-femmes sur les questions de prévention en santé bucco-dentaire chez la femme enceinte.

2 Santé bucco-dentaire

2.1 Qu'est-ce que la santé bucco-dentaire ?

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la santé bucco-dentaire désigne l'absence de douleur chronique buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, de lésion buccale, d'anomalie congénitale telle que fissure labiale ou bec-de-lièvre, de parodontopathies (affection touchant les gencives), de carie et de déchaussement des dents, ainsi que d'autres pathologies et troubles affectant la bouche et la cavité buccale. » (4)

2.2 Dent et Parodonte

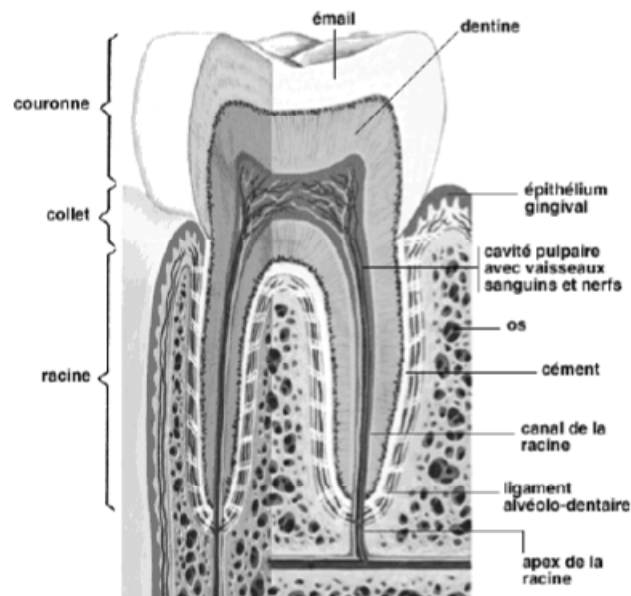


Figure 1 : Coupe d'une dent (molaire). (5)

Chaque dent est formée de trois tissus : l'émail, la dentine et la pulpe.

L'émail est la couche qui recouvre la partie extérieure de la dent, il la protège des agressions. La dentine est située sous la couche d'émail et constitue la majeure partie de la dent. La pulpe est la partie vivante de la dent. Elle est constituée de vaisseaux sanguins et de nerfs qui assurent l'apport des nutriments nécessaires au maintien en vie de la dent et à la lutte contre la progression de la carie. Elle communique avec le reste de l'organisme (vaisseaux sanguins et nerfs) par un orifice situé à l'extrémité de la racine (le foramen apical).

Le parodonte est formé par l'ensemble des tissus qui entourent et soutiennent la dent : en superficie, il est constitué par la gencive ; en profondeur, il est fait du ligament alvéolo-dentaire (ou desmodonte), du ciment et de l'os alvéolaire.

La gencive représente la partie la plus révélatrice de l'état parodontal ; dans son état normal, elle est de couleur rose pâle, avec l'aspect d'une peau d'orange, et ne présente aucun œdème, ni saignement, ni ulcération. On parle de gingivite lors d'une inflammation de la gencive. (6)

De manière physiologique, les débris alimentaires, les bactéries présentent en bouche ainsi que les protéines salivaires se déposent à la surface de la dent. Ces éléments vont former une espèce d'enduit blanchâtre qu'on appelle la « plaque dentaire ». Celle-ci peut être éliminée par l'action mécanique du brossage. (5)

2.3 Epidémiologie

Selon l'OMS, l'essentiel des affections bucco-dentaires est représenté par les caries et les parodontopathies (pathologies touchant le parodonte) et on relèverait un taux de 5 à 20 % de parodontopathies sévères chez les adultes, pouvant entraîner une perte d'attache de la dent et par conséquent, une édentation (4)

En France, selon l'enquête ICSII réalisée par l'Association Dentaire Française (ADF) sous l'égide de l'OMS, plus de 80% des adultes entre 35 et 44 ans souffrent de maladies parodontales. (7)

Selon la HAS, 33 à 50% des adultes ont au moins une dent cariée à traiter. (8)

Nous limiterons ici notre sujet au domaine des affections des tissus dentaires et parodontaux. Dans la suite de ce travail, le terme « santé bucco-dentaire » doit être entendu avec ce périmètre restreint.

3 Modifications physiopathologiques au cours de la grossesse : impacts dentaires et parodontaux

La grossesse est une période de modifications importantes, en particulier hormonales. L'état bucco-dentaire, à l'image du reste du corps, subit les conséquences de ces modifications.

3.1 Modifications physiologiques et conséquences sur les tissus dentaires et parodontaux

3.1.1 Effets des modifications hormonales

L'imprégnation hormonale au cours de la grossesse (augmentation des taux de progestérone et d'œstrogène) est à l'origine d'une augmentation de la prévalence de la gingivite. En effet, l'augmentation du taux d'œstrogène et progestérone entraînent une fluidité plus importante de la matrice des tissus conjonctifs avec, comme conséquences, hyper-vascularisation, tendance œdémateuse et état congestif. La progestérone agit également sur la perméabilité vasculaire gingivale, induisant une prolifération et une néoformation capillaire. De plus, elle a une action immunosuppressive sur les tissus buccaux favorisant la prolifération de certains germes. (9-11)

Cliniquement, cela se traduit par une inflammation gingivale accompagnée de rougeur et parfois de saignement spontané. On parle alors de gingivite « gravidique » (en rapport avec la grossesse). Cette gingivite « gravidique » est un événement physiologique qui peut être plus ou moins important selon les patientes. Cependant, elle doit être pris en charge et surveiller afin d'éviter l'aggravation des symptômes et la survenue d'une gingivite pathologique. (9, 10)

3.1.2 Effets des modifications immunologiques

L'immunodéficience caractéristique chez la femme enceinte rend les tissus parodontaux plus sensibles à l'action pathogène de la plaque dentaire. L'effet immunosuppresseur de la progestérone sur les tissus gingivaux aggraverait également une gingivite préexistante. (11)

3.1.3 Effets des modifications salivaires

Les changements dus à l'état gravide provoquent des modifications qualitatives et quantitatives de la salive (abaissement du pH lié à l'influence de la progestérone et hypersialorrhée), et favorisent le développement d'une flore bactérienne pathogène.

Le débit salivaire augmente surtout au cours des trois premiers mois. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'explication à ce phénomène. Cette hypersialorrhée diminue généralement au fil des mois, et peut être en rapport avec les perturbations digestives fréquentes au cours de la grossesse (reflux gastroœsophagiens (RGO) ou vomissements), mais n'engendre pas de pathologies. (10, 12)

Le pH salivaire évolue dans le sens d'une légère acidité ; il passe de 6.7 à 6.2. Cette baisse entraîne une diminution du pouvoir tampon et peut aggraver un état bucco-dentaire déjà défectueux et entraîner, par son acidité, l'apparition de la carie dentaire.

D'autre part, cette acidification buccale qui favorise l'érosion de l'émail est renforcée par la survenue fréquente de nausées, de vomissements et de RGO qui vont également augmenter le risque cariogène. (12)

3.2 Impacts de la grossesse sur l'état bucco-dentaire

Sur le plan pathologique, ces bouleversements s'expriment pour l'essentiel au travers des maladies parodontales, mais aussi l'épulis gravidique, la carie et l'érosion dentaire. La prévention de ces pathologies, parmi d'autres, vise à éviter toute présence de foyer infectieux préjudiciable en règle générale au bon déroulement de la grossesse.

3.2.1 Les maladies parodontales

Ce sont des maladies infectieuses poly microbiennes de type mixte. Leur survenue est liée à des germes anaérobies supposés très parodontogènes. Il existe deux types de maladies parodontales : la *gingivite*, si la gencive est la seule structure touchée et la *parodontite*, si les tissus sous-jacents et en particulier l'os alvéolaire sont atteints.

La gingivite : l'atteinte de la gencive peut aller d'une légère inflammation avec rougeur à une inflammation accompagnée d'un œdème avec des saignements.

Les gingivites sont répertoriées selon la classification d'Armitage ; il existe celles associées à la plaque dentaire uniquement et celles associées aux facteurs systémiques et notamment les modifications endocriniennes. Chez la femme enceinte, elle est expliquée en partie par les altérations tissulaires dues aux modifications hormonales, mais également par des changements dans les habitudes alimentaires. Notons que le tabac et l'alcool sont des facteurs d'agression. La gingivite peut-être exacerbée par la présence de plaque dentaire et localisée à un secteur dentaire ou être plus étendue, voire généralisée. Entraînant un inconfort, elle peut cependant être négligée par la femme enceinte car elle est peu douloureuse et le saignement des gencives lors du brossage peut paraître normal.

Son traitement repose sur une amélioration de l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, et un détartrage. (9, 10, 12)

Chez la femme enceinte, le risque de développer une gingivite varie selon le taux plasmatique des hormones stéroïdes au cours de la grossesse (élévation en début de grossesse, maintien du 4^{ème} au 8^{ème} mois, baisse au cours du dernier mois et disparition en post-partum). (9)

La fréquence de la gingivite chez la femme enceinte est difficile à évaluer (de 10 à 70% selon les études). Elle est corrélée au niveau socioprofessionnel, au tabac, à l'état dentaire préalable et au degré d'hygiène bucco-dentaire, mais peut également survenir chez une femme ayant une hygiène bucco-dentaire satisfaisante. (10)

La parodontite : elle consiste en une inflammation des tissus de soutien de la dent appelés « parodonte » (gencive, cément, ligament alvéolo-dentaire et os alvéolaire). Elle peut être responsable de la destruction irréversible de ces tissus et conduire à la perte de la dent. Seul un odontologiste pourra déterminer le niveau d'atteinte parodontale permettant d'envisager un plan de traitement.

Son traitement est le même que la gingivite combiné à une décontamination mécanique de la surface radiculaire (qui se rapporte à la racine) exposée aux bactéries pathogènes. Il peut être associé à un traitement antiseptique et/ou antibiotique adapté. (13)

Les maladies parodontales peuvent être des facteurs de risque pour la prématurité et le petit poids de naissance, l'endocardite infectieuse, la maladie coronaire, les accidents vasculaires cérébraux, les pathologies pulmonaires et le diabète. (14)

De manière plus générale, elles peuvent également avoir des conséquences à type de :

- Inconfort
- Infections sinusiennes et osseuses
- Edentation et difficulté à la mastication
- Désordre d'équilibre de la mâchoire et perte osseuse à long terme
- Coût socio-économique important

3.2.2 La carie

La carie est la destruction progressive des tissus durs de la dent. Elle est d'origine bactérienne associée à la présence de la plaque dentaire non éliminée par le brossage. Les bactéries vont transformer les sucres des débris en acides. Ces acides attaquent l'émail des dents en provoquant une déminéralisation et l'effondrement des tissus dentaires et la formation d'une cavité : la carie. (15, 16)

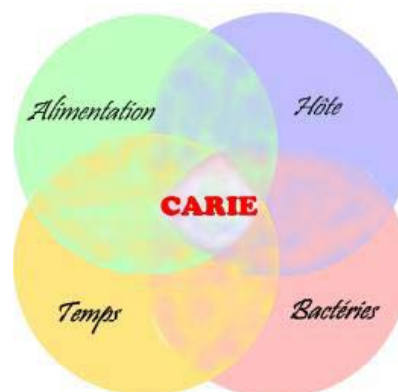


Figure 2 : Schéma de Keyes (15)

Selon le schéma de Keyes, la carie résulte de l'association de 4 facteurs. Chez la femme enceinte ces facteurs pourraient être exacerbés.

- L'alimentation : pour remédier à l'inconfort causé par les nausées/vomissements et RGO, fréquents au cours de la grossesse, la femme enceinte est amenée à modifier son comportement alimentaire en fractionnant ses prises alimentaires. Ceci induit une prise alimentaire plus cariogène et moins équilibrée (ex. pauses sucrées).
- Le temps : le retard de prise en charge de la femme enceinte, laisse le « temps » à la carie de se développer.
- L'hôte : une diminution du pH salivaire et les RGO entraînent une fragilisation plus importante des dents pendant la grossesse.
- Les bactéries : les saignements provoqués par le brossage, la fatigue en début de grossesse et les réflexes nauséux peuvent conduire les femmes enceintes à une hygiène bucco-dentaire moins rigoureuse et par conséquent à l'accumulation de la plaque bactérienne.

