



HAL
open science

Un enfant, une dent ? Qu'en est-il de cet adage populaire ? Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Haute-Normandie

Julie Jouenne

► **To cite this version:**

Julie Jouenne. Un enfant, une dent ? Qu'en est-il de cet adage populaire ? Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Haute-Normandie. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01396875

HAL Id: dumas-01396875

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01396875v1>

Submitted on 15 Nov 2016

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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

**ERRATA en vue de la soutenance de mémoire de l'obtention
du diplôme d'Etat de sage-femme**

« Un enfant, une dent », qu'en est-il de cet adage populaire ?

Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Haute-Normandie

Promotion 2016

Soutenance le mardi 10 mai 2016

Remerciements : au lieu de « patiente », lire « patience ».

Page 4 : au lieu de « bain de bouche sera », lire « bain de bouche fluoré sera ».

Page 7 : au lieu de « protéinurie significative (> 3g/24heures) », lire « protéinurie significative (>0.3g/24heures) ».

Pages 10 et 11 : les tétracyclines donnent également des colorations dentaires en plus de l'hypoplasie de l'émail dentaire.

Page 42 : au lieu de « celles apprise », lire « celles apprises ».

Page 43 : au lieu de « le sujet du tabac et des autres drogues », lire « les sujets du tabac et des autres drogues ».

Page 20 : phrase « le nombre de questionnaires exploitables est de 100 » à joindre page 19 à la suite de la partie 5. Méthode.

Page 35 : Nous ne pouvons affirmer notre première hypothèse puisque les messages de prévention, n'étant pas complets, ne peuvent être délivrés et expliqués aux femmes enceintes de façon efficaces.

**« UN ENFANT, UNE DENT », QU'EN EST-IL DE CET ADAGE POPULAIRE ?
ENQUETE AUPRES DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE HAUTE-NORMANDIE**

REMERCIEMENTS

Au Dr Guern, chirurgien-dentiste et directeur de ce mémoire, pour sa disponibilité et ses conseils.

A Mme Le Guen, sage-femme enseignante et guidante de ce mémoire à son commencement.

Au Dr Moizan, chef du service d'odontologie à St Julien, et tous les professionnels et étudiants pour avoir répondu à cette enquête.

Au Dr Bemmer, responsable du centre de soins dentaires à l'hôpital Flaubert au Havre, et tous les professionnels et étudiants pour avoir répondu à cette enquête.

Au Dr Bestaux, chirurgien-dentiste et sexologue, et tous les membres du bureau de l'ODFOC 76 pour la distribution et leur participation à l'enquête.

Aux Conseils de l'Ordre de Seine-Maritime et de l'Eure pour leur aide dans la distribution du questionnaire.

A Sophie Martin pour son aide précieuse.

A ma promotion pour sa bonne humeur.

A tous mes proches pour leur aide et leur patiente.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTÉRATURE	2
1. Notions préliminaires d'odontologie	2
2. Pathologies bucco-dentaires et grossesse	2
2.1. Impact de la grossesse sur la sphère buccodentaire	2
2.1.1. Les maladies parodontales	3
2.1.2. Les pathologies dentaires	4
2.2. Impact de la sphère buccodentaire sur la grossesse	6
2.2.1. L'accouchement prématuré et/ou la naissance de bébés de faible poids	6
2.2.2. La pré-éclampsie	7
3. Les soins buccodentaires durant la grossesse	8
3.1. Précautions particulières	8
3.2. Anesthésie locale	9
3.3. Prescriptions	10
3.4. Radioprotection	11
4. Santé buccodentaire des femmes enceintes en France	11
4.1. Définition	11
4.2. Epidémiologie	12
4.3. Recommandations et réglementation	13
4.4. Prévention	14
4.4.1. Prévention primaire : information de la population	14
4.4.2. Prévention secondaire : le dépistage	15
4.4.3. Prévention tertiaire : les soins	15
4.4.4. Mise en place de la prévention	16
5. Pratique des chirurgiens-dentistes : exemples de deux études françaises	16
5.1. Enquête sur la prise en charge de la femme enceinte au cabinet dentaire : étude d'octobre 2008 à décembre 2009	16
5.2. Enquête auprès des praticiens français sur leurs pratiques quotidiennes : étude d'octobre 2014 à janvier 2015	17
5.3. Mise en place de notre étude	17

MATERIEL ET METHODE	18
1. Objectifs de l'enquête	18
2. Outils	18
3. Population cible	18
4. Lieux	19
5. Méthode	19
6. Analyse statistique	19
RESULTATS	20
1. Taux de réponses	20
2. Description de l'échantillon	20
3. Constat deux ans après la mise en place de l'examen buccodentaire	22
4. Perception de la patiente enceinte et degré de confiance	23
5. Les soins et les prescriptions	24
5.1. Prise en compte du stade de la grossesse	24
5.2. Soins réalisés	25
5.3. Précautions particulières	25
5.4. Prescription des antalgiques	26
5.5. Réalisation d'anesthésies	26
5.6. Prescription d'antifongiques	26
5.7. Prescription d'antibiotiques	26
5.8. Prescription de bains de bouche	26
5.9. Etudiants versus professionnels diplômés	27
6. Les messages de prévention	28
6.1. Les messages de prévention à l'intention de la patiente	28
6.2. Les messages de prévention spécifiques au jeune enfant	28
6.3. Comparaison des manières de dispenser les messages de prévention	28
7. Le site lecrat.fr	29
8. La formation des praticiens	31
DISCUSSION	33
1. Limites et biais de l'étude	33
2. Analyse de l'étude	34

2.1. L'échantillon	34
2.2. Hypothèse 1 : délivrance des messages de prévention	35
2.3. Hypothèse 2 : perception de la patiente enceinte	36
2.4. Hypothèse 3 : connaissances sur la spécificité de la prise en charge de la patiente enceinte	36
2.4.1. Concernant les préalables de la prise en charge	37
2.4.2. Concernant les soins réalisés	37
2.4.3. Concernant les prescriptions	38
3. Ouverture	40
3.1. Collaboration avec les chirurgiens-dentistes conseil	41
3.2. Formation ODFOC 76	42
3.3. Les étudiants sages-femmes	42
CONCLUSION	44

INTRODUCTON

En 2013, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) préconisent une consultation de prévention bucco-dentaire pour toutes les femmes enceintes. En janvier 2014, la mise en place de ce bilan bucco-dentaire prend effet et chaque patiente reçoit, après avoir déclaré sa grossesse, une invitation de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) à aller consulter son chirurgien-dentiste.

Ce bilan bucco-dentaire a été proposé suite aux différents travaux démontrant :

- Une incidence élevée de pathologies buccodentaires chez les femmes enceintes
- Un lien entre infections buccodentaires et complications obstétricales pouvant compromettre la suite de la grossesse.

Lorsque nous avons débuté nos recherches sur ce sujet d'étude, nous avons été surpris d'apprendre l'existence de ce bilan bucco-dentaire puisque nous n'en avons aucune connaissance. De plus, le sujet nous intéressait par le fait qu'encore aujourd'hui nombre de femmes enceintes nous racontent rencontrer des difficultés à obtenir un rendez-vous en cabinet dentaire.

C'est à partir de ces deux derniers constats que notre problématique fut construite : Comment les chirurgiens-dentistes prennent-ils en charge les femmes enceintes ?

Nous avons élaboré trois hypothèses :

- Les chirurgiens-dentistes délivrent les messages de prévention sur la santé bucco-dentaire aux femmes enceintes.
- Les chirurgiens-dentistes craignent les soins dentaires chez les femmes enceintes (la patiente enceinte étant perçue différemment d'une autre patiente).
- Il existe un manque de connaissances sur l'innocuité des soins pendant la grossesse.

Pour y répondre nous avons souhaité interroger directement les praticiens concernés à l'aide d'un questionnaire que nous leur avons distribué. C'est un sujet actuel qui n'avait pas encore été réalisé en Haute-Normandie.

1. Notions préliminaires d'odontologie

Voici tout d'abord un schéma de l'anatomie de la dent :



Les pathologies buccodentaires regroupent différents problèmes pouvant toucher à la fois la dent (émail, dentine, pulpe), les os et/ou les tissus attenants.

2. Pathologies bucco-dentaires et grossesse

2.1. Impact de la grossesse sur la sphère buccodentaire [1-3]

Il est aujourd'hui reconnu que la grossesse est une période de la vie d'une femme durant laquelle les besoins de soins et de prévention buccodentaires sont augmentés [4].

La femme enceinte subit sur le plan biologique d'importants changements hormonaux et immunitaires tels que l'élévation du taux de progestérone. Cela induit alors une vasodilatation générale et une augmentation de la perméabilité capillaire [5, 6]. Il y a donc une susceptibilité accrue des muqueuses aux agressions et une incidence plus importante des infections buccodentaires notamment les maladies parodontales [7-9].

De plus, il existe une baisse du pH buccal (pouvant passer de 6,70 à 6,20 en fin de grossesse) et du pouvoir tampon de la salive favorisant ainsi le développement de la flore microbienne pathogène (pouvant être à l'origine de la survenue de maladies parodontales, de caries dentaires et de candidoses orales) [10].

2.1.1. Les maladies parodontales

Ce sont des maladies inflammatoires touchant les tissus de soutien des dents d'origine infectieuse qui regroupent les gingivites et les parodontites [11]. Les facteurs de risque [12] que nous retiendrons sont :

- le facteur nutritionnel avec des carences sévères en vitamines A, C, D, P, B,
- le stress,
- les pathologies générales telles que le diabète, les maladies endocriniennes, le SIDA (Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis),
- les médicaments tels que les antiépileptiques, la nifédipine, les cyclosporines, les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens).

La gingivite gravidique

C'est une inflammation, le plus souvent indolore, de la gencive. L'étiopathogénie est discutée : il peut s'agir soit d'une action directe des hormones [13], soit d'une modification de la réponse inflammatoire aux agents irritants locaux, soit d'une modification de l'écologie bactérienne buccale [14, 15]. Les phénomènes seraient en fait imbriqués puisque les stéroïdes sexuels associés à la modification des facteurs microbiens locaux entraîneraient l'apparition ou l'aggravation d'une gingivite. Une gingivite non traitée peut parfois évoluer en parodontite.

La parodontite

Ce sont des lésions inflammatoires qui entraînent la destruction des tissus de soutien de la dent (cément, os alvéolaire, ligament alvéolo-dentaire). La perte d'attache est irréversible, contrairement aux gingivites qui, elles, sont réversibles [16]. Mais cette perte d'attache est rarement constatée au cours d'une grossesse.

L'épulis gravidique

C'est un nodule de consistance molle d'aspect rouge vif, situé sur le bord libre de la gencive ou de la papille interdentaire. Cela survient dans 5% des grossesses et disparaît spontanément après l'accouchement [17]. Néanmoins, une exérèse est possible si ce nodule est gênant. Son étiologie est inconnue mais il est favorisé par un manque d'hygiène, un traumatisme ou des modifications hormonales.

2.1.2. Les pathologies dentaires

L'érosion dentaire [18, 19]

Cela se définit comme une dissolution des tissus minéralisés sous l'action de substances chimiques. En ce qui concerne la femme enceinte, cette dissolution est provoquée par les vomissements du premier trimestre et par les reflux gastro-œsophagiens (RGO) mais également par la consommation d'aliments trop acides. Ces érosions peuvent provoquer des douleurs brèves survenant après les repas ou une modification de la sensibilité dentaire appelée hyperesthésie.

Pour les prévenir, il est conseillé d'éviter le brossage dentaire après un vomissement ou un reflux pendant au moins quinze minutes, le temps que la salive effectue son pouvoir tampon. Un bain de bouche sera préféré et l'élimination des aliments trop acides (sodas, agrumes, etcétera) fortement conseillée.

La carie

Selon l'OMS, la carie est « un processus pathologique localisé, d'origine externe, apparaissant après l'éruption, qui s'accompagne d'un ramollissement des tissus durs et évoluant vers la formation d'une cavité » [20, 21]. L'origine est bactérienne. Associées à la présence de la plaque dentaire non éliminée par le brossage, les bactéries vont transformer les sucres en acides. Ces derniers attaquent l'émail menant à la déminéralisation et l'effondrement des tissus dentaires puis la formation d'une cavité : la carie [22]. C'est donc une maladie chronique qui représente une menace tout au long de la vie [23]. Principale cause des douleurs orales et de la perte des dents, elle aboutit, sans traitement, à la destruction totale de la dent [24].

L'étiologie de la carie est multifactorielle. Keyes et Newbrun [25] ont illustré ce phénomène par leur célèbre schéma (annexe I) qui reprend :

- Le temps : la carie est une maladie chronique qui se développe dans le temps.
- L'hôte : la situation socioéconomique, l'état de santé général, l'état de santé bucco-dentaire de la personne, mais également de son entourage, et la salive sont autant de paramètres pris en compte. Pendant la grossesse, une diminution du pH salivaire et des RGO entraînent une fragilisation plus importante des dents [26].

- Les bactéries cariogènes du biofilm : la carie serait une maladie transmissible de façon « verticale ». Le *Streptococcus mutans* est la bactérie la plus impliquée dans le processus carieux initial de l'émail dentaire [27, 28]. La colonisation précoce par cette bactérie pourrait être un facteur clé du développement de la carie [29, 30] et représente un risque de développer des caries précoces de l'enfant [31]. En effet, il existe une forte association entre quantité de *Streptocoques mutans* chez la mère et présence de caries précoces chez l'enfant [32]. D'autres streptocoques jouent un rôle comme *S. sobrinus*, *S. sanguis*, *S. mitis*, *S. salivarius*. Le *Lactobacillus* a également un rôle important [33].
- Les facteurs comportementaux : ils incluent le manque d'hygiène buccodentaire, l'observance insuffisante des recommandations du dentiste, le manquement aux visites de suivi et les mauvaises habitudes alimentaires [26].

