



HAL
open science

L'hypersialorrhée gravidique : le point de vue des femmes

Kenie François

► **To cite this version:**

Kenie François. L'hypersialorrhée gravidique : le point de vue des femmes. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02294909

HAL Id: dumas-02294909

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02294909>

Submitted on 23 Sep 2019

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U-S-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U-SPC
Université Sorbonne
Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'État de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le 19 juin 2019

Par

Kenie FRANÇOIS

Née le 3 mars 1994

**L'hypersialorrhée gravidique :
le point de vue des femmes**

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme Méлина SINGER

Sage-femme libérale

JURY :

Mme Magalie DELAHAYE

Mme Nicole MESNIL

Mme Bénédicte COULM

Sage-femme enseignante, école de Baudelocque

Sage-femme enseignante, école de Baudelocque

Sage-femme, doctorante en épidémiologie

Mémoire n° 019PA05MA21

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, madame Méлина SINGER pour son encadrement et sa disponibilité tout au long de ce travail.

Je remercie les membres du jury pour l'honneur qu'il me porte en acceptant d'évaluer mon travail.

J'adresse mes sincères remerciements à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme de Baudelocque pour la qualité de leur enseignement durant ces 4 années. Je tiens tout spécialement, à remercier ma référente pédagogique madame Hélène GUILLAUME pour son accompagnement, sa disponibilité et ses précieux conseils.

Je remercie l'ensemble des chefs de service et les coordinateurs des différentes maternités qui ont accueilli mon étude. Mais tous particulièrement, les sages-femmes, infirmières, aides-soignantes, et étudiants qui ont eu l'amabilité de distribuer et récupérer les questionnaires.

Merci au docteur Guedj et à madame Bourdonnay pour le temps accordé en entretien. Également un grand merci à tous les autres (sages-femmes, infirmières...) qui au fil des rencontres m'ont orientés, conseillés afin d'affiner mon travail. Bien entendu, merci à toutes les femmes qui ont répondu au questionnaire.

Merci à l'ensemble de la promotion 2015-2019 pour ces 4 belles années, spécialement Aïcha, Dounia, Léna et Shaïma. Sans oublier ma Joëlle, ma compagne de PACES, mon amie.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à toutes ces personnes qui ont pris soin de relire mon travail et de corriger mes nombreuses fautes de grammaire et d'orthographe (Léone BOSSE, Madame BEAU-BIJOU, Jimmy, Béline, Zoé, Sophie) et tout particulièrement à Valéry pour son amitié, ses encouragements et sa présence durant toutes ces années.

Je remercie les membres de l'AEF pour leur soutien.

Et enfin un grand merci à ma famille (Ancie, Dadou, Manise...), à mes grands-parents, à mes parents et spécialement à ma maman sans qui je n'aurai jamais pu en arriver là.

Résumé

Objectifs : Notre objectif principal était d'évaluer l'impact de l'hypersialorrhée gravidique sur la qualité de vie des gestantes qui la présente. Nos objectifs secondaires étaient d'une part, d'évaluer les stratégies personnelles mises en place par ces femmes et à travers leurs propos d'évaluer la prise en charge par les professionnels de santé de la périnatalité. D'autre part, nous voulions établir les principales caractéristiques de l'hypersialorrhée gravidique.

Méthode : Nous avons mené une étude observationnelle, descriptive, quantitative, rétrospective et multicentrique auprès de cinq maternités publiques de la région Île-de-France. Le recueil de données c'est fait par le biais d'un questionnaire de juillet 2018 à février 2019. La distribution et le recueil des questionnaires étaient effectués par nos soins ou par les différents personnels de la maternité sensibilisés à l'étude. Nous avons inclus dans notre étude toutes les gestantes avec une hypersialorrhée ayant débuté avec la grossesse. Seules étaient exclus, les femmes mineures ou majeures sous curatelles, les femmes ne parlant ni français ni anglais et les femmes ne souhaitant pas participer à l'étude après explications.

Résultats : Au total nous avons pu recueillir 27 questionnaires. L'analyse des résultats nous a permis de constater que l'hypersialorrhée gravidique avait globalement un impact négatif sur la vie de ces femmes : 24 des 27 femmes ayant participé à l'étude, déclarent au moins un impact négatif de cette hypersalivation qui pouvait être soit sur leur sommeil (n=20), sur leur loisirs (n=18) ou encore sur le vécu de leur grossesse (n=17). Les stratégies de ces femmes consistent plus en une accoutumance à ce symptôme qu'à des moyens visant à réduire leur hypersalivation. D'autre part, il n'y pas de réelle prise en charge par les professionnels de santé car c'est un sujet peu connu qui touche une minorité de personne identifiée. En effet, notre étude nous a permis de souligner le caractère ethnique de cette affection puisque 23 femmes sur 27 étaient originaires du continent Africain (14 femmes étaient originaires d'Afrique sub-saharienne et 9 originaire de l'Afrique du Nord).

Conclusion : Notre étude nous laisse penser que l'hypersialorrhée gravidique est un symptôme de grossesse bénin mais dont l'impact négatif sur les différents aspects du quotidien de la femme devrait faire l'objet de plus d'attention. Une étude sur un plus grand effectif permettrait une meilleure appréciation de ces résultats.

Mots-clés : hypersialorrhée gravidique ; qualité de vie ; prise en charge

Abstract

Title: Ptyalism gravidarum: women's point of view

Objective: Our main objective was to evaluate the impact of the ptyalism gravidarum on the quality of life of these pregnant. Our secondary objectives were, on the one hand, to evaluate the personal strategies implemented by these women and through their comments to evaluate the management by health professionals of perinatal care. On the other hand, we wanted to establish the main characteristics of ptyalism gravidarum.

Methods: We conducted an observational, descriptive, quantitative, retrospective and multicentric study in five public maternity hospitals in the Île-de-France region. The data collection was done by means of a questionnaire from July 2018 to February 2019. The distribution and collection of the questionnaires were carried out by us or by the various maternity staff sensitized to the study. We include in our study all pregnant women with an hypersialorrhea who started with this pregnancy. Only minor or major patients under curatorship, patients who spoke neither French nor English and patients who did not wish to participate in the study after explanation were excluded.

Results: In total we were able to collect 27 questionnaires. The analysis of the results showed that ptyalism gravidarum had a negative impact on the lives of these women : 24 of the 27 women who participated in the study reported at least one negative impact of this hypersalivation, which could be either on their sleep (n=20), on their leisure activities (n=18) or on their pregnancy experience (n=17). The strategies of these women mainly resided in an addiction to this symptom that has means to reduce their hypersalivation. On the other hand, there is no real care by health professionals because it is a little-known subject that affects an identified minority of people. Our study also highlighted the ethnic nature of this condition: 23 out of 27 women come from African (14 women were from sub-Saharan Africa and 9 from North Africa).

Conclusion: Our study suggests that ptyalism gravidarum is a symptom of benign pregnancy but whose negative impact on different aspects of a woman's daily life should be given more attention. A study on a greater effectiveness would allow a better appreciation of these results.

Keywords: ptyalism gravidarum; quality of life ; care

Table des matières

Remerciements	2
Résumé.....	3
Abstract	4
Liste des tableaux.....	7
Liste des figures	8
Liste des annexes	9
Introduction	10
I. Pathologies de la sécrétion salivaire	10
A. <i>Hyposialie</i>	11
B. <i>Hypersialorrhée</i>	11
II. Hypersialorrhée gravidique.....	12
A. <i>Étiologies</i>	13
B. <i>Les retentissements de l'hypersialorrhée gravidique</i>	14
C. <i>Prise en charge</i>	15
Justification de l'étude :.....	16
Matériels et Méthodes	17
Problématique :	17
Hypothèses :	17
Objectifs :	17
Type d'étude :.....	17
Population d'étude :.....	18
Déroulement de l'étude :	18
Variables recueillies :.....	20
Caractérisation de la population atteinte d'hypersialorrhée gravidique	20
Les manifestations de l'hypersialorrhée gravidique	21
Les stratégies mises en place pour faire face à l'hypersialorrhée gravidique	22
La prise en charge par les professionnels de santé	22
Résultats	23
Caractéristiques de la population étudiée.....	23
Les caractéristiques de l'hypersialorrhée gravidique	24
Les répercussions de l'hypersialorrhée gravidique	26
Les stratégies personnelles pour faire face à l'hypersialorrhée gravidique	30

La prise en charge de l’hypersialorrhée gravidique	32
Discussion.....	33
Résumé des principaux résultats :	33
Discussion des résultats :.....	34
<i>Caractéristiques de la population étudiée</i>	<i>34</i>
<i>Les caractéristiques de l’hypersialorrhée gravidique</i>	<i>35</i>
<i>Les répercussions de l’hypersialorrhée gravidique.....</i>	<i>37</i>
<i>Les stratégies personnelles des femmes.....</i>	<i>38</i>
<i>La prise en charge par les professionnels de santé</i>	<i>39</i>
Points forts :	40
Limites et biais de l’étude :	40
Conclusion	42
Bibliographie	43
Annexes	48

Liste des tableaux

Tableau 1: Étiologies d'une hypersialorrhée	12
Tableau 2: Données socio-démographiques de notre population d'étude.....	23
Tableau 3: Données obstétricales de notre population d'étude	24

Liste des figures

Figure 1: Association avec d'autres signes cliniques	26
Figure 2: : Impact négatif sur la vie de couple.....	27
Figure 3:Impact sur la vie de Professionnelle	28
Figure 4: Impact négatif sur les relations amicales.....	28
Figure 5: Degré d'impact négatif sur le vécu de la grossesse	29
Figure 6: Impact sur les loisirs	29

Liste des annexes

Annexe 1: Questionnaire.....	48
Annexe 2: Affiche.....	56

Introduction

Une grossesse est fréquemment accompagnée de signes cliniques sans gravités couramment appelés « les petits maux de la grossesse ». Par ce terme admis de « petits maux », il est aisé de comprendre à quel point ces signes sont banalisés, acceptés comme ne nécessitant aucune attention ou traitement particulier.

Parmi ces symptômes, les nausées et les vomissements sont les plus familiers. Il en existe encore bien d'autres plus ou moins fréquents, plus ou moins gênants, voire plus ou moins honteux pour les femmes. L'hypersialorrhée gravidique est l'un de ces « petits maux » et elle se caractérise par un excès de salivation. (1)(2)

Ce terme possède plusieurs synonymes : « ptyalisme », « hypersialie » ou tout simplement « hypersalivation » durant la grossesse. Il ne doit pas être confondu avec le « bavage » (« drooling » en anglais) car il ne décrit pas un excès de salive mais une incapacité à retenir sa salive.(3)(4)(5)

Les femmes souffrant d'hypersialorrhée gravidique sont très gênées au quotidien, obligées de vivre avec un crachoir ou des mouchoirs sur elles et il suffit de se rendre sur quelques forums liés à la grossesse pour voir à quel point ce symptôme leur gâche littéralement la vie.

L'étiologie exacte de cette hypersalivation durant la grossesse reste inconnue à nos jours.

La grossesse entraînerait une surproduction des glandes salivaires plus ou moins intense et plus ou moins gênante chez certaines femmes.

I. Pathologies de la sécrétion salivaire

Le débit de sécrétion salivaire n'est pas fixe. Il connaît une variation inter et intra individuelle. Il est sous l'influence de nombreux facteurs que sont le genre, l'âge, le rythme circadien et circannuel, du degré de déshydratation, de certains médicaments et de certaines maladies. En moyenne, on sécrète 600 à 1500ml de salive par jour. La moitié de cette sécrétion a lieu au moment des repas et le débit de sécrétion est à minima au cours du sommeil. (3,6)

A. Hyposialie

L'hyposialie correspond à une insuffisance de sécrétion de salive qui dans son extrême donne une asialie soit l'absence totale de salive. Cette hyposialie est assez fréquent chez les personnes âgées car la sécrétion salivaire diminue avec l'âge.(3,6)

B. Hypersialorrhée

L'hypersialorrhée possède plusieurs synonymes : la sialorrhée, l'hypersalivation, l'hypersialie ou encore le ptyalisme. Elle est définie comme « une exagération de la sécrétion salivaire au-delà d'une quantité considérée comme normale et qui est physiologiquement évaluée entre 0,3 et 0,5ml/min lorsque cette sécrétion n'est pas stimulé.(7) Le diagnostic d'une hypersalivation est généralement clinique mais cette dernière peut être objectivée par une sialométrie. (3,6–8)

La majorité des hypersialorrhées trouvent leurs étiologies dans les affections de l'appareil digestif haut car la salive intervient dans le maintien de l'intégrité de l'appareil digestif, et donc quand cette dernière est agressée, une hypersécrétion salivaire se produit alors. Il s'agit du « reflexe oestro-gastro-salivaire ».