3.2.3 *L'érosion dentaire*

L'érosion est une dissolution des tissus dentaires liée à l'attaque de substances chimiques. Dans le cas de la femme enceinte, cette attaque est provoquée par les vomissements observés lors du premier trimestre mais également par les RGO et la consommation d'aliments trop acides. Ces érosions peuvent provoquer des douleurs brèves survenant après les repas. (11, 12)

Pour les prévenir, il est conseillé d'éviter le brossage après un vomissement ou un reflux et de réaliser plutôt un rinçage de la bouche avec une solution de bicarbonate de sodium ou de l'eau et d'éliminer de l'alimentation des aliments trop acides (sodas, agrumes...). (11)

3.2.4 *L'épulis gravidique*

L'épulis gravidique est une tumeur bénigne hyperplasique se situant au niveau gingival. Il survient généralement au 3^{ème} mois de grossesse. Sa fréquence de survenue est de 5%. C'est un tissu pédiculé mou, très inflammatoire, de couleur rouge, qui croît rapidement, sans dépasser 2 cm, et qui siège entre deux dents. S'il est trop volumineux, il peut entraîner une mobilité dentaire. Il est indolore, mais saigne au moindre contact. (9, 10)

Son étiologie reste inconnue, bien qu'une hygiène insuffisante et les modifications hormonales soient vraisemblablement impliquées dans son processus. Les épulis régressent après l'accouchement et peuvent récidiver à la grossesse suivante ; leur apparition est alors plus précoce et plus volumineuse. Durant la grossesse, aucun geste ne sera pratiqué si l'épulis n'est pas gênant (peu de saignement, pas de gêne lors de la mastication ou du brossage), et sa régression sera contrôlée en post-partum. (12)

Si l'épulis entraîne une gêne au niveau du parodonte adjacent, il sera éliminé chirurgicalement, sous anesthésie locale, au cours du deuxième trimestre ou en post-partum. Par ailleurs, l'examen anatomo-pathologique de l'épulis est indispensable afin d'éliminer l'existence probable d'une tumeur gingivale maligne sous-jacente. (9, 10)

4 Conséquences des pathologies bucco-dentaires sur la grossesse

Plusieurs études ont mis en évidence le lien entre les maladies parodontales et l'aggravation d'une pathologie obstétricale ou d'un devenir obstétrical. (1, 2, 3, 20)

Parmi les risques les plus fréquemment cités, nous retrouvons l'accouchement prématuré, l'hypotrophie fœtale, et l'augmentation de survenue d'une prééclampsie.

4.1 L'accouchement prématuré

Selon l'OMS, la prématurité se définit comme toute naissance entre 22 et 37 Semaines d'Aménorrhées (SA) révolues, avec un seuil minimal pour le poids à la naissance de 500g.

L'étiologie d'origine infectieuse est retrouvée dans 25 à 40% des accouchements prématurés. La prématurité est en augmentation depuis plusieurs années, sa prévalence est de 12-13% aux Etats-Unis et de 5-9% en Europe et dans les autres pays développés. Elle représente un problème majeur de santé publique car c'est la première cause de mortalité infantile et elle est associée à un risque significatif d'affections. De plus, les naissances prématurées nécessitent des ressources financières médicales importantes. (17)

4.2 L'hypotrophie fœtale

Selon l'OMS, la naissance d'un nouveau-né hypotrophe se caractérise par toute naissance avec un poids significativement inférieur à la normale pour l'âge gestationnel. Un enfant vivant dont le poids à la naissance se situe au-dessous du 10^{ème} percentile pour l'âge gestationnel est considéré comme hypotrophe.

4.3 Lien entre maladies parodontales et pathologies obstétricales

En 2006, Offenbacher et al ont montré qu'une maladie parodontale et sa progression au cours de la grossesse était prédictive d'un risque augmenté d'accouchement prématuré. (1)

Ces phénomènes peuvent s'expliquer par le fait que la parodontite est une infection à bactéries gram négative. Ces bactéries vont libérer des toxines dans la circulation sanguine de la mère et entraîner une réponse inflammatoire qui se traduit par la production de cytokines pro-inflammatoires. Ces cytokines vont entraîner la synthèse des Prostaglandines E2 (PGE2) qui peuvent engendrer, à leur tour, la survenue de contractions utérines. (18)

De plus, d'autres auteurs ont souligné la similitude entre les taux élevés de marqueurs inflammatoires (cytokines IL-6 et PGE2) dans le liquide amniotique chez les femmes ayant accouché prématurément et dans le sang de femmes présentant une parodontopathie. (19)

Il a été montré également, que l'existence d'une maladie parodontale au cours de la grossesse, modérée ou sévère, avant 26 SA, était associée à la naissance d'un nouveau-né hypotrophe (inférieur au 10^{ème} percentile). (2)

Suite à l'analyse de 5 études (3 cohortes et 2 cas-témoins), les auteurs ont montré, que la présence de maladies parodontales chez la femme enceinte augmente de manière significative le risque d'accouchement prématuré et de nouveau-né de faible poids (inférieur à 2500g). (20)

Par ailleurs, une autre méta analyse a montré que le traitement des maladies parodontales par détartrage et surfaçage radiculaire réduisait significativement de moitié le taux de naissance prématurée et pouvait réduire le taux de naissance de nouveau-né de faible poids (inférieur à 2500g). (21)

Cependant, même si la parodontite peut être associée à un risque plus important d'accouchement prématuré, cela ne permet pas d'affirmer que c'est un facteur de risque indépendant (22). Par ailleurs, les résultats de ces études sont difficilement généralisables, notamment parce qu'elles portent sur des populations différentes et s'appuient sur des protocoles différents. D'où la divergence observée pour certaines études qui ne montrent pas d'association comme celle de Michalowicz et al. (23)

Comme le souligne Xiong et al., même s'il existe des preuves montrant une association entre maladie parodontale et risque accru de prématurité et de naissance de faible poids, il

apparaît nécessaire de mettre en place une méthodologie plus rigoureuse dans ces études, avec une définition commune de la maladie parodontale, une prise en compte des facteurs de confusion possibles et de disposer d'un échantillon de taille suffisamment grande pour affirmer ce lien. (24)

Cependant, toutes les études s'accordent sur un point : la nécessité de mettre en place au cours de la grossesse un suivi en santé bucco-dentaire de façon à prévenir, dépister et traiter la survenue de maladies parodontales, susceptibles d'avoir un impact sur le devenir de la grossesse. Par ailleurs, il faut citer la recommandation à ce sujet de la HAS dans un document concernant les parodontopathies paru en 2002 :

« La maladie parodontale au cours de la grossesse semble significativement associée à un risque de prématurité et de petit poids de naissance (grade C). Une surveillance clinique de la cavité buccale est recommandée au cours de la grossesse. La découverte d'une parodontite nécessite sa prise en charge et une surveillance obstétricale accrue (accord professionnel). » (14)

4.4 La Prééclampsie

Selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) la prééclampsie est caractérisée par une hypertension artérielle gravidique (PAS \geq 140 mmHg) et (PAD \geq 90 mmHg) survenant après 20 SA, associée à une protéinurie (> 0.3g/24h).

Le risque d'accouchement prématuré pour cause de prééclampsie est 2.5 fois plus important chez les femmes présentant une parodontite généralisée (3). De plus, les parodontites sévères peuvent non seulement augmenter le risque de prééclampsie mais également aggraver leur sévérité. (25)

La physiopathologie reste encore obscure, mais l'hypothèse principale pour expliquer cette relation tiendrait du fait que l'inflammation des tissus parodontaux augmente le niveau des protéines C réactives et d'autres médiateurs inflammatoires ; ceux-ci, entrant dans la circulation systémique, vont induire une réponse inflammatoire et une dysfonction des cellules endothéliales du placenta, augmentant le risque de prééclampsie. (3)

5 Place de la consultation dentaire

5.1 Les soins dentaires durant la grossesse

D'une manière générale les soins dentaires sont possibles tout au long de la grossesse. Cependant il existe des moments plus au moins propice pour la pratique de ces soins. (11, 26)

Du 1^{er} au 3^{ème} mois : c'est une période idéale pour un dépistage bucco-dentaire (conseils spécifiques et planification des soins selon les besoins). Durant cette période, les soins sont évités en raison de l'inconfort de la patiente causé par les nausées et vomissement fréquents durant ce premier trimestre. Si les soins sont impératifs, il faudra prendre soin d'écourter la séance au maximum.

Du 4^{ème} au 7^{ème} mois : c'est la période la plus favorable pour la réalisation des soins bucco-dentaires. L'objectif est de maîtriser les pathologies infectieuses et douloureuses.

Du 8^{ème} au 9^{ème} mois : les femmes enceintes sont souvent fatiguées et le risque d'accouchement étant augmenté, seuls les soins d'urgence permettant un soulagement sont effectués. Pour améliorer le confort de la patiente, il faut la placer en position semi-assise afin de libérer la veine cave inférieure pouvant entraîner des malaises.

Les thérapeutiques : Des antalgiques et des antibiotiques adaptés à la femme enceinte peuvent être administrés (paracétamol et amoxicilline le plus souvent). L'anesthésique le plus souvent utilisé est l'articaïne car sa concentration plasmatique est très faible et donc ne représente pas de danger pour le fœtus. A noter que cet anesthésique peut être également utilisé chez les femmes qui allaitent car il est dégradé et est éliminé rapidement.

Les radiographies dentaires peuvent également être pratiquées, mais avec certaines précautions telles que, l'usage de films à impression rapide, la protection de la femme enceinte par un tablier de plomb et le nombre limité de clichés. (26)

5.2 Fréquence des consultations des femmes enceintes

Seulement 23 à 35% des femmes enceintes reçoivent des soins dentaires durant leur grossesse. (27)

Selon une étude, les principales raisons rapportées par les femmes enceintes qui ne consultaient pas un chirurgien-dentiste durant leur grossesse étaient :

- pas de nécessité de soins bucco-dentaires selon elles,
- préféraient repousser les soins après la grossesse,
- pensaient qu'il n'était pas possible de se faire soigner les dents durant cette période,
- n'avaient pas été informées de cette possibilité.

Un tiers des femmes ont considéré que la consultation chez leur dentiste ne faisait pas partie de leur priorité. Par contre, les femmes ayant eu un suivi durant leur grossesse consultaient une à deux fois par an leur dentiste, avaient une assurance maladie et connaissaient le lien entre une mauvaise santé bucco-dentaire et les conséquences sur la grossesse. De plus, elles avaient également une meilleure hygiène dentaire. (28)

Ainsi, une femme enceinte informée et sensibilisée aux problèmes bucco-dentaires consultera plus spontanément son dentiste. Par ailleurs, son état la rend particulièrement attentive et sensible aux conseils et aux discours de prévention qui lui seront faits.

On se doit de souligner l'importance de la couverture des parturientes pour les soins bucco-dentaires par l'assurance-maladie. En effet, le moment idéal pour faire une consultation dentaire serait le quatrième mois de grossesse selon l'Union Française pour la Santé Bucco Dentaire (UFSBD) ; sachant que les soins ne sont pas totalement remboursés à cette période là (la prise en charge à 100% se faisant à compter du 6^{ème} mois de gestation), cela peut constituer un obstacle au recours à un suivi bucco-dentaire. (29)

5.3 Nouveau-né et nourrisson

Comme nous avons pu le voir, la carie résulte de l'effet conjoint de plusieurs phénomènes. Parmi les bactéries présentes en bouche, le *streptocoque mutans* joue un rôle particulier dans le développement de la carie. Cette bactérie à gram positif se révèle très compétente dans la transformation des différents sucres en acide lactique. Elle est acquise par les nourrissons peu après leur première dent et il semblerait que cette acquisition se fasse par transmission materno-infantile. En effet, la mère peut transmettre ce germe à son enfant par les baisers, par le partage d'ustensiles comme goûter ses plats avec la même cuillère ou nettoyer sa tétine avec sa salive. Il faut donc diminuer le taux de *Streptocoque mutans* chez la mère afin de limiter le risque de transmission chez l'enfant. Une sensibilisation particulière de la femme enceinte aux questions de l'hygiène bucco-dentaire peut contribuer à réduire cette transmission. (26)

A noter que la prescription de fluor en systématique chez la femme enceinte pour prévenir la carie chez l'enfant n'est plus recommandée. Le fluor étant déjà assez présent dans notre consommation quotidienne, une éducation à une bonne hygiène dentaire et alimentaire avec un suivi dentaire régulier est préférable. (30)

Il apparaît donc important que la femme enceinte ait un suivi régulier chez son chirurgien-dentiste avant et pendant la grossesse afin de prévenir tout risque préjudiciable pour elle et son futur enfant.

6 La prévention bucco-dentaire chez la femme enceinte

6.1 Les recommandations actuelles

Une grande campagne de prévention a été lancée par la HAS pour la lutte contre la carie dentaire.