Durant la grossesse, l'alimentation peut être modifiée. Les repas sont fractionnés pour remédier à l'inconfort causé par les nausées/vomissements et RGO. Le goût pour le sucre pourrait être augmenté chez la femme enceinte [34, 35] mais ce point fait encore débat [36, 37]. Si l'on ajoute les modifications de la composition de la salive (pH), la diminution des soins dentaires et de possibles lésions carieuses préexistantes, nous aboutissons à un nombre important de facteurs de risque de développement d'une ou plusieurs caries pendant la grossesse.

Le simple fait de rincer la cavité buccale à l'eau après avoir mangé des aliments sucrés, pour diminuer le taux de sucre, ou après des RGO, pour neutraliser le pH, est déjà un message de prévention important à délivrer aux femmes pour diminuer le risque carieux. Le contrôle des caries chez la mère permettrait également de limiter la contamination « verticale » [31].

Il existe une carie particulière : celle des dents temporaires ou de la petite enfance. La plus courante est appelée « carie précoce du jeune enfant » (l'ancien terme étant « syndrome du biberon »). C'est une forme sévère de caries précoces qui touche le jeune enfant avant l'âge de 6 ans [38]. La principale étiologie de ce syndrome est la consommation fréquente de boissons sucrées ou de jus de fruit au biberon ainsi que l'allaitement maternel à la demande au-delà de un an, en particulier lorsqu'il est

nocturne. Le contact prolongé, particulièrement la nuit, entre le sucre, ajouté ou naturellement présent, et les dents temporaires provoque cette forme sévère de la carie [39].

2.2. Impact de la sphère buccodentaire sur la grossesse

Dès 1996, Offenbacher et al. ont émis l'hypothèse que les maladies parodontales pouvaient être, entre autres facteurs de risque, à l'origine de complications de la grossesse [40]. Depuis une quinzaine d'années, de nombreuses études ont montré que les infections bucco-dentaires pourraient être un facteur de risque potentiel pour des complications de type accouchement prématuré, et/ou naissance de bébés de faible poids [41 - 43] ou pré-éclampsie [44 - 46].

2.2.1. L'accouchement prématuré et/ou la naissance de bébés de faible poids

L'accouchement prématuré

La prématurité se définit selon l'OMS comme toute naissance entre 22 et 37 semaines d'aménorrhées (SA) révolues avec un seuil minimal de 500g pour le poids à la naissance.

Les dernières données épidémiologiques recensées indiquent qu'il y aurait, dans le monde, un taux de naissances prématurées compris entre 6,2 et 10,6 % dans les pays développés. Ce taux serait encore plus élevé dans les pays en voie de développement [47]. En France, le taux est de 6,3 % [48].

L'étiologie d'origine infectieuse est retrouvée dans 25 à 40% des cas, ce qui donne un argument de plus en faveur d'un lien entre parodontites et accouchement prématuré.

La naissance de bébés de faible poids

Un nouveau-né de faible poids ou hypotrophe est un enfant dont le poids de naissance est significativement inférieur à la normale pour l'âge gestationnel (au-dessous du 10ème percentile pour l'âge gestationnel).

En France, le taux de naissance de nouveaux-nés de faible poids de naissance serait de 7,2 % [48].

Lien entre maladies parodontales et pathologies obstétricales

En 2002, McGaw formule plusieurs hypothèses concernant la relation entre maladies parodontales et complications de la grossesse [49]. La première suppose une translocation directe des pathogènes parodontaux vers l'unité fœtoplacentaire entraînant une augmentation de la charge bactérienne dans la circulation générale. La deuxième évoque « l'action d'un réservoir parodontal de molécules pro-inflammatoires sur l'unité fœtoplacentaire » entraînant les mêmes conséquences que la première hypothèse. Il émet aussi la possibilité d'une prédisposition génétique.

Dans une méta-analyse de 2007, Vergnes et al. [50] ainsi que Xiong et al. [51] concluent à une possible relation entre les maladies parodontales et la survenue de complications de grossesse. Mais ils discutent également d'une existence possible d'une prédisposition génétique à une réponse inflammatoire majorée chez une sous-population de patientes.

Les études de Michalowicz (en 2006) [52] et de Offenbacher et al. (en 2009) [53] ne semblent pas être en faveur d'un impact favorable du traitement parodontal sur la survenue de complications de grossesse. Cependant, la dernière étude de Jeffcoat et al. [54] suggère que certaines populations, ne répondant pas correctement au traitement parodontal, ont un risque plus élevé de survenue de complications de grossesse. On retrouve là l'idée d'une probable prédisposition génétique.

Enfin, un détartrage-surfaçage pourrait réduire le risque d'accouchement prématuré et celui de petit poids de naissance [55, 56].

En conclusion, comme l'écrit une revue de littérature : « l'ensemble de ces résultats ne remettent, bien évidemment, pas en cause la nécessité de prévenir, dépister et traiter les maladies parodontales chez les femmes enceintes, pour diminuer la charge bactérienne et la réaction immuno-inflammatoire locale et retrouver un parodonte assaini pour le bien être de la femme enceinte et du bon déroulement de la grossesse. » [57].

2.2.2. La pré-éclampsie

Elle se définit par l'association d'une hypertension artérielle gravidique (HTAG) à une protéinurie significative (> 3g/24heures) à partir de 20 SA chez une femme qui était jusque-là normotendue [58].

Le risque d'accouchement prématuré avec pour étiologie la pré-éclampsie serait 2,5 fois plus important chez les femmes présentant une parodontite généralisée [59]. De plus, les parodontites sévères peuvent non seulement augmenter le risque de pré-éclampsie mais également aggraver leur sévérité [60].

L'hypothèse principale pour expliquer cette physiopathologie serait que l'inflammation des tissus parodontaux augmente le niveau de protéines C réactives et d'autres médiateurs inflammatoires. Ces derniers induiraient une réponse inflammatoire et une dysfonction des cellules endothéliales du placenta. Cela aboutirait à l'augmentation du risque de pré-éclampsie [59].

3. Les soins buccodentaires durant la grossesse [61]

Les études ont montré que les soins buccodentaires ne peuvent influencer à eux seuls l'issue d'une grossesse, alors que la persistance de foyers infectieux latents peut être préjudiciable à son bon déroulement.

Dans la majorité des cas, les traitements nécessaires pour la santé orale peuvent être conduits normalement en fonction du terme de grossesse.

Et surtout : le traitement d'urgence est toujours possible quel que soit le terme de la grossesse.

3.1. Précautions particulières [62]

Avant tout acte, il est indispensable d'expliquer à la patiente les soins qui ne pourront être différés et qui devront être réalisés pendant la grossesse, ainsi que le mécanisme d'action de la solution analgésique. Cette étape a pour objectif de gérer l'anxiété que peut ressentir la patiente, vis-à-vis des répercussions que peuvent avoir les actes sur la santé de son enfant.

Le décubitus dorsal n'est pas la position la plus confortable pour la femme enceinte particulièrement en fin de grossesse. En raison des modifications cardiovasculaires et d'une possible compression de la veine cave, susceptible de provoquer un malaise, la meilleure attitude sera de positionner la patiente latéralement sur le côté gauche sur le fauteuil [63].

Les recommandations [64] sont les mêmes que pour la population générale :

- Hygiène alimentaire : éviter les grignotages et la prise d'aliments ou de boissons sucrées ;
- Hygiène dentaire : brossage après chaque repas avec un matériel en bon état, ou brossage au minimum biquotidien, avec un dentifrice contenant 1500 ppm de fluor.
- Les recommandations actuelles ne font plus état de prise de fluor pendant la grossesse [64, 65].

Tous les soins dentaires courants sont possibles entre le 4^{ème} et le 7^{ème} mois. Au premier trimestre, période où le risque tératogène est maximal, les traitements se limitent aux soins indispensables mais sans différer ce qui pourrait évoluer de façon péjorative (notamment les foyers infectieux). Au troisième trimestre, les soins se limitent à ceux d'urgences pour éviter l'inconfort de la patiente [63, 66, 67].

Un seul soin est contre-indiqué pendant la grossesse : la pose ou la dépose d'amalgame dentaire à cause de la toxicité du mercure pour le cerveau du fœtus, ceci sans la pose de la digue dentaire [68].

3.2. Anesthésie locale [69, 70]

Elle reste indispensable dans une partie des soins dentaires. La molécule de référence durant la grossesse est l'articaine adrénalinée 1/200 000^e. Il est également possible de pratiquer une anesthésie avec de la lidocaïne ou de la mépivacaïne et, si nécessaire, de leur associer de l'adrénaline. La bupivacaïne (en diminuant les doses par rapport aux doses usuelles) et la prilocaïne (en respectant bien les posologies) sont également autorisées.

Seule la spartocaïne (association de lidocaïne et de spartéine) est contre-indiquée pendant la grossesse car la spartéine a une action ocytotique et favorise donc l'accouchement prématuré. Mais cette dernière molécule est extrêmement peu utilisée en pratique.

3.3. Prescriptions [61, 71]

Dans le respect du principe de base de la médecine *primum non nocere*, quelques règles simples s'imposent :

- ne pas prescrire sans raison ;
- prescrire les médicaments les plus sûrs aux doses minimales et suffisantes ;
- différer tout ce qui peut l'être après la naissance.

Voici la liste des molécules autorisées quand la prescription est justifiée :

- *Antalgiques* :
 - Palier 1 : le paracétamol reste le médicament de choix. Les AINS peuvent induire de l'hypertension artérielle pulmonaire irréversible chez le fœtus par une fermeture prématurée du canal artériel. En outre, ils entraînent un risque d'insuffisance rénale fœtale et risquent de prolonger la grossesse. Les AINS sont donc formellement contre-indiqués à partir de 24 SA soit au début du 6^{ème} mois.
 - Palier 2 : la codéine et le tramadol sont autorisés durant la grossesse et, ce, quel que soit le terme.
 - Palier 3 : en dernier recours, la morphine peut être prescrite pendant la grossesse peu importe le terme de celle-ci mais sous surveillance médicale.
- *Antifongiques* : ils ne sont pas contre-indiqués. Les antifongiques peuvent être utilisés dans le traitement des candidoses orales après prélèvements réalisés par grattage et antifongigramme. Attention, le fluconazole est, lui, contre-indiqué pendant la grossesse.
- *Antibiotiques* : l'amoxicilline peut être utilisée sans risque chez la femme enceinte (comme toutes les pénicillines si la patiente n'est pas allergique). Les macrolides sont également autorisés tels que la spiramycine, l'érythromycine ou encore la clarithromycine. Les tétracyclines sont, quant à elles, contre-indiquées pendant la grossesse car elles inhibent la calcification du squelette fœtal et

peuvent provoquer des anomalies de l'ostéogénèse et une hypoplasie de l'émail dentaire.

- *Antiseptiques locaux* : les produits à base de chlorhexidine, d'héxétédine, de polyvidone iodée représentent une partie importante des prescriptions [72] et ne constituent pas un risque du fait de leur usage limité et de leur mode d'application.
- *Les bains de bouches* ne sont pas contre-indiqués pendant la grossesse [73]. Brambilla et al. [74] ont même mis en évidence que la prise quotidienne d'un bain de bouche à base de chlorhexidine à 0,12% associé à un régime pauvre en sucre avait permis de diminuer le risque de carie dentaire à la fois chez la mère et dans la denture provisoire des enfants à naître.

3.4. Radioprotection [75]

Selon l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire : « Compte tenu de la localisation et des faibles doses délivrées, il n'y a pas lieu de refuser l'examen. Néanmoins, pour rassurer la patiente, un tablier de protection peut être utilisé par précaution, d'autant plus qu'il ne nuit pas à la qualité de l'examen. »

4. Santé buccodentaire des femmes enceintes en France

4.1. Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la santé bucco-dentaire désigne l'absence de douleur chronique buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, de lésion buccale, d'anomalie congénitale telle que fissure labiale ou bec-de-lièvre, de parodontopathies (affection touchant les gencives), de carie ou de déchaussement des dents, ainsi que d'autres pathologies et troubles affectant la bouche et la cavité buccale. » [64]. Elle souligne aussi que cette santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, ne serait-ce que par les douleurs ou la déficience

fonctionnelle qu'elle peut occasionner. « La santé bucco-dentaire est une composante essentielle et à part entière de la santé en général » souligne l'OMS.

De plus, la sphère orofaciale joue un rôle central dans les échanges sociaux entre individus et donc sur la qualité de vie [26].

4.2. Épidémiologie

Selon une étude de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) [76], plus de la moitié des femmes sortant de maternité ont au moins une carie dentaire. Plus de 1000 femmes, entre 2003 et 2006, se sont soumises à un examen dentaire dans les deux à quatre jours suivant l'accouchement et ont répondu à différentes questions permettant de cerner leur statut socio-démographique et certains comportements. Il ressort de cette étude plusieurs facteurs de risque tels qu'être jeune (18 – 24 ans), de nationalité étrangère ou encore de présenter un faible statut social. La jeunesse et le manque de couverture complémentaire sont deux éléments que l'on retrouve dans d'autres études [77].