Mais d'autres étiologies sont possibles dont voici une liste non exhaustive [Tableau n°1] : (3,5–7,9,10)

Tableau 1: Étiologies d'une hypersialorrhée

Causes digestives	Causes neurologiques
<p>Signe d'une affection Buccodentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carie - Infection - Stomatite - Parodontite - Malocclusion <p>Reflux gastro-œsophagien Nausée, Vomissement Œsophagite / Pancréatite Infection ou irritation intestinale</p>	<p>Signe précoce de la maladie de Gougerot-Sjögren</p> <p>Un signe clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De la Sclérose latérale amyotrophique - D'un accident vasculaire cérébral - De la maladie de Parkinson - Du syndrome de Landau Kleffner - Du syndrome d'Angleman - Du syndrome de Freeman-Sheldon - Du Syndrome de Moebius
Causes médicamenteuses	Autres
<p>Effet indésirable :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des sympathomimétiques - De certains neuroleptiques - De certains anesthésiants 	<p>Obstruction nasale Troubles émotionnels Troubles posturaux Hyperhydratation Tabagisme Grossesse Idiopathique</p>

II. Hypersialorrhée gravidique

L'incidence exacte de l'hypersialorrhée gravidique dans la population française est actuellement méconnue. Les données internationales permettent de mettre en évidence une grande disparité sur la survenue de ce symptôme selon la population. Dans une étude aux États-Unis, dans les années 90, les auteurs rapportaient une incidence de 0,08% des grossesses. Ils rajoutaient également, que la totalité de ces femmes étaient originaires d'Haïti malgré les 2246 nationalités différentes présentes. (11) Une étude cas-témoin au Japon, indiquait qu'entre 2008 et 2011, l'incidence de l'hypersialorrhée gravidique était de 0,3% au sein de leur population. (12) En Israël, dans une autre étude cas-témoin, on évalue cette incidence à 0,09%. Actuellement, l'incidence la

plus élevée retrouvée dans la littérature scientifique est de 35,3%, ce qui correspond au chiffre d'une étude descriptive turque sur les « petits maux de la grossesse » auprès de 909 patientes d'une clinique privée. (13)

D'autre part, cette hypersialorrhée gravidique semble être très fréquente dans les populations d'Afrique Sub-saharienne. Mais à l'heure actuelle, aucune étude n'est disponible pour nous permettre d'avoir une idée de son incidence. (14)

On peut noter que, cette hypersalivation débute aux alentours de 4-5 semaines d'aménorrhées. Dans la majorité des cas, elle cesse au deuxième trimestre de la grossesse. Cependant, elle peut persister jusqu'à l'accouchement voire quelques jours dans le post-partum. (12,15–17)

A. Étiologies

La physiopathologie de l'hypersialorrhée gravidique, n'a pas encore été mise en évidence. Toutefois, on pense que l'œstrogène et l'hormone chorionique gonadotrope humaine (β -hCG) pourraient y avoir un rôle. (12,15,17,18)

Cette physiopathologie étant inconnue, on ne peut pas définir la ou les étiologie(s) exacte(s) ni le processus de mise en place de l'hypersalivation durant la grossesse. Néanmoins, plusieurs facteurs de risques ont été dégagés :

➤ Causes digestives

La salive assure l'intégrité de la cavité buccale. Or, lors de la grossesse, plusieurs éléments peuvent venir perturber la santé bucco-dentaire tel que les vomissements et les reflux gastro-œsophagiens qui provoquent une irritation de l'œsophage et une diminution du pH salivaire. Il en est de même pour les nausées ou toute autre irritation au niveau de l'appareil digestif. Ainsi, une défense se met en place et qui se traduit par une hypersécrétion salivaire. Il s'agit du « reflexe oestro-gastro-salivaire ». (2,6,15,19)

➤ Causes infectieuses

De forte présomption existe sur le lien entre caries et grossesse même si à l'heure actuelle aucune étude n'a pu le prouver. (20,21)

➤ **Autres**

L'origine ethnique est un facteur de risque non négligeable même s'il n'existe pas de données au sein de chaque pays pour s'en assurer. La population la plus touchée est la population originaire d'Afrique sub-saharienne, suivi des Turques et de très loin des Japonais. (11–13,15,17,22)

Un antécédent familial d'hypersialorrhée gravidique est un facteur de risque, de même que le fait d'avoir expérimenté ce symptôme lors d'une grossesse précédente. (15–17)

Le fait que le fœtus soit de sexe masculin pourrait être un facteur de risque mais les données de la littérature sont contradictoires. (12,15–17)

B. Les retentissements de l'hypersialorrhée gravidique

L'hypersialorrhée gravidique est une affection bénigne. Aucune étude ne met en évidence un risque pour la mère et/ou pour son enfant. (15) Cependant, c'est un symptôme incommodant tant bien pour la femme qui la présente que pour son entourage.

L'impact négatif que peut avoir cette hypersialorrhée gravidique sur leur qualité de vie est sans doute la conséquence la plus importante.

La qualité de vie a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1994 comme « la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations ». (23)

Or, ces femmes sont constamment en train de « cracher » car le fait d'avaler leur salive engendre des nausées. (15) Du coup, certaines gestantes sont contraintes de réduire leurs sorties et leurs loisirs extérieurs. Pour d'autre, le sommeil est perturbé occasionnant ainsi de la fatigue.

De plus, le flux constant de salive peut perturber la phonation et donc la communication.

L'hypersalivation, chez certaines femmes peut donner un goût amer dans la bouche ou engendrer une halitose. (15,16,22)

D'autres symptômes de l'hypersialorrhée gravidique sont rapportés par la littérature:(15,16)

- Diminution de l'appétit
- Tuméfaction des joues
- Rougeurs et hypertrophie des glandes salivaires

C. Prise en charge

➤ Mise en place par les femmes

Les stratégies mise en place par les femmes présentant une hypersialorrhée gravidique repose principalement sur l'accommodation. En effet, les moyens utilisés visent à vivre avec l'hypersalivation au quotidien. Ainsi, elles vont utiliser les méthodes qu'elles jugent les plus aisées pour jeter le surplus de salive (mouchoirs en papiers, serviettes en tissus, bouteilles en plastiques, bocaux faisant office de crachoir). (15,16)

D'autres femmes utilisent des aliments sucrés (bonbons, chewing-gum...) pour aider à avaler leur salive. Mais cette méthode est souvent jugée inefficace par ces dernières. (13,15,16)

Au sein de certaines populations d'Afriques noires, la consommation d'argile blanche est couramment utilisée. (24,25)

Cette pratique, nommée « géophagie », permet une absorption du surplus de sécrétion. Elle participe aussi à une réduction des nausées et des vomissements. (18,26)

Cependant, c'est une pratique dangereuse qu'il faut éviter car l'argile peut être contaminée et provoquer des intoxications comme les intoxications aluminiques (surtout chez les consommateurs de Kaolin). (24,27)

La consommation d'argile est également à l'origine d'anémies ferriprives, de déséquilibres électrolytiques et de constipations sévères pouvant aller jusqu'à la perforation intestinale. (24)

La poudre du « pain de singe », fruit du baobab est également utilisée par certaines femmes enceintes en Afrique sub-saharienne. (28)

➤ Proposées par les professionnels de santé

L'acupuncture est actuellement l'une des méthodes non pharmacologiques proposée par certaines maternités en France. Il s'agit d'une médecine traditionnelle dont l'efficacité est mondialement et nationalement reconnue notamment dans la prise en charge de certains « petits maux de la grossesse ». (29–31)

Nous avons pu rencontrer une sage-femme acupunctrice, qui nous a expliqué que soigner l'hypersialorrhée gravidique par l'acupuncture était complexe. Elle nous a confirmé le fait qu'il n'existe pas de « point d'acupuncture spécifique à l'hypersialorrhée gravidique ». On utilise donc

les points d'acupuncture soignant les nausées et les vomissements pour diminuer l'hypersalivation.

Nous n'avons pas trouvé de littérature traitant de la prise en charge de l'hypersialorrhée gravidique par l'acupuncture ou encore par de l'homéopathie mais ils constituent des options qui peuvent être envisagées.

Il existe des médicaments qui peuvent réduire la sécrétion salivaire mais ils sont à utiliser avec parcimonie car ils agissent au niveau central. De plus, la plupart sont contre-indiqués durant la grossesse, particulièrement pour cette indication où le bénéfice risque est défavorable. Les antiémétiques, les anticholinergiques et les atropiniques sont les principales classes répertoriées. (11,19,32)

Justification de l'étude :

Il est fréquent de rencontrer dans certaines maternités des femmes présentant une hypersalivation et ces dernières sont reconnaissables car elles utilisent une bouteille en plastique ou des mouchoirs en papiers pour se débarrasser du surplus de salive. Elles sont souvent très mal à l'aise et on perçoit aisément leur gêne par rapport à ce symptôme. En ce qui concerne les professionnels de santé, ils semblent soit être désintéressés, soit démunis et aucune prise en charge spécifique n'est proposée à ces femmes.

Matériels et Méthodes

Problématique :

Nous nous sommes interrogés sur l'impact de cette hypersalivation sur la qualité de vie de ces femmes. Et par extension nous nous sommes demandé quelles étaient les stratégies mises en place par ces femmes ainsi que la prise en charge actuelle de l'hypersialorrhée gravidique proposée par les professionnels de santé.

Hypothèses :

Nous avons émis les hypothèses suivantes :

- L'hypersialorrhée gravidique a un impact négatif sur la qualité de vie des femmes qui la présente
- Les femmes présentant une hypersialorrhée gravidique mettent en place des stratégies personnelles pour améliorer leur quotidien et pour pallier l'absence de prise en charge par les professionnels de santé
- Les femmes présentant une hypersialorrhée gravidique ont des caractéristiques communes qu'il est possible de mettre en évidence

Objectifs :

Notre objectif principal est d'évaluer l'impact de l'hypersialorrhée gravidique sur la qualité de vie de ces femmes.

Nos objectifs secondaires sont :

- Évaluer les stratégies personnelles mise en place par ces femmes et à travers leurs propos d'évaluer la prise en charge par les professionnels de santé.
- Établir les principales caractéristiques de l'hypersialorrhée gravidique.

Type d'étude :

Pour atteindre nos objectifs, nous avons décidé de mener une étude multicentrique, observationnelle, descriptive, et quantitative. Les des données ont été recueillies de manière rétrospective.

Population d'étude :

Nous avons inclus dans l'étude toutes les femmes qui présentaient une hypersalivation durant leur grossesse en cours.

Toutes les femmes ayant une hypersalivation ayant précédé la grossesse étaient exclues de l'étude.

Et nous avons également exclu :

- Les femmes mineures et les majeures sous curatelle
- Les femmes ne parlant ni français ni anglais
- Les femmes ne souhaitant pas participer à l'étude après explication.

Déroulement de l'étude :

Pour répondre à nos objectifs, nous avons réalisé un questionnaire. Nous avons souhaité un questionnaire qui soit facile à lire, à comprendre et rapide à compléter. Nous l'avons préalablement testé auprès de cinq personnes de notre entourage n'appartenant pas au domaine médical et de catégories socio-professionnelles différentes.

Nous avons finalement établi un questionnaire avec une trentaine de questions. [Annexe 1]

Les questions portaient sur plusieurs thèmes tels que la caractérisation de la population, les manifestations de l'hypersialorrhée gravidique, l'impact sur la qualité de vie, les stratégies mises en place par les femmes et la prise en charge des professionnels.

Initialement le questionnaire était en langue française, puis une traduction en anglais a été effectuée afin d'atteindre le plus de femmes. Notre objectif était de recueillir un minimum de 50 questionnaires.

D'après les données de la littérature, la prévalence de ce symptôme étant plus fréquent dans les populations originaires d'Afrique sub-saharienne, nous avons choisi des maternités avec une proportion importante de femmes originaires de cette région.

Nous voulions effectuer notre étude dans maximum trois maternités afin de pouvoir être présente au moins une demi-journée, une semaine sur deux au sein de chaque maternité. Nous avons envoyé une demande d'autorisation à trois maternités. Deux d'entre-elles nous ont rapidement répondu favorablement, ce qui nous a permis de débiter la distribution des questionnaires dès le mois de juillet.