La HAS recommande 2 consultations chez le chirurgien-dentiste au cours de la grossesse : « *Chez la femme enceinte, le groupe de travail recommande un examen clinique systématique, à la recherche de signes de maladie parodontale, dès le début de la grossesse et un examen dans les 6 mois qui suivent celui-ci (accord professionnel). La fréquence de ces examens en cours de grossesse est à adapter en fonction de l'atteinte parodontale (accord professionnel).*

- *Au cours de l'entretien médical du 4^e mois de grossesse, la HAS recommande que la problématique de la santé bucco-dentaire de la mère et de l'enfant soit abordée.*

- *Au 4^e mois également, un examen bucco-dentaire systématique de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste est recommandé dans le cadre du suivi de grossesse. » (8)*

Ces recommandations récentes devraient être connues des professionnels de l'obstétrique et de l'odontologie afin qu'ils puissent les mettre en pratique.

6.2 Les différents acteurs

6.2.1 Les professionnels de l'odontologie

Ces professionnels, par leur formation, sont disposés à dépister les pathologies de la cavité buccale dont les caries et les maladies parodontales et à les soigner. Lors de la consultation avec la femme enceinte ils pourront discuter avec elle de son mode de vie, de son alimentation, lui donner des conseils d'hygiène personnalisés, effectuer un examen de sa cavité buccale afin de diagnostiquer le risque parodontal ou carieux et mettre en place une prophylaxie adaptée. Ils pourront également en profiter pour les sensibiliser sur l'importance de la future hygiène bucco-dentaire de l'enfant et d'être vigilante quant à la transmission possible de bactéries entre elle et son enfant. Le chirurgien-dentiste pourra alors leur apporter une prévention personnalisée.

Les chirurgiens-dentistes sont les acteurs principaux de la prévention, cependant ils ne voient qu'une partie des femmes enceintes. Nous avons pu voir que les femmes consultaient moins pendant leur grossesse, et celles qui consultent sont souvent celles qui sont déjà bien informées. Se pose le problème de toutes les autres femmes enceintes qui bien souvent n'ont jamais vu un dentiste même avant leur grossesse.

6.2.2 Les professionnels de l'obstétrique

Sages-femmes, obstétriciens, gynécologues et médecins généralistes sont des acteurs majeurs dans la prévention de la santé bucco-dentaire chez la femme enceinte. Le suivi régulier des parturientes offre des occasions répétées de les inciter à faire suivre ou contrôler leur état bucco-dentaire. De plus, ils sont à même de les sensibiliser par des questions sur leur état bucco-dentaire (fréquence de brossage, saignements gingivaux, dernière consultation chez un dentiste, ...).

Cependant cette prévention nécessite une sensibilisation des professionnels de l'obstétrique quant aux problèmes de santé bucco-dentaire.

Présentation de l'étude :

7 OBJECTIFS

Objectifs principaux : évaluer les niveaux de connaissances et de prévention en santé bucco-dentaire au cours de la grossesse auprès d'une population de sages-femmes. Apprécier l'intérêt d'une plaquette d'information à destination des sages-femmes, comme support de sensibilisation aux questions de prévention en santé bucco-dentaire.

Objectif secondaire : vérifier l'abord favorable de la population de sages-femmes comme « personne ressource » à la mise en œuvre de campagnes de prévention en santé bucco-dentaire auprès des femmes enceintes.

8 Population et Méthodes

Schéma et déroulement de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive sur la base de deux questionnaires auto-remplis et d'une plaquette d'information, réalisés spécifiquement pour cette étude.

L'étude s'est déroulée du 7 septembre 2011 au 2 novembre 2011.

Elle a été conduite auprès de sages-femmes de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux, de sages-femmes libérales et de sages-femmes de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de la ville de Bordeaux.

Nous n'avons adopté aucun critère de sélection : toutes les sages-femmes ayant accepté de répondre à l'enquête ont été retenues.

Pour les sages-femmes travaillant au CHU, nous nous sommes directement rendus sur leur lieu de travail pour leur demander de participer à notre étude. L'étude impliquait de remplir le premier questionnaire, puis de lire la plaquette d'information et enfin de remplir le deuxième et dernier questionnaire ; l'ensemble du processus se déroulant pour chaque personne enquêtée au cours d'une même journée.

Pour les sages-femmes de PMI et les sages-femmes libérales, toutes les sages-femmes exerçant dans Bordeaux et la Communauté Urbaine de Bordeaux (CUB) ont été sollicitées. La demande de participation à l'étude a été faite par téléphone. Une fois l'accord obtenu, nous nous sommes rendus sur leur lieu de travail pour leur faire remplir les questionnaires.

Pour les sages-femmes de PMI, une procédure particulière a été mise en place: leur numéro de téléphone direct ne pouvant nous être communiqué, notre intermédiaire a été la Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion (MDSI) dont elles dépendaient. Devant le très faible nombre de retours, nous avons contacté la sage-femme coordinatrice de PMI afin de saisir l'opportunité d'une session générale de travail des sages-femmes de PMI pour présenter notre étude, ce qui a pu se faire. Les sages-femmes ont rempli les questionnaires et nous les ont remis directement au décours de la session.

Nous avons tenu à être sur place lors de la remise des questionnaires. Le premier questionnaire devait être rempli avant la lecture de la plaquette et la sage-femme sollicitée

ne devait avoir aucune information complémentaire. En effet, nous ne voulions pas qu'il puisse y avoir de communications entre sages-femmes ou qu'elles puissent se renseigner sur le sujet avant de répondre au premier questionnaire, ce qui aurait pu être le cas en laissant les questionnaires en libre service sur le lieu de travail. Cette méthode nous a permis de récupérer les questionnaires en suivant et d'avoir un taux de réponse proche de 100%. Nous nous tenions à l'écart pendant que les sages-femmes remplissaient les questionnaires.

Nous avons émis l'hypothèse qu'il pouvait exister des différences entre les sages-femmes faisant du suivi de grossesse de manière régulière et le reste de la population des sages-femmes. Nous avons donc comparé deux groupes au sein de nos populations : les sages femmes faisant du suivi de grossesse au quotidien (groupe d'intérêt constitué des sages femmes libérales, de PMI et en poste fixe de consultation au CHU) au reste de la population étudiée. Nous avons recherché des différences sur des critères que nous citerons dans notre partie résultats.

La procédure d'enquête adoptée au CHU de Bordeaux nous a permis de récupérer exactement le nombre de questionnaires remis auprès des sages-femmes du CHU, soit 62 questionnaires.

Quarante-trois sages-femmes libérales ont été contactées :

- Sept ont répondu directement : 5 ont accepté, 2 ont refusé (« ne se sentait pas concerné » et « manque de temps »).
- Un message vocal a été laissé à 36 d'entre elles : 19 n'ont pas rappelé ; les 17 qui ont rappelé ont toutes accepté.
- En tout, 22 sages femmes libérales ont participé à notre étude.

Pour les sages-femmes de PMI, seulement 2 d'entre elles nous avaient contactées suite à nos appels. Pour les autres, la médiation par la sage-femme coordinatrice nous a permis de récolter la majorité des questionnaires lors de leur session mensuelle de travail, soit 16 questionnaires. En tout, la totalité des sages-femmes de PMI ont participé à l'étude, soit 18 questionnaires.

Au total, notre population a concerné 102 sages-femmes, toutes modalités d'exercices confondues.

Structure des questionnaires

Les sages-femmes ont disposés de deux questionnaires

Le premier questionnaire est composé de 15 questions regroupant des questions d'ordre général (notamment sur les modalités d'exercice et de formation) :

- modalité d'exercice,
- ville initiale de formation professionnelle,
- nombre d'années d'exercice,
- possession d'un poste fixe à la maternité,
- enseignement concernant la santé bucco-dentaire

et des questions spécifiques concernant les connaissances et la prévention :

- lien réciproque entre grossesse et état bucco-dentaire,
- possibilité de soins bucco-dentaires pendant la grossesse,
- plainte(s) des patientes,
- utilité d'un dépistage bucco-dentaire,
- orientation de la femme enceinte chez un dentiste,
- conseils d'hygiène bucco-dentaires donnés,
- sources d'informations concernant ce domaine,
- souhait d'avoir des informations complémentaires

Puis nous les avons interrogées sur leur opinion quant à la possibilité d'être une personne ressource. Par « personne ressource », on entend : personne acceptant d'être un relais de messages de prévention, n'appartenant pas nécessairement à son domaine de compétence professionnel et à laquelle il est possible de se référer pour aborder ces questions.

L'objectif de ce premier questionnaire a été d'évaluer les connaissances mais aussi la place occupée par la prévention concernant les maladies bucco-dentaires chez la femme enceinte dans la pratique professionnelle des sages-femmes interrogées (voir Annexe 1).

Le deuxième questionnaire était distribué et rempli après que les sages-femmes aient consulté la plaquette d'information. Il est composé de 8 questions portant sur la pertinence des informations données par la plaquette, son apport de nouvelles connaissances et l'intérêt de son utilité dans la pratique courante. Les sages-femmes pouvaient également apporter des suggestions d'amélioration de la plaquette. A nouveau, la question de la sollicitation en tant que « personne ressource » est posée, ainsi que le souhait de disposer d'informations supplémentaires sur le domaine.

L'objectif de ce deuxième questionnaire était d'évaluer cette plaquette d'information, notamment sur l'intérêt potentiel de sa diffusion comme support de messages de prévention à destination des sages-femmes. (voir Annexe 2).

Structure de la plaquette d'information

Elle a été élaborée à l'attention des sages-femmes. Nous avons intégré dans un premier temps des notions de base sur les modifications physiopathologiques de l'état bucco-dentaire au cours de la grossesse (modifications hormonales et alimentaires, gingivite, parodontite et carie); puis, sur les effets des maladies parodontales sur la grossesse (accouchement prématuré, hypotrophie et prééclampsie). Nous avons ensuite exposé les différents traitements bucco-dentaires possibles (périodes de soins, anesthésie, radiographie etc.); enfin, nous avons insisté sur l'importance du rôle de la sage-femme dans la prévention en santé bucco-dentaire (voir Annexe 3).

Analyses statistiques

Les données ont été saisies avec le logiciel Excel dans un premier temps puis transposées dans le logiciel Epi Info version 3.5.3 pour l'analyse des données. Pour nos deux groupes comparés, nous avons utilisé le test du Chi² (pour un effectif théorique inférieur ou égal à 5) et le Fisher exact (pour un effectif théorique inférieur à 3).

9 RESULTATS

9.1 Population étudiée

Modalités d'exercice

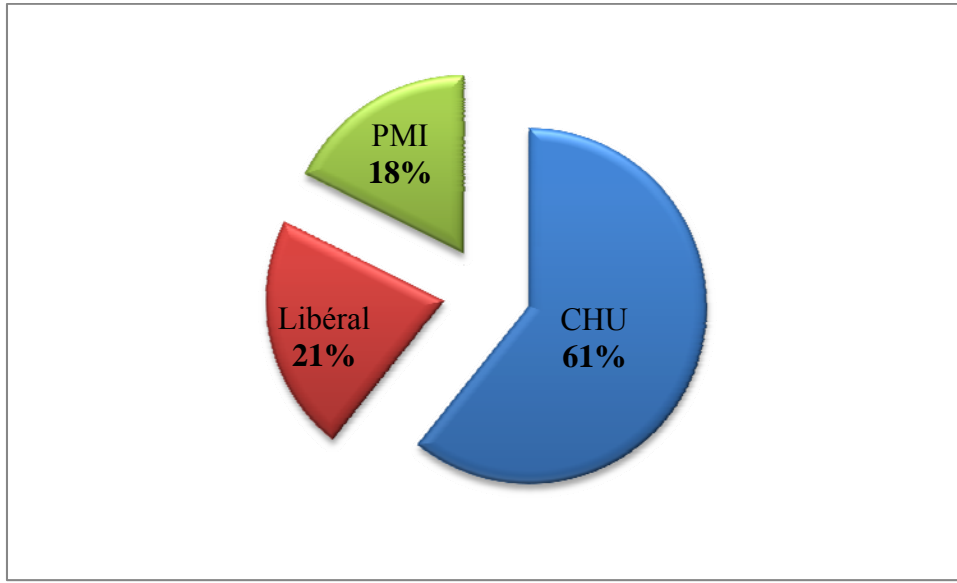


Figure 3 : Répartition de la population des sages-femmes interrogées selon leur modalité d'exercice.

La majorité des sages femmes interrogées (43 sur 62) travaillant au sein de la Maternité du CHU de Bordeaux (site Pellegrin) n'avaient pas de poste fixe et assuraient une polyvalence dans la prise en charge des parturientes. Les 19 autres étaient en poste fixe, notamment en suites de couches (7 sur 19), en salle de naissance (8 sur 19), en hôpital de jour (1 sur 19) et en consultations (3 sur 19).