L'étude MATERNIDENT de 2012 [77] nous révèle que 57% des femmes déclarent avoir ressenti au moins un problème bucco-dentaire pendant la grossesse. 20% des femmes ont ressenti une douleur dentaire. La multiparité, les vomissements, la consommation de sodas et l'augmentation de la consommation de sucres pendant la grossesse sont significativement liés à la douleur dentaire. Ce dernier point qu'est la consommation excessive de sucres est souvent associé à des conditions socio-économiques défavorables [78]. Les facteurs de risque sont donc liés.

56% des 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. En outre, le manque de connaissances du praticien vis-à-vis de l'innocuité des soins bucco-dentaires pendant la grossesse, la peur de la faute professionnelle ou la crainte de déclencher un travail prématuré pourrait induire le chirurgien-dentiste à ne pas traiter les femmes enceintes [79], ou à reporter les soins après la naissance [80]. Mais il y a également des craintes du côté des futures mères. Certaines pourraient penser qu'il est dangereux d'aller chez le dentiste pendant la grossesse ou reporter la visite après l'accouchement [80]. Mais les mois suivant l'accouchement ne sont pas nécessairement plus favorables en raison de contraintes financières et/ou de garde d'enfants.

4.3. Recommandations et réglementation

Recommandations HAS (Haute Autorité de Santé)

En 2002, la HAS publiait : « La maladie parodontale au cours de la grossesse semble significativement associée à un risque de prématurité et de petit poids de naissance (grade C). Une surveillance clinique de la cavité buccale est recommandée au cours de la grossesse. La découverte d'une parodontite nécessite sa prise en charge et une surveillance obstétricale accrue (accord professionnel). » [16].

En mars 2010, elle publie ses recommandations concernant les stratégies de prévention de la carie dentaire [64]. La femme enceinte fait partie des populations cibles de ses recommandations : « les professionnels de santé exerçant auprès des femmes enceintes et des parents avant la naissance (obstétriciens, sages-femmes, professionnels des maternités, personnels des centres de PMI, chirurgiens-dentistes) doivent être formés afin de dispenser des conseils d'éducation pour la santé bucco-dentaire pour leur futur enfant. Au cours de l'entretien du 4ème mois de grossesse, la HAS recommande que la problématique de la santé bucco-dentaire de la mère et de l'enfant soit abordée. Au 4è mois également, un examen bucco-dentaire systématique de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste est recommandé dans le cadre du suivi de grossesse. ».

Loi

Le 30 novembre 2013, le journal officiel de la république française publie l'avenant n°3 [81]. Ce dernier renforce la prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes : «[ces dernières], 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 ». Cet examen comprend obligatoirement une anamnèse, un examen bucco-dentaire et des éléments d'éducation sanitaire (annexe II). L'examen est complété, si nécessaire, par des radiographies intrabuccales et/ou l'établissement d'un programme de soins. Concernant les soins consécutifs, la prise en charge à 100% se fera à compter du premier jour du sixième mois de grossesse jusqu'au douzième jour après l'accouchement.

4.4. Prévention

La prévention peut se mettre en place à différents stades. Il existe la prévention primaire qui consiste en une information et une éducation de la population à la santé. Ensuite, la prévention secondaire comprend le dépistage. Quand à celle tertiaire, elle agit afin de limiter ou de diminuer les conséquences de la pathologie. Plus spécifiquement, le chirurgien-dentiste travaille dans une zone investie par le patient de sens multiples en fonction de son parcours et de son vécu. La grossesse étant un moment particulier, le message de prévention doit s'y adapter. C'est avant tout l'empathie du soignant qui signera l'efficacité du message de prévention.

4.4.1. Prévention primaire : information de la population.

Sur le plan de la prévention, la grossesse constitue une période privilégiée pour donner à la mère tous les conseils nécessaires avant la naissance de son bébé [82]. Cet état rend la femme plus sensible aux informations relatives à sa santé et à celle de son enfant à naître. De plus, avec près de 800 000 naissances chaque année, ce sont pratiquement autant de messages de prévention délivrés si chaque patiente enceinte voit un chirurgien-dentiste en consultation. Le rôle de ces praticiens est de délivrer des informations sur la prévention bucco-dentaire et de relayer les messages sur l'hygiène de vie (notamment alcool et tabac), ainsi que sur les vaccinations et certaines pathologies. Il est important d'insister sur une alimentation équilibrée apportant au moins 1 g de calcium par jour pour les femmes enceintes ou allaitantes [61].

Cette prévention bucco-dentaire s'imbrique également dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS) [77] puisque les changements de mode de vie, induisant sédentarité et grignotage, accroissent l'incidence de la carie [26].

Enfin, des conseils spécifiques concernant le jeune enfant doivent être donnés : la première visite de l'enfant chez le chirurgien-dentiste doit se faire au cours de la première année de vie de l'enfant. Le but étant surtout de faire de la prévention sur les dangers de la carie précoce du jeune enfant [84 - 90], sur l'apparition d'une flore pathogène [85, 86] ainsi que sur les bonnes méthodes d'hygiène buccodentaire à adopter [65]. Il nous semble important de rappeler ici quelques chiffres d'une enquête de 2006 [91] : à 6 ans, encore 30% des enfants présentent au moins une dent cariée et,

à 12 ans, ce sont 22% des enfants. Même si les chiffres vont en diminuant avec le temps, il y a encore un travail préventif important à réaliser.

Mais pour que la femme enceinte reçoive ces informations, il faut, en tant que professionnels de la grossesse, diffuser une information relative à la santé buccodentaire. Si la patiente n'est jamais allée, ou que très rarement, chez le chirurgien-dentiste, elle ne connaît donc pas les « bonnes habitudes » en matière de suivi et de soins dentaires. De plus, les inégalités de santé bucco-dentaire chez les enfants restent marquées, et sont surtout liées à la situation sociale des parents (les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs ainsi que les enfants scolarisés en ZEP ou en zone rurale sont plus significativement atteints) [91]. Ainsi, il faut que nous les incitions à consulter leur chirurgien-dentiste pour que le message soit passé.

Si nous allons plus loin dans la prise en charge globale du patient, tous ces conseils de prévention entrent au sein de la prévention plus générale réalisée durant la grossesse, notamment au sujet de l'alimentation, du tabac, de l'alcool, de l'hygiène ou encore de l'obésité, etc. La prévention a un rôle prépondérant dans l'exercice de la profession de sage-femme. Ainsi, ce sujet concerne tous les actuels et futurs professionnels que nous sommes.

4.4.2. Prévention secondaire : le dépistage.

Le dépistage de la carie est important pendant la grossesse car, non traitée à temps, elle conduit souvent à des douleurs aiguës et à du stress, avec une diminution significative de la qualité de vie des femmes enceintes [92]. Ceci est également vrai pour toute autre douleur de la cavité buccale.

4.4.3. Prévention tertiaire : les soins.

Les soins sont extrêmement importants puisque, rappelons-le, plus de 50% des femmes, en France, présentaient au moins une dent cariée non traitée en sortant de maternité [76] et une femme enceinte sur cinq souffre de douleurs dentaires [77]. Avec toutes les possibles complications que peut engendrer une infection non soignée, il est primordial de prendre en charge ce soin.

De plus, il y a un réel problème de santé publique sur ce point car des études ont montré que le recours aux soins chez le dentiste des femmes enceintes était seulement équivalent, voire inférieur, à celui des femmes non enceintes du même âge [80, 93, 94].

4.4.4. Mise en place de la prévention

Pour réaliser le bilan bucco-dentaire, chaque femme reçoit, suite à sa déclaration de grossesse, une invitation de sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) à aller consulter son chirurgien-dentiste (annexe III).

De nombreuses complémentaires santé se sont adaptées aux nouvelles recommandations. La Mutualité Santé Agricole (MSA) fût la première à créer un dépliant avec des conseils concernant la santé bucco-dentaire. Elle ajoute, en conclusion, une invitation à consulter durant la grossesse [95]. Puis, d'autres complémentaires santé ont suivi cet exemple comme celle de la RATP [96], de la SNCF [97] ou encore le régime social des marins [98].

L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) a, elle aussi, créé une fiche conseil [99].

En tant que futurs professionnels de la grossesse, nous devons inciter les patientes à consulter les praticiens même si elles n'ont aucune douleur car cet entretien permet de faire le point sur la santé bucco-dentaire de la patiente. Ainsi, si des soins sont nécessaires, ils peuvent être organisés de manière normale et non dans l'urgence.

5. Pratique des chirurgiens-dentistes : exemples de deux études françaises

5.1. Enquête sur la prise en charge de la femme enceinte au cabinet dentaire : étude d'octobre 2008 à décembre 2009 [100].

Egea et al. ont réalisé une enquête pendant plus d'un an auprès des chirurgiens-dentistes. Ils ont réceptionné 259 réponses ; voici leurs résultats : la majorité des praticiens réalisent durant toute la période de la grossesse la motivation à l'hygiène

(90.7%), le drainage d'un abcès (82.2%), le détartrage (76.1%), les soins de caries (70%) et la prothèse amovible (67.2%). Seuls 59.8% des praticiens pensent que l'anesthésie dentaire n'est pas contre-indiquée. En outre, la plupart des praticiens estiment que la période la plus propice pour les soins est le deuxième trimestre ou après la grossesse. 81.8% de leur échantillon souhaitent une formation continue.

5.2. Enquête auprès des praticiens français sur leurs pratiques quotidiennes : étude d'octobre 2014 à janvier 2015 [101]

Cette étude a été réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme par Mme Ben Farhat ; elle a été soutenue en juillet 2015. L'analyse des résultats s'est faite sur 77 réponses, la voici :

- Ils sont 94.8% des praticiens interrogés à prendre en charge les patientes enceintes.
- 93% réalisent des détartrages, 80.5% des soins de carie, 66.7% des extractions de dent.
- Pour les prescriptions : 89.6% prescrivent des antalgiques (dont 5.2% des AINS), 82% font de même avec les antibiotiques, 32.5% seulement concernant les analgésiques et 10.4% pour les bains de bouche.
- Ils sont 90% à délivrer des messages de prévention sur la santé bucco-dentaire de la patiente mais plus que 44.2% pour les conseils au jeune enfant.

5.3. Mise en place de notre étude

Le questionnaire de la première enquête a été distribué au sein de journées de formation continue ainsi qu'aux journées de formation à la radioprotection au sein de la Faculté de chirurgie dentaire de Nantes. La deuxième enquête a été, quant à elle, réalisée en Ile-de-France.

Il nous semble donc intéressant de connaître la prise en charge des chirurgiens-dentistes en Haute-Normandie.

MATERIEL ET METHODE

1. Objectifs de l'enquête

Cette étude avait pour objectif de connaître la prise en charge bucco-dentaire des femmes enceintes. Pour y répondre au mieux, il nous a semblé judicieux d'interroger les premiers concernés c'est-à-dire les chirurgiens-dentistes.

2. Outils

L'étude a été réalisée grâce à un questionnaire (Annexe IV) écrit et anonyme destiné aux chirurgiens-dentistes. Il pouvait se trouver sous forme imprimée mais également sous une version en ligne grâce au logiciel Drive de Google. Il comportait quatre parties :

- la première permettant de définir le profil des chirurgiens-dentistes (leur statut d'étudiant ou de professionnel diplômé, leur(s) lieu(x) d'exercice et le profil de leur patientèle),
- la seconde interrogeant sur leur perception de la patiente enceinte,
- la troisième étudiant leurs connaissances
- la quatrième renseignant sur leur besoin de formation.

Le questionnaire comportait dix-huit questions dont six questions fermées et douze semi-ouvertes. Les questions semi-ouvertes sont des questions à choix multiples avec un choix « autre » ou « si oui, le(s)quel(s) ». Ces dernières ont été analysées en fonction des mots clés et des idées principales qui en ressortaient.

3. Population cible

La population ciblée était les étudiants en odontologie et les chirurgiens-dentistes diplômés de Haute-Normandie. Il n'y a pas de faculté d'odontologie en Normandie mais ces étudiants sont formés par les praticiens normands.

4. Lieux

L'étude fût une étude prospective multicentrique puisque le questionnaire a été distribué dans deux centres hospitaliers (Centre d'odontologie de St Julien à Petit-Quevilly et centre d'odontologie de l'hôpital Flaubert au Havre), au sein d'un groupe de travail de chirurgiens-dentistes, durant une journée de formation organisée par l'ODFOC 76 (Organisation Départementale de Formation Odontologique Continue 76), par annonce sur le site du Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de Seine-Maritime et par une liste de diffusion (mailing) grâce au Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de l'Eure et à l'ODFOC 76.

5. Méthode

L'enquête s'est réalisée de novembre 2015 à février 2016. Nous nous sommes déplacés sur les deux centres hospitaliers, au sein du groupe de travail et durant la journée de formation organisée par l'ODFOC 76 pour avoir le plus de réponses possibles. L'enquête devait se clore en fin d'année 2015 mais nous avons décidé de continuer pendant un mois supplémentaire pour atteindre l'objectif fixé d'obtenir une centaine de réponses.

6. Analyse statistique

L'exploitation statistique de notre étude a été réalisée à l'aide du logiciel *Excel 2013* et de *BiostaTGV*. Les tests statistiques utilisés pour l'étude furent :

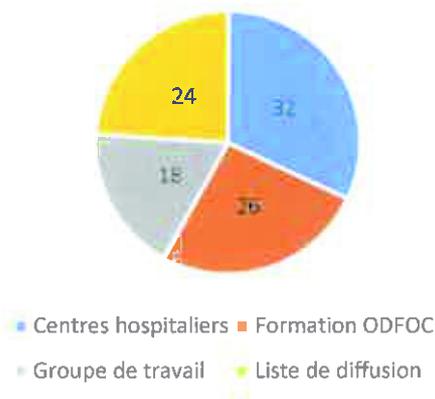
- Le *test du χ^2 de Pearson* pour la comparaison de deux variables qualitatives entre elles avec un seuil de significativité de 5% ($p < 0.05$) avec des effectifs calculés supérieurs à 5. Si les effectifs calculés étaient inférieurs ou égaux à 5, nous avons utilisé le *test exact de Fisher* avec le même seuil de significativité ($p < 0.05$).
- Le *test U de Wilcoxon – Mann Whitney* pour la comparaison d'une variable qualitative et d'une variable quantitative (nos variables quantitatives étant non-normales) avec un seuil de significativité de 5% également ($p < 0.05$).

