



HAL
open science

La prise en charge de la santé bucco-dentaire de la femme enceinte par les chirurgiens-dentistes

Tiphaine Dupuy

► **To cite this version:**

Tiphaine Dupuy. La prise en charge de la santé bucco-dentaire de la femme enceinte par les chirurgiens-dentistes. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02440291

HAL Id: dumas-02440291

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02440291>

Submitted on 15 Jan 2020

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.

Académie de Paris
École de Sages-femmes -Hôpital Saint-Antoine
Université Pierre et Marie Curie – Faculté de Médecine Paris VI
Mémoire pour le Diplôme d'état de Sage-Femme

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ
BUCCO-DENTAIRE DE LA FEMME
ENCEINTE PAR LES CHIRURGIENS-
DENTISTES

DUPUY Tiphaine
Née le 31 juillet 1995 à Nouméa
Nationalité Française

Directeur de mémoire : Dr WOIMANT Henri,
Chef du service de Stomatologie Hôpital Saint-Antoine.

Année universitaire 2018-2019

Académie de Paris
École de Sages-femmes -Hôpital Saint-Antoine
Université Pierre et Marie Curie – Faculté de Médecine Paris VI
Mémoire pour le Diplôme d'état de Sage-Femme

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ
BUCCO-DENTAIRE DE LA FEMME
ENCEINTE PAR LES CHIRURGIENS-
DENTISTES

DUPUY Tiphaine
Née le 31 juillet 1995 à Nouméa
Nationalité Française

Directeur de mémoire : Dr WOIMANT Henri,
Chef du service de Stomatologie Hôpital Saint-Antoine

Année universitaire 2018-2019

Remerciements

A Monsieur Woimant Henri, mon directeur de mémoire, pour m'avoir accordé tout le temps nécessaire à la réalisation de ce mémoire.

A l'équipe enseignante de l'école de sages-femmes Saint-Antoine et tout particulièrement à Madame Goichon pour son aide à la réalisation de ce mémoire et Madame Franz pour son soutien et son aide tout le long de notre scolarité.

A Monsieur Marchand Rémi, conseiller technique du syndicat Les Chirugiens-Dentistes de France qui nous a permis d'atteindre une si grande population.

A tous les chirurgiens-dentistes ayant participé à cette étude pour le temps qu'ils nous ont consacré.

A toutes les personnes ressources qui m'ont répondu et m'ont aidé dans la réalisation de ce projet.

A mes parents, ma grand-mère et ma sœur pour leur soutien sans faille durant ces quatre années d'école, même à 17000 km.

A ma sœur Sarah pour son aide dans la réalisation de ce mémoire.

A mes amies sages-femmes Floriane, Jeanne, Lucie, Mariane, Maryne, Perrine et Séverine avec qui j'ai passé quatre magnifiques années et qui m'ont toujours soutenu dans mes projets. Merci d'être devenu ma famille d'ici.

A mes amis calédoniens, ma deuxième famille, et tout particulièrement à Audrey, Bénédicte et Manon. Merci d'avoir été toujours là pour moi.

A mon grand-père, qui n'aura malheureusement pas pu voir l'aboutissement de tout ce travail.

