



**HAL**  
open science

# Prévention en santé bucco-dentaire chez la femme enceinte : dépistage du risque de maladies parodontales en consultation prénatale

Alice Abril

► **To cite this version:**

Alice Abril. Prévention en santé bucco-dentaire chez la femme enceinte : dépistage du risque de maladies parodontales en consultation prénatale. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01370859

**HAL Id: dumas-01370859**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01370859>**

Submitted on 3 Jan 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée  
AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Prévention en santé bucco-dentaire chez la femme enceinte :  
Dépistage du risque de maladies parodontales en consultation  
prénatale

Présenté et publiquement soutenu  
Devant l'Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

Par  
Alice ABRIL  
Née le 23/03/1992

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Mémoire dirigé par :  
Docteur Vivien Moll  
Assistant à la faculté d'Odontologie de Marseille



Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée  
AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Prévention en santé bucco-dentaire chez la femme enceinte :  
Dépistage du risque de maladies parodontales en consultation  
prénatale

**ABRIL Alice**

Née le 23/03/1992

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme  
Année universitaire 2015-2016

**Validation 1<sup>ère</sup> session 2016**

Mention :

Félicitations du jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

**Validation 2<sup>ème</sup> session 2016**

**Visa de l'école**

PRÉVENTION EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE CHEZ  
LA FEMME ENCEINTE : DÉPISTAGE DU RISQUE DE  
MALADIES PARODONTALES PENDANT LA  
GROSSESSE

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie mon directeur de mémoire le Docteur Vivien Moll pour son engagement et ses conseils tout au long de ce travail.

Je remercie l'ensemble de l'équipe enseignante de l'EU3M pour sa présence et pour m'avoir guidée pendant l'évolution de mon mémoire.

Merci à Monsieur Bernard Giusiano pour son aide statistique précieuse.

Je remercie les sages-femmes Mélanie Picard, Sarah Salvini, Nicole Bertin, Adeline Penloup, Mathilde Hauc et Nathalie Caraplis pour leur implication dans mon projet et leur aide.

Je remercie mes tantes Anne-Laure et Freddy.

Merci à mes parents, mes sœurs et mes grands-parents qui m'ont soutenue, entourée et qui m'ont appris à persévérer.

Merci à Rémi, mon allié depuis toutes ces années, pour sa présence, sa patience et son soutien.

Je remercie mes amies pour ces quatre années partagées ensemble.

## **SOMMAIRE**

**INTRODUCTION À L'ÉTUDE.....p.7**

**MATÉRIEL ET MÉTHODE.....p.14**

1. Schéma de l'étude
2. Population à étudier
3. Recueil de données
4. Analyses statistiques
5. Supports de l'étude

**RÉSULTATS.....p.24**

**ANALYSE ET DISCUSSION.....p.29**

1. Limites de l'étude
2. Points forts de l'étude
3. Axes d'amélioration en fonction des résultats de l'étude

**CONCLUSION.....p.38**

**BIBLIOGRAPHIE**

# INTRODUCTION À L'ÉTUDE

## Les maladies parodontales

Les maladies parodontales atteignent l'ensemble des tissus de soutien de la dent : la gencive, l'os alvéolaire, le cément et le ligament desmodontal (Annexe I). Ces éléments de soutien de la dent sont regroupés sous le nom de parodonte.

Ces maladies résultent d'infections multifactorielles et polymicrobiennes du parodonte superficiel voire du parodonte profond.

La gencive constitue le parodonte superficiel. L'accumulation progressive de plaque dentaire puis de tartre constitue une agression permanente faisant apparaître une réaction inflammatoire gingivale : la gingivite.

La gencive saine a un aspect rose clair, piquetée et posée sur son support alvéolaire.

Les symptômes d'une gingivite sont : une gencive lisse, oedématisée, rouge et dont le sulcus saigne au moindre contact.

L'atteinte superficielle du parodonte est réversible lorsqu'un traitement est mis en place.

Ces atteintes infectieuses peuvent s'étendre au parodonte profond, c'est à dire jusqu'au ligament desmodontal et l'os alvéolaire, qui provoqueront à terme la perte des dents.

C'est une forme de maladie parodontale appelée parodontite.

La mise en place d'un traitement, permet la stabilisation de l'atteinte mais n'empêche pas la persistance de séquelles fonctionnelles et esthétiques [1].

Pour éviter la survenue d'une maladie parodontale, il est essentiel de respecter certaines règles d'hygiène bucco-dentaire conformes aux recommandations de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) :

- Un brossage avec une brosse à dents électrique de préférence, à raison de deux fois par jour, pendant 2 minutes, afin d'éliminer la plaque dentaire,

- Le passage quotidien d'un écouvillon inter-dentaire tous les soirs pour éliminer la plaque dans les espaces inter-dentaires et qui ne peut pas être éliminée par le seul brossage des dents,

- Une visite annuelle chez un dentiste, qui évaluera l'état de santé parodontale et pourra réaliser une élimination professionnelle de la plaque dentaire [2].

La maladie parodontale peut également avoir des répercussions sur l'état de santé général : risque d'aggravation du diabète, augmentation du risque de maladie cardiovasculaire, complications de la grossesse.

### **Conséquences des changements hormonaux de la grossesse sur le parodonte**

Pendant la grossesse, les variations des taux d'hormones sexuelles stéroïdiennes (œstrogène et progestérone) exposent la femme enceinte à un risque plus important de développer cette maladie.

En effet, il est observé chez la femme enceinte une baisse du pH buccal normalement aux alentours de 6,70, allant jusqu'à 6,20 en fin de grossesse. Cette diminution du pH buccal entraîne un terrain plus favorable à la prolifération des bactéries.

De plus la muqueuse buccale est constituée, comme la muqueuse vaginale, d'un épithélium pavimenteux stratifié sensible aux changements hormonaux.

Il existe différentes pathologies bucco-dentaires gravidiques :

- la gingivite gravidique : réaction inflammatoire de la gencive qui apparaît pendant la grossesse,
- l'épulis : hyperplasie gingivale localisée se manifestant par une masse charnue pédiculée,
- le granulome pyogénique : nodule saillant rouge violacé, apparaissant suite à un traumatisme,
- le pemphigoïde gravidique : dermatose prurigineuse rare atteignant dans 15% des cas la muqueuse buccale.

Ces pathologies, en particulier la gingivite et l'épulis, apparaissent sur un terrain favorable à la prolifération des germes en raison d'une immunosuppression constatée pendant la grossesse [3].

La gingivite gravidique peut en l'absence de traitement aboutir à une parodontite.

### **Conséquences d'une maladie parodontale sur la grossesse**

De récentes études ont montré que la maladie parodontale pouvait avoir des conséquences importantes sur la santé de la femme, la grossesse et le développement du fœtus.

Les résultats de ces études montrent une augmentation significative de complications, lorsque la femme développe une maladie parodontale pendant la grossesse [3, 4, 5, 6]:

- une augmentation des menaces d'accouchement prématuré,
- une augmentation des retards de croissance intra-utérins, avec des faibles poids de naissance,
- une augmentation du risque de survenue d'une pré-éclampsie.

### **Menace d'accouchement prématuré et retard de croissance :**

#### **Les mécanismes physiopathologiques**

La prématurité se définit selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), par une naissance entre 22 et 37 semaines d'aménorrhée et un poids minimal à la naissance de 500 grammes.

La menace d'accouchement prématuré (MAP) est un problème majeur de santé publique.

En effet, selon l'OMS, 15 millions d'enfants naissent prématurément chaque année et un million d'enfants sont décédés en 2013 de complications liées à la prématurité. Celle-ci pourrait être évitée par l'amélioration des soins prodigués à la mère avant et pendant les grossesses. Une des premières causes de menace d'accouchement prématuré est d'origine infectieuse [7].

De plus le retard de croissance intra-utérin (RCIU) est défini par des biométries inférieures au 10<sup>ème</sup> percentile selon les courbes de références. Un poids de naissance inférieur à 2500 grammes est considéré comme un petit poids [8].

Les agents pathogènes présents au niveau du parodonte sont des bactéries à GRAM négatif. Ces bactéries libèrent des toxines dans le sang maternel. Il y a alors une réaction inflammatoire par action des cytokines pro-inflammatoires (TNF $\alpha$ , IL1 $\beta$ , PGE2...).

Cette réaction entraîne la stimulation de prostaglandines aux propriétés contractiles, responsables du mécanisme d'accouchement prématuré.

Concernant le risque d'hypotrophie, le mécanisme physiopathologique mis en jeu serait une diffusion des agents pathogènes vers l'unité fœto-placentaire par voie hématogène. Il y aura alors une réaction inflammatoire responsable d'une baisse de la régulation de certains gènes responsables du développement de l'unité fœto-placentaire [9].

### **Lien entre pré-éclampsie et maladie parodontale : mécanisme hypothétique**

La pré-éclampsie est définie par le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France comme une hypertension survenant pendant la grossesse avec une Pression Artérielle Systolique  $\geq$  à 140 mmHg et une Pression Artérielle Diastolique  $\geq$  à 90 mmHg, associée à une protéinurie  $>$  0,3 g/24h, survenant après 20 Semaines d'Aménorrhées et disparaissant avant la 6<sup>ème</sup> semaine du post-partum [10].

Le lien entre l'installation d'une maladie parodontale et la survenue d'une pré-éclampsie serait dû la circulation des cellules de l'inflammation dans le sang maternel jusqu'à l'unité placentaire. Ceci entraînerait une dysfonction des cellules endothéliales placentaires augmentant le risque de pré-éclampsie [11].

## **Prise en charge d'une maladie parodontale pendant la grossesse**

Une étude de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans le Limousin a montré que le taux de recours aux soins dentaires pendant la grossesse était de 27,2% [12].

Les patientes auraient une appréhension quant aux conséquences sur leur grossesse et sur le développement de leur fœtus, en cas de recours à des soins dentaires pendant la grossesse [3].

Or les traitements bucco-dentaires sont possibles pendant la grossesse, avec l'usage de molécules connues aux doses minimales efficaces, qui ont démontrés leur innocuité vis à vis du développement du fœtus.

Les praticiens peuvent se référer au CRAT (Centre de référence des agents tératogènes) avant toute prescription pour vérifier qu'il n'y a pas de contre-indication pendant la grossesse.

Concernant l'usage des antibiotiques : la prescription de Pénicilline, voire d'Erythromycine en cas d'allergie, sont possibles.

L'usage d'antifongiques comme la Nystatine ou l'Amphotéricine, ne sont pas contre-indiqués pendant la grossesse.

Une prescription d'antalgiques comme le paracétamol aux doses minimales efficaces est possible, en première intention.

Les antiseptiques locaux notamment la Chlorhexidine, l'Hexidine et la Polyvidone iodée sont des prescriptions possibles pendant la grossesse.

En ce qui concerne les anesthésies locales pour les soins dentaires, la Lidocaïne peut être utilisée aux doses habituelles.

Si des radiographies sont indiquées, il faudra rester vigilant à la radioprotection de la femme enceinte [1].