Ville initiale de formation professionnelle

Le CHU de Bordeaux a été pour la plupart la structure initiale de formation

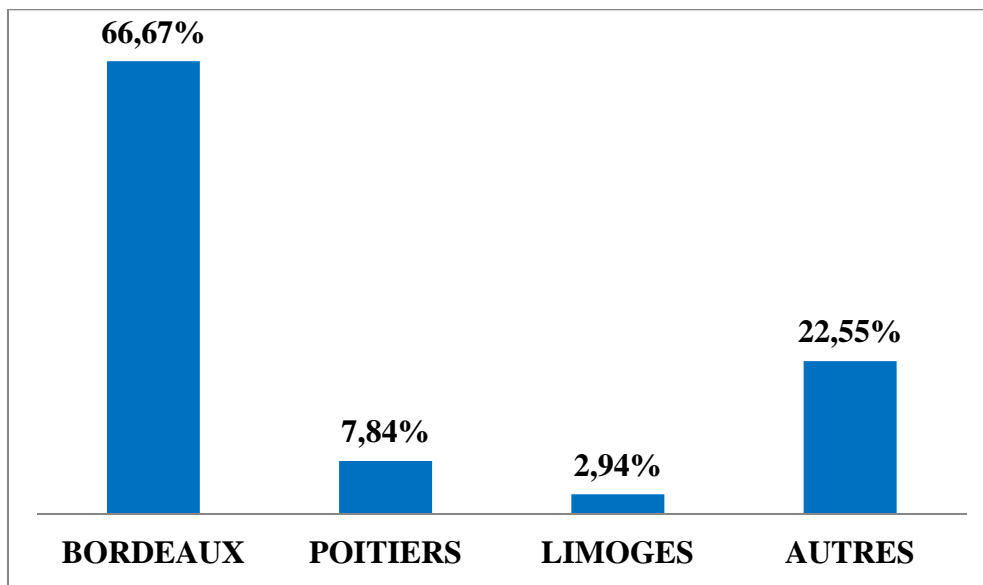


Figure 4 : Répartition des sages-femmes selon leur ville initiale de formation professionnelle.

Nombre d'années d'exercice

Cet enseignement est relativement récent car près de la moitié des professionnelles avaient terminé leurs études il y a moins de 10 ans.

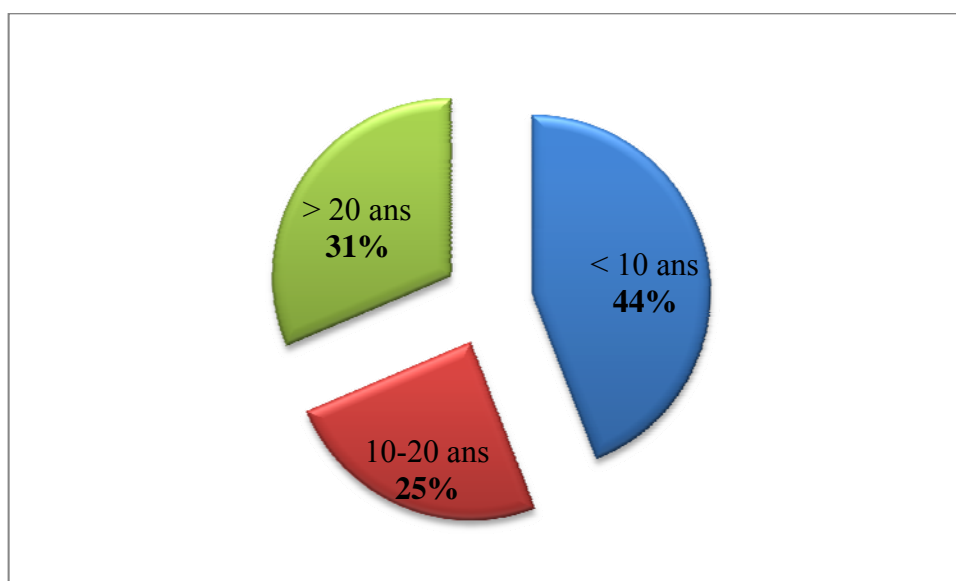


Figure 5 : Répartition des sages-femmes interrogées selon leur nombre d'années d'exercice.

9.2 Etat des connaissances et de la formation des sages-femmes dans le domaine de la santé bucco-dentaire de la femme enceinte.

Enseignement en santé bucco-dentaire

Quatre-vingt treize pour cent (93%) des sages-femmes n'avaient pas de souvenir objectif d'un enseignement en santé bucco-dentaire

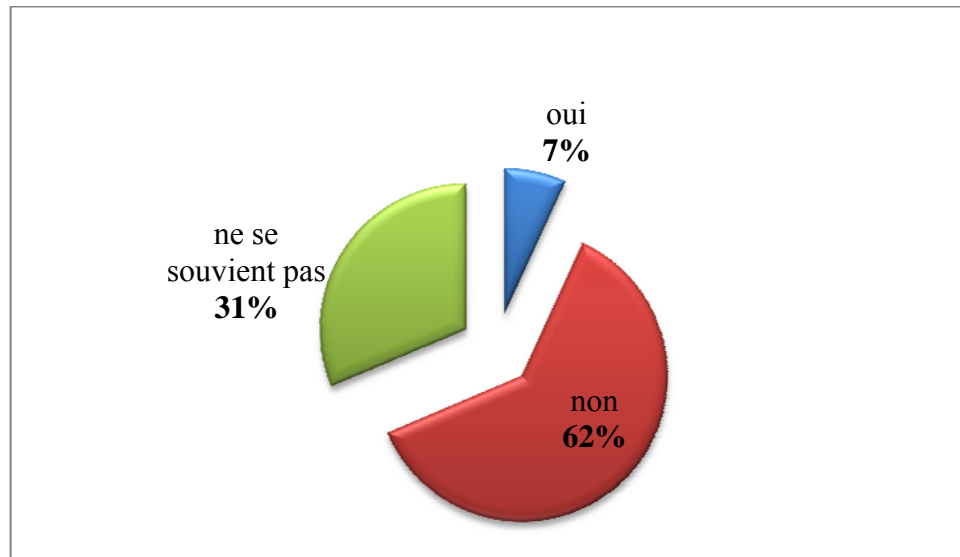


Figure 6 : Existence d'un enseignement en santé bucco-dentaire au cours des études pour les sages-femmes interrogées.

Influence de la grossesse sur l'état de santé bucco-dentaire

Quatre-vingt dix-huit pour cent (98%) des sages-femmes étaient persuadées d'une influence de la grossesse sur l'état de santé bucco-dentaire.

Tableau 1 : Existence d'une influence de la grossesse sur l'état de santé bucco-dentaire selon les sages-femmes interrogées.

	Effectif	%
Oui	100	98%
Non	1	1%
Ne se prononce pas	1	1%

Influence d'un mauvais état bucco-dentaire sur le bon déroulement de la grossesse

Quatre-vingt seize pour cent (96%) des sages-femmes étaient persuadées de l'influence d'un mauvais état bucco-dentaire sur la grossesse.

Tableau 2 : Existence d'une influence d'un mauvais état bucco-dentaire sur le bon déroulement de la grossesse selon les sages-femmes interrogées.

	Effectif	%
Oui	96	94,10%
Non	1	1%
Ne se prononce pas	5	4,90%

Soins bucco-dentaires selon les périodes de la grossesse

Tableau 3 : Soins bucco-dentaires possibles aux différentes périodes de la grossesse selon les sages-femmes interrogées.

	Au 1^{er} trimestre		Au 2^{ème} trimestre		Au 3^{ème} trimestre	
Oui	93	91,20%	95	93,10 %	92	90,20%
Non	4	3,90%	2	2,00%	5	4,90%
Ne se prononce pas	5	4,90%	5	4,90%	5	4,90%

Les sages-femmes jugeant certains soins irréalisables durant la grossesse ont été interrogées sur la nature de ceux-ci. Parmi les soins irréalisables les plus souvent cités, on retrouvait l'extraction (citée 6 fois), l'anesthésie (citée 5 fois) et le détartrage (cité 3 fois).

9.3 Place de la prévention en santé bucco-dentaire dans la pratique courante des sages-femmes.

Fréquence de douleurs bucco-dentaires des femmes enceintes

Quatre-vingt dix huit pour cent (98%) des sages-femmes ont rapporté des douleurs bucco-dentaires de la part de leurs patientes.

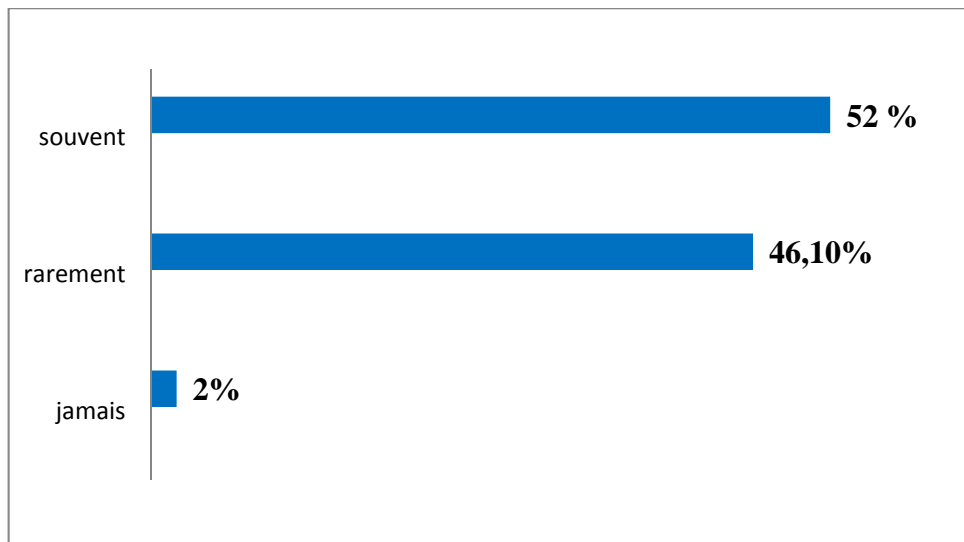


Figure7 : Répartition de la fréquence des douleurs bucco-dentaires des femmes enceintes rapportées par les sages-femmes interrogées.

Dépistage bucco-dentaire au cours de la grossesse

Quatre-vingt six pour cent (86%) des sages-femmes estimaient qu'il était nécessaire de faire un dépistage bucco-dentaire de la femme enceinte durant la grossesse.

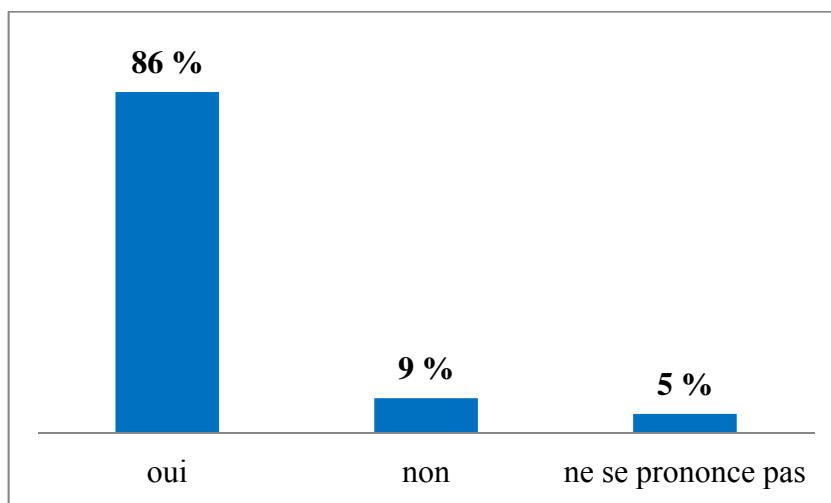


Figure 8 : Intérêt d'un dépistage bucco-dentaire chez la femme enceinte selon les sages-femmes.

Orientation des patientes vers un chirurgien-dentiste

Soixante-quinze pour cent (75%) des sages-femmes n'orientaient leurs patientes chez un chirurgien-dentaire qu'en cas de manifestation de douleurs de la part de ces dernières.

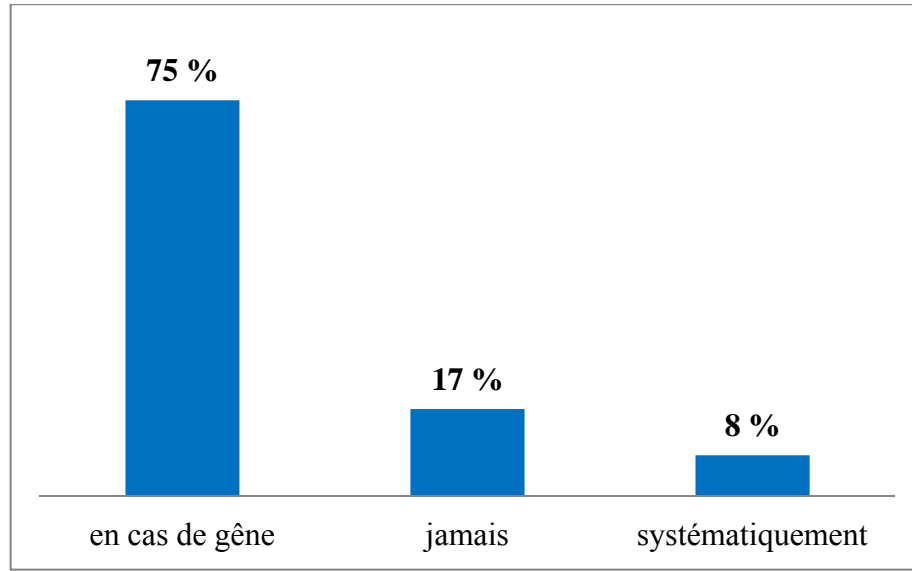


Figure 9 : Fréquence d'orientation des femmes enceintes chez un chirurgien-dentiste par les sages-femmes interrogées.