Au mois de septembre, la troisième maternité nous a fait part de son refus.

Nous avons ensuite dû élargir notre champ d'action et demander l'autorisation d'autres maternités car environ trois mois après le début de l'étude, aucune patiente n'y avait participé.

Finalement, nous avons effectué notre étude auprès de cinq maternités publiques de la région Île-de-France :

- Maternité Angélique Du Coudray du Centre Hospitalier de Saint-Denis – Type 3 (recueil débuté en juillet 2018)
- Maternité du Centre Hospitalier de Gonesse – Type 2 (recueil débuté en août 2018)
- Maternité des Hôpitaux Universitaires Saint-Louis Lariboisière Fernand-Widal – Type 2 (recueil débuté en octobre 2018)
- Maternité de l'hôpital Bichat -Claude-Bernard – Type 2 (recueil débuté en octobre 2018)
- Maternité Port-Royal – Type 3 (recueil débuté en octobre 2018)

La maternité de Port-Royal ne recense pas une forte densité de population originaire d'Afrique sub-saharienne mais sa proximité avec l'école de Sage-Femme de Baudelocque permettait de s'y rendre assez régulièrement.

De plus, la Maternité de Port-Royal, permettrait de diversifier notre population d'étude.

Après la finalisation de la rédaction du questionnaire et une fois les autorisations de chaque établissement reçues, nous avons prévu de distribuer le questionnaire par deux biais :

- Personnellement lorsque nous serions sur place
- Par les professionnels médicaux et paramédicaux de la maternité en notre absence.

Nous avons ciblé principalement les services de consultations de suivi de grossesse, les consultations d'explorations fonctionnelles et les échographies obstétricales. Puis dans un second temps, pour pallier aux difficultés de recrutement, nous avons rajouté les services d'hospitalisation en grossesse à haut risque.

Une affiche a également été confectionnée afin d'inciter les femmes à récupérer un questionnaire auprès des personnels de la maternité. Elle permettait aussi aux professionnels de la maternité de se souvenir de l'étude en cours et donc de ne pas oublier de distribuer les questionnaires.

[Annexe 2]

Les coordinateurs de chaque service, ont également été une aide pour la diffusion du questionnaire. En effet, ils ont fait circuler par mail notre synopsis et le questionnaire aux sages-femmes pour les informer de notre étude afin d'avoir leur soutien.

Ainsi, c'est bien l'ensemble du personnel, qui a finalement participé à la diffusion du questionnaire.

Notre étude s'est étendue sur une période de 7 mois allant de juillet 2018 à février 2019.

À la fin de cette période, nous avons recueilli 27 questionnaires : 22 questionnaires ont été distribués par le personnel médical ou paramédical des maternités concernées et 5 par nos soins.

Près de la moitié (n= 12) des questionnaires récupérés, provenaient de la Maternité du Centre Hospitalier de Saint-Denis, 9 provenaient de la maternité de l'hôpital Lariboisière, 4 de la Maternité de l'hôpital Bichat et 2 de la Maternité du Centre Hospitalier de Gonesse. En ce qui concerne la maternité Port-Royal, nous n'avons pas récupéré de questionnaire.

Variables recueillies :

Le questionnaire a été divisé en quatre grandes parties.

Caractérisation de la population atteinte d'hypersialorrhée gravidique

Les deux premières questions concernaient la taille et le poids avant la grossesse, ce qui permettait de calculer l'Indice de masse corporelle.

L'âge était également une variable recueillie.

Une question sur les origines géographiques de la patiente et/ou de ses parents a été posée pour confirmer ou non la prévalence de ce symptôme dans une population bien déterminée.

Dans cette question, l'Océanie ne faisait pas parti des choix car d'après les données en notre possession, cela ne nous semblait pas justifié. Par ailleurs, nous avons tenu à préciser les Caraïbes, car certains articles américains parlaient d'une prévalence importante de l'hypersialorrhée gravidique chez les personnes originaires d'Haïti.

Ensuite nous avons cherché à identifier des situations de vulnérabilité. En effet, d'après la littérature l'hypersialorrhée gravidique pourrait être le reflet d'une crise psychique.

Pour ce faire, plusieurs questions étaient posées :

- La durée de vie en France si la patiente n'était pas née en France pour déterminer une éventuelle migration récente

- Le statut marital car le fait d'être mère célibataire représente une situation de vulnérabilité
- Le niveau d'étude sachant que le fait d'être sans diplôme est corrélé à un taux de chômage important et d'emplois précaires

Le type de grossesse (simple, gémellaire, triple voir plus) faisait l'objet d'une question ouverte. Partant de l'hypothèse qu'une grossesse gémellaire voir triple engendrait une hypersalivation beaucoup plus importante car le taux de β hCG serait plus important.

Le terme actuel de la grossesse au moment du remplissage faisait également l'objet d'une question et permettait de voir si cette hypersalivation ne concernait que le premier trimestre de la grossesse comme les nausées et vomissements ; ou si elle s'étalait sur une plus longue période.

Dans la littérature, un auteur émettait l'hypothèse que le fait d'attendre un fœtus de sexe masculin était un facteur de risque d'hypersialorrhée gravidique d'où une question sur le sexe de(s) l'enfant(s) attendu(s).

Pour les femmes ayant déjà eu un ou plusieurs enfant(s), le caractère récurrent et l'évolution en intensité de l'hypersialorrhée gravidique étaient recherchés.

Pour conclure cette partie, nous avons décidé de mettre une question sur les antécédents familiaux d'hypersalivation durant la grossesse et également de savoir si l'entourage de ces femmes présentaient le même symptôme.

Les manifestations de l'hypersialorrhée gravidique

Nous voulions savoir dans cette partie, quelles étaient les caractéristiques de l'hypersialorrhée gravidique. Nous avons donc des questions sur :

- La temporalité par rapport à la grossesse
- L'évolution du flux salivaire au cours de la journée notamment par rapport au repas et par rapport aux aliments consommés
- La présence ou non d'autres symptomatologies très fréquentes durant la grossesse comme les nausées ou les vomissements.

On sait que pour vivre en harmonie avec soi-même ou du moins pour être dans un état de bien-être, certains besoins doivent être satisfaits. Pour évaluer l'impact de l'hypersialorrhée gravidique

sur le bien-être de ces femmes, nous avons établi plusieurs questions inspirées de la grille des quatorze besoins fondamentaux de Virginia Henderson.(33)

Nous avons donc cherché à savoir si l'hypersialorrhée gravidique avait des incidences sur leurs habitudes alimentaires, la qualité de leur sommeil, leur vie sociale mais aussi sur leurs attentes.

Nous voulions savoir comment la grossesse était vécue par rapport à cette hypersalivation.

Les stratégies mises en place pour faire face à l'hypersialorrhée gravidique

Nous voulions savoir quels sont les astuces trouvées par ces femmes pour vivre au quotidien avec leur hypersalivation.

A la suite de nos recherches et des discussions que nous avons eues avec des personnes sur ce sujet, nous avons eu l'écho de plusieurs produits qui pouvaient être utilisés pour diminuer le flux salivaire ou pour aider à mieux déglutir le surplus de salive. Nous avons donc posé des questions semi-ouvertes sur les produits ou médicaments pouvant être utilisés par ces femmes.

La prise en charge par les professionnels de santé

Nous pensions que la présence d'une hypersalivation, n'est pas recherchée systématiquement par les professionnels de santé. Nous avons donc cherché à savoir si ces femmes en parlaient spontanément aux différents professionnels rencontrés.

Si effectivement, ces femmes en parlaient, nous voulions savoir quelle était la réponse apportée et si elles trouvaient cette réponse satisfaisante.

Résultats

Caractéristiques de la population étudiée

Les données socio-démographiques sont représentées par le tableau n°2 ci-dessous.

Tableau 2: Données socio-démographiques de notre population d'étude

		n n (%)
Âge (années) N=27	[18 - 25[4 (14,8)
	[25 - 35[17 (63,0)
	> 35	4 (14,8)
	NR	2 (7,4)
IMC avant la grossesse N=27	<18	1 (3,7)
	[18 - 25]	6 (22,2)
]25 - 30]	12 (44,4)
	>30	4 (14,8)
	Incalculable	4 (14,8)
Origines géographiques N=27	Amérique du Nord	1 (3,7)
	Afrique Sub-saharienne	14 (51,9)
	Afrique du Nord	9 (33,3)
	Caraïbes	1 (3,7)
	NR	2 (7,4)
Durée de vie en France (si née à l'étranger) N=27	<1 mois	1 (3,7)
	[1 mois - 1 an[3 (11,1)
	[1 an - 5 ans[8 (29,3)
	>5 ans	9 (33,3)
Niveau d'étude N=27	Sans diplôme	5 (18,5)
	Brevet	3 (11,1)
	CAP/BEP	5 (18,5)
	BAC	6 (22,2)
	Études supérieures	7 (25,9)
	NR	1 (3,7)

Statut Marital N=27	Célibataire	10 (37,0)
	Mariée/Pacsée	8 (29,6)
	Concubinage	9 (33,3)

N = nombre de questionnaire récupérés ; n = nombre de réponse ; NR = Non Renseigné

Les données obstétricales de notre population d'études sont représentées par le tableau n°3 ci-dessous.

Tableau 3: Données obstétricales de notre population d'étude

		n n (%)
Parité N=27	Nullipare	10 (37,0)
	Primipare	7 (25,9)
	Multipare	9 (33,3)
	NR	1 (3,7)
Trimestre de la grossesse au moment du remplissage N=27	1er Trimestre	7 (25,9)
	2ème Trimestre	13 (48,2)
	3ème Trimestre	7 (25,9)
Type de grossesse N=27	Singleton	23 (85,2)
	Gémellaire	2 (7,4)
	NR	2 (7,4)
Sexe(s) Fœtal(s) N=27	Fille	7 (24,1)
	Garçon	11 (37,9)
	Inconnu	11 (37,9)

N = nombre de questionnaire récupérés ; n = nombre de réponse ; NR = Non Renseigné

Les caractéristiques de l'hypersialorrhée gravidique

À la question « quand avez-vous commencé à hypersaliver » nous avons considéré que les femmes qui ont coché le choix « Avant même de se savoir enceinte » était au premier trimestre de leur grossesse lorsqu'elles ont commencé à hypersaliver. De ce fait, 25 femmes (92,6 %) ont

déclaré commencer à hypersaliver au premier trimestre de la grossesse. Une femme nous a fait part d'une hypersalivation qui aurait débuté au deuxième trimestre.

Pour 18 femmes (66,7%), cette hypersalivation a fait surface avec la découverte de la grossesse. Les autres ont commencé à saliver avant de se savoir cliniquement enceinte.

Près de la moitié des femmes, soit 13 femmes, connaissait au moins une personne de leur entourage qui présentait une hypersialorrhée gravidique. Cette personne pouvant être leur mère, une tante, une sœur, ou une amie.

Au sein, de notre population d'étude, 17 femmes (60,0%) avaient déjà eu au moins un enfant et Parmi elles :

- 4 femmes n'avaient pas d'antécédent d'hypersialorrhée gravidique
- 12 femmes avaient déjà présenté ce symptôme :
 - o 6 femmes avec une intensité moindre comparé à celle de la grossesse actuelle
 - o 4 femmes avec une intensité supérieure à celle de la grossesse actuelle
 - o 2 femmes avec une intensité comparable à celle de la grossesse actuelle
- 1 femme n'avait pas précisé

Fluctuations du flux salivaire

➤ Par rapport au temps :

23 femmes (85,2 %) faisaient part d'une hypersalivation à prédominance diurne et elles n'avaient pas de moment particulier au cours de la journée où l'intensité de l'hypersialorrhée gravidique était augmentée.

Pour deux femmes (7,4%), l'hypersalivation survenait de jour comme de nuit.

Enfin, seule une femme a déclaré avoir une hypersalivation avec une manifestation plutôt nocturne.

➤ Par rapport au repas :

En ce qui concerne l'impact des aliments sur le flux salivaires, 63% des femmes déclaraient ne pas avoir remarqué que certains aliments avaient tendance à accroître leur quantité de salive.

Parmi, les 37% de celles qui avaient mise en évidence une action amplificatrice de certains aliments sur leur salive, plusieurs mettaient en évidence des aliments sucrés que cela soit du jus,

du soda ou des fruits. D'autres aliments ont également été mis en exergue tels que des féculents (pain, pomme de terre), mais également la tomate, le citron et des épices mais sans en préciser la nature.