## **Prévention en santé bucco-dentaire chez la femme enceinte**

L'intégration par la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) d'une consultation de prévention bucco-dentaire pendant la grossesse a été mise en œuvre le 1<sup>er</sup> Juin 2014. Cette consultation de dépistage chez un dentiste est remboursée à 100% par la sécurité sociale à partir du quatrième mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après l'accouchement. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande aux professionnels de santé exerçant dans le domaine de la périnatalité, de réaliser une prévention par l'information et l'orientation vers un dentiste lors des consultations prénatales [13] (Annexe II).

La grossesse est une période de la vie des femmes où la prévention sur différents sujets de santé publique peut être abordée, grâce au suivi multidisciplinaire dont elles bénéficient. La sage-femme est au centre du suivi de la femme enceinte. Elle peut alors jouer un rôle prépondérant de prévention et d'éducation pour la santé.

Les conséquences néfastes d'une maladie parodontale sur la grossesse sont bien documentées dans la littérature.

Des études se sont intéressées au niveau de connaissance des professionnels concernant la santé bucco-dentaire des femmes enceintes.

Une étude française publiée par Egea et al. en 2012 et réalisée au centre hospitalo-universitaire de Nantes et au centre hospitalier du Mans, a analysé le comportement des chirurgiens-dentistes, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes vis à vis de la santé bucco-dentaire de leurs patientes. Il en ressort que les principales complications d'une maladie parodontale sur la grossesse sont connues par les praticiens, mis à part pour la pré-éclampsie. Cependant plus de la moitié des gynécologues-obstétriciens et sages-femmes n'effectuent pas d'examen systématique de la cavité buccale de leurs patientes. Une plainte de celles-ci les motive à le faire dans certains cas. La moitié de ces professionnels adressent leurs patientes à un dentiste si celles-ci ont une mauvaise hygiène dentaire et moins d'un quart le font de manière systématique. Ceci engendrerait donc des pathologies bucco-dentaires non dépistées [14].

Il serait donc intéressant de proposer des outils de dépistage pour une prévention en consultation prénatale, mis à disposition des professionnels de la périnatalité.

La prise en compte de ces différents éléments a conduit à mener un travail de recherche sur le sujet, pour répondre à la question suivante :

Sur quels critères élaborer un score de risque de développer une maladie parodontale pendant la grossesse, permettant le dépistage des patientes en consultation prénatale ?

Les objectifs de ce travail sont :

- Objectif principal : Dépister en prénatal, à l'aide d'un score de risque, les femmes enceintes nécessitant une prévention en santé bucco-dentaire renforcée.
- Objectif secondaire : Proposer un support d'information et d'éducation pour la santé bucco-dentaire chez la femme enceinte.

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

## 1. Schéma de l'étude

Une étude descriptive, comparative, prospective, multicentrique a été réalisée.

Elle a été menée à partir de l'élaboration d'un score de risque à visée de dépistage de la maladie parodontale, proposé en consultations prénatales (Annexe III).

### Les investigateurs de l'étude étaient :

- Trois sages-femmes qui réalisaient des consultations prénatales en centres de protection Materno-Infantile (PMI) dans les quartiers Frais-Vallon, Malpassé et des Chartreux, à Marseille ;
- Deux sages-femmes qui réalisaient des consultations prénatales en cabinet libéral dans les quartiers des Caillols et des Chartreux, à Marseille ;
- Une sage-femme qui réalisait des consultations prénatales à l'hôpital Saint-Joseph à Marseille.

Les investigateurs de l'étude ont été formés aux modalités de remplissage du score de dépistage.

Les sages-femmes ont également été informées des recommandations orales à délivrer aux patientes, concernant l'hygiène et le suivi bucco-dentaire pendant la grossesse. Elles disposaient de supports écrits d'information à distribuer aux patientes, à la suite du remplissage de la grille de dépistage (Annexe IV et V).

### L'étude était :

- **Descriptive** : Cette étude a permis d'évaluer plusieurs paramètres de l'état de santé bucco-dentaire des patientes interrogées, en ciblant les profils des patientes à risque de développer une maladie parodontale pendant la grossesse, par la présence d'un facteur de risque général, un manque d'hygiène et/ou de suivi bucco-dentaire ainsi que la prévalence des premiers signes d'infection bucco-dentaire dans cette

population.

- **Comparative** : L'étude a également permis de comparer la répartition dans les différents groupes à risque en fonction des habitudes d'hygiène, de suivi bucco-dentaire, de la fréquence d'apparition des premiers signes de maladies parodontales, des lieux de consultation et des catégories socio-professionnelles selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Le but était de cibler les patientes pour lesquelles la prévention en santé bucco-dentaire devrait être renforcée.

- **Prospective** : les données ont été récoltées en consultation prénatale au moyen du score de dépistage détaillé dans la partie ci-dessus de juin à octobre 2015.

- **Multicentrique** : l'enquête a été effectuée dans différents lieux de consultation prénatale : en maternité de niveau 2B à l'hôpital Saint-Joseph à Marseille, en cabinet de sage-femme libéral aux Caillols et aux Chartreux à Marseille, en centre de Protection Materno-Infantile (PMI) à Frais Vallon, à Malpassé et aux Chartreux à Marseille. Ces lieux n'ont pas été tirés au sort pour des conditions organisationnelles.

## 2. Population à étudier

L'échantillon a été recensé sur la période de juin à octobre 2015.

La distribution des questionnaires s'est faite de façon homogène dans les différents lieux de consultation. Un nombre total de 165 questionnaires a été distribué : 55 répartis sur les 3 centres de Protection Materno-Infantile, 55 répartis sur les deux cabinets de sages-femmes libérales et 55 en maternité.

A la suite de la distribution, 100 questionnaires ont pu être récupérés.

L'échantillon de la population étudiée était donc composé de 100 patientes enceintes, sans limite d'âge, réparties sur les différents lieux dans les proportions suivantes :

- 27 en centres de Protection Materno-Infantile

- 20 en cabinet de sages-femmes libérales
  - 53 en maternité
- 
- Les critères d'inclusion étaient : les patientes qui consultaient en prénatal, pour un suivi de grossesse, sur les différents lieux de consultations de l'étude ;
  - Les critères de non inclusion étaient : les patientes ne pratiquant pas la langue française ;
  - Les critères d'exclusion : les patientes ont été exclues pour certaines variables, lorsqu'elles n'ont pas répondu à la question correspondante.

### **3. Recueil de données**

Les patientes ont été interrogées en consultation prénatale par les sages-femmes sur la base de questions fermées basées sur la présence de facteurs de risque généraux de maladie parodontale retrouvés dans la littérature, sur l'hygiène et le suivi bucco-dentaire, sur l'apparition des premiers signes qui peuvent faire évoquer une gingivite voire une parodontite.

Certaines variables comme la profession, l'âge, la gestité, la parité, le poids initial, le poids actuel, le terme prévu ont été recueillies sous forme de questions ouvertes.

Les données ont ensuite été analysées après saisie de celles-ci dans un tableur Excel.

### **4. Analyses statistiques**

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SOFA Statistics Version 1.4.6 pour le logiciel Mac IO X Version 10.6.8 pour la partie descriptive de l'analyse statistique.

En ce qui concerne la partie analytique de l'analyse statistique, le test de FISHER a été utilisé à l'aide du logiciel R Core Team (2015). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.

Une valeur statistiquement significative a été définie lorsque  $p$  était inférieur à 0,05.

## **5. Supports de l'étude**

### **Elaboration d'un score de risque de maladie parodontale à visée de dépistage en consultation prénatale**

Une recherche bibliographique a permis de mettre en évidence les facteurs de risque de maladies parodontales. Ces facteurs de risque ont été classés pour proposer un score de risque de maladies parodontales à visée de dépistage en consultation prénatale (Annexe III).

Ce score de risque a été inspiré du score de dépistage du risque thrombo-embolique mis en place à l'Assistance Publiques des hôpitaux de Marseille.

Les facteurs de risques généraux retrouvés sont :

L'âge supérieur à 35 ans

L'IMC supérieur à 30

Un antécédent familial de maladie parodontale

Une infection à VIH

Une infection à l'herpès

Une anémie

Un diabète de type 1 ou de type 2

La consommation de substance toxique : alcool, tabac

Ce sont des variables qualitatives.

Les facteurs de risque liés à l'hygiène bucco-dentaire sont :

La fréquence de brossage

Le temps de brossage

La fréquence de changement des brosses à dents

Le type de brossage manuel ou électrique

L'utilisation de moyens d'hygiène complémentaires

La présence de tassement alimentaire inter-dentaire les dents

Ce sont des variables qualitatives.

Les facteurs de risque liés au suivi bucco-dentaire sont :

La fréquence des visites chez le dentiste en dehors de la grossesse, variable qualitative.

La réalisation d'une consultation pendant la grossesse, variable qualitative.

La recherche bibliographique a également permis d'intégrer au dépistage les premiers symptômes pouvant faire évoquer une maladie parodontale : un saignement des gencives, une halitose (mauvaise haleine persistante), un changement de position des dents, des gencives rouges et gonflées. Ce sont des variables qualitatives.

La présence d'un facteur de risque général plaçait directement la patiente dans un groupe à risque élevé. Le cumul des changements hormonaux pendant la grossesse, exposant la femme enceinte à un risque plus important de développer une maladie parodontale, et la présence d'un ou plusieurs facteurs de risque généraux, impliquait une surveillance rigoureuse de l'état de santé bucco-dentaire de cette patiente.

Les mécanismes de chacun de ces facteurs de risque généraux sur la santé bucco-dentaire ont été recherchés :

Le surpoids est un facteur de risque de développer des maladies cardio-vasculaires, un diabète, de faire un accident thrombo-embolique, et son impact négatif sur la santé bucco-dentaire a également été démontré. Cette exposition plus importante aux infections bucco-dentaires est expliquée par une situation d'inflammation systémique chronique chez les personnes en surpoids. Un IMC supérieur à 30 a été considéré comme facteur de risque général [15, 16].

La présence d'un diabète de type 1 ou 2 a une influence sur la santé bucco-dentaire des patientes. De plus, la présence d'infection gingivale ou de maladie parodontale grave peut avoir un impact péjoratif sur la glycémie d'une patiente diabétique.

Plusieurs études ont pu confirmer ces deux hypothèses : l'augmentation des cellules de l'inflammation comme les interleukines et les prostaglandines en cas de diabète favorise l'installation d'inflammations, voire d'infections gingivales. L'implication d'un diabète gestationnel dans le développement d'une maladie parodontale n'a pas été démontrée [15, 17, 18].

La consommation de tabac et d'alcool rend également plus vulnérable aux infections et notamment aux infections au niveau du parodonte.

Une étude publiée en 2012 au Journal of clinical periodontology, au Brésil, a montré une augmentation significative de l'Odd ratio concernant le développement de maladie parodontale chez les personnes consommant de l'alcool et du tabac [19].

Chez les personnes qui consomment du tabac, il y a un déséquilibre des agents luttant contre les infections : polynucléaires neutrophiles, macrophages et lymphocytes CD3/CD4. Paradoxalement, il y a une diminution des saignements des gencives du fait de la vasoconstriction plus importante due à la nicotine, ce qui n'abaisse pas le risque de développer une maladie parodontale. C'est un facteur aggravant [15].