RESULTATS

1. Taux de réponses

Le nombre de questionnaires exploitables est de 100.

Figure 1 : Lieux des réponses



Les participants des centres hospitaliers ont répondu à 32 questionnaires. La formation de l'ODFOC nous a permis de récupérer 26 questionnaires et le groupe de travail 18. Enfin, nous avons obtenu 24 réponses grâce à la liste de diffusion (mailing).

2. Description de l'échantillon

Les questions 1 à 3 nous ont permis d'élaborer le profil des répondants.

Question 1 :

Figure 2 : Répartition étudiants/professionnels diplômés

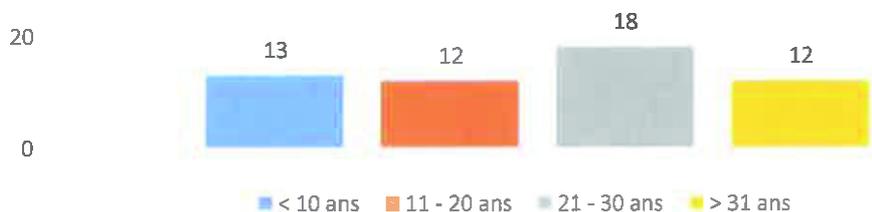


Les professionnels diplômés sont plus nombreux que les étudiants. Ils représentent 79% de notre échantillon.

Nous avons demandé aux professionnels diplômés depuis combien de temps ils exerçaient. Mais vingt-trois de ces derniers n'ont pas répondu à cette question soit 29%

d'entre eux. Parmi les professionnels ayant répondu, la durée moyenne d'exercice est de 21 ans ; elle se répartit comme sur le diagramme ci-dessous :

Figure 3 : Répartition du nombre de chirurgiens-dentistes en fonction de la durée d'exercice en années

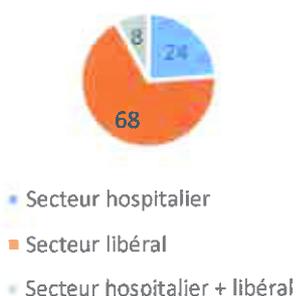


Au sein du département de l'Eure ils sont 246 chirurgiens-dentistes en activité inscrits au Conseil de l'Ordre ; en Seine-Maritime ils sont 519. Ce sont donc 10% des chirurgiens-dentistes de Haute-Normandie qui nous ont répondu.

Question 2 :

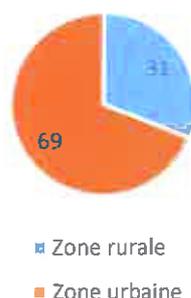
La deuxième question a posé problème, les réponses étant incomplètes. Elle devait renseigner sur le secteur et le lieu d'exercice de la personne (hospitalier/libéral, urbain/rural, Seine-Maritime/Eure). Voici les résultats :

Figure 4 : Secteur d'activité



93% de notre échantillon a répondu à cette question.

Figure 5 : Zone d'activité



62% de notre échantillon a répondu à cette question.

Figure 6 : Département d'activité



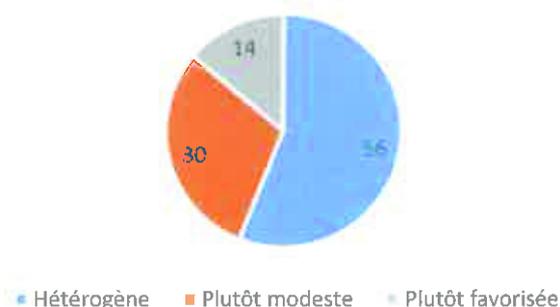
72% de notre échantillon a répondu à cette question.

La réponse « En secteur libéral, en zone urbaine » regroupe à elle seule un quart des réponses. Les étudiants travaillent en très large majorité en secteur hospitalier. Les professionnels diplômés sont largement installés en secteur libéral.

Question 3 :

Cette question interrogeait sur le profil de la population soignée par notre échantillon. Voici les réponses :

Figure 7 : Profil de la patientèle



3. Constat deux ans après la mise en place de l'examen buccodentaire

Question 4 :

Cette question s'intéressait à l'examen buccodentaire pour chaque femme enceinte. Elle interrogeait pour savoir si le nombre de patientes enceintes qui consultaient avait augmenté. Il s'avère que 45% de notre échantillon nous a répondu par l'affirmative comme vous pouvez le constater sur le graphique ci-contre.

Figure 8 : Augmentation du nombre de femmes enceintes en consultation



4. Perception de la patiente enceinte et degré de confiance

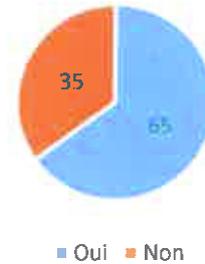
Question 5 :

La question traitait de la perception de la patiente enceinte en qualifiant cette dernière de patiente « normale » ou non.

Aux interrogés répondant « non », nous leur demandions pourquoi ; voici les mots clés en ressortant :

- Précautions à prendre (14 fois)
- Problèmes dentaires (6 fois)
- Plus sensible au stress (5 fois)
- Limites des prescriptions médicamenteuses (5 fois)
- Conduites à tenir spécifiques (4 fois)
- Limites pour les radiographies (3 fois)
- Plus de prévention (2 fois)

Figure 9 : Qualification de la "normalité" de la patiente enceinte



Question 6 :

La question 6 interrogeait les praticiens sur le fait qu'ils prennent ou non en charge les femmes enceintes. Une seule personne nous a répondu non. Aux 99% de notre échantillon soignant les patientes enceintes, nous leur demandions leur ressenti face à cette prise en charge grâce à une échelle qui représentait leur confiance (l'échelle allant de 0 à 5, 5 étant le niveau de confiance le plus élevé). Il n'y a eu aucune réponse « 0 » ou « 2 » et 4 personnes n'ont pas complété l'échelle. Voici les résultats :

Figure 10 : Répartition du niveau de confiance de notre échantillon sur la prise en charge d'une femme enceinte



Cette variable qu'est le niveau de confiance est quantitative non-normale (médiane = 4, 10^{ème} percentile = 3, le 90^{ème} percentile = 5).

Nous avons souhaité corrélé la qualification de la « normalité » de la patiente enceinte au degré de confiance des chirurgiens-dentistes grâce au *test statistique U de Wilcoxon – Mann Whitney*.

Groupes	n	Score médian	Score range	P Test U
Patiente enceinte perçue comme patiente « normale »	61	4	1-5	
Patiente enceinte non perçue comme patiente « normale »	34	4	1-5	0.015

Il existe une différence significative ($p < 0.05$) du niveau de confiance entre le groupe percevant la patiente enceinte comme patiente « normale » et celui ne la percevant pas comme « normale ».

5. Les soins et les prescriptions

5.1. Prise en compte du stade de la grossesse (Question 7)

Les répondants prennent en compte le stade de la grossesse à 96%. Quand on leur demande pourquoi, certains mots clés reviennent tels que :

- 2^{ème} trimestre : idéal pour les soins courants (20 personnes),
- Eviter le 1^{er} trimestre car embryogénèse (13 personnes),
- Eviter le 3^{ème} trimestre (11 personnes),
- Aux 1^{er} et 3^{ème} trimestres seulement les urgences (9 personnes),
- Soins et prescriptions selon le trimestre (sans autres précisions) (10 personnes),
- Confort / position de la patiente (8 personnes)
- Stress de la patiente (5 personnes),
- Et radio (3 personnes).

5.2. Soins réalisés (Question 8)

Lorsqu'on leur demande quels types de soins les interrogés réalisent, 94 mentionnent le détartrage, 92 le soin d'une carie et 77 l'extraction d'une dent avec anesthésie. Les répondants ajoutant d'autres soins représentent 23% de notre échantillon :

- 5 personnes répondent qu'ils peuvent être amenés à tout faire,
- 11 ajoutent les soins d'endodontie,
- 4 posent des prothèses
- 4 réalisent des soins de parodontie.
- Et 2 personnes ajoutent les drainages d'abcès.

Ces répondants ajoutant des soins « autres » ont tous répondu qu'ils réalisaient « Détartrage, Soin d'une carie et Extraction d'une dent avec anesthésie ».

5.3. Précautions particulières (Question 9)

9% de notre population mentionnent qu'aucune mesure n'est nécessaire. Pour les 91% prenant des précautions particulières, on retrouve 30 personnes préconisant à la fois une « position latérale de la patiente sur le fauteuil » et une « réduction de la durée des soins ». 27 personnes préconisent seulement une « réduction de la durée des soins ».

Parmi les réponses « autres » (soit 43 personnes), en classant par mots clés, on retrouve :

- 9 répondants mettent en avant l'écoute et/ou la douceur face à la patiente,
- 8 personnes préconisent une protection s'il y a réalisation d'une radiologie,
- *A contrario*, 7 personnes écrivent ne pas réaliser du tout de radiologie.
- 7 personnes prennent des précautions quant aux prescriptions,
- Et 7 personnes préfèrent la position assise ou semi-assise à la position latérale de la patiente sur le fauteuil.

5.4. Prescription des antalgiques (Question 10)

Quatre-vingt-dix-huit pour cent de notre population prescrivent des antalgiques à leurs patientes enceintes. Parmi eux, 81% ne prescrivent que du paracétamol. Les 19% restant ajoutent une autre molécule en plus du paracétamol parmi lesquelles nous retrouvons la codéine en première place (15% des prescripteurs) puis le tramadol (5%) et la morphine (4%). Quant aux antalgiques non préconisés comme les AINS ou l'aspirine, ils sont 4 à en prescrire.

5.5. Réalisation d'anesthésies (Question 11)

Concernant les anesthésies, 98% en réalisent. Le choix des étudiants est plutôt porté sur l'articaïne (100% des étudiants) alors que les professionnels diplômés préfèrent la lidocaïne (30% d'entre eux). Une personne ajoute « adrénalinée au 1/200 000 è » alors qu'une autre mentionne « surtout pas de vasoconstricteur ».

5.6. Prescription d'antifongiques (Question 12)

Seulement 22% de notre population prescrivent des antifongiques. Parmi eux, 4 personnes prescriraient du fungizone et 3 du miconazole (les deux molécules sont autorisées pendant la grossesse).

5.7. Prescription d'antibiotiques (Question 13)

Lorsque l'on s'intéresse à la prescription des antibiotiques, 95% en réalisent et, parmi eux, 89 personnes (soit 94% des prescripteurs) choisissent l'amoxicilline. Le choix de l'amoxicilline seule regroupe à lui seul 50 répondants soit 53% des prescripteurs.

5.8. Prescription de bains de bouche (Question 14)

Les bains de bouche sont prescrits à 98%. L'une des deux personnes n'en prescrivant pas est celle qui ne soigne pas les patientes enceintes.

Associé à cette question, nous demandions « le(s)quel(s) ? » et 32 personnes (soit 33% des prescripteurs) ont ajouté que les bains de bouche devaient être sans alcool.

5.9. Etudiants versus professionnels diplômés

Grâce aux tests statistiques, nous avons pu comparer les différents soins et prescriptions entre les étudiants et les professionnels diplômés. Voici ceux qui nous semblent important à relever :

Nous avons voulu savoir s'il existait une différence dans la façon de prescrire des antalgiques :

	Etudiants	Professionnels	P
Paracétamol seul prescrit (N = 79)	14 (17.7)	65 (82.3)	
Paracétamol + au moins un autre antalgique autorisé prescrits (N = 14)	7 (50)	7 (50)	0.014

Il existe une différence significative ($p < 0.05$) concernant la prescription des antalgiques entre les étudiants et les professionnels diplômés.

Nous nous sommes intéressés à la prescription ou non d'antifongiques :

	Etudiants	Professionnels	P
« Oui » à la prescription d'antifongique (N = 22)	12 (54.5)	10 (45.5)	
« Non » à la prescription d'antifongique (N = 78)	9 (11.5)	69 (88.5)	6,39.E-5

Une différence significative ($p < 0.05$) entre les étudiants et les professionnels diplômés existe quant à la prescription d'antifongique.

6. Les messages de prévention

6.1. Les messages de prévention à l'intention de la patiente (Question 15)

Concernant la question de la prévention en consultation avec une patiente enceinte, 96 chirurgiens-dentistes de notre échantillon déclarent l'aborder. Parmi ces derniers, 97% abordent le sujet de « l'hygiène bucco-dentaire (brossage après chaque repas, utilisation de collutoires) », 77% « l'hygiène alimentaire (éviter sucreries et grignotages) », 75% « l'alcool, le tabac et autres substances », 46% « les vomissements et/ou les RGO » et enfin 43% « l'utilisation du fluor ». A la proposition « autres », 5 personnes nous ont répondu la « gingivite gravidique », 1 la « prématurité possible en cas d'infection », 1 les « contrôles réguliers pendant la grossesse » et 1 les « toxicologiques à risque (bisphénols, etcétera) ».