L'hypersialorrhée gravidique était dans la plupart des cas, associée à d'autres symptômes le plus souvent digestifs.[Figure n°1]

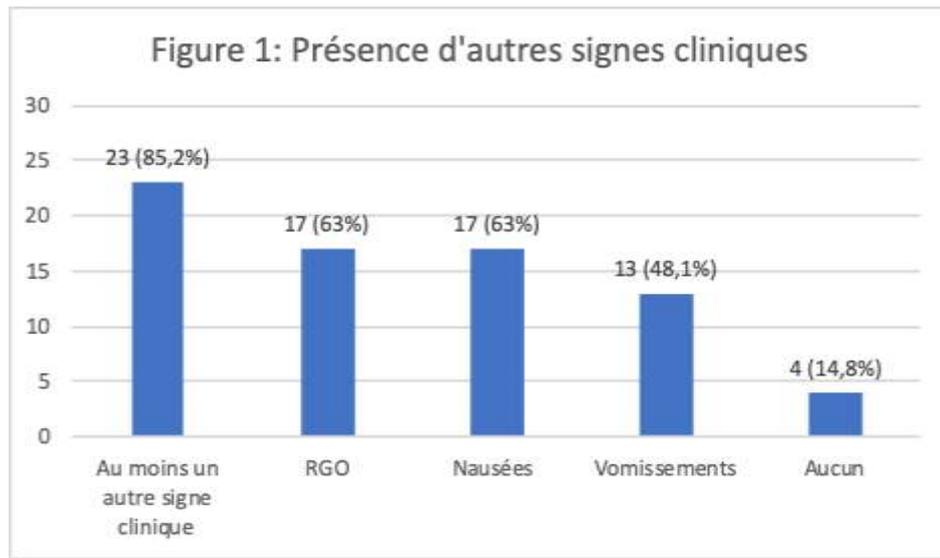


Figure 1: Association avec d'autres signes cliniques

Les répercussions de l'hypersialorrhée gravidique

Nous avons cherché à savoir si l'hypersalivation avait un impact sur la sensation de soif. Toutes les femmes interrogées ont répondu et 21 femmes (77,8%) ont déclaré que l'hypersalivation leur donnait une sensation de soif. Cette sensation était « légère » pour 10 d'entre-elles (47,6%° ; « modérée » pour 7 et « énormément » pour les 4 restantes (19,1%).

Dans notre questionnaire, deux questions permettaient d'évaluer une éventuelle incidence de l'hypersialorrhée gravidique sur le sommeil. Dans un premier temps, nous demandions si l'hypersalivation gênait leur sommeil. Pour cette question, la réponse a été "oui" pour 19 femmes (70,4%). Dans un second temps, il fallait préciser s'il s'agissait d'une augmentation du temps de sommeil ou d'une réduction. Parmi, les femmes gênées, 18 déclaraient "moins dormir". Au sein des femmes qui disaient "moins dormir", 14 signalaient un état de fatigue au moment du remplissage du questionnaire.

A ces deux questions, deux réponses étaient contradictoires.

En ce qui concerne l'alimentation, 19 femmes (70,4%) indiquaient une modification de leurs habitudes alimentaires : parmi elles 17 femmes soit réduisaient leur portion alimentaire, soit évitaient certains aliments.

Une question à choix multiple permettait de déterminer l'impact de l'hypersialorrhée gravidique sur la vie de couple, la vie sociale et le vécu de la grossesse. La question était « diriez-vous que cette hypersalivation a un impact négatif sur... ». Si la réponse était « oui », les femmes pouvaient quantifier le degré de cet impact.

Deux femmes n'ont pas répondu à cette question : pour une, le niveau de compréhension du français était trop limité pour pouvoir lui expliciter la question ; et pour l'autre aucune justification n'a été trouvée. Il y avait donc 25 questionnaires exploitables.

Parmi les 25 femmes ayant répondu, 24 femmes (96%) déclaraient que l'hypersalivation avait au moins un impact négatif sur un des aspects de leur vie.

➤ Vie de couple

La vie de couple est le moins impactée et la répartition des réponses est représentée par la figure n°2 ci-dessous.

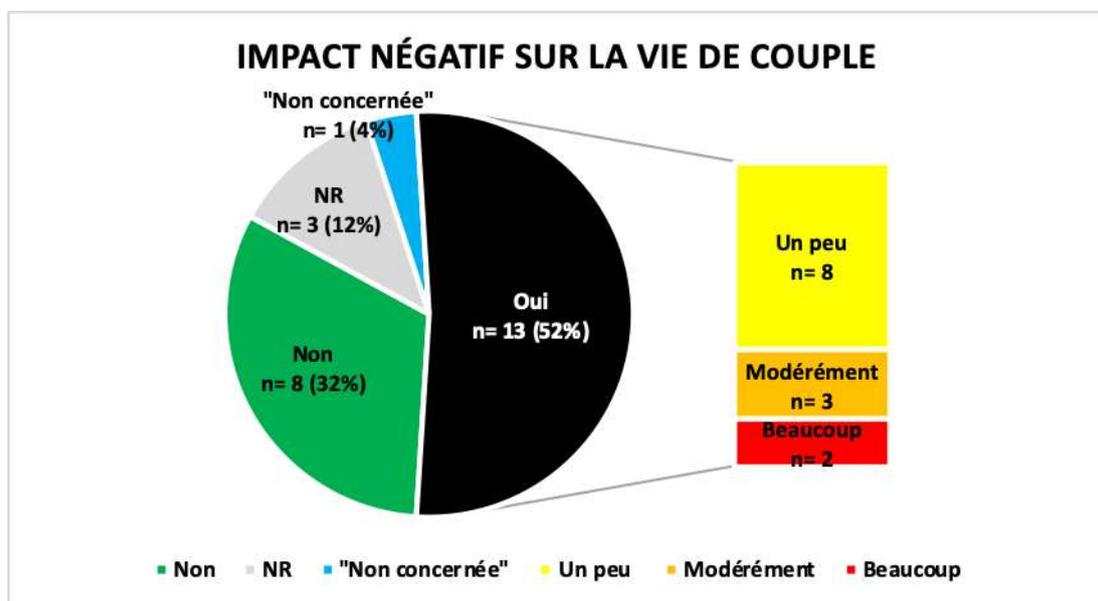


Figure 2: : Impact négatif sur la vie de couple

➤ Vie professionnelle

En ce qui concerne la vie professionnelle, la figure n° 3 ci-dessous représente la répartition des réponses.

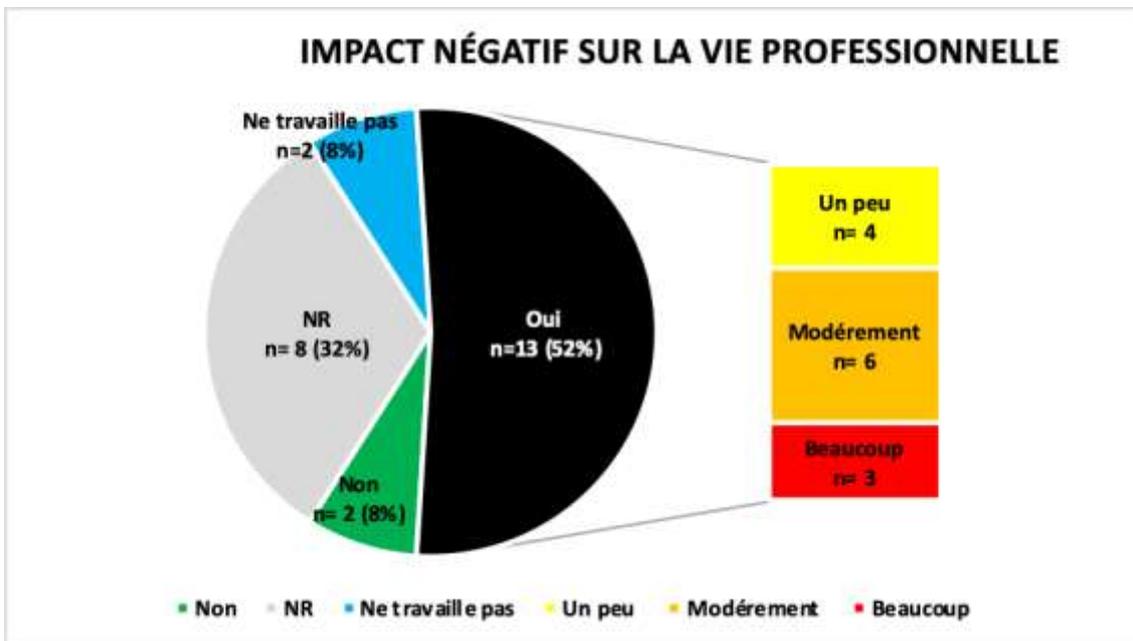


Figure 3: Impact sur la vie Professionnelle

➤ Relations amicales

L'impact sur les relations amicales est représenté par la figure n°4 ci-dessous.

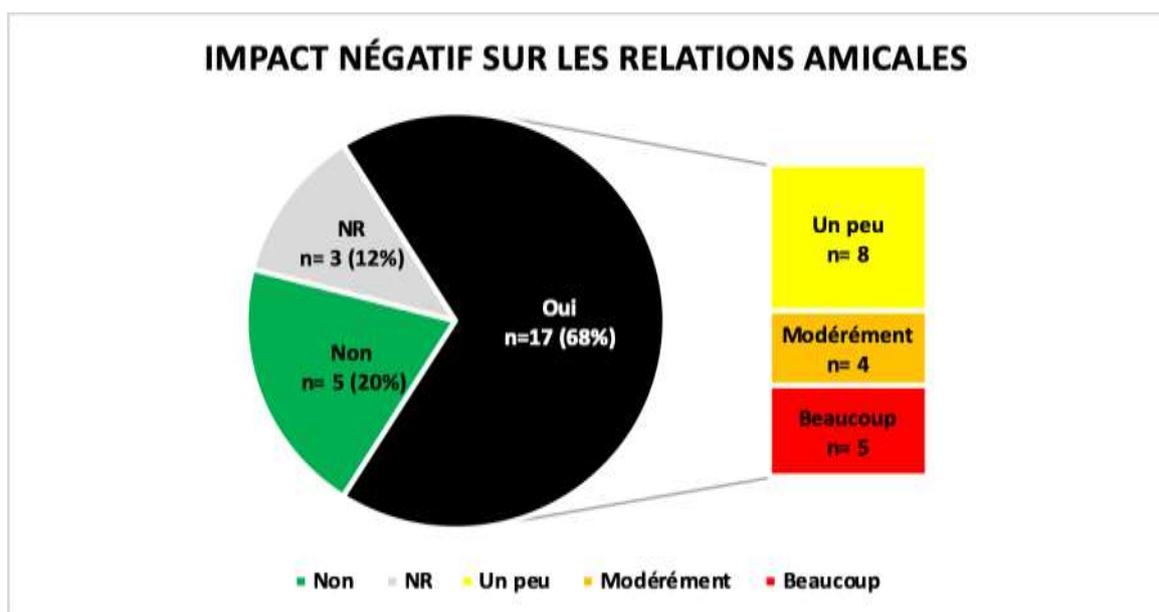


Figure 4: Impact négatif sur les relations amicales

➤ **Vécu de la grossesse**

Le vécu de la grossesse, est l'un des éléments les plus impacté et les réponses sont représentées ci-dessous par la figure n°5.