Plusieurs études ont montré une corrélation entre la présence d'une anémie et le développement d'une maladie parodontale. Ceci s'expliquerait par les effets systémiques d'une infection sur les paramètres de la formule sanguine [20, 21, 22, 23].

Concernant le rôle de la génétique, une étude menée par Karimbux et all. a permis de mettre en évidence l'impact du polymorphisme de certains gènes. En effet, les personnes présentant un polymorphisme des interleukines 1A et 1B ont significativement plus de risque de développer une maladie parodontale chronique [15]. D'autres polymorphismes comme celui codant pour les gènes des récepteurs aux vitamines D ont été mis en évidence [24]. La recherche d'un terrain familial d'infection parodontale lors du dépistage, est préconisée.

L'implication de l'âge par altération des tissus de soutien de la dent a été démontrée.

Le rôle des virus, notamment le virus de l'herpès, dans l'étiopathogénie des maladies parodontales a été expliqué par une altération des mécanismes de réponse de l'hôte à l'agression bactérienne [25, 26, 27, 28].

La présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) expose les patientes à un risque plus élevé de développer une affection parodontale pendant la grossesse. En effet, plusieurs études ont pu prouver que le faible taux de lymphocytes CD4 est corrélé à un plus fort risque de présenter une pathologie infectieuse bucco-dentaire [27, 29, 30].

Lors de l'étude, les patientes ont été interrogées sur leur profession. A l'aide de la nomenclature des catégories socio-professionnelles de l'INSEE 2003, les réponses des patientes ont été analysées en fonction de ces catégories [31] :

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- 3 Cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4 Professions Intermédiaires
- 5 Employés
- 6 Ouvriers
- 7 Retraités
- 8 Autres personnes sans activité professionnelle

La cotation des autres facteurs du score liés à l'hygiène, au suivi bucco-dentaire et lié aux signes d'infection, a été élaborée de la manière suivante :

Les facteurs de risque liés à l'hygiène bucco-dentaire ont été cotés de 0 à 2 en fonction d'une bonne hygiène (score = 0), d'une hygiène moyenne (score = 1) et d'une mauvaise hygiène (score = 2).

|  |  |   |
|--|--|---|
| Fréquence de brossage <1 fois par jour |  | 2 |
| Fréquence de brossage 1 fois par jour  |  | 1 |
| Fréquence de brossage 2 fois par jour  |  | 0 |
| Type de brossage manuel                |  | 1 |

|   |  |   |
|---|--|---|
| Type de brossage électrique                           |  | 0 |
| Pas d'utilisation de moyens d'hygiène complémentaires |  | 1 |
| Utilisation de fil dentaire                           |  | 0 |
| Temps de brossage < ou = 30 secondes                  |  | 2 |
| Temps de brossage entre 1 minute et 2 minutes         |  | 1 |
| Temps de brossage 2 minutes                           |  | 0 |
| Renouvellement de la brosse à dents : tous les ans    |  | 2 |
| Renouvellement de la brosse à dents : tous les 6 Mois |  | 1 |
| Renouvellement de la brosse à dents : tous les 3 Mois |  | 0 |
| Tassement alimentaire fréquent entre les dents        |  | 2 |

Les facteurs de risque liés au suivi bucco-dentaire ont également été cotés de 0 à 2 en fonction d'un bon suivi (score = 0), d'un suivi moyen (score =1), d'un suivi insuffisant (score =2).

|   |  |   |
|---|--|---|
| Fréquence de visite chez un dentiste : 2 fois/an    |  | 0 |
| Fréquence de visite chez un dentiste : 1 fois/an    |  | 1 |
| Fréquence de visite chez un dentiste : <1 fois/an   |  | 2 |
| Visite chez le dentiste pendant la grossesse        |  | 0 |
| Pas de visite chez le dentiste pendant la grossesse |  | 1 |

La présence d'un signe d'infection du parodonte a été scorée à 2 car l'impact de ce signe sur le risque de développer une maladie parodontale était important.

|                                   |  |   |
|-----------------------------------|--|---|
| Saignements lors du brossage      |  | 2 |
| Halitose (mauvaise haleine)       |  | 2 |
| Gencive rouge et gonflée          |  | 2 |
| Changement de positions des dents |  | 2 |

Le score de risque a permis à l'issue du dépistage de déterminer le profil à risque faible, moyen ou élevé de développer une maladie parodontale pour la patiente. En fonction du groupe dans lequel elle se place, une information orale adaptée a été délivrée. L'orientation vers un dentiste pour la consultation de dépistage était préconisée pour toutes les patientes.

|   |
|---|
| Score 0-4 : Faible risque, conseil minimal d'éducation pour la santé bucco-dentaire |
| Score 5-9 : Risque moyen, éducation pour la santé bucco-dentaire renforcée          |
| Score 10-21 : Risque élevé, éducation pour la santé bucco-dentaire accentuée        |

### **Elaboration de feuilles d'information sur la santé bucco-dentaire à destination des patientes**

Un support écrit d'éducation pour la santé bucco-dentaire était ensuite proposé aux patientes à la suite de l'élaboration de ce score en consultation pré-natale par les sages-femmes.

Ce support a été élaboré sous forme de questions-réponses et adapté en fonction du groupe à risque dans lequel se plaçaient les patientes.

Pour les patientes qui se plaçaient dans le groupe à faible risque, une éducation pour la santé bucco-dentaire basée sur les recommandations actuelles d'hygiène et de suivi, était détaillée sur le support. La consultation de dépistage chez un dentiste était également recommandée pour un bilan pendant la grossesse (Annexe IV).

Pour les patientes qui se plaçaient dans les groupes à risque moyen et élevé, une éducation pour la santé bucco-dentaire devait être renforcée.

On rappelait à ces patientes sur le support, que l'exposition au risque de développer une maladie parodontale était accentuée par la présence d'un facteur de risque général et/ou le défaut d'hygiène et de suivi bucco-dentaire qu'elles présentaient (Annexe V).

Ceci imposait une vigilance particulière quant à l'apparition des premiers signes de gingivite voire de parodontite et un suivi accentué de leur santé bucco-dentaire par un dentiste.

Pour les trois groupes, il était précisé que l'apparition d'un ou plusieurs signes qui pouvaient faire évoquer une gingivite voir une parodontite, nécessitait la consultation rapide d'un dentiste.

Dans cette étude, ces différents outils étaient donc proposés aux sages-femmes, dans le but de dépister, d'informer et d'orienter les femmes enceintes en consultation prénatale.

## RÉSULTATS

Cette étude a permis le recueil de données sur un échantillon de 100 patientes (n=100) réparties sur plusieurs lieux de consultations prénatales à Marseille sur une période de juin à octobre 2015 :

- Une maternité de niveau 2B,
- Trois Centres de Protection Materno-Infantile,
- Deux cabinets de sages-femmes libérales.

### Statistiques descriptives

La répartition de la population dans les trois lieux de consultation a été de 20% en libéral, 53% en maternité et 27% en PMI.

La gestité moyenne dans cette population était de 2,09 (Standard Déviation (SD) +/- 1,5) et la parité moyenne était de 0,89 (SD +/- 1,19).

La répartition des patientes dans les différentes catégories socio-professionnelles selon l'INSEE était la suivante :

- 19% des patientes dans la catégorie 3 (cadres et professions intellectuelles supérieures)
- 18% des patientes dans la catégorie 4 (professions intermédiaires)
- 28% des patientes dans la catégorie 5 (employés)
- 35% des patientes dans la catégorie 7 (sans activité professionnelle)

Sur l'ensemble de la population étudiée (n=100) 16% des patientes exerçait dans les métiers de la santé.

### **Concernant l'hygiène bucco-dentaire des patientes :**

87% des femmes interrogées utilisaient une brosse à dents manuelle et 13% utilisaient une brosse à dents électrique.

85% des patientes se brossaient les dents au moins deux fois par jour, 12% une fois par jour et 3% moins d'une fois par jour.

90,7% des patientes interrogées n'utilisent pas de moyen d'hygiène complémentaire au brossage et 9,3% en utilise un. Une patiente n'a pas répondu pour cette variable, cette fréquence a été calculée pour n=99.

Concernant la fréquence de renouvellement de leur brosse à dents : 22% la renouvelaient tous les trois mois, 42% tous les 6 mois et 36% tous les ans.

L'évaluation du tassement alimentaire fréquent a montré les résultats suivants : il revenait chez 16% des patientes.

65,3% des patientes ont un temps de brossage de deux minutes, 25,5% une minute et 9,2% moins d'une minute. Concernant cette variable n=98 car deux patientes n'ont pas répondu à l'item.

### **Concernant le suivi bucco-dentaire dans la population étudiée :**

Sur l'ensemble de la population interrogée, 75% n'ont pas consulté de dentiste pendant leur grossesse, 25% ont consulté.

Le suivi des patientes en dehors de la grossesse révélait les résultats suivants :

44,4% des patientes consultaient une fois par an leur dentiste, 38,4% consultaient moins d'une fois par an et 17,2% deux fois par an. Concernant cette variable une patiente n'ayant pas répondu n=99.

La prévalence des premiers signes permettant de rechercher une infection bucco-dentaire dans la population étudiée, a montré les résultats suivants :

- Saignements des gencives chez 39,8 % des patientes interrogées
- Gencives rouges et gonflées chez 11% des patientes interrogées
- Changement de position des dents chez 6% des patientes interrogées

- Halitose chez 3% des patientes interrogées

A l'issue des réponses obtenues au questionnaire de dépistage, les patientes ont été réparties dans les trois groupes à risque.

La répartition des patientes dans les trois groupes s'est établie comme suit pour les 100 patientes interrogées :

- 50% des patientes dans un groupe à risque élevé
- 28% des patientes dans un groupe à risque moyen
- 22% des patientes dans un groupe à risque faible

### **Statistiques analytiques**

Concernant la répartition des patientes dans les trois groupes à risque en fonction de leur lieu de consultation. L'étude a montré une part significativement plus élevée de patientes consultant en PMI présentes dans le groupe à risque élevé, par rapport à la part des patientes consultant en libéral et en maternité dans ce groupe ( $p < 0,001$ ) (Annexe VI, tableau 1).

La répartition des patientes en fonction de leur lieu de consultation était la suivante:

- En maternité, 35,8% dans un groupe à faible risque, 32,1% dans un groupe à risque moyen et 32,1% dans un groupe à risque élevé.
- En cabinet de sage-femme libérale, 10% dans le groupe à faible risque, 40% dans le groupe à risque moyen et 50% dans le groupe à risque élevé.
- En PMI, aucune patiente ne se trouvait en groupe à faible risque, 7,4% des patientes dans un groupe à risque moyen et 92,6% dans un groupe à risque élevé.

De plus, selon la répartition des patientes dans les différentes catégories socio-professionnelles de l'INSEE [31], 74,3% des patientes sans profession (catégorie 7) se plaçaient dans le groupe à risque élevé (Annexe VI, tableau 2).

Ce résultat a montré qu'il y a de manière statistiquement significative une part plus importante de patientes de la catégorie 7 dans le groupe à risque élevé par rapport à la part de patientes des trois autres catégories socio-professionnelles dans ce groupe ( $p=0,002$ ).