Conseils d'hygiène bucco-dentaire

Trente-cinq pour cent (35%) des sages-femmes disaient prodiguer des conseils d'hygiène bucco-dentaire à leurs patientes. Parmi les conseils d'hygiène donnés, on retrouvait le plus fréquemment, un brossage régulier (cité 22 fois), une consultation chez un chirurgien-dentiste (cité 10 fois), et des conseils pour les soins de gencives (cité 5 fois).

Soixante cinq pour cent (65%) des sages-femmes avouaient ne pas prodiguer de conseils bucco-dentaires à leurs patientes.

La sage-femme comme « personne ressource »

Quatre-vingt pour cent (80%) des sages-femmes interrogées considéraient qu'elles étaient bien placées pour apporter des conseils et être des personnes de ressource en santé bucco-dentaire.

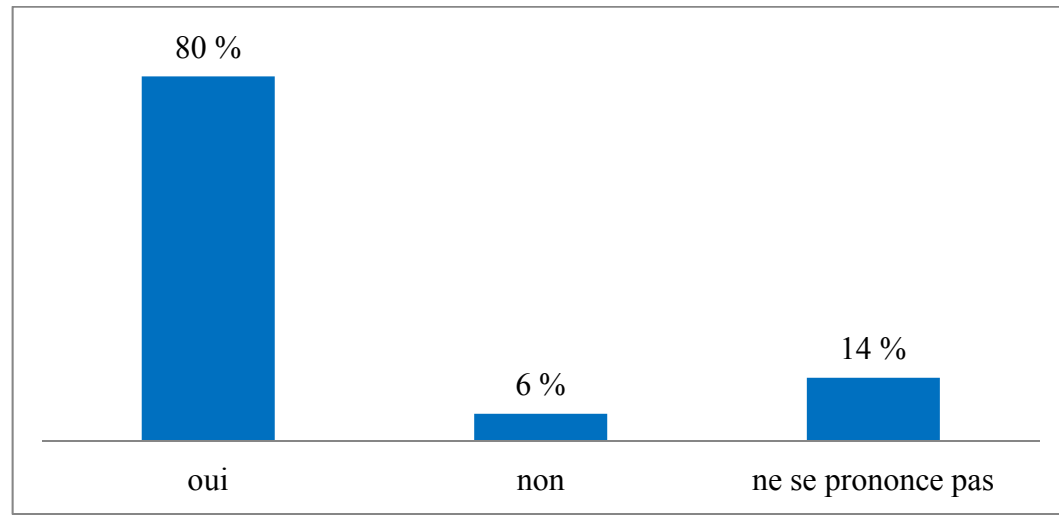


Figure 10 : Positionnement des sages-femmes comme « personne ressource » potentielle dans le domaine de la santé bucco-dentaire.

9.4 Sources d'information des sages-femmes

Tableau 4 : Sources d'informations principales des sages-femmes sur la santé bucco-dentaire.

<i>Source d'information</i>	<i>Nombre de sages-femmes</i>
Leur chirurgien-dentiste	68
Revue médicale	30
Internet	17
Magazine	14
Télévision	12
Autres	14
Aucune	8

Parmi les autres sources d'information, il y avait entre autre, l'entourage, l'expérience, et la formation professionnelle (cours d'hygiène diététique). Néanmoins ces sources ne paraissaient pas suffisantes aux sages-femmes car 97% d'entre elles désiraient davantage d'informations concernant ce sujet.

9.5 Evaluation de la plaquette d'information par les sages-femmes

Le deuxième questionnaire permettait d'évaluer l'intérêt des sages-femmes pour cette plaquette et son éventuelle utilité dans leur pratique courante.

Pour la quasi-totalité des sages-femmes (> **98%**), les informations données par la plaquette étaient considérées comme pertinentes, leur ayant apporté de nouvelles connaissances et pouvant être utilisées en pratique quotidienne.

Le questionnaire d'évaluation comportait des questions ouvertes sur des demandes supplémentaires d'informations et des pistes d'amélioration de la structure et du contenu de la plaquette.

Vingt-six sages-femmes auraient voulu avoir des données supplémentaires sur l'antibiothérapie, la compatibilité des soins dentaires et de l'allaitement et une information sur les conséquences de l'état dentaire du nouveau-né. Plus précisément, elles auraient voulu des informations sur les conseils d'hygiène bucco-dentaires à préconiser (type de dentifrice, méthode de brossage, bains de bouche).

Pour l'amélioration de la plaquette, 27 sages-femmes ont soumis des suggestions : meilleure mise en page (première partie trop longue, trop de texte, plus d'images ou de schémas concernant une bonne méthode de brossage). Pour d'autres, il aurait fallu préciser quelques notions sur les conseils alimentaires. Certaines sages-femmes ont fait la suggestion d'adapter ce genre de plaquette pour les femmes enceintes.

Suite à la lecture de la plaquette, 95% des sages-femmes considéraient qu'elles pouvaient être une personne de ressource dans le domaine de la santé bucco-dentaire alors qu'elles étaient 80% avant la lecture de la plaquette.

Après les renseignements apportés par la plaquette, 83% des sages-femmes souhaitaient avoir plus d'informations sur la santé bucco-dentaire de la femme et du nouveau-né.

9.6 Comparaison de deux groupes de sages-femmes

La seule différence statistiquement significative porte sur les conseils d'hygiène bucco-dentaires prodigués lors des consultations. Il semble que notre groupe d'intérêt « suivi de grossesse » (exercice libéral, PMI, CHU avec poste fixe en consultation) délivre plus ces conseils d'hygiène que le reste de la population de sages-femmes (Test Chi2 ; $p= 0.014$).

Tableau 5 : conseils d'hygiène bucco-dentaires donnés par les sages-femmes en fonction de leur poste.

<i>Poste</i>	<i>Conseils d'hygiène bucco-dentaire</i>				<i>Total</i>	<i>p-value</i>
	<i>Oui</i>		<i>Non</i>			
Suivi de grossesse	21	48,8%	22	51,2%	43	$p= 0.014$
Autres	15	25,4%	44	74,6%	59	

Aucune différence significative n'a été retrouvée sur les autres critères de comparaison analysés :

Tableau 6 : intérêt selon les sages-femmes d'un dépistage bucco-dentaire au cours de la grossesse en fonction de leur poste.

<i>Poste</i>	<i>Utilité dépistage bucco-dentaire</i>						<i>Total</i>	<i>p-value</i>
	<i>Oui</i>		<i>Non</i>		<i>Ne se prononce pas</i>			
Suivi de grossesse	40	93%	3	7%	0	0%	43	$p > 0,05$
Autres	47	81%	6	10,3%	5	8,6%	58	

Tableau 7 : Fréquence de l'orientation des femmes enceintes vers un chirurgien-dentiste en fonction du poste des sages-femmes.

<i>Poste</i>	<i>Orientation chirurgien-dentiste</i>						<i>Total</i>	<i>p-value</i>
	<i>En cas de gêne</i>		<i>Jamais</i>		<i>Systématiquement</i>			
Suivi de grossesse	33	76,7%	4	9,3%	6	14%	43	<i>p</i> > 0,05
Autres	44	74,6%	13	22%	2	3,4%	59	

Tableau 8 : Désir d'informations supplémentaires des sages-femmes en fonction de leur poste.

<i>Poste</i>	<i>Désir d'information supplémentaire</i>				<i>Total</i>	<i>p-value</i>
	<i>Oui</i>		<i>Non</i>			
Suivi de grossesse	43	100%	0	0%	43	<i>p</i> > 0,05
Autres	56	95%	3	5%	58	

Tableau 9 : Positionnement des sages-femmes comme « personne ressource » potentielle en fonction de leur poste.

<i>Poste</i>	<i>« Personne ressource »</i>						<i>Total</i>	<i>p-value</i>
	<i>Oui</i>		<i>Non</i>		<i>Ne se prononce pas</i>			
Suivi de grossesse	39	90,7%	1	2,3%	3	7%	43	<i>p</i> > 0,05
Autres	42	72,4%	5	8,6%	11	19%	58	

10 DISCUSSION

Cette étude a été menée dans le but d'évaluer le niveau de connaissances des sages-femmes concernant le domaine de la santé bucco-dentaire et les modalités de prévention qu'elles peuvent adopter dans leur pratique quotidienne. L'intérêt de mettre en place une démarche d'information, par le biais d'une plaquette que nous avons élaboré, a également fait l'objet d'une évaluation auprès des sages-femmes.

Sachant l'importance du lien entre la santé bucco-dentaire et la grossesse, il importait de vérifier que le groupe des sages-femmes constitue un interlocuteur et un vecteur favorable aux messages de prévention en santé bucco-dentaire chez la femme enceinte.

Les résultats montrent que la prévention faite auprès des patientes est très peu pratiquée et que le niveau d'information des sages-femmes est insuffisant. Cependant, il ressort de nos données que la quasi-totalité des sages-femmes, quel que soit leur modalité d'exercice (*en CHU, en PMI, en libéral*), reconnaissent un lien entre une mauvaise hygiène bucco-dentaire et des conséquences sur la grossesse. D'autre part, le niveau d'intérêt des sages-femmes concernant notre sujet est apparu élevé (bon accueil de l'enquête et de la plaquette). Nous pouvons ainsi assurer qu'il existe dans ce groupe un terrain favorable pour mettre en place des programmes d'informations et des formations en prévention bucco-dentaire et grossesse.

Les limites de l'étude

En termes de population, nous avons élargi notre étude initialement prévue sur le seul périmètre du CHU de Bordeaux à un ensemble plus large incluant les sages-femmes de la PMI et les sages-femmes libérales de la communauté urbaine de Bordeaux (CUB) de façon à disposer de points de vue variés, reflet de pratiques différentes, d'une patientèle diversifiée avec des niveaux socio-économiques différents. Malheureusement, nous n'avons pu couvrir l'ensemble des sages-femmes libérales de la CUB : 46% des sages-femmes libérales contactées n'ont pas rappelé après un premier appel infructueux avec message. Nous n'avons pas pu faire de relance téléphonique, à cause du temps imparti à la confection de la plaquette qui a retardé le lancement de l'étude. Ces résultats peuvent limiter la portée de nos observations pour ce secteur d'activité et mériter un complément d'enquête.

Rappelons que pour toutes les sages-femmes interrogées, l'enquête était menée durant leurs heures de travail. A cet effet, nous avons dû adapter notre questionnaire et réduire le nombre de questions initialement prévues.

Dans d'autres circonstances, il aurait également, pu être intéressant de mener l'étude en deux temps. Un premier pour que les sages femmes répondent au questionnaire d'entrée, puis un second plus long pour qu'elles assimilent d'avantage la plaquette, et puissent critiquer son utilisation dans leur pratique quotidienne. Cependant pour des raisons pratiques nous avons décidé, ici, de mener l'enquête en un seul temps.

A la réflexion, et étant donné l'objectif principal de notre étude, nous pouvons finalement considérer que le schéma adopté nous a permis de mettre en évidence les éléments attendus (niveau de connaissance, modalité de prévention, et démarche d'information).

La place de la sage-femme dans la prévention en santé bucco-dentaire

Nous nous devons de souligner que 80% des sages-femmes considèrent qu'elles peuvent être une « personne ressource » dans le domaine de prévention en santé bucco-dentaire et grossesse. Ce résultat est particulièrement encourageant et incite à mettre en œuvre dès que possible ce rôle de « personne ressource ». Le résultat aurait été plus probant s'il n'y avait pas eu un biais dans la compréhension de ce qu'est une « personne ressource » (13% des sages-femmes ne sont pas prononcées à l'énoncé de cette question).

Les conditions nous paraissent ainsi particulièrement bien remplies pour engager des actions de prévention. Parmi celles-ci, citons l'idée d'un dépistage bucco-dentaire systématique au cours de la grossesse qui reçoit dans notre enquête 87% d'avis favorables parmi les sages-femmes interrogées. Notons qu'en pratique, la majorité d'entre elles (75%) orientent leurs patientes vers un chirurgien-dentiste lorsqu'elles se plaignent de douleurs dentaires (50% des sages-femmes rapportent que leurs patientes se plaignent souvent d'avoir des douleurs dentaires ou des gingivorragies) ; or, à ce stade, les pathologies sont déjà installées.