I-	<u>PREAMBULE</u>	<u>1</u>
II-	<u>INTRODUCTION A L'ETUDE</u>	<u>3</u>
1)	LES MODIFICATIONS DE LA GROSSESSE SUR LA SPHERE ORALE	3
A)	AUGMENTATION DE LA SECRETION SALIVAIRE	3
B)	ABAISSMENT DU PH BUCCAL	3
C)	MODIFICATIONS DE LA MUQUEUSE	3
D)	MODIFICATIONS BACTERIOLOGIQUES	4
E)	ALTÉRATION DE L'EMAIL.....	4
F)	MODIFICATIONS IMMUNOLOGIQUES	4
2)	PATHOLOGIES ORALES FRÉQUENTES DE LA GROSSESSE.....	4
A)	LA GINGIVITE GRAVIDIQUE.....	4
B)	LA PARODONTITE	5
C)	L'EPULIS GRAVIDIQUE	5
D)	LA CARIE DENTAIRE	6
E)	LES AUTRES PATHOLOGIES	6
3)	L'INFLUENCE DES MALADIES PARODONTALES SUR LA GROSSESSE.....	7
4)	PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES À LA GROSSESSE	8
A)	LA CONSULTATION DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE	8
B)	PLANNING DES SOINS.....	9
C)	LES PRECAUTIONS D'INSTALLATION	10
D)	LES CONSEILS A TRANSMETTRE	10
E)	LES PRESCRIPTIONS	11
❖	ANTALGIQUES	11
❖	ANTIBIOTIQUES.....	12
❖	ANESTHÉSIIQUES.....	12
❖	AUTRES.....	12
❖	DISPOSITIFS MEDICAUX.....	12
F)	EXAMENS RADIOLOGIQUES.....	13
5)	LES AUTRES ACTEURS DANS LE DOMAINE	13
III-	<u>MATERIEL ET METHODE</u>	<u>14</u>
1)	OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	14
2)	DISPOSITIF DE RECHERCHE.....	14
3)	DEROULEMENT DE L'ETUDE – OUTIL MÉTHODOLOGIQUE.....	15
4)	PARTICIPANTS	16
5)	VARIABLES RETENUES.....	16
6)	STRATEGIES D'ANALYSES	17
IV-	<u>RESULTATS.....</u>	<u>18</u>
1)	RESULTATS DESCRIPTIFS	18
A)	DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE	18
B)	PRATIQUES PROFESSIONNELLES	20
C)	CONNAISSANCES	29
2)	COMPARATIFS ENTRE DEUX GROUPES.....	32
A)	COMPARAISON DE DEUX GROUPES EN FONCTION DE L'AGE	32
B)	COMPARAISON DE DEUX GROUPES EN FONCTION DU SEXE	35

V) ANALYSE – DISCUSSION.....	39
1) POINTS FORTS	39
2) LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE.....	39
3) ANALYSE DES RESULTATS.....	41
A) LA POPULATION.....	41
B) LES PRATIQUES	42
C) LES CONNAISSANCES.....	45
D) COMPARAISON DE DEUX GROUPES DE POPULATION	47
E) PERSPECTIVES D'AVENIR	49
V- CONCLUSION	51

I- PREAMBULE

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé bucco-dentaire « *se caractérise par l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie (affection touchant les gencives), de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial* ». [1]

La santé bucco-dentaire est essentielle pour l'état général et la qualité de la vie et constitue ainsi un véritable domaine de la santé. Elle engendre un véritable enjeu de santé publique en raison de la prévalence des pathologies bucco-dentaires, essentiellement caries dentaires et maladies parodontales, et de leurs impacts sur l'état de santé global. [1]

Cependant, le taux de recours aux chirurgiens-dentistes n'est que de 43% dans la population générale adulte et varie de manière importante selon les régions. L'absence de recours aux soins est fortement liée au niveau de revenu et à la couverture par l'assurance-maladie complémentaire. [2]

Concernant les femmes enceintes, l'étude française MaterniDent réalisée en 2009 a dénombré que 57% des femmes déclaraient avoir ressenti au moins un problème bucco-dentaire pendant la grossesse, et 20% d'entre elles ont ressenti une douleur dentaire pendant la grossesse. Cette étude révèle surtout que 56% des femmes interrogées ne sont pas allées chez le dentiste pendant la grossesse. [3]

Pourtant, une altération de l'état bucco-dentaire est fréquemment observée pendant et après la grossesse. L'état de grossesse entraîne des modifications physiologiques permettant le développement et la croissance du fœtus, l'adaptation de la mère à l'état gravidique, la préparation de la mère à l'accouchement. [4] Dans la sphère orale, ces transformations essentiellement hormonales et immunologiques, provoquent des altérations de la muqueuse, de l'émail ou encore des modifications bactériologiques et salivaires. La grossesse crée donc des conditions propices au développement de pathologies gingivales, parodontales ou dentaires. [5] Ces modifications sont connues depuis longtemps. En 1993, Ziskin affirmait déjà que la grossesse provoquait des gingivites. [6] En 1997, Hunter avait trouvé dans son étude que la fréquence de l'épulis gravidique variait de 1 à 5%. [7]