La répartition des patientes des catégories 3, 4 et 5 était de :

- 29,2% dans le groupe à risque faible,
- 30,8% dans le groupe à risque moyen,
- 40% dans le groupe à risque élevé.

Les patientes interrogées exerçant dans les métiers de la santé n'ont pas montré de résultats significativement différents concernant leur suivi bucco-dentaire.

Pendant la grossesse, 11 d'entre elles n'ont pas consulté et seulement 5 ont vu un dentiste.

Concernant l'hygiène bucco-dentaire, les patientes ayant un temps de brossage inférieur à 1 minute se plaçaient dans un groupe à risque élevé de manière plus fréquente (88,9%) avec une différence significative par rapport aux patientes ayant une meilleure hygiène avec un temps de brossage allant de 1 à 2 minutes ( $p=0,026$ ) (Annexe VI, tableau 3).

Concernant les autres variables de l'hygiène bucco-dentaire, les résultats n'étaient pas significatifs quant à la répartition dans les trois groupes à risque :

- Fréquence de brossage ( $p=0,358$ )
- Type de brossage ( $p=0,266$ )
- Utilisation de moyens d'hygiène complémentaires ( $p=0,872$ )

- Renouvellement de la brosse à dents ( $p=0,706$ )
- Tassement alimentaire fréquent ( $p=0,072$ )

Le suivi des patientes avait également un impact significatif sur la répartition des patientes dans les groupes à risque ( $p<0,001$ ). Les patientes consultant leur dentiste moins d'une fois par an se plaçaient plus fréquemment dans un groupe à risque élevé (71,1%) (Annexe VI, tableau 4).

Les patientes qui n'ont pas consulté de dentiste pendant leur grossesse se plaçaient à 48,6% dans un groupe à risque élevé, à 35,1% dans un groupe à risque moyen et à 16,2% dans un groupe à faible risque. Il n'y a pas, de manière significative, une part plus importante de patientes dans un groupe à risque élevé.

Concernant l'apparition des premiers signes d'infection chez les patientes : 39,8% des patientes interrogées présentaient des saignements des gencives. Pour cette variable 98 patientes avaient répondu (Annexe VI, tableau 5).

Une part significativement plus élevée de patientes présentant des saignements était dans un groupe à risque élevé (76,9%), par rapport à celle des patientes ne présentant pas de saignements des gencives ( $p<0,001$ ).

Pour les autres signes d'infection (halitose, gencives rouges et gonflées, changement de position des dents),  $p$  était supérieur à 0,05.

## **ANALYSE ET DISCUSSION**

### **1. Limites de l'étude**

Ce score de risque de développer une maladie parodontale n'a pas pu être corrélé sur cette étude, à un examen bucco-dentaire systématique par un dentiste des patientes interrogées. Ce score propose donc l'évaluation d'un risque mais ne diagnostique pas la présence avérée d'une maladie parodontale.

Il est donc important que la patiente effectue la consultation de dépistage chez un dentiste afin que celui-ci lui réalise un diagnostic de sa santé bucco-dentaire.

Un biais de sélection est présent dans cette étude car les patientes interrogées sont un échantillon d'une population dans des lieux de consultations prénatales à Marseille. L'échantillon de cette étude est de 100 patientes, il est donc restreint et localisé.

Les résultats de l'étude sont donc propres à cet échantillon mais non généralisables.

Une limite de cette étude réside dans le fait que les résultats ont été recueillis auprès des patientes par les sages-femmes, qui ont pu percevoir les questions de manière différente, et qui ont répondu aux questions selon leur propre perception de leur hygiène et de leur suivi bucco-dentaire. Ces données ne sont pas vérifiables de manière objective.

### **2. Points forts de l'étude**

Selon les recommandations de la HAS, le suivi bucco-dentaire de la femme enceinte doit être intégré au parcours de soins de celle-ci pendant sa grossesse. En effet, l'impact négatif de l'apparition d'une maladie parodontale sur le déroulement de la grossesse, la santé de la femme et du fœtus est avéré [3, 4, 5, 6].

C'est pourquoi l'un des objectifs de cette étude était de proposer un outil de dépistage de la maladie parodontale pouvant être utilisé par les professionnels en consultation prénatale afin de cibler le profil de la patiente concernant sa santé bucco-dentaire, de l'informer et de l'orienter au mieux en fonction de ses besoins.

Cet outil a donc été élaboré à la suite d'une recherche bibliographique qui a permis de mettre en évidence que non seulement le statut hormonal de la femme enceinte l'exposait à un risque plus élevé de développer une pathologie bucco-dentaire pendant la grossesse, mais que d'autres facteurs pouvaient placer la patiente dans un groupe à risque plus élevé de développer cette pathologie.

Ces facteurs de risque pouvaient facilement être recherchés en consultation prénatale, car pour la majorité d'entre eux, ils sont intégrés à l'interrogatoire et aux examens réalisés pendant la grossesse : l'âge, l'IMC, l'anémie, le diabète de type 1 ou 2, les virus VIH (avec l'accord de la patiente) et Herpès, la consommation d'alcool et de tabac.

La recherche d'un antécédent familial de maladie parodontale se rajoutait au dépistage.

L'hygiène et le suivi bucco-dentaire de la patiente étaient également évalués, en accord avec les recommandations actuelles publiées par l'UFSBD [1].

A la suite du remplissage de cette grille de dépistage, il était proposé un score de risque permettant de cibler les patientes nécessitant une éducation pour la santé bucco-dentaire renforcée.

Quel que soit le groupe à risque dans lequel elle se trouvait, il était important de rappeler à la patiente qu'une consultation de prévention au moins devait être réalisée chez un dentiste pendant la grossesse.

Cette consultation, remboursée à 100% par la sécurité sociale à partir du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse jusqu'au 12<sup>ème</sup> jour après l'accouchement, permet en effet de faire un bilan de l'état de santé bucco-dentaire de la patiente, et de lui prodiguer les premiers soins si nécessaire.

## **Résultats concernant l'hygiène bucco-dentaire des patientes**

A la suite de cette étude, les habitudes d'hygiène bucco-dentaires des patientes interrogées ont été analysées :

En ce qui concerne le brossage manuel ou électrique, une majorité des patientes utilisaient un brossage manuel (87%) or, selon les recommandations, un brossage électrique serait plus efficace.

Concernant notamment le renouvellement de la brosse à dents, 42% ont déclaré la renouveler tous les 6 mois et 36% tous les ans. Une minorité de patientes étaient en accord avec les recommandations (renouvellement de la brosse à dents tous les 3 mois).

De plus, une très grande majorité des patientes n'utilisaient pas de moyen d'hygiène complémentaire (90,7%) comme par exemple le fil dentaire.

Pour la fréquence et le temps de brossage, une majorité des patientes interrogées étaient en accord avec les recommandations [1] : 85% des patientes se brossaient les dents deux fois par jour et 65,3% pendant deux minutes.

Cependant, une part non négligeable de patientes se brossaient les dents de manière trop peu fréquente et sur un temps insuffisant : 12% se brossaient les dents une fois par jour et 3% moins d'une fois par jour, 25,5% pendant une minute et 9,2% pendant moins d'une minute.

L'étude a montré une différence significative entre la part de patientes se brossant les dents pendant moins d'une minute qui se plaçaient dans le groupe à risque élevé par rapport à celle des patientes ayant un temps de brossage de 1 à 2 minutes ( $p=0,026$ ) dans ce groupe.

Sur cet échantillon de patientes, il est à noter que certains aspects de l'hygiène bucco-dentaire restaient moyens voire insuffisants de manière majoritaire.

Il est donc important d'aborder la problématique en consultation par les différents professionnels de la périnatalité qui jouent un rôle prépondérant d'éducation pour la santé selon la HAS [13].

Ceux-ci doivent effectuer le rappel des bonnes pratiques pour une hygiène bucco-dentaire optimale et orienter la patiente vers un dentiste afin qu'il évalue l'état de santé bucco-dentaire de la patiente et qu'il lui donne des soins et conseils adaptés à ses besoins.

De plus, le temps de brossage semble avoir un impact significatif sur la répartition des patientes dans les différents groupes à risque proposés. Ces résultats pourraient s'interpréter de deux manières : soit un poids plus important de ce facteur par rapport aux autres, soit l'association de plusieurs facteurs qui placerait les patientes de manière plus fréquente dans le groupe à risque élevé.

Si les autres facteurs liés à l'hygiène n'ont pas un résultat statistiquement significatif dans cette étude, ils sont cependant reconnus dans la littérature comme ayant un impact négatif sur la santé bucco-dentaire.

La taille de l'échantillon étudié dans cette étude pourrait influencer les résultats obtenus.

### **Fréquence d'apparition des premiers signes d'inflammation du parodonte**

En effet, un pourcentage élevé de patientes interrogées présentait des saignements des gencives (39,8%). Ces patientes se plaçaient de manière significative plus fréquemment dans le groupe à risque élevé. Celles-ci pourraient cumuler plusieurs facteurs généraux ou locaux les plaçant plus facilement dans un groupe à risque élevé.

L'apparition de ce signe n'est pas à négliger car il peut évoquer une gingivite voire une parodontite qui s'installe en l'absence de traitement.

Les résultats concernant les autres signes : halitose, gencives rouges et gonflées, changement de position des dents, n'ont pas révélé de résultats statistiquement significatifs.

Ces résultats pourraient être interprétés en considérant qu'un saignement au niveau des gencives est le signe qui revient le plus fréquemment, ce qui a permis de montrer une différence significative de l'impact de ce saignement sur la santé bucco-dentaire globale des patientes.

Les autres signes sont moins fréquents mais ils sont à rechercher pour ne pas négliger une gingivite voire une parodontite qui s'installe.

La taille de l'échantillon et la faible proportion de ces signes dans la population étudiée pourraient également expliquer l'absence de résultat significatif.

Les conséquences sur le déroulement de la grossesse et le développement du fœtus peuvent être graves : menace d'accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin, développement d'une pré-éclampsie.

Il serait donc intéressant d'intégrer systématiquement à l'interrogatoire, lors des consultations prénatales, le dépistage de ces signes d'inflammation (gencives rouges et gonflées, halitose, changement de position des dents).

Une prise en charge rapide des premiers symptômes pourrait ainsi éviter l'installation d'une situation à risque pour la grossesse et pour le fœtus.

Lors d'une hospitalisation en service de grossesse à haut risque pour MAP, RCIU ou pré-éclampsie, il serait particulièrement recommandé de rechercher, au même titre qu'une infection vaginale ou urinaire, la présence d'une infection dentaire par le dépistage des signes suivants : saignements au niveau des gencives, gencives rouges et gonflées, changement de position des dents, halitose ou abcès dentaire avéré.

Si l'un de ces signes est positif, une consultation rapide chez un dentiste ou un stomatologue doit être programmée lors de l'hospitalisation.