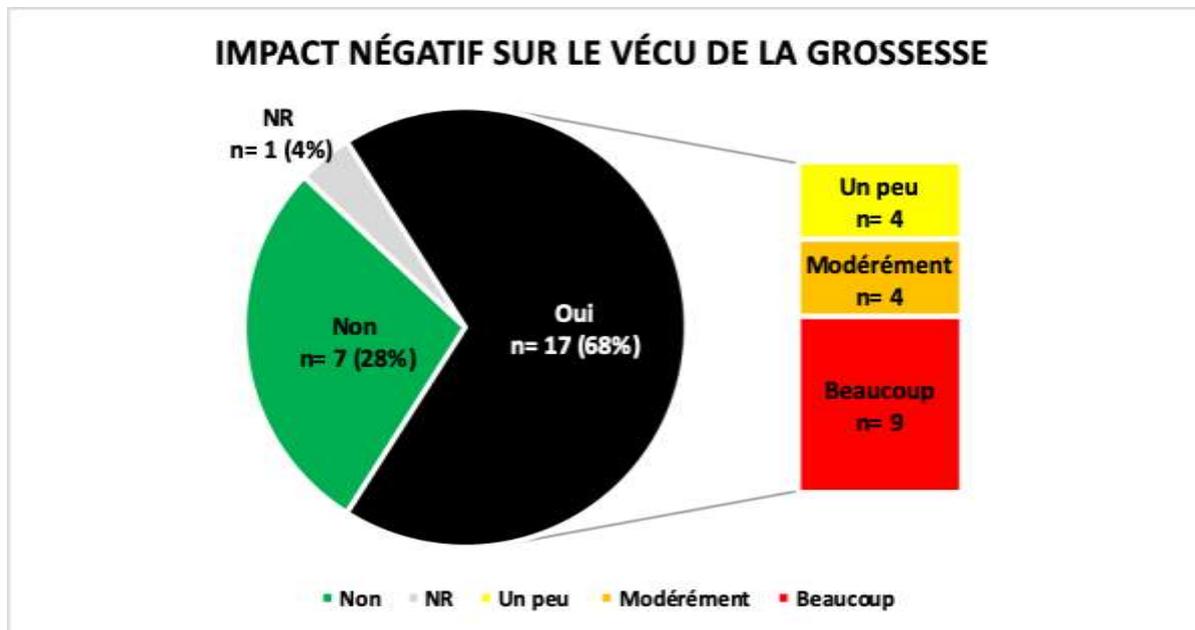


Figure 5: Degré d'impact négatif sur le vécu de la grossesse

➤ **Loisirs**

Les loisirs sont les moins impactés par l'hypersalivation gravidique et la répartition des réponses est représentée par la figure n°6 ci-dessous.

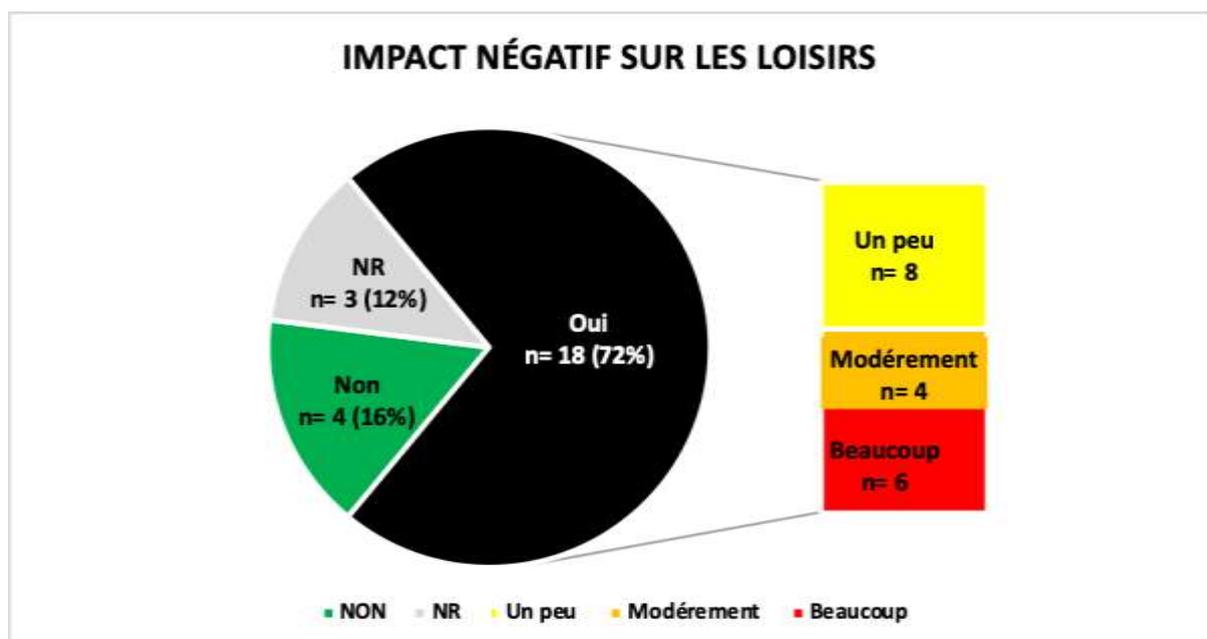


Figure 6: Impact sur les loisirs

➤ **La vie quotidienne**

En ce qui est de la vie quotidienne, 5 des 20 femmes ayant répondu « oui » expliquaient « moins sortir » à cause de l'hypersalivation et 3 disaient ressentir une gêne en public. 12 réponses n'ont pas été précisées.

Globalement, les femmes déclaraient mal vivre l'hypersialorrhée gravidique : 13 femmes « mal » (48,1%) » et 11 femmes « très mal » (40,7% »). Parmi ces dernières, 16 attestaient que l'hypersalivation avaient un impact négatif sur leur grossesse.

En ce qui concerne le ressenti de l'état émotionnel au moment du remplissage du questionnaire :

- 20 femmes (74,1%) se disaient « fatiguées »
- 5 femmes (18,5%) se disaient « stressée »
- 3 femmes (11,1%) se disaient « triste »
- 3 femmes (11,1%) se disaient « énervée »
- 2 femmes (7,4%) se disaient « angoissées »

Une patiente a indiqué que l'hypersalivation la faisait souffrir d'halitose.

Les stratégies personnelles pour faire face à l'hypersialorrhée gravidique

Nous souhaitions savoir comment les femmes faisaient pour vivre au quotidien avec l'hypersalivation. Pour ce faire, une question portait sur les moyens utilisés pour jeter le surplus de salive.

➤ **Pour se débarrasser du surplus de salive**

Les moyens les plus utilisés étaient les bouteilles en plastiques (n=14) et les mouchoirs (n=10) puis vient les ustensiles faisant office de crachoir (n=5). 3 femmes rapportaient se rendre aux toilettes. Certaines femmes combinaient plusieurs moyens. La combinaison la plus fréquente était la bouteille en plastique avec les mouchoirs. Une patiente nous a expliqué qu'elle essayait parfois d'avaler sa salive mais que cela lui donnait des nausées.

La majorité des femmes (n=20) jugeait « gênant » le moyen utilisé, même quand il y avait la multiplication de plusieurs moyens.

➤ **Produits employés par les femmes**

Environ un tiers des femmes (n=8) déclarait n'utiliser aucun produit particulier. Sinon le produit le plus utilisé était le chewing-gum (n=14) suivi d'éléments sucrés tel que les bonbons, les jus et les sodas (n=6). Puis 4 femmes nous ont déclarées utiliser le Kaolin. Une patiente nous a dit utiliser la noix de cola et une autre des clous de girofle. La noix de cola a été jugée utile par son utilisatrice mais cette dernière à préciser qu'elle augmentait son appétit. Le clou de girofle a également été jugé efficace.

En ce qui concerne l'usage du Chewing-gum :

- La fréquence d'utilisation était d'une fois par semaine ou moins pour 8 femmes et de plus d'une fois par jour pour 5 femmes.
- L'usage du chewing-gum a été suggéré par l'entourage pour 5 d'entre-elles et pour 4 autres cette idée faisait suite à leur réflexion. Pour une femme cela a été proposé par sa sage-femme
- La moitié (n=7) des utilisatrices du chewing-gum déclarait que cela n'a pas été efficace (vs 5 « utile »).

Quant au Kaolin :

- Les 4 consommatrices l'utilisaient à une fréquence d'une fois par semaine ou moins
- Les 4 déclarent que cela leur a été conseillé par un membre de leur entourage
- 3 consommatrices le jugent inefficace contre l'hypersalivation

Concernant les produits sucrés :

- 3 des 6 femmes qui utilisaient des aliments sucrés en consommaient à une fréquence plus d'une fois par jour
- Dans la moitié des cas (n=3) cela a été préconisé par un membre de leur entourage et dans l'autre moitié l'idée venait d'elle-même
- La moitié de ces femmes (n=3) n'a pas trouvé efficace les produits sucrés

La prise en charge de l'hypersialorrhée gravidique

Par le biais de ces femmes, nous avons voulu savoir si les professionnels intervenant dans la périnatalité proposaient une prise en charge pour l'hypersialorrhée gravidique.

Tout d'abord, nous avons cherché à savoir si ces femmes demandaient de l'aide aux professionnels de santé rencontrés. La réponse a été positive pour 21 femmes (77,8%) et il s'agissait d'une sage-femme pour 16 d'entre-elles, pour 7 autres il s'agissait du médecin généraliste et 5 femmes en avaient parlé à leur gynécologue-obstétricien. 3 femmes déclarent avoir également discuté de cela avec leur pharmacien. Cette question était à choix multiple, et 7 femmes en ont parlé à plusieurs professionnels différents.

Dans un second temps, nous voulions avoir le ressenti de la patiente sur l'échange eu avec le professionnel de santé. La plupart des femmes (n=17), disaient s'être senties écoutées. Aucune femme ne s'est sentie jugée, par contre 3 femmes disaient s'être senties ignorées.

Parmi ces femmes qui se sont senties ignorées on peut noter qu'aucune proposition ne leur avait été faite pour lutter contre leur hypersalivation. En effet, en ce qui concerne la prise en charge par les professionnels de santé, on peut noter que dans la moitié des cas, le professionnel de santé avait proposé quelque chose et selon les dires femmes, il pouvait s'agir :

- de l'usage de chewing-gum
- d'antiacides ou d'antiémétiques
- de l'homéopathie (ex : Robinia 5CH)(34)
- de l'acupuncture

La proposition du ou des professionnel(s) de santé, a été jugée utile par 4 femmes. Pour 5 femmes la proposition a été jugée non efficace mais sans précision.

Une patiente ne pouvait pas juger de sa proposition car elle ne l'avait pas encore mise en œuvre. Et il s'agissait de séances d'acupuncture.

Discussion

Résumé des principaux résultats :

Nous avons pu constater que l'hypersialorrhée gravidique avait globalement un impact négatif sur la qualité de vie des femmes qui la présentent.

Plusieurs aspects de la vie de ces femmes sont impactés : 20 déclarent un retentissement sur leur sommeil, les habitudes alimentaires ont dû être modifiées pour 19 femmes, et 17 femmes estiment que cette hypersialorrhée a un impact négatif conséquent sur le vécu de leur grossesse. Notre première hypothèse : « l'hypersialorrhée gravidique a un impact négatif sur la qualité de vie de la gestante » est donc confirmée.

Parmi les femmes interrogées, 24 déclarent vivre « très mal » ou « mal » l'hypersialorrhée gravidique. Cependant, les stratégies personnelles utilisées tendent plus vers une accoutumance à ce symptôme qu'à la mise en place d'actions correctrices.

Dans la majorité des cas (n=21), ces femmes demandent conseil aux professionnels de santé rencontrés : 11 ont eu une proposition de prise en charge, et cette proposition a été jugée utile dans un tiers des cas (n=4).

Selon ces femmes, les réponses apportées par ces professionnels étaient assez variées (usages de chewing-gum, d'antiacides, d'antiémétiques, séances d'acupuncture...) mais visaient plus le traitement des symptômes associés. Notre deuxième hypothèse : « Les femmes présentant une hypersialorrhée gravidique mettent en place des stratégies personnelles pour améliorer leur quotidien et pour pallier l'absence de prise en charge par les professionnels de santé » est ainsi partiellement confirmée.

Nous avons également observé que les femmes présentant une hypersialorrhée gravidique font partie d'une minorité géographique. En effet, 14 femmes sont originaires d'Afrique Sub-saharienne, et 9 d'Afrique du Nord.

Discussion des résultats :

Caractéristiques de la population étudiée

Nous avons observé que l'âge moyen des femmes de notre étude est de 30,1 ans. Cet âge moyen à la maternité est corrélé avec les données de l'INSEE en 2018 où il était estimé à 30,4 ans. (35)

En ce qui concerne l'origine géographique, notre échantillon est différent des données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, dans laquelle le pourcentage de femme nées à l'étranger était évalué à 18,6% et les principales régions d'origines sont les pays d'Afrique du Nord (7,1%) suivi des pays de l'Afrique Sub-saharienne (4,3%). (36,37) Ces données sont assez différentes de celles observées dans notre étude où 21 femmes (77,78%) sont nées à l'étranger.