6.2. Les messages de prévention spécifiques au jeune enfant (Question 16)

Les résultats sont moins importants quant aux conseils spécifiques relatifs au jeune enfant ; ils sont 86% de notre échantillon à aborder ce sujet en consultation. Parmi eux, 92% parlent « d'hygiène bucco-dentaire chez l'enfant », 71% de « carie précoce du jeune enfant », 62% du « premier rendez-vous chez le chirurgien-dentiste », 44% de « l'utilisation du fluor » et enfin 42% du « risque de contamination croisée ». A la question ouverte « autres », 4 personnes abordent le sujet de « l'alimentation ».

6.3. Comparaison des manières de dispenser les messages de prévention

Nous avons souhaité comparer différentes variables quant à la délivrance des messages de prévention. Il n'existe pas de différence significative entre les étudiants et les professionnels diplômés ($p > 0.05$). Mais nous avons constaté que la prévention concernant la patiente et celle concernant le jeune enfant ne sont pas dispensées de la même manière.

Pour cela, nous nous sommes basés sur la délivrance complète ou non des messages de prévention selon les recommandations de la HAS. Ainsi, concernant la patiente, la HAS recommande d'aborder les thèmes de l'hygiène bucco-dentaire, de

l'hygiène alimentaire et de l'alcool, du tabac et autres substances. Concernant le jeune enfant, la HAS recommande les thèmes de l'hygiène bucco-dentaire, de la carie précoce du jeune enfant, du risque de contamination croisée et de l'utilisation du fluor. Pour résumer, il faut délivrer au moins ces trois messages aux patientes concernant leur santé, et ces quatre messages concernant leur futur enfant. Nous avons alors comparé les dispensations de messages de préventions complètes et incomplètes concernant la patiente et le futur enfant.

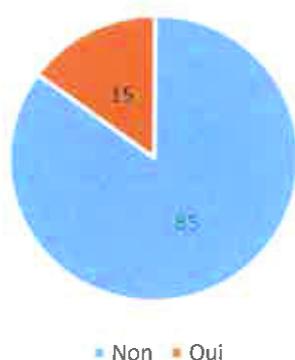
Voici nos résultats :

	Délivrance complète	Délivrance incomplète	P
Prévention concernant la patiente (N = 96)	62 (65)	34 (35)	
Prévention concernant le jeune enfant (N = 86)	21 (24)	65 (76)	5,59.E-8

Il existe une différence significative ($p < 0.05$) dans la délivrance complète des messages de prévention entre ceux concernant la patiente et ceux concernant le jeune enfant.

7. Le site lecrat.fr

Figure 11 : Connaissance du site lecrat.fr



Question 17 :

Parmi les dernières questions posées, nous interrogeons sur la connaissance ou non du site lecrat.fr.

Le diagramme ci-contre montre la répartition entre les connaisseurs de ce site et les non connaisseurs.

Parmi les 15% connaissant le CRAT, il y a 38% des étudiants et seulement 9% des professionnels diplômés. Grâce au *test exact de Fisher* nous avons pu mettre en évidence une différence significative ($p < 0.05$) entre ces deux populations comme le montre ce tableau :

	Connaisseurs du CRAT	Non connaisseurs du CRAT	P
Etudiants (N = 21)	8 (38)	13 (62)	
Professionnels diplômés (N = 79)	7 (9)	72 (91)	0.002

Nous avons également corrélié à ces deux populations (connaisseurs / non connaisseurs) leur façon de soigner et de prescrire. Voici les résultats démontrant une différence significative ($p < 0.05$) :

	Connaisseurs du CRAT	Non connaisseurs du CRAT	P
Paracétamol seul prescrit (N = 79)	6 (8)	73 (92)	
Paracétamol + au moins un autre antalgique autorisé prescrits (N = 14)	8 (57)	6 (43)	5,94.E-5

	Connaisseurs du CRAT	Non connaisseurs du CRAT	P
« Oui » à la prescription d'antifongique (N = 22)	11 (50)	11 (50)	
« Non » à la prescription d'antifongique (N = 78)	4 (5)	74 (95)	4,17.E-6

Ces deux tableaux ressemblant beaucoup à ceux qui comparaient les étudiants aux professionnels diplômés, nous avons comparé les façons de prescrire des connaisseurs du CRAT à celles des étudiants. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative ($p > 0.05$).

8. La formation des praticiens (Question 18)

La fin du questionnaire interrogeait sur le besoin ou non de formation quant à la prise en charge de la patiente enceinte.

Nous demandions d'abord si la personne ressentait un manque de formation puis, si la réponse était affirmative, si la personne souhaitait une remise à niveau de ses connaissances.

Toutes les personnes ressentant un manque de formation souhaitent une remise à niveau et, parmi les 66% ne ressentant pas de manque de formation, 20% souhaitent tout de même une remise à niveau.

Nous avons donc 47% de notre échantillon demandeurs de formation.

Ce chiffre nous paraissant important, nous avons souhaité corréler cette variable (souhait ou non de remise à niveau) avec toutes les variables du questionnaire.

Ainsi, nous vous présentons les résultats nous semblant les plus importants :

Corrélation avec le niveau de confiance :

Groupes	n	Score médian	Score range	P Test U
Souhait d'une remise à niveau	47	3	1-5	
Pas de souhait de remise à niveau	53	4	1-5	0.041

Une différence significative ($p < 0.05$) est démontrée entre le niveau de confiance et le souhait ou non d'une remise à niveau.

Figure 12 : Manque de formation ressenti ?

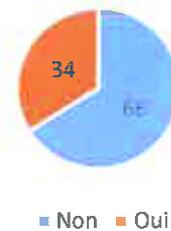


Figure 13 : Souhait de remise à niveau ?



Corrélation avec les soins réalisés :

	Souhait d'une remise à niveau	Pas de souhait de remise à niveau	P
Réalisation : détartrage + soin carie + extraction dent avec anesthésie voire autres soins (N = 71)	28 (39)	43 (61)	
Non réalisation des 3 soins ci-dessus (N = 29)	19 (66)	10 (34)	0.018

Il existe une différence significative ($p < 0.05$) dans les soins délivrés aux patientes selon le souhait ou non d'une remise à niveau.

Corrélation avec la prescription d'antibiotiques :

	Souhait d'une remise à niveau	Pas de souhait de remise à niveau	P
« Oui » à la prescription d'antibiotiques (N = 95)	42 (44)	53 (56)	
« Non » à la prescription d'antibiotiques (N = 5)	5 (100)	0 (0)	0.020

La prescription ou non d'antibiotiques montre une différence significative ($p < 0.05$) entre les deux groupes souhaitant ou non une remise à niveau.

Corrélation avec la délivrance complète ou non des messages de prévention concernant la patiente :

	Souhait d'une remise à niveau	Pas de souhait de remise à niveau	P
Prévention complète (N = 62)	35 (56)	27 (44)	
Prévention incomplète (N = 34)	10 (29)	24 (71)	0.011

Il existe une différence significative ($p < 0.05$) quant à la prévention complète ou non concernant la patiente selon le souhait ou non d'une remise à niveau.

DISCUSSION

1. Limites et biais de l'étude

Le plus grand biais de notre étude est la représentativité de notre échantillon. Un tiers des réponses ont été collectées grâce à deux établissements de santé où l'on forme les futurs chirurgiens-dentistes. Il est donc normal que ces deux lieux aient de « bonnes » réponses. Ensuite, un quart de nos répondants l'ont été grâce à la formation de l'ODFOC 76 où nous sommes allés. Ceci laisse supposer que la réalité est en dessous de ces chiffres, puisque certains praticiens ne participent que très rarement à des journées de formation continue. Pour le reste des réponses, elles sont aléatoires.

Le deuxième biais important est celui des lieux et modes d'exercice.

Le fait que nous n'ayons pas réussi à entrer en contact avec les chirurgiens-dentistes les plus isolés fait partie des limites de cette étude. Nous aurions souhaité avoir leurs réponses mais, pour ce faire, il aurait fallu aller à leur rencontre un par un et le manque de temps a eu raison de cette modalité de réalisation.

Concernant le questionnaire, si l'étude était à refaire, nous réaliserions quelques modifications comme les suivantes :

- Durant l'analyse des résultats, nous nous sommes aperçus qu'il aurait été pertinent d'ajouter une question ouverte sur le soin le plus courant chez la patiente enceinte selon eux.
- Nous aurions également pu ajouter une question demandant si la patiente venait par elle-même, grâce à l'invitation de la CPAM par le biais du bilan buccodentaire ou envoyée par son médecin traitant ou par un professionnel de la grossesse.
- Ayant eu beaucoup de réponses incomplètes, la question 2 aurait dû être formulée autrement.

Pour le reste du questionnaire, nous pensons avoir été correctement compris par les chirurgiens-dentistes puisque leurs réponses sont cohérentes avec nos questions.

2. Analyse de l'étude

2.1. L'échantillon

Nous avons ajouté l'item « étudiant » à notre questionnaire lorsque nous avons décidé de distribuer cette étude dans les centres hospitaliers. Cette décision s'avéra importante pour certaines comparaisons. La majorité de notre échantillon est tout de même représentée par des professionnels diplômés. La durée d'exercice de ces derniers étant mal informée (car beaucoup de non réponses), nous avons fait le choix de ne pas la prendre en compte dans nos statistiques.

Nous aurions souhaité avoir un échantillon hétérogène tant dans le secteur d'activité que sur les lieux d'exercice. Malheureusement, nous ne pouvons affirmer que notre échantillon l'est ; la population des répondants exerce surtout en secteur libéral, en zone urbaine et en Seine-Maritime. Cela est un biais de notre étude. La population soignée par nos répondants est, quant à elle, hétérogène.

La question 4, concernant l'augmentation ou non de patientes enceintes en consultation, ne permettait pas de répondre à l'une de nos hypothèses mais nous intéressait dans le contexte actuel. Le constat, deux ans après la mise en place du bilan bucco-dentaire chez la femme enceinte, est mitigé puisque notre échantillon se divise en deux parties similaires entre ceux constatant que le nombre de consultations de patientes enceintes avait augmenté et les autres. Nous avons comparé ces deux populations (augmentation des consultations versus non augmentation) sur les autres items du questionnaire et n'avons trouvé aucune différence significative entre elles ($p > 0.05$).

2.2. Hypothèse 1 : délivrance des messages de prévention

Rappelons la première hypothèse de notre travail : les messages de prévention sur la santé bucco-dentaire sont délivrés et expliqués aux femmes enceintes.

Les résultats de l'enquête indiquent que 96% de notre échantillon délivrent des messages de prévention quant à la santé bucco-dentaire de la patiente et 86% quant aux conseils relatifs au jeune enfant. Nous pouvons donc affirmer notre première hypothèse.

Pourtant, lorsque l'on analyse plus en détails les réponses, nous pouvons remarquer que les réponses paraissent incomplètes. C'est ce qui nous a amené à croiser les résultats de ces deux questions et le constat est que la prévention est plus complète concernant la patiente que concernant son futur enfant.

Cependant, 5% de l'échantillon affirment parler de la gingivite gravidique, problème récurrent chez les femmes enceintes, et 4% abordent le sujet de l'alimentation chez le jeune enfant. Cela représente 8% de notre échantillon (une personne abordant à la fois la gingivite gravidique et l'alimentation chez le jeune enfant).

Lorsque l'on compare nos résultats à ceux de la littérature, nous remarquons une différence significative entre l'étude de Ben Farhat et al. et la nôtre concernant les messages concernant le jeune enfant : 86% de notre échantillon les délivrent contre 44% de l'autre échantillon ($p < 0.05$). Cependant, il n'y a pas de différence significative sur la délivrance des messages concernant la santé de la patiente que ce soit avec l'étude Ben Farhat et al. ou avec celle Egea et al.

Notre conclusion, se vérifiant par la comparaison avec la littérature, est donc que les messages sont plus aboutis concernant la santé de la patiente que celle de son futur enfant.

La prévention est donc présente lors d'une consultation mais encore incomplète.

2.3. Hypothèse 2 : perception de la patiente enceinte

Notre deuxième hypothèse avançait que les chirurgiens-dentistes craignaient les soins dentaires chez les femmes enceintes (la patiente enceinte étant perçue différemment d'une autre patiente).

Un tiers de notre échantillon ne considère pas la patiente enceinte comme « normale » en mettant en évidence le fait que des précautions particulières sont à prendre, que des limites existent quant aux prescriptions et/ou aux soins avec des conduites à tenir spécifiques mais également que ces patientes sont plus sensibles au stress. Grâce aux tests statistiques, nous nous sommes aperçus que cette partie de l'échantillon avait un niveau de confiance plus bas que l'autre partie qui considère la patiente enceinte comme « normale ».

Ainsi, une partie de notre hypothèse est vraie : les chirurgiens-dentistes étant peu à l'aise dans la prise en charge d'une patiente enceinte sont ceux la percevant différemment d'une patiente non enceinte.

Mais nous ne pouvons affirmer notre deuxième hypothèse puisque deux tiers de notre échantillon considèrent la patiente enceinte comme « normale » et, parmi eux, la majorité est confiante dans sa prise en charge.

Nous ne pouvons comparer nos résultats à la littérature puisque nous n'avons trouvé aucune étude abordant ce sujet.

2.4. Hypothèse 3 : connaissances sur la spécificité de la prise en charge de la patiente enceinte

Enfin, notre troisième hypothèse était : il existe un manque de connaissances sur l'innocuité des soins.

Pour répondre à cette hypothèse, notre questionnaire posait diverses questions sur les préalables de la prise en charge d'une patiente enceinte (stade de la grossesse à prendre en compte et précautions particulières à réaliser) puis sur les soins réalisés par les praticiens et, enfin, sur les prescriptions possibles.