Nous pouvons aussi évoquer les conseils d'hygiène bucco-dentaire prodigués par les sages-femmes au cours du suivi de grossesse. La HAS recommande d'ailleurs une information sur l'hygiène dentaire au cours de l'entretien prénatal du quatrième mois. (8)

Nos résultats montrent que seulement 35% des sages-femmes prodiguent de tels conseils à leurs patientes. Ceux qui reviennent le plus sont : la technique de brossage de dents, la consultation chez un chirurgien-dentiste, les soins concernant les gingivorragies, et une bonne hygiène alimentaire. Ces points font particulièrement écho aux recommandations de l'UFSBD (29) (cf. annexe 4).

Dans la littérature, pour les études concernant les connaissances en santé bucco-dentaire chez les professionnels de l'obstétrique, nous retrouvons des résultats similaires. Par exemple, bien que les notions de parodontite et de gingivite soient apparemment connues des obstétriciens, il y a une intégration limitée de ces connaissances en pratique clinique. Seulement 51% d'entre eux recommandent un examen dentaire au cours de la grossesse, alors que 84% ont signalé la maladie parodontale comme facteur de risque d'accouchement prématuré et de naissance d'enfant hypotrophe. (31)

Une étude conduite aux Etats-Unis auprès de 240 professionnels (médecins, sages-femmes, infirmières) a montré que 55% des personnes interrogées reconnaissent un lien entre parodontopathies et risques pour la grossesse. Dans la pratique, 63% d'entre eux faisaient une vérification de la cavité buccale de leurs patientes ; seuls 43% ont déclaré être formés pour faire un examen oral et 41% d'entre eux estimaient avoir le temps d'appliquer cette prévention durant leur temps de consultation. La collaboration avec les chirurgiens-dentistes pour réduire les risques au cours de la grossesse était jugée nécessaire pour 52% d'entre eux. Plus de la moitié souhaitent être formés en prévention santé bucco-dentaire. L'intégration d'un cours sur la santé bucco-dentaire dans les programmes de tous les professionnels en contact avec la femme enceinte a été envisagée, même si l'article ne précise pas si elle a été mise en place. (32)

Vers un enseignement en santé bucco-dentaire

Alors que la HAS stipule que tous les professionnels en contact avec la femme enceinte devraient avoir un programme de formation concernant la maladie carieuse (8), la majorité des sages-femmes interrogées, quelle que soit leur ville initiale de formation ou leur promotion, indiquent n'avoir jamais bénéficié d'enseignement en santé bucco-dentaire au cours de leurs études. A l'heure actuelle, par exemple, cet enseignement ne fait pas partie du programme d'études de l'école de sages-femmes de Bordeaux.

De fait, il apparaît que le champ de connaissances en santé bucco-dentaire des sages-femmes relève pour l'essentiel du domaine informel, entre autres *via* leur chirurgien dentiste personnel (66%), les revues médicales (29%), internet, télévision, magazines, entourage ou expérience professionnelle.

L'étude montre aussi l'existence de fausses croyances comme l'idée qu'une anesthésie, une extraction ou un détartrage ne puissent être réalisés durant une grossesse. Deux sages-femmes ont répondu notamment que le soin de la carie était contre-indiqué pendant la grossesse alors que celle-ci peut, et surtout, doit être impérativement traitée.

Ce caractère informel des connaissances se traduit dans notre étude par une adhésion quasi-totale des sages-femmes interrogées (97%) à la demande d'informations de niveau professionnel en santé bucco-dentaire chez la femme enceinte.

Dans un premier temps, il nous semblerait nécessaire d'insérer un module d'enseignement concernant la santé et les pathologies bucco-dentaires, par exemple dans le programme de la 2^{ème} phase des études de sages-femmes. Il serait important d'y aborder principalement les modifications physiologiques de la sphère bucco-dentaire pendant la grossesse, les pathologies bucco-dentaires observées au cours de cette période et plus particulièrement les maladies parodontales, ainsi que leurs conséquences sur le déroulement de la grossesse et la santé du nouveau-né. Sans oublier, la problématique des soins bucco-dentaires et des périodes de la grossesse, les traitements spécifiques dont l'antibiothérapie, l'anesthésie et la radiographie de la sphère bucco-dentaire. Il faudra insister sur les conseils de prévention et d'hygiène que l'on peut dispenser à la parturiente au cours du suivi de la grossesse et même après et promouvoir une visite systématique chez un chirurgien-dentiste.

Une sage-femme doit en sortant de l'école, être sensibilisée à ce problème afin qu'elle soit apte à appliquer cette prévention au début de sa carrière et diffuser ces notions. Cet enseignement permettra de « briser » les fausses croyances qui persistent et de d'aider à la mise en place d'une prise en charge systématique de la santé bucco-dentaire au cours de la grossesse.

Tous les postes fonctionnels occupés par les sages-femmes sont-ils candidats au titre de « personne ressource » en prévention santé bucco-dentaire et grossesse ?

Les sages femmes réalisant majoritairement des consultations de suivi de grossesse (exercice libéral, PMI, CHU avec poste fixe en consultation) sont-elle des « personnes ressources » idéales, du fait de leur rôle prépondérant en période d'ante-partum ? Nos résultats ne confirment cette hypothèse que pour les conseils d'hygiène bucco-dentaires ($p=0.014$) ; sur les autres critères, aucune différence significative n'a été retrouvée, ce qui peut être dû à un effectif relativement insuffisant de notre étude. Ces sages-femmes, plus particulièrement chargées du suivi de la grossesse et en première ligne pour la prévention, constitueraient alors la cible privilégiée pour une formation spécifique à la prévention en santé bucco-dentaire et grossesse. C'est un point qui peut se révéler important dans le développement d'une campagne de formations à la prévention, notamment en matière de réduction des coûts de la campagne ou surtout en termes d'efficacité. Sans doute, faudrait-il étendre notre étude à un plus grand nombre pour confirmer la place particulière de ce groupe de sages-femmes dans une politique de prévention.

D'un autre côté, l'existence d'un seul test significatif ne suffit pas à affirmer une tendance, et la population de notre étude, même s'il manque la moitié des sages-femmes en exercice libéral, constitue un panel plutôt représentatif du groupe professionnel des sages-femmes de Bordeaux. Il est donc possible que les deux groupes ne présentent pas en réalité de réelles différences (*en dehors de celle citée*) au plan global. Par ailleurs, le parcours des parturientes n'est pas nécessairement standard et toute sage-femme, même si elle n'est pas spécialement axée sur le suivi de la grossesse (*polyvalence*), peut être amenée à une prise en charge initiale d'une parturiente pouvant bénéficier de conseils adaptés en santé bucco-dentaire. D'où notre préconisation de s'adresser à l'ensemble des sages-femmes comme vecteur d'informations et de prévention, quel que soit le poste qu'elles occupent. Il est impératif en tout cas, qu'en matière de formation de base, elles puissent bénéficier dans leur ensemble de connaissances établies et structurées sur ce champ de la pratique.

En matière de formation continue, cela peut se discuter, sauf pour le groupe des sages-femmes chargées du suivi de la grossesse qui reste, quels que soient les résultats, celui qu'il faut privilégier comme interlocuteur et porteur de messages de prévention.

La plaquette d'information comme vecteur de message de prévention

Notre plaquette d'information a été très bien reçue par les sages-femmes. Elles ont trouvé les informations qui y figuraient pertinentes et ont jugé qu'elles pourraient être utiles dans leur pratique courante. De plus, pour la quasi-totalité d'entre elles, elle leur a apporté ou confirmé de nouvelles connaissances. Par ailleurs, elle a généré une plus grande adhésion à l'idée de pouvoir jouer un rôle de « personne ressource » dans la prévention en santé bucco-dentaire et grossesse (80% avant vs 95% après lecture de la plaquette).

Pour un quart des sages-femmes interrogées, il manquait sur la plaquette des informations concernant l'antibiothérapie, les conséquences sur le nouveau-né et les soins dentaires durant l'allaitement. Elles auraient également souhaité qu'il y ait plus de conseils pratiques comme le type de brosse à dents à utiliser, le type de dentifrice, la méthode de brossage efficace et les soins spécifiques en cas de gingivorragies.

Ces résultats nous encouragent à promouvoir le support des plaquettes d'information comme vecteur de message de prévention. Il nous semblerait d'ailleurs pertinent d'en généraliser la distribution et d'en construire d'autres sur des thématiques plus spécifiques.

De l'importance d'un accompagnement oral

Malgré le taux élevé de non participation des sages-femmes libérales à notre étude, il faut souligner le très bon accueil que nous avons reçu des sages-femmes au moment de la présentation de notre étude ; elles ont été réceptives aux informations que nous leur avons données. Le fait d'être présent au moment de la remise et de la réception des questionnaires nous a permis d'avoir un échange plus approfondi avec les sages-femmes grâce auquel nous avons pu récolter d'autres informations.

Cet échange a fait ressortir notamment l'intérêt d'élaborer une plaquette à l'intention des femmes enceintes pour sensibiliser ces dernières aux problèmes de santé bucco-dentaire. Elles suggèrent d'adapter la plaquette en l'illustrant davantage et en mettant plus d'informations pratiques ; plus intéressant encore, une sage-femme de PMI nous a suggéré de publier des plaquettes en plusieurs langues pour les patientes ne parlant pas français.

A ce propos, il importe de souligner combien la simple distribution d'une plaquette ne suffit pas à assurer la transmission de messages de prévention. Il est indispensable qu'elle soit accompagnée d'un discours oral adapté et accessible à la parturiente. Le travail réalisé

à Metz par une étudiante sage-femme sur santé bucco-dentaire et grossesse a montré notamment que 17 femmes enceintes sur 30 se souviennent avoir reçu une plaquette d'information alors que cette dernière a été distribuée à la totalité d'entre elles ; c'est dire l'importance d'un support d'accompagnement oral au support d'accompagnement écrit de la plaquette. (33)

La question du relais de la prévention

Lors de nos discussions, les sages-femmes ont fréquemment mentionné le fait que les dentistes refusaient souvent la prise en charge des femmes enceintes et préféraient repousser les soins en post-partum. Ces refus pourraient décourager les sages-femmes à adresser leurs patientes à un professionnel de l'odontologie et expliquerait le fait que les sages-femmes n'adressent leurs patientes aux chirurgiens-dentistes qu'en cas de réel problème.

Après vérification, il s'avère qu'en effet, le sujet de la femme enceinte est abordé de manière insuffisante lors de la formation des étudiants de l'UFR d'odontologie de la faculté de Bordeaux, comme d'ailleurs à l'échelle nationale où il semblerait qu'il existe à ce sujet des disparités de formation entre les facultés dentaires. Un magazine intitulé « Le courrier du dentiste » a publié un article sur les soins possibles au cours de la grossesse en mettant en avant le fait que certains praticiens étaient assez réfractaires à l'idée de soigner des femmes enceintes ; l'article rappelle qu'aucun soin dentaire n'est contre-indiqué au cours de la grossesse, et qu'au contraire, l'abstention de soins pourrait avoir des répercussions chez la femme enceinte et le fœtus. Il est souligné par ailleurs que la période la plus appropriée pour un soin dentaire se situe idéalement entre le 4^{ème} et le 7^{ème} mois et ; le 1^{er} et le 3^{ème} trimestre étant préférentiellement réservés aux soins d'urgence (12). Ceci pourrait expliquer certains refus de soins par les chirurgiens-dentistes mais il serait nécessaire d'interroger ces professionnels afin de connaître les raisons précises de ces refus.

Pour une collaboration entre la filière obstétricale et odontologique

Nous avons pu voir que les sources d'informations des sages-femmes provenaient essentiellement de leur propre chirurgien-dentiste. *A contrario*, certains dentistes refusent la prise en charge des femmes enceintes pour des raisons qui ne sont pas totalement fixées. Il existe de fait peu de partages d'informations formalisées et de niveau universitaire entre ces deux corps professionnels. Il faudrait profiter d'espaces de communication (congrès, formation professionnelle, etc.) pour permettre aux deux professions d'échanger sur leurs pratiques respectives. Le principe d'un partenariat pour un enseignement commun sur la santé bucco-dentaire et la grossesse est à privilégier, que ce soit à destination des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes au cours de leur formation.

De l'intérêt d'une plaquette d'information aux professionnels...

Comme nous l'avons souligné, l'accueil d'une plaquette d'information par les sages-femmes peut être considéré comme un succès à réitérer. Une démarche conjointe des sages-femmes et des professionnels de l'odontologie devrait aboutir à l'élaboration de plaquettes à destination des sages-femmes, par exemple comme un élément parmi d'autres de la formation continue.