Par ailleurs, de nombreuses études sur la possible relation entre la maladie parodontale et certaines issues défavorables de la grossesse ont été publiées. Les issues les plus étudiées sont les accouchements prématurés, les petits poids à la naissance et les pré-éclampsies. Ces

pathologies entraînant des morbi-mortalités conséquentes, la prévention et le soin de ces maladies deviennent ainsi un enjeu majeur dans la prise en charge de la santé orale de la femme enceinte. En 2002, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé (ANAES) avait d'ailleurs recommandé une surveillance particulière des femmes enceintes présentant une parodontite en raison du risque de prématurité et/ou d'hypotrophie.[8]

Dans ce contexte et en plus du faible recours aux soins dans la population de femmes enceintes, dès 2012, la campagne MT'DENTS a travaillé sur des axes de prévention notamment avec la mise en place d'une visite de dépistage prise en charge à 100 % par la sécurité sociale et sans avance de frais. Depuis 2014, l'Assurance Maladie propose donc de bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire systématique au cours de la grossesse pour vérifier la santé des dents et des gencives, et d'apporter des conseils nécessaires.

L'implication de tous les professionnels de santé est primordiale afin de pouvoir planifier la prise en charge préventive et thérapeutique adéquate et de répondre aux interrogations et aux craintes des mères. Le chirurgien-dentiste garde le rôle principal de cette prise en charge. Il doit par conséquent se tenir informé des recommandations actuelles.

Alors que l'importance de la santé bucco-dentaire pendant la grossesse a été reconnue et que des dispositifs de prévention ont été mis en place, au cours de nos stages, nous rencontrons beaucoup de femmes enceintes éprouvant des difficultés à trouver un chirurgien-dentiste apte à les prendre en charge. Nous avons ainsi décidé d'évaluer la position des chirurgiens-dentistes lorsqu'ils rencontrent une patiente enceinte.

Quelles sont les connaissances et les pratiques des chirurgiens-dentistes concernant la santé bucco-dentaire de la femme enceinte ?

Nous présenterons dans une première partie les modifications qu'entraîne la grossesse sur la sphère orale, les pathologies orales fréquentes de la femme enceinte et l'influence des maladies parodontales sur la grossesse. Puis, nous nous concentrerons sur les modalités de prise en charge d'une patiente enceinte. Enfin, nous aborderons les différents acteurs dans la gestion de ce domaine.

II- INTRODUCTION A L'ETUDE

1) LES MODIFICATIONS DE LA GROSSESSE SUR LA SPHERE ORALE

Les modifications physiologiques qui surviennent chez la femme enceinte résultent essentiellement de l'activité endocrinienne du placenta qui sécrète des estrogènes et de la progestérone.[9]

A) AUGMENTATION DE LA SECRÉTION SALIVAIRE

Le ptyalisme ou augmentation de la sécrétion salivaire est fréquent en début de grossesse. Il se manifeste sous la forme d'une simple gêne cessant la nuit, et décroît rapidement à la fin du premier trimestre. Quand il est important, il est mal toléré, d'autant qu'il s'associe souvent à des vomissements.[10] Le phénomène peut être également majorée par les Reflux Gastro-Œsophagiens (RGO).[8] Il n'existe pas de traitement en dehors des atropiniques qu'il convient d'éviter pendant la grossesse.[11] Le traitement des vomissements et des RGO est donc primordial pour diminuer les symptômes.