2.4.1. Concernant les préalables de la prise en charge

Sur la prise en compte du stade de grossesse, les réponses sont excellentes puis 96% de notre échantillon le font. De plus, leurs réponses à la question « pourquoi » qui suit ne sont pas fausses.

Quant aux précautions particulières, 10% de notre échantillon pensent que cela n'est pas nécessaire. Et parmi ceux prenant certaines précautions, nous retrouvons tout de même 7 personnes ne réalisant pas du tout de radiographie alors que cela est possible pendant la grossesse.

Les précautions à prendre sont donc à revoir. D'autant plus que ces précautions telles que la réduction de la durée des soins ou la position confortable de la patiente permettent de mettre en confiance la femme et, ainsi, aident au bon déroulement du soin.

2.4.2. Concernant les soins réalisés

La question 8 s'intéressait aux actes réels que les chirurgiens-dentistes réalisaient. Les résultats sont bons puisqu'ils sont 94 à réaliser un détartrage et 92 à soigner une carie. Lorsqu'il est question d'extraire une dent avec anesthésie, ils ne sont plus que 77% à le faire. Mais nous avons tout de même 23% de l'échantillon qui ajoutent des soins qui ne sont pas sur le questionnaire.

En comparant avec les autres études déjà réalisées, nous n'avons trouvé aucune différence significative avec celle de Ben Farhat et al. Mais nos résultats sont par contre

très différents de ceux d'Egea et al. En effet, il existe des différences significatives entre nos deux enquêtes concernant le détartrage et les soins de carie ($p < 0.05$). Le premier soin se réalise par 94% de notre échantillon contre 76% de celui d'Egea et al. Le deuxième soin est réalisé par 70% de leur échantillon contre 92% du notre.

Comment expliquons-nous cela ?

Egea et al. ont obtenu deux fois et demi plus de réponses que nous et trois fois plus que Ben Farhat et al. Les résultats d'Egea et al. sont donc plus représentatifs des pratiques des chirurgiens-dentistes.

De plus, la première étude s'est déroulée durant une période où l'examen bucco-dentaire de la patiente enceinte n'était pas encore mis en place. Nous pouvons donc supposer qu'il existait moins de communication sur ce sujet qu'à actuellement.

2.4.3. Concernant les prescriptions

Les réponses se compliquent lorsque nous discutons prescriptions. A la majorité des questions concernant ce thème ce sont des réponses affirmatives. Seuls les antifongiques sont majoritairement non prescrits. C'est lorsque nous interrogeons sur les produits pharmaceutiques que les réponses semblent moins bonnes.

Par exemple, le paracétamol est largement prescrit, ce qui est très bien puisqu'autorisé pendant la grossesse (résultats cohérents avec la littérature puisqu'il n'existe pas de différence significative). Mais, finalement, c'est seulement 14% de notre échantillon total qui prescrit d'autres molécules autorisées. Hors, lors d'une douleur dentaire, le paracétamol seul peut rapidement devenir insuffisant. Il serait donc très intéressant d'informer les chirurgiens-dentistes sur la possibilité de prescrire de la codéine ou du tramadol. Nous pourrions également leur expliquer que les AINS sont possibles mais seulement les cinq premiers mois de grossesse.

L'autre exemple sur lequel nous pourrions travailler ce sont les antibiotiques. 53% des prescripteurs n'ont coché que l'amoxicilline comme choix de molécule. Hors, les allergies à la pénicilline sont de plus en plus nombreuses ; il faut alors se tourner vers d'autres principes actifs. Il est très important de rappeler que seules les cyclines (ou tétracyclines) sont contre-indiquées pendant la grossesse. Si l'on compare avec les données de la littérature, nous ne retrouvons aucune différence significative avec l'étude Egea et al. (95% vs 90% ; $p > 0.05$) donc nos résultats sont cohérents.

Concernant les antifongiques, par contre, nous avons peu de « oui » comparés aux autres prescriptions. Nous nous sommes d'ailleurs interrogés sur le fait que, même en population générale, la prescription d'antifongique était peut-être peu réalisée. Mais les femmes enceintes étant plus sujettes aux candidoses orales, il serait important de faire un point sur ces prescriptions possibles. Nous n'avons pu comparer aux données de la littérature car les deux enquêtes n'interrogeaient pas sur cette prescription.

Pour ce qui est des prescriptions de bains de bouche, quasiment tout notre échantillon en prescrit et nous avons même été surpris du nombre d'interrogés indiquant qu'ils préféreraient ceux sans alcool. Mais nous avons également été surpris par la comparaison que nous avons réalisé avec l'enquête de Ben Farhat et al. puisque seulement 10% de leur échantillon en prescrit. Nous n'avons aucune explication quant à cette différence significative.

Enfin, concernant les anesthésies, c'est aussi un nombre non négligeable de praticiens qui en réalisent (98%). L'élément que nous pourrions apporter à la profession est le fait de pouvoir ajouter de l'adrénaline si nécessaire. Mais, en comparant avec les données de la littérature, nous réalisons que nos chiffres sont très élevés car dans l'étude d'Egea et al. ce sont 60% de leur échantillon qui prescrivent des analgésiques, et 33% dans l'étude de Ben Farhat et al. Il existe bien sur des différences significatives ($p < 0.05$). Nous pensons donc que nos résultats ne sont pas représentatifs des pratiques des professionnels.

Le fait d'avoir croisé les réponses entre les étudiants et les professionnels diplômés fut intéressant. Les étudiants ont tendance à prescrire plus facilement des antifongiques mais également d'autres antalgiques que le paracétamol ce qui est de bonne augure pour l'avenir.

Il est donc difficile de conclure sur cette hypothèse car même si les soins sont réalisés dans la majorité des cas, une part non négligeable de l'échantillon ne les réalisent pas tous et l'on sait que cela peut engendrer des complications potentiellement graves sur la patiente et/ou son fœtus. De plus, les prescriptions sont à compléter pour, d'une part, tenir compte de la douleur dentaire et, d'autre part, soigner des candidoses orales possibles pendant la grossesse.

Pour cela, nous suggérons une véritable communication en mettant en avant le site du Centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT) pour aider les chirurgiens-dentistes dans les différentes prescriptions. Les réponses à la question 17 ont mis en avant l'ignorance de la majorité des prescripteurs quant à ce site. Mais cela a également permis de mettre en évidence, grâce aux tests statistiques, que, lorsque l'on connaît ce site, l'on prescrit mieux. Ici encore, ceux qui connaissent ce site sont majoritairement des étudiants et cela montre une communication au sein des études d'odontologie.

3. Ouverture

Après avoir interrogé les praticiens sur différents thèmes, il nous semblait important de connaître leur ressenti face à la formation d'odontologie sur la prise en charge de la femme enceinte. Les deux tiers ne ressentent pas de manque de formation et pourtant c'est quasiment la moitié des interrogés qui souhaiterait tout de même une remise à niveau. Dans la littérature, les chiffres sont encore plus éloquentes que les notre puisque Egea et al. mettent en avant que 82% de leur échantillon souhaiteraient des formations continues à ce sujet.

Le groupe souhaitant une remise à niveau (appelons-le groupe n°1) a moins confiance dans sa prise en charge que celui ne souhaitant pas de remise à niveau (nommons-le groupe n°2). Il réalise également moins de soins que le deuxième. On retrouve dans ce groupe n°1, toutes les personnes ne prescrivant pas d'antibiotiques soit 5 personnes. Mais, à l'inverse, la prévention complète à la patiente est plus souvent délivrée par le groupe n°1 que par le groupe n°2. Ce dernier point qu'est la prévention est donc l'affaire de tous.

Connaissant maintenant le désir de remise à niveau de cette profession, il est important d'y répondre en mettant en place des actions de communication.

3.1. Collaboration avec les chirurgiens-dentistes conseil

Nous sommes en relation avec Dr Normand, chirurgien-dentiste conseil du Service du contrôle Médical de Normandie, pour collaborer sur différents travaux.

Le premier est un groupe de travail qui réalisera une campagne d'échanges confraternels auprès des sages-femmes ayant pour but de les sensibiliser sur la problématique bucco-dentaire chez les femmes enceintes. Cette campagne communiquera sur l'examen de prévention gratuit pour les femmes enceintes auprès des sages-femmes en leur expliquant l'importance de cet examen. Des supports documentaires seront remis aux sages-femmes au cours de ces échanges.

Le deuxième travail est sur la mise en place d'une plaquette explicative destinée aux chirurgiens-dentistes. La mise en forme portera le logo de l'Assurance Maladie pour respecter la charte graphique. La remise de cette plaquette se fera par les chirurgiens-dentistes conseil. Nous en avons réalisé une première ébauche (Annexe V). Cette plaquette reprend les différents points du questionnaire en expliquant la prise en compte du terme pour les différents soins, les préalables et précautions pour soigner une patiente enceinte, les différentes prescriptions possibles ou non en insistant sur le site lecrat.fr, puis nous terminons en faisant le point sur les messages de prévention.

3.2. Formation ODFOC 76

Suite à la formation du Dr Bestaux sur le thème de la prise en charge de la femme enceinte, puis à notre venue à une formation de l'ODFOC 76 (Dr Bestaux faisant partie du bureau) pour rencontrer les praticiens, une journée dédiée à notre problématique est organisée par l'ODFOC 76. Elle se déroulera le 13 octobre 2016 avec des spécialistes de la question. Ainsi, le Dr Sylvain CATROS, praticien au CHU de Bordeaux animera cette journée.

3.3. Formation des étudiants sages-femmes

Mais les chirurgiens-dentistes ne sont pas les seuls professionnels à qui il faut proposer une remise à niveau. De notre versant sage-femme, il est important que l'on se forme à ce sujet peu connu qu'est la santé bucco-dentaire chez la femme enceinte. C'est dans ce sens que se mettra en place la collaboration avec le Dr Normand.

Lorsque nous avons choisi ce sujet de mémoire, nous ne pensions pas apprendre autant de choses. Ce domaine de l'odontologie est extrêmement mal connu par notre profession ; les seules notions que nous ayons sont celles apprises en première année commune aux études de santé (PACES) qui sont assez limitées.

Durant notre formation au département des études de sage-femme, il pourrait être intéressant d'assister à un cours reprenant les grandes notions bucco-dentaires pendant la grossesse. Mme Darcet, directrice du département des études de sage-femme à Rouen, est intéressée par notre proposition de cours. Ce dernier pourrait intégrer l'Unité d'Enseignement (UE) « Santé Publique – Démarche de Recherche » en Sciences Maïeutiques 3^{ème} année. Nous serions alors informés de l'examen bucco-dentaire et pourrions, par la suite, délivrer les messages de prévention nécessaires.

Ainsi, la santé buccodentaire peut devenir une nouvelle porte d'entrée pour les messages de prévention. Cette dernière étant au cœur de notre métier, nous pourrions

envisager une nouvelle approche des questions d'alimentation, d'hygiène et d'addictions.

L'alimentation rebondirait sur les notions d'aliments autorisés ou non pendant la grossesse, la prise de poids ou encore l'activité physique. L'hygiène permettrait de refaire le point sur les notions basiques. Enfin, les addictions informeraient sur l'alcool et sa tolérance zéro pendant la grossesse. Au sein du même thème, le sujet du tabac et des autres drogues seraient abordés.

N'oublions pas la symbolique de la cavité buccale dans l'imaginaire de nos patientes, l'importance des dents blanches et bien alignées comme le souhaite la société. Parler du sourire avec nos patientes pourrait nous aider à capter leur attention sur les messages de prévention.

Durant notre étude nous avons discuté avec les praticiens et, un certain nombre, relevait que c'était souvent la patiente elle-même qui ne souhaitait pas avoir de soins dentaires par crainte et/ou stress des conséquences que cela pourrait avoir sur son bébé. Peu de travaux de littérature le démontrent, nous n'avons donc pas de preuves de ce que nous avançons. Cela pourrait alors faire l'objet d'un nouveau travail. Et s'il s'avère qu'un certain nombre de patientes refusent les soins dentaires, notre rôle en tant que sage-femme est d'autant plus important pour informer ces patientes correctement sur l'innocuité des soins.

CONCLUSION

A l'heure actuelle, les données de la littérature sont claires : la femme enceinte présente un risque majoré de pathologies buccodentaires. Mais la sphère buccodentaire peut également avoir un impact sur le déroulement de la grossesse. Nous considérons aujourd'hui qu'une infection buccodentaire non traitée pourrait entraîner une augmentation du risque d'accouchement prématuré, de naissances d'enfants de faibles poids et/ou de prééclampsie. Suite à ces conclusions, une invitation à un examen buccodentaire gratuit pendant la grossesse fut mise en place par la CPAM. Cela prouve que l'on peut tout à fait soigner une patiente durant sa grossesse. Nous nous sommes alors intéressés à la prise en charge d'une patiente enceinte par les chirurgiens-dentistes.

Pour répondre à nos interrogations nous avons choisi de demander aux premiers concernés : les praticiens eux-mêmes. En allant à leur rencontre, nous avons réceptionné 100 questionnaires.

Il existe des connaissances mais souvent incomplètes : 10% pensent qu'il ne faut aucune précaution particulière avec cette patientèle, les antalgiques sont prescrits mais 81% ne prescrivent que du paracétamol, 1 seule personne ajoute de l'adrénaline avec l'analgésique alors que c'est possible. Concernant les messages de prévention, nos conclusions sont les mêmes. Ils sont délivrés mais de façon incomplète et en particulier ceux concernant le futur enfant. Enfin, le site du CRAT est très peu connu des praticiens alors que c'est un outil rapide et fiable que chaque professionnel de la grossesse utilise.