A titre d'exemple, le Conseil général du Val de Marne a conçu des « fiches-conseils » à l'attention des sages-femmes de la région suite au résultat d'une étude menée auprès de ces dernières. L'étude montrait le peu de conseils d'hygiène bucco-dentaire que donnaient les sages-femmes à leurs patientes et le besoin qu'elles ressentaient concernant un manque d'information dans ce domaine. Dans ces fiches, les problèmes dentaires dû à la grossesse étaient répertoriés avec les causes de ces pathologies et les conseils que l'ont peut apporter à la patiente pour pallier ces problèmes. Ce genre de guide pour les professionnels pourrait être utile dans la pratique courante pour les praticiens en contact avec la femme enceinte (sages-femmes, obstétricien, gynécologues, médecins généralistes) et servir comme outil de référence en cas de questions précises de celle-ci. (34)

... à la diffusion de l'information auprès des femmes enceintes

Toutes les périodes du suivi de la grossesse ne sont pas équivalentes pour la diffusion de messages de prévention. Les informations et conseils clés donnés à la femme enceinte pourraient se faire à différents moments :

- *A l'entretien prénatal précoce* : mis en œuvre au 4^{ème} mois de la grossesse, il est recommandé et permet une prévention précoce. Ce moment est privilégié car il permet d'aborder tous les problèmes et toutes les questions de la femme enceinte. De plus, le temps consacré à cette consultation est un peu plus long que pour les autres consultations ce qui laisserait de la place aux questions de santé bucco-dentaire.
- *Au cours des consultations prénatales* : ces moments sont propices pour aborder et mettre en lien l'hygiène diététique et dentaire. L'alimentation de la femme enceinte est un sujet très abordé au cours de la grossesse, notamment pour la prévention de certaines maladies (toxoplasmose, listériose, salmonellose) mais aussi du fait des modifications d'habitudes alimentaires induites par la grossesse. Le discours habituel gagnerait à être renforcé par des messages spécifiques sur la prévention en santé bucco-dentaire comme nous l'avons souligné précédemment.
- *Au cours des séances de préparation à la naissance* : ces moments interviennent tard dans la grossesse mais ils pourront permettre de parler de l'hygiène dentaire de la mère et du futur enfant ; n'oublions pas le lien entre la carie chez l'enfant qui est un problème de santé publique majeur et la mère, qu'il est important d'éduquer très tôt.
- *En protection maternelle et infantile* : hormis le rôle propre de la PMI de mettre en place des mesures et des actions de prévention, elle constitue un lieu particulier, multidisciplinaire, accueillant toutes les femmes enceintes, quel que soit leur niveau socio-économique, et susceptible d'atteindre des populations échappant aux circuits classiques des prises en charge pour grossesse et probablement vulnérables aux questions de santé bucco-dentaire.

D'autres supports peuvent être cités pour accompagner ou aider à la mise en place des actions de prévention.

En France, la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) met à disposition sur son site internet un guide de maternité téléchargeable dans lequel un suivi dentaire pendant la grossesse est préconisé. Malheureusement, cette information ne comporte que quelques lignes alors que dans d'autres pays comme le Canada ou les Etats-Unis, les guides de maternités consacrent des pages entières, exposant dans un premier temps, les méfaits des

maladies parodontales sur la grossesse, l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire et d'une consultation chez un dentiste lors de la grossesse. Dans un deuxième temps, ils abordent les questions classiques que peuvent se poser les femmes enceintes (soins pour les gingivorragies, possibilité et contre-indications de soins), indiquent la bonne méthode de brossage et réfèrent à des liens internet pour plus d'informations sur le sujet (35, 36). C'est un exemple à suivre et il faudrait sans doute suggérer à la CNAM de développer ces aspects dans son édition numérique.

Ceci étant, les caisses d'assurance maladie se mobilisent afin de développer la prévention. La Mutualité Sociale et Agricole (MSA) envoie systématiquement au 6^{ème} mois de grossesse une plaquette d'information sur la santé bucco-dentaire à toutes les femmes enceintes affiliées. Des conseils d'hygiène dentaires et les périodes pour consulter un dentiste sont indiqués (37). Après l'accouchement, la MSA renvoie une deuxième plaquette d'information concernant cette fois-ci des conseils et explications sur la santé bucco-dentaire de l'enfant (38). Malgré ce côté précurseur, l'envoi de la plaquette au 6^{ème} mois est tardive et gagnerait à être adressé plus tôt, au cours du 4^{ème} mois conformément à la recommandation de la HAS. Là encore il serait souhaitable que l'exemple de la MSA soit suivi par les autres régimes d'assurance maladie, et surtout pour le premier d'entre eux, le régime général

On peut citer néanmoins une enquête menée par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) concernant la fréquence des consultations dentaires de femmes enceintes du Limousin. Un questionnaire permettait aux femmes enceintes d'évaluer la nécessité de consulter un chirurgien-dentiste et de les sensibiliser à un suivi bucco-dentaire régulier ; un guide de surveillance médicale mère et nourrisson était joint. Une des conclusions intéressantes de l'enquête portait sur l'augmentation de la fréquence des consultations dentaires des femmes enceintes après qu'elles aient été sollicitées par l'URCAM (27,2% vs 38,4%). Par ailleurs, cette caisse prévoyait de diffuser ce questionnaire à toutes les femmes faisant une déclaration de grossesse pour améliorer la prévention en santé bucco-dentaire. Cet exemple est emblématique de l'importance de l'engagement des structures institutionnelles dans la promotion de la prévention en santé bucco-dentaire. (39)

D'autre part, en respectant les recommandations de l'HAS et la publication de l'UFSBD, le moment idéal pour effectuer un dépistage est fixé au 4^{ème} mois de grossesse, permettant une prise en charge précoce des maladies. Comme nous l'avons déjà souligné, les soins dentaires ne sont remboursés à 100% qu'à compter du 6^{ème} mois de grossesse ; il existe à notre sens une contradiction entre la recommandation et la pratique : il serait donc intéressant de rendre le remboursement des soins dentaires dans leur totalité à partir du 4^{ème} mois de grossesse afin qu'il n'y ait pas d'obstacle financier à la consultation dentaire.

L'intérêt d'une consultation obligatoire

Pour aider les professionnels de la naissance à intégrer de façon plus systématique la prévention en santé bucco-dentaire, il serait intéressant d'inclure dans le dossier obstétrical des questions en rapport avec l'odontologie de type, « Suivi régulier chez un dentiste » ou « Problèmes dentaires ou gêne à signaler » ou « Dernière consultation chez un chirurgien-dentiste ».

La mise en place d'une consultation obligatoire chez un chirurgien-dentiste au cours de la grossesse permettrait de faire une prévention élargie et contrôlée et pourrait prévenir le taux de pathologies dentaires. A noter qu'une proposition de loi du 24 juin 2010 visait à créer un examen obligatoire chez un chirurgien-dentiste pour toutes les femmes enceintes afin d'évaluer précocement les besoins en soins et limiter les risques infectieux et leurs conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant. Le projet stipulait également que le médecin ou la sage-femme qui effectuera le premier examen prénatal devra sensibiliser la femme enceinte sur les risques liés à une hygiène dentaire insuffisante. A notre connaissance, cette proposition n'a malheureusement pas dépassé à ce jour le stade du projet. (40)

Perspectives d'études

Nous avons conscience que notre travail relève plutôt d'une étude préliminaire, le temps et les moyens qui nous sont impartis étant insuffisants pour développer des études de plus grande envergure.

Une perspective intéressante serait de généraliser la distribution de la plaquette auprès de tous les professionnels en contact avec la femme enceinte (sages-femmes, obstétriciens, gynécologues, médecins généraliste) et d'évaluer l'impact réel d'une prévention en santé bucco-dentaire. On pourrait par exemple rechercher les modifications de pratique chez les professionnels et/ou les impacts sur la santé bucco-dentaire des femmes enceintes au-delà d'une certaine période (par exemple, 6 mois) après distribution d'une plaquette ou diffusion de messages de prévention spécifiques.

La même démarche pourrait être engagée auprès des chirurgiens-dentistes, relais naturels de la prévention en santé bucco-dentaire. Un accent particulier devra porter sur leur niveau d'appréhension concernant les soins chez la femme enceinte et sur les éléments pouvant influencer sur leur motivation à les prendre en charge.

D'autres études sur la prévalence des maladies parodontales chez la femme enceinte et sur les conséquences de ces pathologies sur la grossesse devraient également se poursuivre.

11 CONCLUSION

Notre étude a montré que les sages femmes avaient des notions sur le lien réciproque entre une mauvaise santé bucco-dentaire et les conséquences sur la grossesse. Paradoxalement, leur niveau d'information en la matière relevait de façon quasi exclusive du domaine informel et il leur manquait les outils nécessaires à la mise en œuvre d'une politique de prévention de niveau professionnel. Il est vrai que les publications actuelles ne permettent pas de trancher sur la causalité entre pathologies bucco-dentaires et conséquences sur la grossesse. Néanmoins, plusieurs études concordent sur les liens entre ces deux domaines d'où l'existence des recommandations actuelles qui préconisent un suivi systématique de la santé bucco-dentaire chez la femme enceinte. Il est utile de dépister et de prévenir l'apparition de ces maladies afin d'éviter toute prise de risque. D'où l'enjeu de former les professionnels de la naissance afin de les sensibiliser à cette prévention.

Il existe chez les sages-femmes un contexte favorable pour une mise en place de programmes de formations en santé bucco-dentaire, notamment par le biais d'enseignements spécifiques au cours des études ou par des supports d'information adaptés (plaquette, congrès, formation professionnelle, etc.). Plus généralement, cette formation devrait être adressée à tous les professionnels en contact régulier avec les femmes enceintes. Pour assurer une meilleure convergence des actions, il importe également qu'il y ait un engagement des structures institutionnelles (état et assurance maladie).

Le but serait, à terme, d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant, et plus particulièrement leur état de santé bucco-dentaire dont on sous-estime généralement les impacts, non seulement en matière de santé mais aussi sur le plan socio-économique.

12 BIBLIOGRAPHIE

- (1) Offenbacher S, Boggess K, Murtha A, Jared H, Lieff S, McKaig R et al. Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. *Obstet Gynecol.* 2006; 107:29-36.
- (2) Boggess KA, Beck JD, Murtha AP, Moss K, Offenbacher S. Maternal periodontal disease in early pregnancy and risk for a small-for-gestational-age infant. *AJOG.* 2006 ; 194 :1316–22.
- (3) Nabet C, Lelong N, Colombier ML, Sixou M, Musset AM, Goffinet F et al. Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the case–control Epipap study. *J Clin Periodontol.* 2010; 37:37–45.
- (4) Organisation mondiale de la santé (OMS)
Santé bucco-dentaire. Aide mémoire, février 2007, N°318.
- (5) Quilichni, Dupui, Maynadier. La parodontologie. Fiche d’information. [Consulté le 02/08/2011]
URL: <http://www.chirurgiemaxillofacialealbi.com/stomatologie/parodontologie>
- (6) Laval I. Le parodonte. U.F.R d’odontologie de Clermont-Ferrand [Consulté le 22/07/2011]
URL: <http://webodonto.uclermont1.fr/uploads/sfCmsContent/html/270/Parodonte.pdf>
- (7) Association Dentaire Française. Les maladies parodontales. 2004 [Consulté le 09/06/2011]
URL: http://www.adf.asso.fr/cfm/site/afficher_rubrique.cfm?rubrique=112
- (8) Haute autorité de santé (HAS). Recommandation en santé publique. Stratégies de prévention de la carie dentaire. Argumentaire. Mars 2010.
- (9) Hage G, Davarpanah M, Kebir M, Tecucianu JF, Askari N. Grossesse et état parodontale : revue de littérature aspects cliniques. *JPIO.* 1996 ; 15 :379-87.
- (10) Agbo-Godeau S. Stomatologie et grossesse. *Encycl Méd-Chir, Stomatologie, 22-050-F-10, Gynécologie/Obstétrique, 5-045-A-10.* 2002.