## **Résultats concernant le suivi bucco-dentaire des patientes**

Concernant l'évaluation du suivi bucco-dentaire de cet échantillon de patientes :

Dans cette étude, 75% des patientes interrogées n'avaient pas consulté de dentiste pendant leur grossesse. Ce résultat est à corrélérer avec celui de l'enquête menée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans le Limousin qui a montré que le taux de recours aux soins dentaires pendant la grossesse était de 27,2%. [12]

Cependant les patientes n'ayant pas consulté pendant la grossesse ne se plaçaient pas de manière significative, plus fréquemment dans un groupe à risque élevé.

Parmi les patientes n'ayant pas consulté de dentiste pendant leur grossesse, 48,6% des patientes se plaçaient dans le groupe à risque élevé, 35,1% dans le groupe à risque moyen et à 16,2% dans le groupe à faible risque.

Une part non négligeable de patientes se plaçait dans les groupes à risque moyen et élevé.

Les patientes interrogées sur leurs habitudes concernant la fréquence de visite chez un dentiste en dehors de la grossesse ont apporté les résultats suivants :

Celles qui consultaient leur dentiste moins d'une fois par an se plaçaient de manière plus fréquente dans un groupe à risque élevé que les patientes consultant leur dentiste 1 à 2 fois par an ( $p < 0,001$ ). Les patientes ayant un suivi moins régulier présenteraient plus de risque de développer des maladies parodontales. En effet, un suivi peu fréquent par un dentiste limite le dépistage de ces maladies et le traitement des premiers signes d'une gingivite voire d'une parodontite.

Dans la partie analytique des statistiques, il a également été recherché si certaines variables de l'étude avaient une influence significative sur la santé bucco-dentaire des patientes interrogées.

Les patientes consultant en PMI ainsi que les patientes n'ayant pas d'activité professionnelle, se plaçaient de manière significativement plus fréquente dans le groupe à risque élevé :

- $P < 0,001$  pour les patientes en PMI,
- $P = 0,002$  pour les patientes de la catégorie 7 selon l'INSEE [31].

De plus, les patientes consultant leur dentiste moins d'une fois par an se plaçaient également de manière significative, plus fréquemment dans le groupe à risque élevé.

Ces résultats peuvent être mis en parallèle avec ceux de l'étude menée en 2013 par Jean-Noël Vergnes et al. qui recherchait la fréquence de recours à des soins dentaires et les facteurs influençant les patientes dans la prise en charge de leur santé bucco-dentaire pendant la grossesse.

Les principaux résultats de cette étude étaient les suivants :

56 % des 904 femmes ne sont pas allées chez le dentiste pendant la grossesse, 26 % y sont allées pour un problème perçu et 18 % pour un bilan bucco-dentaire.

Par ailleurs, 60 % des 384 femmes ayant ressenti un problème gingival ne sont pas allées chez le dentiste, contre 24 % des 179 femmes ayant ressenti une douleur dentaire. Les motifs pour ne pas évoquer le problème bucco-dentaire à un professionnel de santé étaient le caractère bénin du problème (67 %), le manque de temps (26 %), la peur du dentiste (5 %) et le coût (2 %). L'absence de couverture complémentaire et le manque d'information sur la santé bucco-dentaire étaient également associés à une moindre fréquence de consultation pendant la grossesse [32].

Ces résultats amènent à une réflexion sur une stratégie de prévention en santé bucco-dentaire.

Il semblerait que la prévention doive être réfléchi de manière à cibler les populations ayant moins accès à l'information.

Il faudrait donc proposer une campagne de prévention grand public, par exemple sur les lieux de consultation et notamment en PMI par la distribution de plaquettes d'information voire la réalisation d'affiches.

Un exemple de plaquette d'information a été proposé à la suite de cette étude, avec des recommandations accessibles à tous (Annexe VII).

Des formations continues communes concernant la santé bucco-dentaire chez la femme enceinte, pourraient également être proposées aux professionnels dans le domaine de la périnatalité et aux dentistes, afin d'harmoniser les connaissances des différentes professions sur le sujet et rappeler l'importance de la consultation pendant la grossesse et la possibilité de réaliser des soins dentaires chez la femme enceinte.

De plus l'intégration systématique en formation initiale dans les écoles de maïeutique, les facultés de médecine et d'odontologie, d'une unité d'enseignement sur la santé bucco-dentaire chez la femme enceinte devrait être programmée.

### **3. Axes d'amélioration en fonction des résultats de l'étude**

Une étude à plus grande échelle pourrait être réalisée par l'utilisation de ce score de risque.

De plus, une visite systématique chez le dentiste des patientes interrogées, pourrait être réalisée afin de comparer les résultats obtenus à l'issue du score, et l'état de santé bucco-dentaire réel retrouvé chez ces patientes interrogées. Ceci permettrait d'évaluer l'efficacité du score proposé en diagnostiquant chez un dentiste, la présence ou non de la maladie parodontale chez les patientes ayant un score élevé.

Cet outil de mesure du risque pourrait être diffusé auprès professionnels de la périnatalité qui le souhaitent, afin de disposer d'un support de dépistage et d'information sur la santé bucco-dentaire.

Des réseaux multidisciplinaires de soins pourraient également être mis en place afin de faciliter la collaboration entre les différents professionnels de santé : sages-femmes, gynécologues obstétriciens, dentistes. Cela faciliterait le parcours de soin de la femme enceinte.

De plus des campagnes d'informations à grande échelle devraient être envisagées avec l'utilisation de moyens de communication accessibles à tous.

Les campagnes d'affichages dans les lieux publics ainsi que les campagnes télévisées, seraient des moyens de toucher un large public mais restent onéreuses.

Il serait intéressant de réfléchir à la réalisation de sites internet d'information sur la santé bucco-dentaire, ou encore de campagnes de prévention mobiles.

Les campagnes de prévention mobile pourraient être organisées à l'aide de véhicules parcourant des lieux publics stratégiques (centre villes, proximité d'école, de PMI, quartiers excentrés). Des équipes pluridisciplinaires pourraient être formées de dentistes, médecins, sages-femmes qui relayeraient l'information et proposeraient des consultations de dépistage. Une campagne similaire a été réalisée à Marseille pour la prévention du Glaucome.

Ce type de campagne de prévention pourrait également s'inspirer de l'initiative de l'association Handident en Région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), créée en mai 2005 par le Professeur Corinne Tardieu et les parents de La Chrysalide-Marseille, qui s'est donné pour mission de faciliter l'accès aux soins dentaires des personnes handicapées en PACA en fédérant des chirurgiens-dentistes au sein d'un Réseau de soins. La mise en place de Bus Handident PACA assure des tournées régulières dans toute la région auprès des personnes accueillies dans les établissements médico-sociaux. Ce réseau a été soutenu et financé par l'Agence Régionale de Santé depuis juin 2006 [33].

De plus, pendant la grossesse 7 consultations chez un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme sont obligatoires ainsi que 3 échographies. La consultation de dépistage chez un dentiste prise en charge à 100% à partir du 4ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après l'accouchement n'est en revanche pas obligatoire mais recommandée. Les patientes reçoivent une lettre de la part des caisses d'assurance maladie les incitant à réaliser cette consultation (Annexe VIII). Il serait par conséquent intéressant de rendre cette consultation de dépistage bucco-dentaire obligatoire étant donné les conséquences évoquées sur la grossesse, d'un défaut d'hygiène et d'un manque suivi bucco-dentaire.

## CONCLUSION

Cette étude a permis de rappeler que de nombreux facteurs influencent la santé bucco-dentaire dans la population générale.

La femme enceinte est particulièrement exposée à un risque de développer une maladie parodontale par des mécanismes, pour la plupart, bien définis dans la littérature.

L'apparition d'une maladie parodontale pendant la grossesse peut avoir des répercussions sur la santé de la femme, du fœtus et le développement normal de la grossesse, qui peuvent être graves : menace d'accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin engendrant un faible poids de naissance et risque plus élevé de développer une pré-éclampsie. Ce sont des complications impliquant des prises en charges souvent lourdes sur le plan médical et économique.

C'est pourquoi la prévention en santé bucco-dentaire pendant la grossesse devrait prendre une place plus importante dans la prise en charge de la femme enceinte afin d'éviter la survenue de ces complications.

Cette étude a pu mettre en lumière un défaut de suivi bucco-dentaire de l'échantillon de femmes enceintes interrogées pendant leur grossesse. Elle a également permis de se rendre compte que certains aspects de l'hygiène bucco-dentaire étaient négligés par ces patientes.

Un accompagnement par les différents professionnels de santé comme les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciens et les dentistes dans l'éducation pour la santé bucco-dentaire doit être renforcé.

Cette étude a proposé un outil de dépistage du risque de maladie parodontale à mettre à disposition des professionnels qui le souhaitent, accompagné d'un support d'information sous forme de plaquette à destination des patientes.

Sur le plan personnel et professionnel, cette étude m'a permis de mesurer l'importance d'un suivi multidisciplinaire de la femme enceinte, concernant différents aspects de sa santé et en particulier sa santé bucco-dentaire.

Des solutions de prévention accessibles à tous devraient être mises en place et pourraient être envisagées par les instances de santé compétentes afin de pallier ce défaut d'information sur ce sujet de santé publique auprès des femmes enceintes.

La formation initiale et continue concernant la santé bucco-dentaire pendant la grossesse en maïeutique, odontologie et médecine devrait également être renforcée.

## Bibliographie

[1] Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire UFSBD. Nouvelles recommandations : l'UFSBD réactualise ses stratégies de prévention. Pratiques dentaires novembre 2013.

[2] Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire UFSBD. La maladie parodontale [fiche conseil]. Disponible sur : <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2013/09/fiche-parodontale.pdf> (consulté le 05.02.2016)

[3] Delbos Y., Bandon D., Rouas P., d'Arbonne F. Santé orale de la femme enceinte et de la petite enfance. EMC - Médecine buccale 2014; 9(6): 1-12

[4] Manau.C Echeverria A., Augueda A., Guerrero A., Echeverria JJ. Periodontal disease definition may determine the association between periodontitis and pregnancy outcomes.

J Clin Periodontol. 2008; 35(5): 385-97.

[5] Goldenberg RL<sup>1</sup>, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. 2008; 371(9606): 75-84

[6] Pimentel Lopes De Oliveira GJ, Amaral Fontanari L, Chaves De Souza JA, Ribeiro Costa M, Cirelli JA. Effect of periodontal treatment on the incidence of preterm delivery: a systematic review. Minerva Stomatology 2010; 59(10): 543-50

[7] Organisation Mondiale de la Santé OMS. Les naissances prématurées. [Aide-mémoire] N°363, Novembre 2015. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/fr/> (consulté le 21.02.2016)

[8] Jedidi.J , Yaich.S , Feki.H , Kassis.M. Le retard de croissance intra-utérin : définition, épidémiologie et facteurs de risque : particularités du gouvernerat de sfax.

J.I. M. Sfax, N°19 / 20 ; Juin / Déc 10 : 29-20

[9] À Gueda A, Echeveria A, Mnau C. Association between periodontitis in pregnancy and preterm or low birth weight. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008; 13(9): E609-15.

[10] Pottecher T, Luton D, Zupan V, Collet M, Pottecher T. Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de prééclampsie. Recommandations formalisées d'experts communes SFAR/CNGOF/SFMP/SFNN. janvier2009 :12-1.