B) ABAISSEMENT DU pH BUCCAL

Le taux élevé de progestérone entraîne une diminution de la concentration de l'anion bicarbonate en lien avec la baisse du pH, ce qui amoindrit l'effet tampon de la salive.[12] Normalement aux alentours de 6,70, le pH baisse généralement chez la femme enceinte pour arriver à 6,20 environ en fin de grossesse. Il remonte rapidement dans le post partum. Ceci favorise le développement de la flore bactérienne pathogène pouvant être à l'origine de la survenue de maladies parodontales, de caries dentaires et de candidoses.[10]

C) MODIFICATIONS DE LA MUQUEUSE

Nous savons que les gencives possèdent des récepteurs aux hormones stéroïdes situés au sein des parois vasculaires. Les variations hormonales de la grossesse provoquent donc une hypervascularisation, une tendance œdémateuse et un état congestif des gencives. On parle de parodontopathie gravidique.[12] Ce type d'affection est également en lien avec la plaque dentaire. Les soins locaux permettent habituellement une amélioration rapide de l'état local.[8]

D) MODIFICATIONS BACTÉRIOLOGIQUES

Des études ont mis en évidence une modification de la flore buccale au cours de la grossesse.[13] Ce phénomène serait le résultat des modifications hormonales et de l'altération des défenses immunitaires.[8] Ces modifications entraînerait la prolifération d'une bactérie sous gingivale appelée *Prevotella intermedia* Gram négatif. Sa présence en nombre est responsable de la plupart des gingivites et autres lésions purulentes de la bouche.[13] Les modifications salivaires favorisent également le développement d'une flore pathogène acidophile, qui entraîne souvent l'augmentation de l'indice carieux.[8]

E) ALTÉRATION DE L'EMAIL

Les vomissements souvent rencontrés au premier trimestre, puis les reflux gastro-œsophagiens fréquents au troisième trimestre de grossesse entraînent une exposition acide des surfaces dentaires pouvant provoquer la dissolution des tissus minéralisés, en particulier de l'émail. Des érosions dentaires apparaissent alors par déminéralisation acide de l'émail. [12] L'hypersensibilité dentaire peut être une conséquence de cette érosion.

F) MODIFICATIONS IMMUNOLOGIQUES

L'efficacité du système immunitaire face aux bactéries est diminuée, et la gencive ne remplit plus son rôle de barrière contre la pénétration des bactéries au niveau du système d'ancrage des dents. Il y a alors un risque accru de progression d'une gingivite préexistante en parodontite.[14]

2) PATHOLOGIES ORALES FRÉQUENTES DE LA GROSSESSE

La grossesse crée ainsi des conditions propices au développement de pathologies gingivales, parodontales ou dentaires.[5]

A) LA GINGIVITE GRAVIDIQUE

Les gingivites gravidiques affecteraient 35 à 100% des femmes enceintes selon les études.[15] C'est une inflammation localisée ou diffuse des gencives. Au premier stade, la gencive qui se situe au collet des dents, dite « marginale » est œdématiée, rouge et perd son aspect granité. Au stade suivant, les papilles inter dentaires deviennent congestives et la

gingive saigne au moindre contact. Cette maladie est peu douloureuse et en conséquence, souvent négligée.[5] Elle apparaît au deuxième mois de grossesse et progresse jusqu'à atteindre un pic au huitième mois.[16] Après l'accouchement, les tissus gingivaux retrouvent généralement leur aspect initial sans que cela signifie automatiquement un retour à la santé gingivale.[9]

Le traitement de la gingivite gravidique repose sur l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire de la patiente, associée à un détartrage-polissage.[5]

B) LA PARODONTITE

Lorsqu'une gingivite n'est pas traitée, le processus inflammatoire peut se développer en profondeur et provoquer la destruction du système d'attache, avec apparition de poche parodontale et/ou de rétraction gingivale et perte osseuse objectivable à la radiographie.[17] En cas de poches gingivales importantes, des mobilités dentaires apparaissent et parfois des abcès. De plus, les poches sont considérées comme des foyers infectieux potentiels. Le traitement est identique à celui de la gingivite, complété systématiquement d'un surfaçage radiculaire et d'un curetage parodontal.[18] La fréquence des parodontites gravidiques reste néanmoins rare.