- (11) Lequart C. Une prise en charge attentive. Dentiste Mag, 2006 ; 3 :26-30.
- (12) El merini H, Jabri M, Aggouri L. Les soins dentaires chez la femme enceinte. Le courrier du dentiste, mai 2003, [Consulté le 16/03/2011]
URL: <http://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/les-soins-dentaires-chez-la-femme-enceinte>
- (13) Jaoui L. Classification des maladies parodontales, propositions thérapeutiques. Le fil dentaire. 2008 ; 31 : 26-9.
- (14) Haute Autorité de Santé (HAS)/ Service des recommandations et références professionnelles / Parodontopathies : diagnostic et traitements /mai 2002.
- (15) Dentraid, L'humanitaire à Garancière. La carie. Keske c ? Comment se soigner ?
- (16) Conseil général du Val-de-Marne. M'T dents. Plaquette de prévention santé bucco-dentaire : comment bien prendre soin de ses dents ?
- (17) Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. 2008 January; 371:75-84.
- (18) Àgueda A, Echeverría A, Manau C. Association between periodontitis in pregnancy and preterm or low birth weight: Review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008; 13(9):E609-15.
- (19) Dörtbudak O, Eberhardt R, Ulm M, Persson GR. Periodontitis, a marker of risk in pregnancy for preterm birth. J Clin Periodontol. 2005; 32:45–52.
- (20) Khader YS, Ta'ani Q. Periodontal diseases and the risk of preterm birth and low birth weight: a meta-analysis. J Periodontol. 2005; 76:161–165.
- (21) Polyzos NP, Polyzos IP, Mauri D, Tzioras S, Tsappi M, Cortinovis I et al. Effect of periodontal disease treatment during pregnancy on preterm birth incidence: a metaanalysis of randomized trials. AJOG. 2009; 225-32.
- (22) Agueda A, Ramon JM, Manau C, Guerrero A, Echeverri JJ. Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes: a prospective cohort study. J Clin Periodontol. 2008; 35: 16–22.

- (23). Michalowicz BS, Hodges JS, Novak MJ, Buchanan W, DiAngelis AJ, Papananou PN et al. Change in periodontitis during pregnancy and the risk of pre-term birth and low birthweight. J clin periodontal. 2009; 36:308–314.
- (24) Xiong X, Buekens P, Fraser WD, Beck J, Offenbacher S. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. BJOG. 2006; 113:135–143.
- (25) Canakci V, Canakci CF, Yildirim A, Ingec M, Eltas A, Erturk A. et al. Periodontal disease increases the risk of severe pre-eclampsia among pregnant women. J Clin Periodontol. 2007; 34:639–45.
- (26) Bauser A. La femme enceinte au cabinet dentaire. L'information dentaire. 2000 Janvier [Consulté le 30/09/2011]
URL: <http://www.information-dentaire.fr/pdf/FMDCjan00.pdf>
- (27) Joanne S, Hiroko I, Gail I. Implementing an Oral Health Program in a Group Prenatal Practice. JOGNN. 2007 ; 36, 581-591.
- (28) Habashneh R, Guthmiller JM, Levy S, Johnson GK, Squier C, Dawson DV et al. Factors related to utilization of dental services during pregnancy. J Clin Periodontol. 2005; 32: 815–821.
- (29) Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD). Questions de santé. Dossier rapport HAS, prévention de la carie dentaire. 2011 ;1: 3-30.
- (30) Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Mise au point. Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18ans. Octobre 2008.
- (31) Wilder R, Robinson C, Jared H, Lieff S, Boggess K. Obstetricians' knowledge and practice behaviors concerning periodontal health and preterm delivery and low birth weight. J Dent Hygiene. 2007;.81:1-17.
- (32) Thomas K. Nurse Practitioners, Physician Assistants and Certified Nurse Midwives' Knowledge and Behaviors regarding Periodontal Disease and its Impact on Adverse Pregnancy Outcomes. A thesis, faculty of dentistry university of North Carolina. 2008.

- (33) Jacquet J. Santé bucco-dentaire : grossesse et prévention. Metz : Ecole de sage-femme de Metz. 2009.
- (34) Conseil générale du Val-de-Marne. Femme enceinte et santé bucco-dentaire. Fiches conseils.
- (35) New York State Department of Health. Oral health care during pregnancy and early childhood. Practice guidelines. 2006 [Consulté le 09/08/2011]
URL: <http://www.health.ny.gov/publications/0824.pdf>
- (36) Gouvernement du Canada. Le guide pratique d'une grossesse en santé. 2004 [Consulté le 09/08/2011] URL: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-gs/pdf/hpguide-fra.pdf>
- (37) Mutualité sociale et agricole (MSA). Plaquette : Future maman et santé bucco-dentaire.
- (38) Mutualité sociale et agricole (MSA). Plaquette : Maman, bébé et santé bucco-dentaire.
- (39) Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM). Traitements et prescriptions bucco-dentaires chez la femme enceinte : étude initiale. [Consulté le 12/09/2011] URL: <http://ars.sante.fr/Evaluation-du-programme-sur-la.35725.0.html>
- (40) Assemblée nationale. Proposition de loi 2662- prévention bucco-dentaire pour la femme enceinte. 24 juin 2010

10) Dans le cadre d'une grossesse, pensez-vous qu'il soit utile de faire un dépistage bucco-dentaire ? Oui Non Ne se prononce pas

Si non, pourquoi ? _____

11) Adressez-vous vos patientes à un chirurgien-dentiste au cours de leur grossesse ?

- Non, jamais
- Oui, systématiquement
- Oui, mais seulement en cas de gêne rapportée

12) Prodiguez-vous des conseils d'hygiène bucco-dentaire à vos patientes ?

- Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

13) Pensez-vous que le professionnel de la naissance puisse être une personne de ressource dans le domaine de la santé bucco-dentaire au cours de la grossesse ?

- Oui Non Ne se prononce pas

14) Quelles sont vos sources d'informations en matière de santé bucco-dentaire ?

- Magazine Internet Votre chirurgien-dentiste

- Revue médicale Télévision Aucune

- Autres, précisez : _____

15) Souhaiteriez-vous avoir plus d'informations sur la santé bucco-dentaire de la femme enceinte et du nouveau-né ? Oui Non

14 Annexe 2 – Questionnaire de la 2^{ème} phase

Date de remplissage : __/__/____ Code d'anonymat: ____

1) Avez-vous lu la plaquette « Santé bucco-dentaire et grossesse » ?

Oui Non

2) Avez-vous trouvé que les informations données dans la plaquette étaient pertinentes ?

Oui Non Ne se prononce pas

3) La plaquette vous a-t-elle apporté ou confirmé de nouvelles connaissances ?

Oui Non Ne se prononce pas

4) Y'a-t-il des informations que vous auriez aimé avoir et qui ne figuraient pas sur la plaquette ? Oui Non Ne se prononce pas

Si oui, lesquelles ?

5) Pensez-vous que cette plaquette pourrait vous servir dans votre pratique courante ?

Oui Non Ne se prononce pas

6) Pensez-vous que le professionnel de la naissance puisse être une personne de ressource dans le domaine de la santé bucco-dentaire au cours de la grossesse ?

Oui Non Ne se prononce pas

7) Avez-vous des suggestions à faire concernant cette plaquette ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?

8) Souhaiteriez-vous avoir plus d'informations sur la santé bucco-dentaire de la femme enceinte et du nouveau-né ?

Oui Non

15 Annexe 3 – Plaquette d'information



GROSSESSE ET DENTS

1) La grossesse a-t-elle une influence sur l'état bucco-dentaire ?

OUI. Les modifications hormonales au cours de la grossesse (augmentation des taux d'œstrogènes et de progestérone) entraînent une hyper vascularisation, une tendance œdémateuse et un état congestif de la muqueuse buccale. Ces changements vont provoquer l'apparition d'une gingivite : le gencive est gonflée, de couleur rouge et saigne facilement. Ce stade est totalement réversible, son traitement comprend un détartrage et une bonne hygiène dentaire. La prévalence de la gingivite au cours de la grossesse varie selon les auteurs, elle est estimée entre 36 et 100% [1].

Si la gingivite n'est pas traitée, il peut y avoir une aggravation des symptômes et la gingivite évolue alors en parodontite. La maladie parodontale est une pathologie inflammatoire d'origine infectieuse, responsable de la destruction du soutien de la dent (alvéole et os alvéolaire). Elle ne peut être décelée que par un professionnel de l'odontologie et peut être stabilisée par un traitement approprié.

Les modifications alimentaires : l'inconfort causé par l'appartition fréquente de nausées, vomissements et reflux gastro-œsophagiens pendant la grossesse provoque ces changements d'habitudes alimentaires (consommation d'aliments et boissons riches en sucres). Cette consommation et l'acidité des reflux favorisent l'apparition de caries.

2) Un mauvais état bucco-dentaire peut-il avoir des conséquences sur le bon déroulement de la grossesse ?

OUI. Nous avons tendance à sous-estimer l'importance de l'hygiène dentaire au cours de la grossesse car la cavité buccale se situe à distance de l'utérus, et pourtant la maladie parodontale peut être un facteur de risque dans la menace d'accouchement prématuré et la naissance de nouveau-né de faible poids [2].

Dans une étude, le taux de naissances prématurées était de 6,4% chez les femmes présentant une maladie parodontale contre 1,3% chez les femmes ne présentant pas de maladies parodontales [3].

Une étude française montre que le risque d'accouchement prématuré pour cause de pré-éclampsie est 2,5 fois plus important chez les femmes présentant une parodontite généralisée [4].

La maladie parodontale au cours de la grossesse semble significativement associée à un risque de prématurité et de petit poids de naissance (grade C). Une surveillance clinique de la cavité buccale est recommandée au cours de la grossesse. La découverte d'une parodontite nécessite sa prise en charge et une surveillance obstétricale accrue (accord professionnel).
Recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS), mai 2002.



Le saviez-vous ?

- Le gommage de la gencive rend coubloux la brosse, la femme enceinte se brosse alors moins les dents et ce qui augmente le risque de développer des caries
- Certaines femmes enceintes pensent qu'il n'est pas possible de se faire soigner les dents pendant leur grossesse. On estime que moins de 10% des femmes enceintes consultent un chirurgien-dentiste [5]

Et pourtant...

- Une brosse à dent souple et une technique de brosse appropriée rendent le brossage indolore.
- Une femme enceinte peut se faire soigner les dents au cours de sa grossesse : [6]
 - Au premier trimestre : seuls les soins d'urgence sont réalisés.
 - Du 4^{ème} au 7^{ème} mois : tous les soins peuvent être effectués normalement
 - Lors des 2 derniers mois : les soins sont à éviter sauf en cas d'urgence.
- La grossesse n'est pas une contre-indication à l'anesthésie.
- La radiographie dentaire est possible et doit être réalisée si elle est nécessaire au diagnostic et au traitement
- La consultation dentaire est prise en charge à 100% par la sécurité sociale

Quels rôles pour la sage-femme et l'obstétricien ?

- **RASSURER**
 - La femme enceinte peut consulter son chirurgien-dentiste sans appréhension à tout moment de la grossesse
- **INFORMER**
 - Une alimentation équilibrée :
 - ✓ Éviter de consommer en excès des aliments et boissons sucrés ; se limiter à 4 prises alimentaires par jour
 - Une bonne hygiène bucco-dentaire :
 - ✓ Se brosser les dents 2 ou 3 fois par jour après chaque repas avec un dentifrice fluoré et une brosse à dents souple
 - ✓ Se rincer la bouche après un vomissement afin de réduire l'acidité dans la bouche

- **ORIENTER**

- Une orientation systématique de la patiente vers son chirurgien-dentiste pour un dépistage en début de grossesse
- Les soins sont pris en charge à 100% pendant la grossesse !



Sensibiliser la femme enceinte sur sa santé bucco-dentaire ce sera aussi la sensibiliser à celle de son futur enfant.

Références

- [1] Figueroa et al. Gingival change during pregnancy: influence of hormonal variations on clinical and immunological parameters. Journal clinical of [periodontology](#), 2010, 37, 220-229
- [2] Agueda et al. Association between [periodontitis](#) in pregnancy and preterm or low birth weight: review of the literature. Med Oral [Pathol](#), 2008, 13, E603-15
- [3] Offenbacher et al. Pericortical infection as a possible risk factor for preterm low birth. Journal of [periodontology](#), 1996, 67, 1103-13
- [4] Nappa C et al. Maternal [periodontitis](#) and the causes of preterm birth: the case-control [pilot](#) study. Journal [Clinical](#) of [Periodontology](#), 2010; 37:37-46.
- [5] Proposition de loi 2552. Prévention bucco-dentaire pour la femme enceinte, juin 2010
- [6] MSA, Plaquette de prévention bucco-dentaire, Future maman et santé bucco-dentaire

Santé bucco-dentaire et grossesse



Brochure conçue par Emilie HAJJAR, élève sage-femme à l'école de Bordeaux, dans le cadre de son mémoire de fin d'études

Encadrement : Dr Elisa Arrivé, AHU,
Révision : Dr Patrick Rouas
L'FR d'Odontologie et CHU de Bordeaux

09/2011

16 Annexe 4 – Recommandations de l’UFSBD

Quatre règles d’hygiène principales sont à respecter :

- Un examen de prévention chez le chirurgien-dentiste
- Un brossage des dents après chaque repas
- L’utilisation d’un dentifrice fluoré
- Une alimentation équilibrée et variée

La méthode de brossage devant être pratiquée est la méthode BROS :