Disponible sur :

[http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/RPC\\_preeclampsie\\_fr\\_BM2.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_preeclampsie_fr_BM2.pdf) (consulté le 21.02.2106)

[11] 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(1): 37-45.

[12] Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie URCAM. Traitements et prescriptions bucco-dentaires chez la femme enceinte : étude initiale. [pdf] (janvier 2006).

Disponible sur :

[http://ars.sante.fr/fileadmin/LIMOUSIN/documents\\_telecharger/URCAM\\_Actions/Etudes/dentaire/grossesse/Etude\\_initiale\\_sante\\_dentaire\\_grossesse\\_jan2006.pdf](http://ars.sante.fr/fileadmin/LIMOUSIN/documents_telecharger/URCAM_Actions/Etudes/dentaire/grossesse/Etude_initiale_sante_dentaire_grossesse_jan2006.pdf) (consulté le 02.02.2016)

[13] Haute Autorité de Santé. Recommandations en santé publique, stratégies de prévention de la carie dentaire Mars 2010. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges\\_rapport\\_cariedentaire\\_version\\_postcollege-10sept2010.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_rapport_cariedentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf) (consulté le 02.02.2016)

[14] L. Egea a, H. Le Borgne c , M. Samson a, H. Boutigny b, H.-J. Philippe c, A. Soueidan. Infections buccodentaires et complications de la grossesse : connaissances et attitudes des professionnels de santé Oral infections and pregnancy: Knowledge of health professionals.

Gynécologie Obstétrique & amp ; fertilité 2013. 41 (11) : 635-640

[15] Genco RJ, Borgnakke WS. Risk factors for periodontal disease. Periodontology 2000; 62 (1) : 94-59

[16] Zhu M Nikolajczyk BS. Immune cells link Obesity- associated type 2 Diabetes and periodontitis. J Dent Res. 2014; 93(4): 346-52.

[17] Ravindran, Rathy, M. G. Deepa, A. K. Sruthi, Kuruvila, Cherian, S.Priya, S. Sunil, Edward, Joseph, G. Roopesh. Evaluation of Oral Health in Type II Diabetes Mellitus Patients.

Oral & Maxillofacial Pathology Journal 2015; 6 (1): 525-531.

[18] Antonoglou G, Knuutila M, Nieminen P, Vainio O, Hiltunen L, Raunio T, Niemelä O, Hedberg P, Karttunen R, Tervonen T. Serum osteoprotegerin and periodontal destruction in subjects with type 1 diabetes mellitus. Journal Of clinical Periodontology 2013; 40 (8) : 770-765

[19] Eugenio J. P. Lages, Fernando O. Costa , Elizabeth M. B. Lages , Luis O. M. Cota, Sheila C. Cortelli, Gilson C. Nobre-Franco, Renata M. Cyrino, Jose R. Cortelli.

Risk variables in the association between frequency of alcohol consumption and periodontitis

Journal of clinical periodontology 2012; 39 (12) : 122-115

[20] Kolte, Rajashri A., Kolte, Abhay P. Deshpande, Neha M. Assessment and comparison of anemia of chronic disease in healthy subjects and chronic periodontitis patients: A clinical and hematological study.

Journal of Indian Society of Periodontology 2014; 18 (2) : 183-186

[21] Harjit Kaur Viridi. Hematological Parameters -A Diagnostic Mirror For Periodontitis

Indian Journal of Dental Sciences 2013; 5 (2) : 048-045

[22] Hutter J.W, van der Velden U, Varoufaki A, Huffels R.A.M, Hoek J.F, Loos B.G.

Lower numbers of erythrocytes and lower levels of hemoglobin in periodontitis patients compared to control subjects. J Clin Periodontol. 2001; 28(10): 930-6

[23] Megha Dhananjay P, Quaid Johar S, Arvind S. Interrelationship between chronic periodontitis and anemia: A 6-month follow-up study. Journal of Indian Society of Periodontology 2014; 18 (1) : 25-19

[24] Bruno G. Loos, Raymond P. John<sup>1</sup> and Marja L. Laine. Identification of genetic risk factors for periodontitis and possible mechanisms of action. Journal of clinical periodontolo

[25] Usin M.M, Tabares S.M, Parodi R.J, Sembaj A. Periodontal conditions during the pregnancy associated with periodontal pathogens.

Journal of Investigative & Clinical Dentistry 2013; 4 (1) : 59-54

[26] Shivaprasad Bilichodmath, Sachin B. Mangalekar, Dileep C. G. Sharma, Ashok K. Prabhakar, Sridhar B. Reddy, Nagaraj B. Kalburgi, Sudhir R. Patil, Kishore Bhat. Herpesviruses in chronic and aggressive periodontitis patients in an Indian population

Journal of Oral Science 2009; 51 (1) : 79-86

[27] Mardirossian A, Contreras A, Navazesh M, Nowzari H, Slots J. Herpesviruses 6, 7 and 8 in HIV- and non-HIV-associated periodontitis. J Periodontal Res. 2000; 35(5): 278-84

[28] Rhissassi M, Benrachadi L, Benzarti N. Ethiopathogénie des maladies parodontales. Quelle est la place des virus ? Rev Odont Stomat 2004; 33: 275-283

[29] Africa C.W, Stephen L.X, John C.N. Is human immunodeficiency virus (HIV) stage an independent risk factor for altering the periodontal status of HIV-positive patients? A South African study. BMC Oral Health 2013; 13 (1) : 86-69

[30] Pattrapornnan P, Derouen TA. Associations of periodontitis and oral manifestations with CD4 counts in human immunodeficiency virus-pregnant women in Thailand  
J Periodontol 2012; 83(11): 1372-1381.

[31] Institut National de la Statistique et des études économiques INSEE. Nomenclature PCS INSEE 2003, liste des catégories socio-professionnelles agrégées. Disponible sur :  
[http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/liste\\_n1.htm](http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/liste_n1.htm) (consulté le : 09.02.2016)

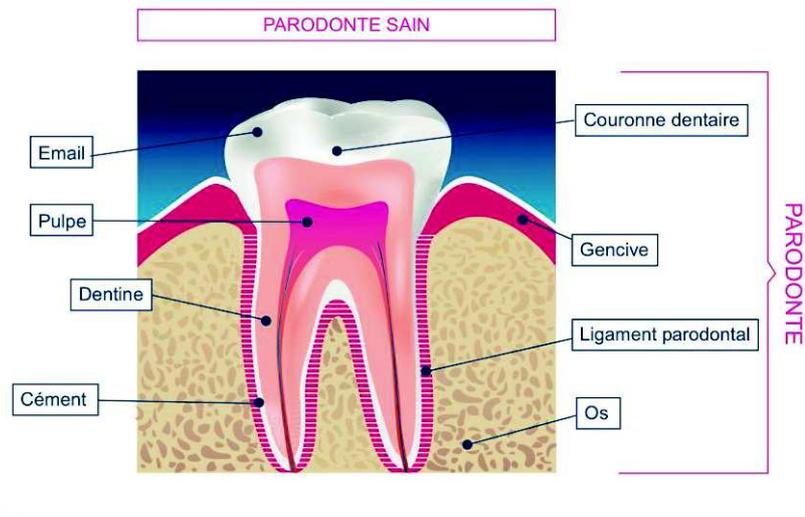
[32] Vergnes J.N, 2 , Pastor-Harper D, Constantin D, Bedos C, Kaminski M, Nabet C, Sixou M. Santé bucco-dentaire perçue et recours aux soins pendant la grossesse : étude MaterniDent Perceived oral health and use of dental services during pregnancy: the MaterniDent study  
Santé publique 2013; 25 (3) : 292-281

[33] Handident PACA. Découvrir l'association. Disponible sur :  
<http://handidentpaca.fr/> (consulté le 29.02.2016)

## ANNEXES

### Annexe I :

#### Schéma du parodonte sain



**Source :** Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire UFSBD. La maladie parodontale [fiche conseil]. Disponible sur : <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2013/09/fiche-parodontale.pdf> (consulté le 05.02.2016)

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 26 novembre 2013 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie signé le 31 juillet 2013**

NOR : AFSS1329118A

#### Article 3

*La prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes*

Les parties conventionnelles s'accordent pour étendre le dispositif de prévention bucco-dentaire aux femmes enceintes et définir les modalités de son application.

L'article 1.7, titre I<sup>er</sup>, de la convention nationale « Dispositions transitoires » est supprimé et remplacé par un nouvel article 1.7 et suivants, rédigés comme suit :

#### « 1.7. Prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes

##### « 1.7.1. Les bénéficiaires

« Le dispositif de prévention s'adresse aux femmes enceintes, ayants droit ou assurées sociales, remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie et maternité.

##### « 1.7.2. Les chirurgiens-dentistes

« Les chirurgiens-dentistes libéraux et salariés relevant des dispositions de la convention nationale participent à cette action de prévention.

« Toutefois, les spécialistes qualifiés en orthopédie dento-faciale conventionnés, qui n'exécutent pas de soins bucco-dentaires en raison de leur spécialité, ne participent pas à cette action nationale de prévention.

##### « 1.7.3. Contenu du dispositif

« Les femmes enceintes, bénéficient d'un examen de prévention pris en charge à 100 % avec dispense d'avance de frais, à compter du quatrième mois de grossesse jusqu'à douze jours après l'accouchement.

##### « 1.7.3.1. Le contenu de l'examen de prévention

« L'examen comprend obligatoirement :

« – une anamnèse ;

« – un examen bucco-dentaire ;

« – des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation de la future mère à la santé bucco-dentaire (hygiène orale...), hygiène alimentaire, information sur l'étiologie et la prévention de

la carie de la petite enfance (mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant)...

« Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés oralement par le chirurgien-dentiste, lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils.

« L'examen est complété, si nécessaire, par :

« – des radiographies intrabuccales ;

« – l'établissement d'un programme de soins.

« Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser, celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

#### « 1.7.3.2. Les tarifs d'honoraires de l'examen de prévention

« Cet examen est valorisé à 30 euros. Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée.

« Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante : « – examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros ; « – examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros.

L'examen et les radiographies qui y sont associées, le cas échéant, sont facturés à tarifs opposables.

#### « 1.7.4. Modalités pratiques

##### « 1.7.4.1. Mise en œuvre du dispositif

« A compter de la réception de la déclaration de grossesse de l'assurée ou de l'ayant droit, la caisse d'assurance maladie dont elle relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge préidentifié accompagné d'une invitation à participer à cet examen de prévention.

« Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte doit consulter le chirurgien-dentiste de son choix, à compter de son quatrième mois de grossesse, et ce jusqu'à douze jours après l'accouchement. Elle présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge préidentifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

« La facture de l'examen doit être télétransmise. En cas d'impossibilité, le chirurgien-dentiste complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à l'organisme d'affiliation de l'assurée pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure « renseignements médicaux » est à conserver par le chirurgien-dentiste dans le dossier de la patiente.

« Afin de permettre une mise en œuvre optimale, le dispositif entrera en vigueur au lendemain de la publication au *Journal officiel* du présent avenant.

##### « 1.7.4.2. Evaluation et suivi du dispositif

« Les parties signataires considèrent qu'une évaluation de ce dispositif doit être réalisée.