Quasiment la moitié de notre échantillon souhaite une remise à niveau sur la prise en charge de la femme enceinte. Ainsi, l'ODFOC 76 réalisera une journée de formation continue en octobre 2016. Nous espérons que d'autres initiatives verront le jour. De notre côté, nous avons réalisé une plaquette explicative reprenant les points importants de la prise en charge.

Une autre initiative paraît intéressante : la formation des sages-femmes sur la santé bucco-dentaire des femmes enceintes. C'est dans ce but qu'un groupe de travail se met en place avec le Dr Normand. Un cours à l'école de sage-femme de Rouen devrait également voir le jour.

BIBLIOGRAPHIE

1. Musset AM, Bigeard L. Maladies parodontales : les dents de la mère. Profession Sage-Femme 2009;159:28-33.
2. Roqui-Charles D, Seiler M. Hygiène et soins buccodentaires : prévention et traitements des affections courantes. Paris : Pharmathèmes édition-communication santé ; 2005.
3. Lansac J, Magnin G. Obstétrique pour le praticien. 5ème édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2008.
4. Pirie M, Cooke I, Linden G, Irwin C. Dental manifestations of pregnancy. The Obstetrician and Gynaecologist 2007;9(1):21-6.
5. Acharya Lief S, Boggess KA, Murtha AP, Jared H, Madianos PN, Moss K, et al. The oral conditions and pregnancy study : periodontal status of a cohort of pregnant women. J Periodontol 2004;75(1):116-26.
6. Acharya S, Bhat PV. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. Int J Dent Hygiene 2009;7:102-7.
7. Minozzi F, Chipaila N, Unfer V. et al. Odontostomatological approach to the pregnant patient. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2008;12(4):397-409.
8. Silk H, Douglas AB, Douglass JM, et al. Oral health during pregnancy. Am Fam Physician 2008;77(8):1139-44.
9. Morgan MA, Crall J. Goldenberg RL, et al. Oral Health during pregnancy. J Maternal Fetal Neonat Med 2009;22(9):733-9.
10. Laine M, Tenovuo J, Lehtonen OP. Pregnancy related changes in human whole saliva. Arch Oral Biol 1988;33:913-7.
11. Page RC, Kornman KS. The pathogenesis of human periodontitis : an introduction. Periodontol 2000;14:9-11.
12. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Maladies parodontales : thérapeutiques et prévention. Expertise collective ;1999 : 310p.
13. Muramatsu Y, Takaesu Y. Oral health status related to subgingival bacterial flora and sex hormones in saliva during pregnancy. Bull Tokyo Dent Coll 1994;35:139-51.
14. Carrillo de Albornoz A, Figuerro E, Herrera D, Bascones-Martinez A. Gingival

changes during pregnancy : II. Influence of hormonal variations on the sublingual biofilm. *J Clin Periodonol* 2010;37:230-40.

15. Raber-Durlacher JE, Leene W, Palmer-Bouva CC, Raber J, Abraham-Inpijn L. Experimental gingivitis during pregnancy and post partum : immunohistochemical aspects. *J Periodontol* 1993;64:211-8.
16. Haute Autorité de Santé. Parodontopathies : diagnostic et traitement. Service des recommandations et références professionnelles [En ligne]. 2002 Mai [Consulté le 20 juin 2015];[19 pages]. Consultable à l'URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Parodontopathies_recos.pdf
17. Hunter L, Hunter B. Oral and dental problems associated with pregnancy. *Oral healthcare in pregnancy and infancy*. London : MacMilan Press Ltd:1997:27-34.
18. Lequart C. Une prise en charge attentive. *Dentiste Mag*, 2006;3:26-30.
19. El Merini H, Jabri M, Aggouri L. Les soins dentaires chez la femme enceinte. *Le courrier du dentiste* [En ligne]. 2013 Mai [Consulté le 20 juin 2015]. Consultable à l'URL: <http://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/les-soins-dentaires-chez-lafemme-enceinte>
20. Oral health surveys, Basic methods, 4th. ed., WHO 1997 Geneva.
21. Carlos JP, Cohen B, Krasse B, Marthaler T, Rybakov A, et al. Étiologie et Prévention de la Carie Dentaire. Rapport d'un groupe de scientifiques de l'OMS. Série de rapports techniques. Organisation Mondiale de la Santé, Genève 1972; 494:5-14.
22. Dentraid, L'humanitaire à Garancière. La carie. Keske c ? Comment se soigner ? Conseil général du Val-de-Marne. M'T dents. Plaquette de prévention santé bucco-dentaire : comment bien prendre soin de ses dents ?
23. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet* 2007;369:51-9.
24. Fejerskov O, Kidd EA. Dental caries : the disease and its clinical management. Copenhagen : Blackwell-Monksgaard 2003.
25. Newbrun E. Cariology. Baltimore : Williams and Wilkins 1978:289p.
26. Lupi-Pégurier L, Bourgeois D, Muller-Bolla M. Épidémiologie de la carie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine buccale,28-260-D-10,2009.
27. Van Ruyven FO, Lingström P, Van Houte J, Kent R. Relationship among mutans streptococci, « low-pH » bacteria, and iodophilic polysaccharide-producing bacteria in dental plaque and early enamel caries in humans. *J Dent Res* 2000;79:778-84.

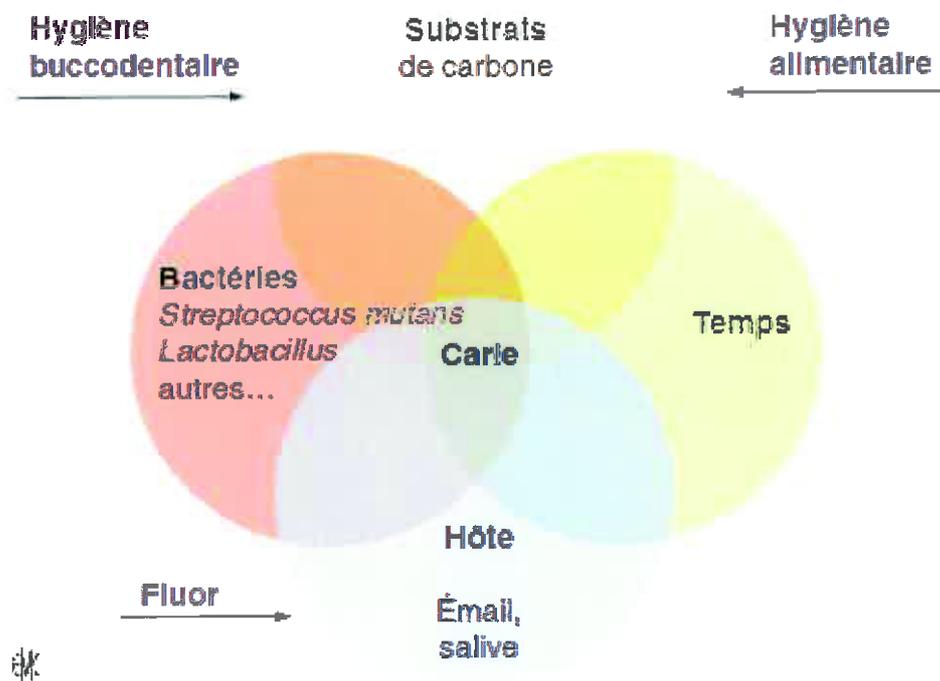
67. Luc E, Coulibaly N, Demoersman J, Boutigny H, Soueidan A. Enquête sur la prise en charge de la femme enceinte au cabinet dentaire. *Rev Mens Suisse Odontomatol* 2012;122:1047-55.
68. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Recommandations : rapport amalgames dentaires :2005 : 2p.
69. Gaudy J-F. Choix de la technique analgésique et de la solution analgésique chez la femme enceinte. *Clinic* 1998;6:19.
70. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Anesthésie dentaire – Grossesse et allaitement. [En ligne]. 2016 Mars [Consulté le 9 mars 2016]. Consultable à l'URL : http://lecrat.fr/articleSearch.php?id_groupe=15
71. Bayot D, Faron G. Pharmacologie pour les sages-femmes. Bruxelles: De Boeck; 2014.
72. Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladies du Limousin. Traitements et prescriptions buccodentaires chez la femme enceinte : étude initiale. [En ligne]. 2006 Janvier [Consulté le 22 juin 2015]. Consultable à l'URL : http://www.ars.limousin.sante.fr/uploads/media/Etude_initiale_sante_dentaire_grossesse_jan2006.pdf
73. Holder R, Dellinger TM, Livingston HM, Reeb B. Preventive dentistry during pregnancy. *Nurse Pract* 1999;24:21-4.
74. Brambilla E, Felloni A, Gagliani M, Malerba A, Garcia-Godoy F, Strohmenger I. Caries prevention during pregnancy : Results of a 30 months study. *JADA* 1998;129:871-7.
75. Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN). Un examen de radiologie dentaire peut-il être réalisé chez une femme enceinte ? [En ligne]. [Consulté le 22 juin 2015]. Consultable à l'URL : http://www.irsn.fr/FR/professionnels_sante/faq/Pages/faq_radiologie_dentaire.aspx#.VYpoL_ntmko
76. Vergnes JN, Kaminski M, Lelong N, Musset AM, Sixou M, Nabet C. Frequency and Risk Indicators of Tooth Decay among Pregnant Women in France: A Cross-Sectional Analysis. *PLoS ONE* 2012;7(5):e33296.
77. Vergnes JN, Pastor-Harper D, Constantin D, Bedos C, Kaminski M, Nabet C, Sixou M. Santé bucco-dentaire perçus et recours aux soins pendant la grossesse: étude

MaterniDent. Santé publique 2013;25(3):281-92.

78. Perrin AE, Dallongeville J, Ducimetière P, Ruidavets JB, Schlienger JL, Arveiler D, et al. Interactions between traditional regional determinants and socio-economic status on dietary patterns in a sample of French men. *Br J Nutr.* 2005;93(1):109-14.
79. Strafford KE, Shellhaas C, Hade EM. Provider and patient perceptions about dental care during pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2008;21(1):63-71.
80. Pistorius J, Kraft J, Willershausen B. Dental treatment concepts for pregnant patients-results of a survey. *Eur J Med Res.* 2003;8(6):241-46.
81. 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 (J.O. 30 novembre 2013)
82. Kandelman D, Ouatic N. Prévention de la carie de la petite enfance (CPE). *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec.* 2006;(Suppl.):9-13.
83. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Programme National Nutrition Santé 2011 – 2015 [En ligne]. 2011 Juillet [Consulté le 22 Juin 2015]. Consultable à l'URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
84. D'Arbonneau F, Foray H, Bailleul-Forestier I, Nancy J, Rousset M-M. Rôle de l'alimentation dans la prévention de la carie dentaire. Recommandations de la Société française d'odontologie pédiatrique. *Rev Francoph Odontol Pédiatr* 2006;1:148-52.
85. Dominé S, Noirrit-Esclassan E. Les rituels du coucher de l'enfant et la santé buccodentaire des enfants. *Rev Francoph Odontol Pédiatr* 2011;6:153-6.
86. Sixou JL, Robert JC. Acquisition des *Streptococcus mutans* par l'enfant. *Rev Francoph Odontol Pédiatr* 2006;1:44-52.
87. JODG. Dossier carie petite enfance. Avril 2006. 24p.
88. Wan AK, Seo WK, Purdie DM, Bird PS, Walsh LJ, Tudehope DI. Oral colonization of *Streptococcus mutans* in six-month-old pre-dentate infants. *J Dent Res* 2001;80:2060-5.
89. Thorild I, Lindau-Jonson B, Twetman S. Prevalence of salivary *Streptococcus mutans* in mothers and in their preschool children. *Int J Paediatr Dent* 2002;12:2-7.
90. Nakai Y, Shinga-Ishihara C, Kaji M, Moriya K, Murakami-Yamanaka K, Takimura M.

ANNEXES

Annexe I : Schéma de Keys. La trilogie de Keys (1962) illustre le fait que le risque de développer une carie dépend essentiellement de trois facteurs : le terrain, l'alimentation et l'hygiène buccodentaire. Il est directement lié à la présence de bactéries pathogènes.



Annexe II : Examen de prévention bucco-dentaire (maternité) ; feuille de soins de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie)

examen de prévention bucco-dentaire (maternité)

(art. L. 112-9 du Code de la sécurité sociale - annexes n° 1 à 4 du règlement intérieur des établissements de soins)
 période de validité de la prise en charge : de la date de début de grossesse jusqu'à 12 mois après l'accouchement, pour le bénéficiaire
 Date de naissance du bénéficiaire : / / **partie à adresser à l'organisme d'affiliation**

assuré(e) - bénéficiaire **organisme d'affiliation**
 Nom(s) :
 NIR :
 Identifiant (si différent de l'assuré) :
 Date de naissance : / /

identification des praticiens **et** **identification de la structure (travaux réalisés au cabinet, de l'établissement...)**
 Nom(s) : **et**
 Adresse :

Praticien remplaçant :
 Adresse : **n° de la chambre (AM, FINESS, ou SIRET)** :
 Adresse et patient :

date de réalisation de l'examen **et** **numéro(s) ou numéro(s) d'identification**
 pas de radiographie **et** **signature de praticien concerné à réaliser à l'examen**
 1 ou 2 radiographies réalisées **3 ou 4 radiographies réalisées**
 nombre des hôpitaux : **autres** :

document communiqué : oui non **responsabilité de conserver par le praticien**
 renseignements additionnels à compléter et à conserver impérativement dans le dossier - papier ou informatique - de la patiente (renseignements nécessaires à l'évaluation du programme et à accompagner au service médical si nécessaire)

schéma dentaire à compléter
 (reporter le code correspondant dans chaque case de schéma dentaire)
 C : dent cariée A : dent absente pour cause de carie Q : dent gelée
 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

état parodontal
 inflammation gingivale oui non
besoins de soins
 problèmes soins conservateurs soins soins de soutien
acte exécuté au cours de la séance comme que l'examen de prévention oui non
 Conseil personnalisé à la patiente oui non si oui, compléter ce document :
 En matière d'hygiène bucco-dentaire :
 En matière de tabac, de l'alcool et autres substances :
 Conseils spécifiques relatifs à la grossesse et à l'allaitement : oui non si oui, compléter ce document :
 Syndrome de l'herpès Si signe de complications orales
 Fluor Hygiène bucco-dentaire chez l'enfant

date de réalisation de l'examen
assuré(e) - bénéficiaire **organisme d'affiliation**
 Nom(s) :
 NIR :
 Identifiant (si différent de l'assuré) :
 Date de naissance : / /

Le formulaire est à compléter avant la réalisation de l'examen, des données de santé et des données relatives à la grossesse et à l'allaitement.
 Les praticiens ont droit à la prise en charge de l'examen de prévention bucco-dentaire (maternité) à l'issue de la grossesse.