Cette différence entre l'ENP2016 et notre étude peut s'expliquer de plusieurs façons. L'explication la plus probable étant le caractère ethnique de l'hypersialorrhée gravidique. Cependant, cette différence peut aussi venir du fait que nous avons sélectionné nos lieux d'étude pour cibler une population d'Afrique sub-saharienne chez qui ce symptôme est plus fréquemment retrouvé.

Enfin, dans notre échantillon, seulement 7 femmes ont déclaré avoir un niveau d'études supérieures ce qui est très inférieur aux chiffres retrouvés dans l'ENP de 2016, dans laquelle 63.8% des femmes déclaraient en Ile-de-France un niveau d'études supérieure. Cette discordance de chiffres peut s'expliquer par le fait qu'une grande majorité des femmes de notre étude sont étrangères. En effet, au sein de la population immigrée, le niveau d'étude est inférieur à celle de la population générale. (36–39)

Une sage-femme a émis l'hypothèse que c'est un symptôme de grossesse plutôt culturel qui se perd avec le temps, tout en nous faisant remarquer que les enfants de ces femmes nés en France n'hypersalivaient pas durant leur grossesse. Ce qui pourrait expliquer le nombre de femmes migrantes dans notre étude. Moro explique ce phénomène de transparence culturelle.(40) Les femmes pour qui l'hypersialorrhée gravidique résulte d'une transparence culturelle auront plus de mal à être prise en charge car cette dernière participe à la construction de leur parentalité.

Les caractéristiques de l'hypersialorrhée gravidique

Dans l'ensemble, les caractéristiques de l'hypersialorrhée au sein de notre population d'étude sont similaires à celles relevées dans la littérature internationale.

L'hypersialorrhée gravidique a débuté au premier trimestre de la grossesse pour 25 femmes (92,6%). Ce symptôme est retrouvé dans notre échantillon du 1^{er} au 9^{ème} mois de grossesse.

A l'instar, de Van Dinter et al. (1991) et Bronshtein et al (2018) on peut dire que l'hypersialorrhée gravidique débute au premier trimestre de la grossesse et peut durer durant toute cette dernière. (16,17) En revanche, notre étude ne nous permet pas de mettre en évidence à quel moment ce symptôme cesse car nous n'avons pas interrogé de femmes dans le post-partum. Il aurait été intéressant de savoir si ce symptôme s'arrête à la délivrance ou s'il se poursuit dans le post-partum immédiat.

Nous avons 17 femmes qui avaient déjà eu au moins un enfant. Parmi elles, 12 ont fait part d'un antécédent personnel d'hypersialivation gravidique à ou aux grossesse(s) précédente(s). Il semble donc que le fait d'avoir souffert d'hypersialorrhée gravidique prédispose à un fort risque de récurrence à la grossesse suivante.

D'autre part, 13 femmes déclarent connaître au moins une personne de leur entourage qui ont présenté ce symptôme lors d'une grossesse. Il se peut que pour certaines femmes, cette hypersialivation résulte d'une sorte de mimétisme conscient ou pas, en accord avec le concept de « transparence psychique » de Madame Bydlowski.(41). Il est possible que certaines de ces femmes hypersalivent en l'honneur d'une femme signifiante de leur passé qui a également hypersalivé durant sa ou ses grossesse(s).

Nos données correspondent à celles que nous avons pu lire dans la littérature : les antécédents personnels et familiaux d'hypersialorrhée gravidique représentent un facteur de risque. (16)

D'autres points communs ont été retrouvés avec la littérature comme l'association fréquente avec les nausées, les reflux gastro-œsophagiens et les vomissements. (15) Ces signes digestifs constituant un facteur de risque ou un facteur favorisant l'hypersialorrhée gravidique, leurs évictions est un début de prise en charge.

Notre étude a également fait ressortir le caractère ethnique de cette hypersialivation mais nos résultats ne nous permettent pas de l'expliquer. Elle pourrait être due à une alimentation beaucoup plus grasse, ce qui favoriserait les reflux gastriques (et donc la mise en jeu du réflexe

oestro-gastro-salivaire). De plus, nous pouvons noter que l'indice de masse corporelle avant la grossesse pour plus de la moitié (n=16) des femmes de notre étude est supérieure à 25.

Nos résultats ne nous permettent pas de mettre en évidence l'incidence du sexe fœtal dans la survenue de l'hypersialorrhée gravidique, puisque plus d'un tiers des femmes étudiés ont déclaré ne pas avoir connaissance du sexe de l'enfant attendu.

Devoize et Dallel ainsi que les auteurs du livre « Explorations de la sécrétion salivaire » expliquent la rythmicité de la sécrétion salivaire. Nous avons donc cherché à savoir si les femmes présentant une hypersialorrhée gravidique ressentait cette variation : 17 femmes déclarent saliver plus durant la journée. Ce qui est cohérent avec le fait que le débit de sécrétion salivaire soit supérieur le jour. Cependant, un peu plus loin dans le questionnaire, 18 femmes déclarent une réduction de leur sommeil à cause de l'hypersalivation. Cela peut laisser sous-entendre plusieurs choses :

- Les femmes n'ont pas remarqué de variation car la surproduction de salive respecte leur rythme de sécrétion hors grossesse
- Il n'y a pas de fluctuation du surplus de salive comme la sécrétion physiologique de base mais ces femmes sont gênées durant la nuit car cette sécrétion reste supérieure à ce qu'elles connaissent en dehors de la grossesse.
- De plus, les femmes qui vivent mal cette hypersalivation auront plus tendance à cocher la réponse avec la plus grande étendue horaire ce qui constitue un biais de jugement.

Ainsi, nous nous sommes demandé, s'il n'aurait pas été plus aisé de poser la question inverse : « Avez-vous remarqué des moments où vous salivez moins ou pas du tout ? » et laisser libre choix de la réponse. Toutefois, cette plainte nocturne alors que l'hypersalivation semble venir plutôt le jour est similaire à ce qu'avait relevé Van Dinter. (16)

La sécrétion salivaire est physiologiquement plus élevée au cours des repas afin de permettre la fabrication du bol alimentaire. Aucune femme n'a déclaré une augmentation de sa sécrétion salivaire au cours du repas, sans doute parce-que le surplus était avalé sans difficulté.

Par ailleurs, 10 femmes déclarent une action amplificatrice de plusieurs aliments (citron, sucre, pain, pomme de terre, coca-cola, jus de fruit...) sur leur quantité de salive. En 1988, Watanabe et Dawes ont effectivement mis en évidence une variation du flux salivaire en fonction de l'aliment. (42) Ainsi, plus l'aliment sera acide, plus la sécrétion salivaire sera importante, ce qui corrobore le dire de la femme de notre étude qui a remarqué une augmentation de sa salive après la

consommation de citron. Nous n'avons pas trouvé d'explication pour les féculents et les aliments sucrés.

Les répercussions de l'hypersialorrhée gravidique

Notre questionnaire était conçu de sorte à évaluer les différentes répercussions possibles de l'hypersalivation sur la santé physique et psychique de la future mère. Plusieurs impacts négatifs sont mis en évidence. Nous n'avons pas trouvé de situation qui mettrait en danger le pronostic maternel et/ou fœtal. L'hypersialorrhée gravidique est bien une affection bénigne.

Néanmoins, certains aspects ne doivent pas être négligés :

Des troubles du sommeil ont été mis en avant par 18 femmes qui signalaient une diminution de leur temps de sommeil. Les termes de grossesse de ces femmes allaient du 1^{er} au 3^{ème} trimestre, ce qui ne nous permet pas de penser que ces troubles sont dus à leurs termes. En effet, il est admis qu'au troisième trimestre de la grossesse les troubles du sommeil sont très fréquents (à cause de la croissance fœtale en outre).(43) Une grossesse peut engendrer des troubles du sommeil qui pourraient être amplifiés par l'hypersialorrhée gravidique. Nous pouvons donc aisément imaginer dans quel état de fatigue ces femmes peuvent se trouver. D'ailleurs 14 d'entre-elles déclarent être « fatiguées » au moment du remplissage du questionnaire.

Les habitudes alimentaires de 17 femmes ont dues être modifiées mais cette modification est à nuancer car nous savons que la grossesse peut aussi engendrer un changement de régime alimentaire. De plus, 21 de ces femmes (87,6%) sont issues de l'immigration. Nous savons aussi que les troubles du sommeil et de l'alimentation sont plus fréquents au sein de cette population.(44–46) Une enquête alimentaire auprès des femmes présentant une hypersialorrhée gravidique aurait été nécessaire pour préciser ce phénomène. Cette enquête aurait pu participer à une amélioration de la prise en charge de cette hypersalivation car l'alimentation est une des hypothèses de l'étiologie de ce symptôme.

Une sensation de soif augmentée est mise en évidence par ces femmes, ce qui est logique car l'hypersalivation est accompagnée d'une perte d'eau. Donc en compensation ces dernières ont plus soif afin de maintenir un bon degré d'hydratation.(9)

Des impacts négatifs sur le plan social ont également été mis en exergue : 13 femmes déclarent un impact négatif sur leur vie professionnelle. L'hypersialorrhée peut entraîner des difficultés de communication.(15,16) Pour ces femmes qui travaillent, ne pas pouvoir communiquer aisément, surtout dans certains métiers, peut effectivement être problématique. Certaines pourraient même avoir recours à des arrêts de travail si un aménagement de poste n'est pas possible.

D'autre part, 17 femmes déclarent un impact négatif sur les relations amicales qui pourrait être dû aux difficultés de communication mais également à cause de la gêne qu'elles peuvent ressentir de devoir cracher devant leurs amis.

Les loisirs constituent l'aspect de la vie social qui a reçu le plus de réponses concernant l'impact négatif de l'hypersialorrhée gravidique. Certaines femmes confient également réduire leurs sorties à l'extérieur.

Nous voyons que les femmes qui hypersalivent durant leur grossesse présentent un risque élevé d'isolement avec plus de difficultés à faire face à l'investissement que demande la grossesse.

13 femmes déclarent un impact négatif de ce symptôme sur leur vie de couple. Ce qui nous laisse penser que l'hypersialorrhée gravidique pourrait interférer avec la construction de la parentalité.

Enfin, en ce qui concerne le vécu de la grossesse, nous pouvons tout de même noter que 17 femmes déclarent un impact négatif sur leur vécu de la grossesse avec 9 femmes pour qui l'auto-évaluation est au degré maximal (« beaucoup »). Il aurait fallu approfondir la nature de cet impact.

Nous pouvons penser que tous ces impacts négatifs peuvent avoir une incidence sur le lien-mère enfant dans le post-partum mais aussi sur la parentalité. Il aurait été intéressant d'effectuer une étude comparative sur la qualité du lien mère-enfant des femmes qui ont présenté une hypersialorrhée gravidique durant leur grossesse et celles qui ne le présentaient pas.

Les stratégies personnelles des femmes

Les moyens utilisés pour se débarrasser du surplus de salive, sont globalement les mêmes que ceux décrits dans la littérature. (16) Il n'a pas été mis en évidence, de moyen privilégié selon les origines géographiques.

Les quatre femmes qui utilisaient le Kaolin sont originaire d'Afrique noire ce qui concorde avec les articles traitant de la géophagie. En effet, il s'agit d'une pratique courante dans certains pays

d'Afrique Sub-saharienne. (15,18,24,26) Détecter la consommation de Kaolin chez ces femmes permettrait de prévenir certains effets indésirables comme les anémies ferriprives.

L'usage de chewing-gum fait également parti des stratégies personnelles, malgré le fait que la mastication augmente la sécrétion salivaire. (3,6,9). Il ne semble pas judicieux d'encourager l'usage du chewing-gum.

La réduction des facteurs de risque des hypersialorrhées [Tableau 1] constituent une piste de prise en charge de ce symptôme. Ainsi une bonne hygiène dentaire devrait être encouragée.

L'usage des aliments sucrés (coca-cola, jus de fruit...) doit également être déconseillé car il favorise un gain pondéral important voir même un risque de diabète gestationnel et ses conséquences sur la grossesse. Les aliments sucrés favorisent aussi la survenue de caries. (3,5–7,9,10,47)

La prise en charge par les professionnels de santé

Parmi les femmes qui en ont parlé à un professionnel de santé, la sage-femme était citée par 16 femmes alors que selon l'ENP2016, seule, 40,6% des grossesses sont suivies par une sage-femme en maternité. (36,37) Cette surreprésentation de la sage-femme est sans doute due au fait que les sages-femmes ont été beaucoup plus sollicitées pour la distribution du questionnaire que les autres professionnels de santé.