« L'ensemble des acteurs étant amené à participer à cette évaluation, les praticiens s'engagent, en conséquence, à répondre le plus efficacement possible à toute sollicitation des caisses ou des tiers habilités afin de faciliter cette démarche. En contrepartie, les caisses d'assurance maladie conviennent de mettre à disposition des instances conventionnelles concernées les éléments analytiques d'évaluation du dispositif de prévention.

« Les partenaires conventionnels conviennent, à ce titre, d'étudier l'application et le suivi du dispositif dans le cadre des instances conventionnelles nationale et départementales.

« Un bilan annuel sera réalisé dans le cadre de l'observatoire conventionnel national, prévu à l'article 3.4 de la convention nationale. »

**Annexe III : Grille de dépistage du risque de maladies parodontales pendant la grossesse**

| Dépistage du risque de maladies parodontales pendant la grossesse |           |        |
|---|-----------|--------|
| Date :  | Etiquette |        |
| Profession :  |           |        |
| Poids initial :      Poids actuel :      Taille :                 |           |        |
| G :      P :      TP :  |           |        |
| <b>Facteurs de risque</b>   |           |        |
| Cochez les facteurs de risque présents                            |           |        |
| <b>Facteurs de risque généraux</b>                                |           |        |
| Age > 35 ans  |           |        |
| IMC>30  |           |        |
| Antécédent familial de maladie parodontale                        |           |        |
| VIH   |           |        |
| Herpès  |           |        |
| Diabète type 1  |           |        |
| Diabète type 2  |           |        |
| Anémie  |           |        |
| Alcool  |           |        |
| Tabac   |           |        |
| <b>Facteurs de risque locaux</b>                                  |           | Valeur |
| <b>Hygiène bucco-dentaire</b>                                     |           |        |
| Fréquence de brossage <1 fois par jour                            |           | 2      |
| Fréquence de brossage 1 fois par jour                             |           | 1      |
| Fréquence de brossage 2 fois par jour                             |           | 0      |
| Type de brossage manuel   |           | 1      |
| Type de brossage électrique                                       |           | 0      |
| Pas d'utilisation de moyens d'hygiène complémentaires             |           | 1      |
| Utilisation de fil dentaire                                       |           | 0      |
| Temps de brossage < ou = 30 secondes                              |           | 2      |
| Temps de brossage entre 1 minute et 2 minutes                     |           | 1      |
| Temps de brossage 2 minutes                                       |           | 0      |
| Renouvellement de la brosse à dents : tous les ans                |           | 2      |
| Renouvellement de la brosse à dents : tous les 6 Mois             |           | 1      |
| Renouvellement de la brosse à dents : tous les 3 Mois             |           | 0      |
| Tassement alimentaire fréquent entre les dents                    |           | 2      |
| <b>Suivi bucco-dentaire</b>                                       |           |        |
| Fréquence de visite chez un dentiste : <1 fois/an                 |           | 2      |
| Fréquence de visite chez un dentiste : 1 fois/an                  |           | 1      |

|   |  |   |
|---|--|---|
| Fréquence de visite chez un dentiste : 2 fois/an    |  | 0 |
| Pas de visite chez le dentiste pendant la grossesse |  | 1 |
| Visite chez le dentiste pendant la grossesse        |  | 0 |
| <b>Symptômes cliniques</b>                          |  |   |
| Saignements lors du brossage                        |  | 2 |
| Halitose (mauvaise haleine persistante)             |  | 2 |
| Gencive rouge et gonflée                            |  | 2 |
| Changement de positions des dents                   |  | 2 |
| <b>Score :</b>                                      |  |   |

|  |
|--|
| <b>Interprétation du risque de maladie parodontale</b> |
|--|

|   |
|---|
| Score 0-4 : Faible risque, conseil minimal d'éducation pour la santé bucco-dentaire |
|---|

|  |
|--|
| Score 5-9 : Risque moyen, éducation pour la santé bucco-dentaire renforcée |
|--|

|  |
|--|
| Score 10-21 : Risque élevé, éducation pour la santé bucco-dentaire accentuée |
|--|

## **Annexe IV : Feuille d'information sur la santé bucco-dentaire (Groupe à risque faible)**

### **Votre santé bucco-dentaire pendant la grossesse**

#### **Pourquoi est-il important d'avoir une bonne santé bucco-dentaire pendant votre grossesse ?**

Pendant la grossesse, l'augmentation de certaines hormones rend les gencives plus sensibles aux agressions bactériennes contenues dans la plaque dentaire.

La plaque dentaire est une substance blanchâtre et collante qui se dépose sur la surface de vos dents et contient des milliards de bactéries.

Si elle n'est pas éliminée, elle est responsable d'infections qui touchent la gencive et l'os qui soutient les dents : c'est la maladie parodontale ou parodontite. Elle se caractérise par des gencives rouges, gonflées, qui saignent, et parfois des douleurs et une mauvaise haleine persistante.

#### **Pourquoi est-il important de traiter la maladie parodontale pendant la grossesse ?**

La maladie parodontale est avant tout une pathologie infectieuse qui peut avoir des répercussions sur tout l'organisme par le passage des bactéries dans le sang. Elles peuvent avoir des conséquences sur votre santé, et surtout sur celle de votre fœtus (Retard de croissance du fœtus, risque d'accouchement prématuré, bébé de petits poids).

#### **Comment prendre soin de vos dents et de vos gencives pendant la grossesse ?**

Une hygiène bucco-dentaire stricte quotidienne est indispensable, surtout pendant la grossesse, avec un brossage deux fois par jour et l'utilisation du fil dentaire une fois par jour.

En effet, cette maladie s'installe lorsque le brossage des dents est insuffisant ou pas assez efficace.

C'est pourquoi il est important d'aller au moins une fois chez votre dentiste pendant votre grossesse. Cette consultation permettra à votre dentiste de faire un point avec vous sur votre état bucco-dentaire et vous donnera des conseils adaptés à votre situation pour prendre soin de vos dents et de vos gencives pendant la grossesse. Cette consultation est remboursée par la sécurité sociale.

**En cas de survenue des symptômes suivants consultez rapidement votre dentiste :**

- Changement de position de vos dents
- Saignements lors du brossage
- Gencive rouge et gonflée
- Mauvaise haleine persistante

Pour toutes questions, adressez-vous à votre sage-femme, votre gynécologue-obstétricien ou votre dentiste qui vous conseilleront et vous orienteront.

## **Annexe V : Feuille d'information sur la santé bucco-dentaire (Groupes à risques moyen et élevé)**

### **Votre santé bucco-dentaire pendant la grossesse**

#### **Pourquoi est-il important d'avoir une bonne santé bucco-dentaire pendant votre grossesse ?**

Pendant la grossesse, l'augmentation de certaines hormones rend les gencives plus sensibles aux agressions bactériennes contenues dans la plaque dentaire.

La plaque dentaire est une substance blanchâtre et collante qui se dépose sur la surface de vos dents et contient des milliards de bactéries.

Si elle n'est pas éliminée, elle est responsable d'infections qui touchent la gencive et l'os qui soutient les dents : c'est la maladie parodontale ou parodontite. Elle se caractérise par des gencives rouges, gonflées, qui saignent, et parfois des douleurs et une mauvaise haleine persistante.

#### **Pourquoi est-il important de traiter la maladie parodontale pendant la grossesse ?**

La maladie parodontale est avant tout une pathologie infectieuse qui peut avoir des répercussions sur tout l'organisme par le passage des bactéries dans le sang. Elles peuvent avoir des conséquences sur votre santé, et surtout sur celle de votre fœtus (Retard de croissance du fœtus, risque d'accouchement prématurée, bébé de petits poids).

#### **Qu'est ce qui favorise l'apparition et le développement de la maladie parodontale ?**

La grossesse est un facteur de risque prédisposant qui peut favoriser l'apparition et la progression de la maladie parodontale. La présence d'autres facteurs de risque supplémentaires comme une prédisposition génétique (si vos parents ont perdu leurs dents), l'âge, le tabac ou le diabète nécessite une vigilance toute particulière de votre part afin d'éviter des complications durant votre grossesse pour vous et votre bébé.

#### **Comment prendre soin de vos dents et de vos gencives pendant la grossesse ?**

Une hygiène bucco-dentaire stricte quotidienne est indispensable, surtout pendant la grossesse, avec un brossage deux fois par jour et l'utilisation du fil dentaire une fois par jour.

En effet, cette maladie s'installe lorsque le brossage des dents est insuffisant ou pas assez efficace.

C'est pourquoi, il est important d'aller au moins une fois chez votre dentiste pendant votre grossesse. Cette consultation permettra à votre dentiste de faire un point avec vous sur votre état bucco-dentaire et vous donnera des conseils adaptés à votre situation pour prendre soin de vos dents et de vos gencives pendant la grossesse.

Cette consultation est remboursée par la sécurité sociale.

**En cas de survenue des symptômes suivants consultez rapidement votre dentiste :**

- Changement de position de vos dents
- Saignements lors du brossage
- Gencive rouge et gonflée
- Mauvaise haleine persistante

Pour toutes questions adressez vous à votre sage-femme, votre gynécologue-obstétricien ou votre dentiste qui vous conseilleront et vous orienteront.

**Annexe VI :**

NB : Risque 0 = Faible      Risque 1 = Moyen      Risque 2 = Elevé

**Tableau 1 : Répartition des patientes en fonction de leur lieu de consultation**

| <i>Lieux</i> | <i>Risque</i> |              |              | <i>Total</i>            |
|--------------|---------------|--------------|--------------|-------------------------|
|              | 0             | 1            | 2            |                         |
| libéral      | 2<br>10 %     | 8<br>40 %    | 10<br>50 %   | 20<br>100.0 %<br>20.0 % |
| mater        | 19<br>35.8 %  | 17<br>32.1 % | 17<br>32.1 % | 53<br>100.0 %<br>53.0 % |
| PMI          | 0<br>0 %      | 2<br>7.4 %   | 25<br>92.6 % | 27<br>100.0 %<br>27.0 % |
| <b>Total</b> |               |              |              | 100                     |

**Légende :**

- Valeurs observées
- % dans Lieux
- % par Lieu

libéral = « Libéral »  
mater = « Maternité »

Fisher's  $p < 0.001$  ·  $df = 4$  ·  $\Phi_c = 0.391$

**Tableau 2 : Répartition des patientes en fonction de leur catégorie Socio-Professionnelle selon l'INSSE**

| <i>Csp</i>   | <i>Risque</i> |              |              | <i>Total</i>            |
|--------------|---------------|--------------|--------------|-------------------------|
|              | 0             | 1            | 2            |                         |
| CSP 3,4,5    | 19<br>29.2 %  | 20<br>30.8 % | 26<br>40 %   | 65<br>100.0 %<br>65.0 % |
| CSP 7        | 2<br>5.7 %    | 7<br>20 %    | 26<br>74.3 % | 35<br>100.0 %<br>35.0 % |
| <b>Total</b> |               |              |              | 100                     |

**Légende :**

- Valeurs observées
- % dans CSP
- % par CSP

CSP = « Catégories Socio-Professionnelles »