Annexe III : Invitation de la CPAM à aller consulter un chirurgien-dentiste pour un examen de prévention bucco-dentaire



« un enfant, une dent »

Le dicton n'est plus vrai !

L'Assurance Maladie et les Chirurgiens-Dentistes ont souhaité placer les femmes enceintes au cœur d'un nouveau dispositif de prévention bucco-dentaire : les femmes enceintes ont désormais la possibilité, à compter du 4^{ème} mois de grossesse, de bénéficier d'un examen de dépistage bucco-dentaire entièrement pris en charge sans avance de frais.

→ N'hésitez pas à consulter votre Chirurgien-Dentiste dès réception de votre invitation. Il saura évaluer si des soins bucco-dentaires s'imposent pendant votre grossesse et vous donnera tous les conseils nécessaires.

Il saura vous informer, notamment, sur les anesthésies dentaires et la réalisation d'examens radiographiques, qui, contrairement aux idées reçues, ne sont pas contre indiquées pendant la grossesse.

...

Conseils utiles pendant la grossesse

Des difficultés à maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire favorisent l'accumulation de plaque dentaire et donc l'apparition des caries et des problèmes de gencives. Des études* ont suggéré que des maladies bucco-dentaires pourraient augmenter le risque d'accouchement prématuré.

→ Les caries

- Ne négligez pas votre brossage (après chaque prise alimentaire pendant 2 minutes).
- Évitez de grignoler entre les repas et suivez attentivement les conseils alimentaires qui vous sont donnés.
- Utilisez un dentifrice fluoré (1500 à 5000 ppm).
- Utilisez une brosse à dents souple, renouvelée tous les 3 mois.

→ Les attaques acides

L'émail est attaqué par l'acide provenant des vomissements quelquefois fréquents (les premières semaines et des reflux gastriques des dernières semaines).

- Évitez de vous brosser les dents immédiatement après des vomissements, l'émail étant alors fragilisé. Il est plus judicieux de faire un rinçage soigneux à l'eau ou au bain de bouche sans alcool (bicarbonate ou fluoré).

→ L'alimentation

Les habitudes alimentaires sont souvent bouleversées (grignotage, envie d'une alimentation plus sucrée) entraînant un fractionnement de vos prises alimentaires.

- En cas d'impossibilité de brossage efficace et régulier, il est conseillé de mastiquer des chewing-gums sans sucres ou d'effectuer un simple rinçage à l'eau.
- Limitez les boissons sucrées et privilégiez la consommation d'eau.

→ Les gencives

Très souvent, pendant la grossesse, les gencives sont rouges, gonflées, douloureuses et saignent facilement. Ces saignements ne doivent pas être négligés car non traités ils peuvent avoir une répercussion sur le déroulement de votre grossesse.

- Le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire associé à l'utilisation de bains de bouche sans alcool vous aidera à retrouver une gencive saine.

→ Les comportements à risque

Alcool : Il est recommandé de vous abstenir de toute consommation (alcool) dès le début de votre grossesse et pendant toute sa durée. Les risques de malformations et de déficiences mentales pour votre futur bébé sont importants.

Tabac : Outre les problèmes inhérents à la consommation de tabac (mauvaise haleine, altération du goût, risques de cancer, problèmes de gencives ...), les dangers pour votre futur enfant sont prouvés (retard de croissance, altération du développement cérébral, ...).

Drogues et antidépresseurs : la consommation de ces produits peut être responsable de malformations chez le fœtus. Chez vous, une sécheresse buccale, des mycoses peuvent indolument apparaître.

(*) : Vergnes Jean-Noël et al., *Revue de Santé Publique* 2013/3 vol. 26 - p.391-392.

« Un enfant,
une dent »
Le dicton n'est plus vrai !

Annexe IV : Questionnaire de l'étude

ENQUÊTE AUPRES DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE HAUTE-NORMANDIE SUR LA PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE DES FEMMES ENCEINTES

Bonjour, je m'appelle Julie Jouenne et je suis actuellement étudiante sage-femme en dernière année. Afin d'accéder au diplôme d'état nous élaborons tous un mémoire. Mon sujet vous concerne puisqu'il s'intéresse à la prise en charge bucco-dentaire des femmes enceintes. La finalité du travail étant une meilleure prévention auprès de ces patientes particulières.

Le questionnaire est anonyme et vous prendra 5 minutes.

Accepteriez-vous de le remplir s'il vous plait ?

1) Etes-vous :

Etudiant

Professionnel diplômé

Si vous êtes professionnel, depuis combien d'années exercez-vous le métier de chirurgien-dentiste ?

2) Vous exercez :

En secteur hospitalier

ou

En secteur libéral

En zone urbaine

ou

En zone rurale

En Seine-Maritime

ou

Dans l'Eure

3) La population que vous soignez est:

Plutôt favorisée

Plutôt modeste

Hétérogène

4) Recevez-vous plus de femmes enceintes en consultation depuis la mise en place de l'examen bucco-dentaire recommandé par la HAS ?

Oui

Non

5) Selon vous, la patiente enceinte est-elle une patiente « normale » ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

6) Soignez-vous les femmes enceintes ?

Oui

Non

Si oui, comment vous sentez-vous face à leur prise en charge ? (entourez la réponse qui vous correspond)

Peu à l'aise

Très

confiant

0

1

2

3

4

5

Si non, pourquoi ?

7) Le stade de la grossesse est-il pris en compte pour les soins ?

- Oui Non

Si oui, pourquoi ?

8) Quel(s) soin(s) réalisez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Détartrage
 Soins d'une carie
 Extraction d'une dent avec anesthésie
 Autre(s) :
 Aucun

9) Une (des) précaution(s) particulière(s) est(sont)-elle(s) prise(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- Aucune
 Position latérale de la patiente sur le fauteuil
 Réduction de la durée des soins
 Autres(s) :

10) Selon vous, peut-on prescrire un ou des antalgique(s) ?

- Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- Le paracétamol La codéine
 L'aspirine Le tramadol
 Les AINS La morphine
 Autre(s) :

11) Selon vous, peut-on pratiquer une anesthésie ?

- Oui Non

Si oui avec quel(s) anesthésique(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- L'articaïne La prilocaïne
 La lidocaïne La mépivacaïne
 La bupivacaïne Autre(s) :

12) Prescririez-vous un antifongique ?

- Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

13) Selon vous, peut-on prescrire des antibiotiques ?

- Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- L'amoxicilline L'érythromycine
 Les cyclines La clarithromycine
 La spiramycine La pristinamycine
 Autre(s) :

14) Les bains de bouche sont-ils autorisés durant la grossesse ?

- Oui Non

Si oui le(s)quel(s) ?

15) Abordez-vous la question de la prévention en consultation avec une patiente enceinte ?

- Oui Non

Si oui, quel(s) thème(s) abordez-vous avec elle parmi les réponses suivantes ?
(plusieurs réponses possibles)

- L'hygiène bucco-dentaire (brossage après chaque repas, utilisation de collutoires)
- L'hygiène alimentaire (éviter sucreries et grignotages)
- L'alcool, le tabac et autres substances
- Les vomissements et/ou les RGO (reflux gastro-œsophagiens)
- L'utilisation du fluor (et son action topique)
- Autre(s) :

16) Réalisez-vous des conseils spécifiques relatifs au jeune enfant ?

- Oui Non

Si oui, quel(s) thème(s) abordez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- L'hygiène bucco-dentaire chez l'enfant
- La carie précoce du jeune enfant (ou syndrome du biberon)
- Le risque de contamination croisée
- L'utilisation du fluor
- Le premier rendez-vous chez le chirurgien-dentiste
- Autre(s) :

17) Connaissez-vous le site lecrat.fr ?

- Oui Non

18) Ressentez-vous un manque de formation vis-à-vis de la prise en charge des patientes enceintes ?

- Oui Non

Si oui, souhaiteriez-vous une remise à niveau de vos connaissances ?

- Oui Non

*En vous remerciant pour votre temps consacré à remplir ce questionnaire et à la participation à cette enquête. Si vous avez des questions et/ou remarques voici mon adresse mail :
juliejouenne@live.fr.*

Annexe V : Ebauche d'une plaquette explicative résumant les éléments de prise en charge d'une patiente enceinte les plus importants à destination des chirurgiens-dentistes

Prise en charge de la patiente enceinte : Quelques pistes



Tous les soins courants sont possibles ; prenons juste en compte le terme (stade) de la grossesse :

Du 1^{er} au 3^{ème} mois de grossesse
→ risque tératogène donc seulement les soins indispensables, particulièrement les foyers infectieux !

Du 4^{ème} au 7^{ème} mois de grossesse
→ tous les soins sont possibles

Du 8^{ème} mois jusqu'à l'accouchement
→ seulement les soins d'urgence

Les anesthésies sont possibles pendant la grossesse avec la lidocaïne, l'articaine et la mépivacaïne et, ce, quel que soit le terme de la grossesse. Possibilité également de leur associer de l'adrénaline.

Quelques précautions :

Rassurer la patiente sur l'innocuité des soins vis-à-vis de son enfant

Éviter la compression de la veine cave : position latérale gauche ou semi-assise

Réduire la durée des soins si possibles

Utiliser un tablier de plomb si radiographie

Que pouvons-nous prescrire ?

Antalgiques :

Palier 1 → paracétamol quel que soit le terme de la grossesse. AINS et aspirine seulement pendant les cinq premiers mois et de façon ponctuelle

Palier 2 → codéine possible. Si cela ne suffit pas : tramadol. Ces deux molécules sont utilisables quel que soit le terme de la grossesse

Palier 3 → en dernier recours à la douleur, la morphine est autorisée quel que soit le terme de la grossesse mais sous surveillance médicale

Antibiotiques : seules les cyclines sont à éviter pendant la grossesse

Si une femme est allergique à la pénicilline : possibilité de prescrire de l'érythromycine, de la spiramycine, de la clarithromycine et de la pristinamycine.

Bains de bouche : aucune contre-indication. Préférons ceux sans alcool.

Antifongiques : seul le fluconazole est contre-indiqué pendant la grossesse.

Pour toutes questions supplémentaires : UN site de référence : LECRAT.FR (Centre de Référence des Agents Tératogènes).

A ne pas oublier : LA PREVENTION !

La HAS recommande quelques messages :

Concernant la patiente

→ *Aborder les thèmes de l'hygiène bucco-dentaire, de l'hygiène alimentaire et des toxiques tels que tabac, alcool et autres substances.*

Concernant le futur enfant

→ *Expliquer l'hygiène bucco-dentaire chez l'enfant, la carie précoce du jeune enfant, le risque de contamination croisée et l'utilisation du fluor.*

Complétons ces messages en expliquant les attaques acides dues aux vomissements et/ou RGO mais aussi le risque de gingivite gravidique.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES ROUEN

RESUME :

La grossesse influence l'état dentaire et inversement. C'est pour cette raison que la CPAM a mis en place l'examen buccodentaire pour la femme enceinte en janvier 2014 suite aux recommandations de la HAS.

Nous nous sommes intéressés à la prise en charge de ces femmes par les chirurgiens-dentistes. Pour ce faire nous avons distribués à ces derniers un questionnaire ; 100 nous ont répondu. Il existe une prise en charge réelle mais incomplète dans la majorité des réponses que ce soit sur les soins délivrés, les prescriptions ou les messages de prévention. Seulement 15% de notre population connaissent le site du CRAT alors que ce dernier est un outil simple d'utilisation mais surtout fiable scientifiquement. Un deuxième chiffre important : 47% souhaitent une remise à niveau. Il y a donc un travail important à réaliser en aval de cette étude. Une journée de formation continue auprès des praticiens est mise en place ainsi qu'une ébauche de plaquette explicative rappelant les points importants de la prise en charge.

Mais la prévention reste l'affaire de tous et il faut également que les professionnels de la grossesse se forment concernant les messages de prévention en matière de santé buccodentaire. Un groupe de travail se mettra en place avec des chirurgiens-dentistes conseil pour aller à la rencontre des sages-femmes et un cours sera donné aux étudiants au département des études de sage-femme de Rouen.

La communication entre les différents professionnels peut être la clef pour une meilleure prévention buccodentaire auprès de nos patientes.

MOTS CLES :

Santé buccodentaire - Prévention - Santé publique - Grossesse - Jeune enfant