Les seuls traitements efficaces de l'hypersalivation gravidique sont les médicaments avec des propriétés atropiniques. Or, ces derniers sont proscrits durant la grossesse. Effectivement selon les dires des femmes il n'y a pas une réelle prise en charge de l'hypersialorrhée gravidique. Comme ce que nous pouvons observer dans la littérature, les femmes dont l'hypersalivation est associée aux reflux gastro-œsophagiens, pyrosis, nausées et/ou vomissements, avaient une prise en charge visant ces symptômes là mais pas l'hypersialorrhée en elle-même. (2,13,15)

Les médecines alternatives tel que l'acupuncture, l'homéopathie ou l'hypnose, qui ne font courir aucun risque à la femme et à son enfant, étaient très peu utilisées : une femme nous a parlé d'acupuncture et une autre d'un traitement homéopathique (Robinia 5CH). (31,48) En ce qui concerne l'acupuncture et l'homéopathie, elles sont proposées à la maternité de Lariboisière depuis peu de temps. Nous avons pu rencontrer une des sages-femmes acupuntrices qui prend en charge ces femmes. Elle nous a expliqué qu'il était très difficile d'arriver à soigner une

hypersialorrhée gravidique avec l'acupuncture car il n'existe pas de point d'acupuncture spécifique à l'hypersialorrhée connu. Ces alternatives sont proposées depuis trop peu de temps pour qu'il puisse y avoir un retour sur leur efficacité.

Dans la littérature il est surtout question d'acupuncture dans le but de soigner le « bavage ». Nous n'avons pas trouvé d'étude évaluant la prise en charge de l'hypersialorrhée gravidique par de l'acupuncture.

Les médecines alternatives constituent des pratiques à approfondir pour la prise en charge de l'hypersialorrhée gravidique.

Points forts :

Notre étude présente plusieurs points forts :

A notre connaissance, il n'y a à ce jour aucune étude française traitant ce sujet. Notre travail fait suites à des observations de terrain. Ce sujet concerne de nombreuses femmes mais semble très peu connu et mal pris en charge.

Lorsque nous avons interrogé ces femmes, elles étaient en train d'expérimenter une hypersialorrhée gravidique, il n'y a donc pas de biais de mémorisation.

Nous avons réalisé une revue de la littérature assez complète sur le sujet et nous avons interrogé de nombreux professionnels sur le terrain en consultation prénatale mais aussi :

- Une sage-femme acupunctrice, à la maternité de l'hôpital Lariboisière
- Un stomatologue, spécialiste des pathologies de la muqueuse buccale à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière.

Limites et biais de l'étude :

Malgré de nombreuses relances et une présence sur place très régulière, nous n'avons pu récolter que 27 questionnaires, ce qui affaiblit la validité interne de cette étude. Plusieurs difficultés ont été de réels freins au recrutement. Tout d'abord, alors que nous croisions très souvent des femmes hypersalivant lors de nos stages, quand nous avons commencé à distribuer le questionnaire, la prévalence de ces femmes a curieusement considérablement baissé. Les relais dans les services se

sont d'ailleurs étonnés de la diminution du nombre de femmes présentant une hypersialorrhée gravidique pendant la période de notre étude.

Ensuite, nous avons sous-estimé la proportion des femmes ne parlant ni ne lisant le français et l'anglais et nécessitant une aide au remplissage des questionnaires. Concernant les femmes ayant eu recours à une aide pour la traduction du questionnaire, nous ne pouvons pas non plus ignorer l'influence de l'interprète lors de la reformulation des questions faisant ainsi intervenir le biais de subjectivité de l'enquêteur.

En notre absence, plusieurs de nos questionnaires n'ont pu être remplis, par faute de temps du personnel des maternités informées.

Le caractère multicentrique de notre étude n'a pas pu renforcer sa validité interne car quatre de nos lieux d'étude sur cinq concentrent une population quasi identique.

Malgré tout le soin apporté à sa réalisation, notre questionnaire n'était pas conçu de manière à mener une enquête alimentaire. Or le caractère ethnique de l'hypersialorrhée gravidique nous laisse penser qu'il pourrait y avoir un lien entre l'alimentation et ce symptôme. Il serait intéressant d'effectuer une étude concernant cet aspect.

Comme l'hyperémèse gravidique, nous pouvons dire que l'hypersialorrhée gravidique fait partie des théories sexuelles à thématique orale ayant une connotation abortive.(14) Pour évaluer la part psychologique de ce symptôme, nous aurions peut-être dû ajouter une ou plusieurs questions sur les circonstances de survenue de la grossesse et son acceptation.

Conclusion

L'hypersialorrhée gravidique est un symptôme de grossesse bénin mais fort désagréable au quotidien.

La plupart des femmes de notre étude reconnaissent un impact négatif de cette hypersalivation dans plusieurs domaines de leur vie (loisirs, relations amicales, vie professionnelle et vie de couple notamment) mais particulièrement sur le vécu de leur grossesse.

Notre étude ne nous permet pas de mettre en évidence l'étiologie de ce symptôme. Mais plusieurs facteurs de risques ont été mis en exergue (habitudes alimentaires, santé buccale, ethnicité, catégorie-sociale). L'hypersialorrhée gravidique est souvent associée à des troubles digestifs (nausées, vomissements, pyrosis) qui constituent ainsi un facteurs de risque. Certains aliments comme les aliments acides le sont également. Il semble judicieux de mener une enquête alimentaire auprès de ces femmes afin de les orienter.

Un autre aspect psychique de l'hypersialorrhée gravidique faisant intervenir les concepts de transparence psychique, de transparence culturelle et les théories sexuelles infantiles est suggéré par notre étude. Les circonstances de la grossesse doivent être approfondies pour ces femmes afin de soigner leur hypersalivation par une éventuelle prise en charge psychologique.

Les médecines alternatives (acupuncture, hypnose, homéopathie) sont reconnues sans danger et constituent une voie de prise en charge.

Notre faible effectif ne nous permet pas de généraliser nos résultats. Une étude qualitative interrogeant ces femmes sur leur quotidien, leurs habitudes alimentaires, les circonstances de la grossesse et leurs stratégies pour faire face à ce symptôme permettrait d'enrichir nos résultats et de proposer un accompagnement adapté. Une étude à plus grande échelle serait également souhaitable afin d'évaluer la prévalence de ce symptôme en France.

Bibliographie

1. Sage-emme et « petis » maux de la grossesse: autre regard, autres pratiques [Internet]. [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.cnsf.asso.fr/doc/747AB9E6-5056-9C00-417B1C6D9FCBF3F3.pdf>
2. Thoulon J-M. Petits maux de la grossesse. EMC - Gynécologie-Obstétrique [Internet]. août 2005 [cité 24 avr 2019];2(3):227-37. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1762614505000120>
3. Ligtenberg AJM, Veerman ECI. Saliva: secretion and functions. Basel: Paris [etc.]: Karger. copyright 2014.; 2014. (Monographs in oral science: vol. 24).
4. Wong V, Sun JG, Wong W. Traditional Chinese Medicine (Tongue Acupuncture) in Children With Drooling Problems. :8.
5. Vergez S, Vairel B, Bonnacaze GD, Astudillo L. Pathologies salivaires médicales. <http://www.em-premium.com.frodon.univ-paris5.fr/data/traites/or/20-60875/> [Internet]. 23 janv 2014 [cité 14 mars 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.frodon.univ-paris5.fr/article/866206/resultatrecherche/4>
6. Fauchier P, David P chirurgien-dentiste, Le Breton G. Exploration de la sécrétion salivaire [Texte imprimé]: aspects cliniques et biologiques. Paris: Biologiste et praticien. DL 1997.; 1997.
7. Miranda-Rius J, Brunet-Llobet L, Lahor-Soler E, Farré M. Salivary Secretory Disorders, Inducing Drugs, and Clinical Management. Int J Med Sci [Internet]. 22 sept 2015 [cité 7 févr 2019];12(10):811-24. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4615242/>
8. Monnier G, Tatu L, Parratte B, Cosson A, Michel F, Metton G. Hypersialorrhée, hypersudation et toxine botulique. Ann Readapt Med Phys [Internet]. juill 2003 [cité 7 mai 2018];46(6):338-45. Disponible sur: <https://www.lissa.fr/fr/rep/articles/12928141>
9. Devoize L, Dallel R. Salivation. //www.em-premium.com/data/traites/mb/28-54753/ [Internet]. 23 déc 2016 [cité 16 mars 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.frodon.univ-paris5.fr/article/1098190/resultatrecherche/1>
10. Coudert JL, Parret J. Les troubles salivaires sécrétoires. Inf Dent [Internet]. 10 févr 1983 [cité 7 mai 2018];65(6):469-71. Disponible sur: <https://www.lissa.fr/fr/rep/articles/6574983>
11. Freeman JJ, Altieri RH, Baptiste HJ, Kuo T, Crittenden S, Fogarty K, et al. Evaluation and management of sialorrhoea of pregnancy with concomitant hyperemesis. J Natl Med Assoc [Internet]. sept 1994 [cité 2 mai 2019];86(9):704-8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2607586/>

12. Suzuki S, Fuse Y. Clinical significance of ptyalism gravidarum. Archives of Gynecology and Obstetrics [Internet]. avr 2013 [cité 2 mai 2019];287(4):629-31. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s00404-012-2614-x>
13. Nazik E, Eryilmaz G. Incidence of pregnancy-related discomforts and management approaches to relieve them among pregnant women. Journal of Clinical Nursing [Internet]. 2014 [cité 2 mai 2019];23(11-12):1736-50. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.12323>
14. Luis Alvarez, Cayol Véronique. Psychologie et psychiatrie de la grossesse - De la femme à la mère. 7381^e-3228^e-2^e éd. 2014. (Odile Jacob).
15. Thaxter Nesbeth KA, Samuels LA, Nicholson Daley C, Gossell-Williams M, Nesbeth DA. Ptyalism in pregnancy - a review of epidemiology and practices. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology [Internet]. mars 2016 [cité 11 févr 2018];198:47-9. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S030121151500490X>
16. Van Dinter MC. Ptyalism in Pregnant Women. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing [Internet]. mai 1991 [cité 2 mai 2019];20(3):206-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884217515329166>
17. Bronshtein M, Gover A, Beloosesky R, Dabaja H, Ginsberg Y, Weiner Z, et al. Characteristics and Outcomes of Ptyalism Gravidarum. 2018;20:3.
18. Diko ML, Diko Cns. Physico-Chemistry Of Geophagic Soils Ingested To Relief Nausea And Vomiting During Pregnancy. African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines [Internet]. 1 janv 2014 [cité 7 mars 2018];11(3):21-4. Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/ajtcam/article/view/105105>
19. 45èmes Assises Nationales des sages-femmes [Internet]. [cité 28 mars 2018]. Disponible sur: <http://cerc-congres.com/SF2017/index.html#36>
20. Vergnes J-N, Kaminski M, Lelong N, Musset A-M, Sixou M, Nabet C. Frequency and Risk Indicators of Tooth Decay among Pregnant Women in France: A Cross-Sectional Analysis. PLoS ONE [Internet]. mai 2012 [cité 2 mai 2019];7(5):1-7. Disponible sur: <http://sirius.parisdescartes.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=79459578&lang=fr&site=eds-live&scope=site>
21. Prasanna JS, Karunakar P, Sravya MVN, Madhavi B, Manasa A. Detrimental consequences of women life cycle on the oral cavity. Journal of Oral Research & Review [Internet]. janv 2018 [cité 24 avr 2019];10(1):39-44. Disponible sur: <http://sirius.parisdescartes.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=127873438&lang=fr&site=eds-live&scope=site>
22. Erick M. Ptyalism Gravidarum: An Unpleasant Reality. Journal of the American Dietetic Association [Internet]. 1 févr 1998 [cité 2 avr