$X^2 = 12.111$  ·  $df = 2$  ·  $\Phi_c = 0.348$  ·  $p = 0.002$

**Tableau 3 : Répartition des patientes en fonction de leur temps de brossage**

| <i>Tpsbross</i> | <i>Risque</i> |              |              | <i>Total</i>            |
|-----------------|---------------|--------------|--------------|-------------------------|
|                 | 0             | 1            | 2            |                         |
| 0               | 21<br>32.8 %  | 21<br>32.8 % | 22<br>34.4 % | 64<br>100.0 %<br>65.3 % |
| 1               | 1<br>4 %      | 6<br>24 %    | 18<br>72 %   | 25<br>100.0 %<br>25.5 % |
| 2               | 0<br>0 %      | 1<br>11.1 %  | 8<br>88.9 %  | 9<br>100.0 %<br>9.2 %   |
| <b>Total</b>    |               |              |              | 98                      |

Fisher's  $p=.026$  ·  $df=9$  ·  $\Phi_c=NaN$

**Légende :**

- Valeurs observées

- % dans Tpsbross

- % par Tpsbross

Tpsbross = Temps de brossage

Tpsbross 0 = « 2 minutes »

Tpsbross 1 = « 1 à 2 minutes »

Tpsbross 2 = « < 1 minute »

**Tableau 4 : Répartition des patientes en fonction de leur fréquence de visite chez le dentiste**

| <i>Frqvisite</i> | <i>Risque</i> |              |              | <i>Total</i>          |
|------------------|---------------|--------------|--------------|-----------------------|
|                  | 0             | 1            | 2            |                       |
| 0                | 7<br>41.2 %   | 0<br>0 %     | 10<br>58.8 % | 17<br>100 %<br>17.2 % |
| 1                | 13<br>29.5 %  | 19<br>43.2 % | 12<br>27.3 % | 44<br>100 %<br>44.4 % |
| 2                | 2<br>5.3 %    | 9<br>23.7 %  | 27<br>71.1 % | 38<br>100 %<br>38.4 % |
| <b>Total</b>     | 22            | 28           | 49           | 99                    |

Fisher's  $p<.001$  ·  $df=9$  ·  $\Phi_c=NaN$

**Légende :**

- Valeurs observées

- % dans Frqvisite

- % par Frqvisite

Frqvisite = Fréquence visite

Frqvisite 0 = « 2 fois par an »

Frqvisite 1 = « 1 fois par an »

Frqvisite 2 = « Moins d'une fois par an »

**Tableau 5 : Répartition des patientes en fonction de l'apparition de saignements des gencives**

| <i>Sgts</i>  | <i>Risque</i> |              |              | <i>Total</i>          |
|--------------|---------------|--------------|--------------|-----------------------|
|              | 0             | 1            | 2            |                       |
| 0            | 22<br>37.3 %  | 18<br>30.5 % | 19<br>32.2 % | 59<br>100 %<br>60.2 % |
| 1            | 0<br>0 %      | 9<br>23.1 %  | 30<br>76.9 % | 39<br>100 %<br>39.8 % |
| <b>Total</b> | 22            | 27           | 49           | 98                    |

$$\chi^2=24.404 \cdot df=6 \cdot \Phi_c=NaN \cdot p<.001$$

**Légende :**

- Valeurs observées

- % dans Sgts

- % par Sgts

Sgts = Saignements

Sgts 0 = « Absence de saignements »

Sgts 1 = « Présence de saignements »

## Annexe VII : Plaquette d'information en santé bucco-dentaire

PRENDRE SOIN DE SA SANTE BUCCO-DENTAIRE

C'EST PRENDRE SOIN DE SA GROSSESSE

Quelques conseils pour une hygiène optimale :

- Un brossage deux fois par jour pendant deux minutes.

- Préférer un brossage électrique à un brossage manuel.

- Utiliser des moyens d'hygiène complémentaire :

Fil dentaire

Brossette interdentaire

- Renouveler sa brosse à dents tous les trois mois.

- Réaliser une consultation de dépistage chez un dentiste remboursée à 100 % à partir du 4ème mois jusqu'au 12ème jour après l'accouchement.

En cas d'apparition

de saignements des gencives,  
de gencives rouges et gonflées,  
de mauvaise haleine persistante,  
de changement de position des dents.

Parlez-en à votre sage-femme ou votre gynécologue

## Annexe VIII : Lettre adressée aux femmes enceintes par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie pour l'examen de prévention bucco-dentaire

### examen de prévention bucco-dentaire (maternité)

(art. L. 162-9 du Code de la sécurité sociale - avenant n° 3 à la convention nationale des chirurgiens dentistes - avenant n° 11 à la convention médicale)

période de validité de la prise en charge : du 1er jour du 4ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après l'accouchement partie à adresser à l'organisme d'affiliation  
date présumée d'accouchement: jj/mm/aaaa

| assuré(e) - bénéficiaire   | organisme d'affiliation |
|--|-------------------------|
| assuré(e) :<br>NIR :<br>bénéficiaire :<br><i>(si différent de l'assuré)</i><br>Date de naissance : |                         |

| Identification du praticien | et | Identification de la structure                                    |
|-----------------------------|----|---|
|                             |    | <small>(raison sociale du cabinet, de l'établissement...)</small> |

#### Praticien remplaçant

|               |   |
|---------------|---|
| identifiant   | n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET) |
| nom et prénom |   |

| Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)   |   |
|---|---|
| date de réalisation de l'examen   | signature du praticien attestant la réalisation de l'examen |
| pas de radiographie réalisée <input type="checkbox"/>   |   |
| 1 ou 2 radiographies réalisées <input type="checkbox"/> 3 ou 4 radiographies réalisées <input type="checkbox"/> |   |
| montant des honoraires :                      euros   |   |

document télétransmis : oui  non  *renseignements à conserver par le praticien*

renseignements médicaux à compléter et à conserver **impérativement** dans le dossier - papier ou informatique - de la patiente (renseignements nécessaires à l'évaluation du programme et à communiquer au service médical à sa demande).

#### schéma dentaire à compléter

*(reporter le code correspondant dans chaque case du schéma dentaire)*

**C** : dent cariée    **A** : dent absente pour cause de carie    **O** : dent obturée

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

#### santé parodontale

▪ inflammation gingivale oui  non

#### besoins de soins

▪ prothèse(s)     ▪ soins conservateurs     ▪ avulsions     ▪ soins de gencives

acte exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention oui  non

#### Conseils personnalisés à la patiente

oui  non  **si oui**, complétez ci-dessous :

En matière d'hygiène bucco-dentaire et technique de brossage

En matière de nutrition  Sur les méfaits du tabac, de l'alcool et autres substances

#### Conseils spécifiques relatifs au jeune enfant

oui  non  **si oui**, complétez ci-dessous :

Syndrôme du biberon  Risque de contamination croisée

Fluor  Hygiène bucco-dentaire chez l'enfant

date de réalisation de l'examen

| assuré(e) - bénéficiaire   | organisme d'affiliation |
|--|-------------------------|
| assuré(e) :<br>NIR :<br>bénéficiaire :<br><i>(si différent de l'assuré)</i><br>Date de naissance : |                         |

## **RESUME :**

Face à l'impact que peut avoir une maladie parodontale sur le développement de la grossesse, la santé de la mère et du fœtus, la HAS recommande de réaliser une consultation de dépistage chez un dentiste, remboursée à 100% par la sécurité sociale à partir du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse et jusqu'au 12<sup>ème</sup> jour après l'accouchement depuis juin 2014. En effet, les conséquences publiées dans la littérature sont : un risque augmenté d'accouchement prématuré, de retard de croissance intra-utérin associé à un petit poids de naissance, un risque augmenté de développer une pré-éclampsie. Or la prévention par diffusion de l'information et orientation par les professionnels de la périnatalité vers un dentiste reste encore insuffisante. La sage-femme est au centre de la prise en charge de la femme enceinte, et peut jouer un rôle prépondérant d'éducation pour la santé, notamment en santé bucco-dentaire. **Objectifs :** Les objectifs de cette étude étaient de dépister en prénatal, à l'aide d'un score de risque, les femmes enceintes nécessitant une prévention en santé bucco-dentaire renforcée et de proposer un support d'information d'éducation pour la santé bucco-dentaire chez la femme enceinte. **Matériel et méthode :** Une étude prospective a été menée sur 100 patientes sur une période de cinq mois, sur les trois lieux de consultations prénatales de sage-femme : PMI, cabinet libéral, maternité. Cette étude a été réalisée avec la proposition d'une grille de dépistage, contenant un score de risque permettant de cibler trois groupes de patientes : groupe à faible risque, groupe à risque moyen, groupe à risque élevé. **Résultats :** Cette étude a mis en lumière un défaut d'hygiène et de suivi des patientes interrogées, influencé par différents facteurs. L'apparition de premiers signes d'inflammation a pu également être révélée à la suite du dépistage avec une prévalence des saignements gingivaux. **Conclusion :** La mise en place d'un dépistage systématique en consultation prénatale par interrogatoire et examen rapide des premiers signes d'inflammation paraît pertinente à la suite de cette étude. L'organisation de campagnes de prévention accessible permettrait une plus large diffusion de l'information. Enfin des formations pour les professionnels de la périnatalité et les dentistes sur le sujet permettraient un meilleur relai de l'information auprès des patientes.

**Mots clés :** Santé bucco-dentaire, prévention, grossesse, consultation prénatale, dépistage, score, maladie parodontale

## **ABSTRACT :**

Knowing the impact that a periodontal disease can have on the development of a pregnancy, and on maternal and fetal health, the HAS (High Health Authority) recommends to visit a dentist for screening, 100% reimbursed by the social security system from the 4<sup>th</sup> month of pregnancy and until the 12<sup>th</sup> day after the delivery, since June 2014. In fact, the consequences published in the literature are: a higher risk of premature delivery, a late growth in uterus associated with a lower weight at birth, a higher risk to develop a pre-eclampsia. Yet the prevention by spreading information and referral to a dentist remains inadequate. The midwife is at the heart of the management of the pregnant woman and can play a major role in her health education, particularly in the oral health. **Objectives:** the objectives of this study were to screen at a pre-natal level, using a risk score, pregnant women who needed a higher prevention in oral health and to offer an educational information aid targeting oral health in pregnant women. **Material and method:** a prospective study has been conducted on 100 patients over a period of five months, in the three prenatal mid-wife consultation sites: PMI (Mother and Infant Protection Center), private practice, maternity hospital. This study has been put forward together with a screening grid, containing a risk score which allows to target three groups of patients: a low risk group, a medium risk group, and a high risk group. **Results:** this study has highlighted poor hygiene conditions and inadequate follow up of the interviewed patients, influenced by different factors. The first signs of inflammation could also be revealed through screening, with a greater number of gum bleeding. **Conclusion:** the implementation of a systematic screening program at prenatal visit level through medical history and short examination of the first signs of inflammation appears to be consistent after this study. The establishment of an open prevention campaign would allow a wider dissemination of the information. Last but not least training for perinatal practitioners and dentists on the subject would allow a better transmission of information to the patients.

**Key words :** Oral health, prevention, pregnancy, prenatal consultation, screening, score, periodontal disease