- 2019];98(2):129. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002822398000315>
23. WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf [Internet]. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf
 24. Lambert V, Boukhari R, Misslin-Tritsch C, Carles G. La géophagie : avancées dans la compréhension de ses causes et conséquences. *La Revue de Médecine Interne* [Internet]. févr 2013 [cité 16 mars 2019];34(2):94-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0248866312006248>
 25. Woywodt A, Kiss A. Geophagia: the history of earth-eating. *J R Soc Med* [Internet]. mars 2002 [cité 25 mars 2019];95(3):143-6. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1279487/>
 26. Hunter-Adams J. Interpreting habits in a new place: Migrants' descriptions of geophagia during pregnancy. *Appetite* [Internet]. oct 2016 [cité 25 mars 2019];105:557-61. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0195666316302616>
 27. Argile blanche surfine (Kaolin) : propriétés et utilisations - Aroma-Zone [Internet]. [cité 19 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.aroma-zone.com/info/fiche-technique/argile-blanche-surfine-kaolin-aroma-zone?page=library>
 28. Morgane Le Dref. Le fruit du baobab, riche et longtemps ignoré: Ce produit devrait bientôt être commercialisé en Europe dans des barres et des boissons. (Le fruit du baobab, riche et longtemps ignoré: Ce produit devrait bientôt être commercialisé en Europe dans des barres et des boissons.). *Le Monde*. 29 juill 2008;22.
 29. Niroomanesh Sh, Sharififar S. Effect of accupancture on point Pe6 on emesis of first gestational trimester. *Tehran University Medical Journal*, Vol 55, Iss 6, Pp 67-72 (1997). 1997;(6):67.
 30. Zotelli VLR, Grillo CM, de Sousa M da LR. Nausea Control by Needling at Acupuncture Point Neiguan (PC6) During an Intraoral Impression-Taking Procedure. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies* [Internet]. déc 2014 [cité 27 oct 2018];7(6):318-23. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S200529011400096X>
 31. Barry C, Seegers V, Gueguen J, Hassler C, Ali A, Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. :212.
 32. Defossez W. Approche actuelle de l'hypersialorrhée. *Revue belge de médecine dentaire* [Internet]. 2006;61(3):173-9. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17408138>
 33. Wong VC-N, Sun J-G, Yeung DW-C. Randomized control trial of using tongue acupuncture in autism spectrum disorder. *Journal of Traditional Chinese*

- Medical Sciences [Internet]. juill 2014 [cité 11 févr 2019];1(1):62-72. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2095754814000064>
34. Robinia pseudo acacia dose, granules, Boiron 4CH, 5CH, 7CH, 9CH, 15CH, [Internet]. Medicament.com - Pharmacie en ligne et produits de santé. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.medicament.com/1234-robinia-pseudo-acacia-dose-granules-boiron-4ch-5ch-7ch-9ch-15ch.html>
 35. Bilan démographique 2018 – Bilan démographique 2018 | Insee [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693?sommaire=1912926>
 36. enp2016_webgrand.jpg 427 × 640 pixels [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2015/01/enp2016_webgrand.jpg
 37. ENP2016_rapport_complet.pdf [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
 38. Poulet-Coulibando P, Testas A. le niveau d'études de la population et des jeunes. L'état de l'Enseignement supérieur et de la Recherche en France n° 10 - Avril 2017 [Internet]. 7 avr 2017 [cité 12 mai 2019];(10). Disponible sur: https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eesr/10/EESR10_ES_20-le_niveau_d_etudes_de_la_population_et_des_jeunes.php
 39. L'insertion des immigrés, de l'arrivée en France au premier emploi - Insee Première - 1717 [Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3640742>
 40. Moro MR. Approche transculturelle de la périnatalité. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. févr 2004 [cité 18 mai 2019];33(1):5-10. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231504966574>
 41. Bydlowski M. Transparence psychique de la grossesse et dette de vie [Internet]. ERES; 2004 [cité 18 mai 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.sirius.parisdescartes.fr/devenir-pere-devenir-mere--9782865865949-page-73.htm>
 42. Watanabe S, Dawes C. The effects of different foods and concentrations of citric acid on the flow rate of whole saliva in man. Archives of Oral Biology [Internet]. 1988 [cité 30 avr 2019];33(1):1-5. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0003996988900891>
 43. Seridi HB, Beauquier-Maccotta B. Les troubles du sommeil pendant la grossesse et pendant le post-partum (revue de la littérature). Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. juill 2018 [cité 18 mai 2019]; Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448718301926>

44. Ingleby D. La santé des migrants et des minorités ethniques en Europe. Les recherches en cours. *Hommes & migrations* Revue française de référence sur les dynamiques migratoires [Internet]. 1 nov 2009 [cité 18 mai 2019];(1282):136-50. Disponible sur: <http://journals.openedition.org.sirius.parisdescartes.fr/hommesmigrations/463>
45. Nacu A. À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes. *Sociologie du Travail* [Internet]. 1 janv 2011 [cité 18 mai 2019];53(1):109-30. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0038029610001366>
46. Collet M, Menahem G, Paris V, Picard H. Précarités, risque et santé. 2003;6.
47. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* [Internet]. sept 2005 [cité 18 mai 2019];34(5):513. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231505828674>
48. Beevi Z, Low WY, Hassan J. Successful Treatment of Ptyalism Gravidarum With Concomitant Hyperemesis Using Hypnosis. *Am J Clin Hypn.* oct 2015;58(2):215-23.

Annexes

Annexe 1: Questionnaire

Madame,

Dans le cadre du diplôme d'État de sage-femme, je dois réaliser un mémoire de fin d'étude. Il s'agit d'une étude sur l'hypersialorrhée gravidique (HSG) c'est-à-dire l'hypersalivation durant la grossesse.

Pour ce faire, je distribue des questionnaires aux femmes enceintes qui présentent cette hypersalivation dans le but d'en évaluer l'impact sur leur qualité de vie, les stratégies mises en place et la prise en charge par les professionnels de santé.

Ce questionnaire est anonyme et je vous remercie de l'attention portée et du temps que vous allez mettre pour y répondre.

Merci de répondre à ce questionnaire si vous êtes gênée par une hypersalivation durant cette grossesse.

Si :

- Vous êtes mineure
- Vous Souffrez d'hypersalivation en dehors des périodes de grossesse

Vous ne faites pas partie de ma population d'étude, merci de ne pas répondre au questionnaire.

A. Caractérisation de la population atteinte de HSG

1. Quel était votre poids avant la grossesse ? _____
2. Quelle est votre taille ? _____
3. Quel âge avez-vous ? _____
4. D'où vous ou vos parents sont-ils originaires ? (Pouvez-vous préciser les régions concernées)
 - Amérique du Nord
 - Amérique du Sud
 - Afrique Sub-saharienne
 - Afrique du Nord
 - Asie
 - Caraïbes
 - Europe
5. (Si vous n'êtes pas née en France) Depuis combien de temps résidez-vous en France ? _____

6. Quel est votre statut marital ?

- Mariée / Pacsée
- Concubinage
- Célibataire

7. Quel est votre niveau d'étude ?

- Brevet
- BAC
- CAP/BEP
- Études supérieures
- Sans diplôme

8. Combien d'enfant(s) attendez-vous actuellement ? _____

9. A combien de mois de grossesse êtes-vous ? _____

10. Quel est le sexe de(s) (l') enfant(s) que vous attendez actuellement ?

- Garçon
- Fille
- Je ne sais pas encore

11. Avez-vous déjà eu des enfants ?

- Non
- Oui
 - ↳ Combien ? _____

12. Si vous avez déjà eu des enfants, avez-vous eu de l'hypersialorrhée lors de ces grossesses ?

- Non
- Oui
 - ↳ De la même façon
 - ↳ Plus Intense
 - ↳ Moins Intense

13. Est-ce que dans votre famille quelqu'un a eu de l'hypersialorrhée gravidique ?

- Non
- Oui
- Ma mère
 - Ma/mes grand-mère (s)
 - Une tante
 - Ma/mes sœur(s)
 - Autre(s) _____

B. Les manifestations de l'hypersialorrhée gravidique

14. Quand avez-vous commencé à hypersaliver ?

- Avant même de vous savoir enceinte
- Après la découverte de la grossesse
- A quel mois de grossesse avez-vous donc commencé à hypersaliver ?

15. A quel moment de la journée salivez-vous le plus ?

- Uniquement le matin
- Uniquement l'après-midi
- Uniquement le soir
- Uniquement la nuit
- Du matin au soir (mais pas la nuit)
- Toute la nuit (mais pas le jour)
- A n'importe quel moment de la journée

16. Est-ce qu'en plus de l'hypersalivation vous avez d'autres symptômes ?

- Non
- Oui
- Nausées
 - Vomissements
 - Reflux gastro-œsophagiens (remontées acides)
 - Autres _____

17. Par rapport aux repas, à quel moment salivez-vous le plus ?

- Avant les repas
- Pendant les repas
- Après les repas

18. Avez-vous remarqué si certains aliments augmentent votre quantité de salive ?

- Non
- Oui

↳ Le ou lesquels ? _____

19. Est-ce que l'hypersalivation vous donne une sensation de soif ?

- Non
- Oui
 - ↳ Légèrement
 - ↳ Beaucoup
 - ↳ Énormément

20. Est-ce que l'hypersalivation vous gêne-t-elle pour dormir ?

- Non
- Oui

21. Comment vivez-vous au quotidien l'hypersalivation ?

- Très Bien
- Plutôt bien
- Mal
- Très mal

22. Direz-vous que cette hypersalivation à un impact négatif sur :

	Non	Un peu	Modérément	Beaucoup
• Sur votre vie de couple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Votre vécu de la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vos relations amicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vos relations professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vos loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Jugez-vous que cette hypersalivation a des répercussions sur :

Vos habitudes alimentaires	Votre sommeil	Votre vie quotidienne
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
↳ Je mange moins <input type="checkbox"/>	↳ Je dors moins <input type="checkbox"/>	↳ Précisez : _____
↳ Je mange plus <input type="checkbox"/>	↳ Je dors plus <input type="checkbox"/>	_____
↳ Il y a des choses que je ne mange plus <input type="checkbox"/>		_____

24. Comment vous sentez-vous actuellement ?

- Très bien
- Fatiguée
- Triste
- Stressée
- Énervée
- Angoissée

C. Stratégies mises en place pour faire face à l'HSG

25. A) Pour jeter le surplus de salive (pour cracher), qu'utilisez-vous :

Des bouteilles en plastique

Des mouchoirs

Un crachoir

Autre (précisez) : _____

B) Jugez-vous que le moyen utilisé pour « cracher » est facile :

Oui

Non

↳ C'est un peu gênant

↳ Autre (précisez) _____

26.

A. Avez-vous déjà utilisé un de ses produits contre l'hypersialorrhée :

	Non	1 fois par semaine ou moins	Au moins 1 fois par jour	Plus d'une fois par jour
• Du KAOLIN (argile blanche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Du Pain de singe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Chewing-gum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Médicaments sans ordonnance en pharmacie Nom du médicament _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre (alimentation, boissons ...) Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Où est-ce que vous achetez ce produit ?

C. Qui vous a conseillé ce produit ?

- Membre de la famille / Amie
- Le pharmacien
- Vos recherches sur internet
- Autre (précisez) _____

D. Jugez-vous ce produit utile ?

- Oui
- Non
- ↳ Pourquoi ? _____

D. La prise en charge par les professionnels de santé

27. Avez-vous déjà parlé de cette hypersalivation à un professionnel de santé ?

- Non (le questionnaire est terminé)
- Oui
 - ↳ Au médecin généraliste
 - ↳ Au gynécologue-obstétricien
 - ↳ A la sage-femme
 - ↳ Au pharmacien
 - ↳ Autre (précisez) _____

28. Quand vous avez parlé à(aux) ce(s) professionnel(s), vous êtes-vous :

- Sentie écoutée
- Sentie jugée
- Sentie ignorée
- Autre : _____

29. Est-ce quelque chose vous a été proposé ?

- Non
- Oui
- ↳ Quoi ? _____

30. (Si vous avez répondu oui à la question 27) **Jugez-vous utile ce qui vous a été proposé ?**

Oui

Non

↳ Pourquoi ? _____

Un grand merci à vous pour avoir bien voulu remplir ce questionnaire !

VOUS SALIVEZ ENORMEMENT DEPUIS QUE VOUS ÊTES ENCEINTE ?

☐ Alors vous pouvez m'aider !

Je m'appelle FRANCOIS Kenie, étudiante en dernière année des études de sage-femme, Je réalise mon sujet de mémoire sur **l'Hypersalivation durant la grossesse** (Hypersialorrhée gravidique).

Je distribue donc des **QUESTIONNAIRES ANONYMES** pour en savoir plus sur le sujet.

Si vous êtes intéressée, n'hésitez pas à **demande le questionnaire aux professionnels de santé** de la maternité ou à **l'accueil**.

Cela vous prendra environ **10 minutes** et me permettra de réaliser mon mémoire.

Merci d'avance

FRANCOIS Kenie
Sma5 Baudelocque
Francoiskenie@hotmail.fr

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.