C) L'EPULIS GRAVIDIQUE

Il s'agit d'une hyperplasie gingivale, localisée le plus souvent sur les dents antérieures, se manifestant sous la forme d'une masse charnue, pédiculée, située entre le collet de deux dents et saignant facilement. Il survient dans 1 à 5% des grossesses.[19] Il apparaît dans les deux derniers trimestres.[10] Il procure une gêne, pour la patiente, et surtout une inquiétude qui l'amènera à consulter, c'est d'ailleurs un des motifs de consultation les plus fréquents. L'épulis régresse après l'accouchement ou à l'arrêt de l'allaitement, mais récidive souvent lors de grossesses ultérieures précocement et plus volumineux. Son exérèse est possible au cours de la grossesse s'il entraîne une gêne esthétique et/ou fonctionnelle.[20] Dans ce cas, elle peut être réalisée sous anesthésie locale, de manière chirurgicale, par de la photocoagulation au laser CO₂ ou de la cryothérapie.[10] Si l'épulis au cours de la grossesse est banale, elle ne doit pas faire méconnaître l'existence de tumeurs gingivales malignes.[16]

D) LA CARIE DENTAIRE

La carie dentaire est une lésion due à la déminéralisation des tissus dentaires, sous l'effet des acides lactiques produits à partir des hydrates de carbone du régime alimentaire qui sont métabolisés au niveau de la plaque dentaire par les bactéries cariogènes (bactérie à gram positif : *Streptococcus Mutans*).[10]

La grossesse n'a pas de réelle influence sur la survenue de la carie dentaire. La modification des habitudes alimentaires, comme l'hyperfragmentation des repas, engendrée par les nausées et vomissements, expliquerait la possible augmentation du risque carieux de la patiente enceinte.[21] Associée à ce phénomène, l'hygiène bucco-dentaire est moins rigoureuse en raison d'une fatigue accrue en début de grossesse, des réflexes nauséux et la facilité des gencives à saigner.[18]

Plus de la moitié des femmes sortent de la maternité avec au moins une carie dentaire. [3] Les douleurs sont fréquentes au cours de la grossesse au niveau des dents déjà cariées ou mal traitées.[10] Bien que ces douleurs réagissent favorablement aux antalgiques de niveau 1, les caries doivent être traitées. En l'absence de traitement, l'évolution se fera vers la desmodontine aigue, c'est-à-dire l'inflammation du ligament alvéolodentaire à l'apex de la racine, puis vers la desmodontite chronique. Le risque encouru ensuite est l'extension du processus infectieux aux parties molles situées en regard de l'os : il s'agit alors d'une cellulite d'origine dentaire qui est une urgence médicale et chirurgicale, et qui peut exceptionnellement engager le pronostic vital.[10]

E) LES AUTRES PATHOLOGIES

La botryomycose est un nodule saillant pédiculé rouge-violacé, secondaire à un traumatisme. Le siège gingival est rare en dehors de la grossesse. Très hémorragique, il peut survenir dans le cadre d'hémangiomatose. L'accouchement amène sa régression spontanée.[10]

Le pemphigoïde gravidique est très rare (1 pour 5000 grossesses). C'est une dermatose prurigineuse auto-immune spécifique de l'état gravidique et du postpartum, elle réalise une éruption érythématovésiculeuse et ou bulleuse de la région périombilicale, avec dans 15% des cas une atteinte de la muqueuse buccale. Elle débute au deuxième ou troisième trimestre de la grossesse, plus rarement après l'accouchement. Le traitement repose sur les

antihistaminiques anti-H1, la corticothérapie topique ou générale selon l'importance des lésions.[10]

Les mobilités dentaires peuvent également être observées. L'apparition de ces mobilités serait due à des modifications minérales d'origine hormonale dans l'os alvéolaire et non à une perte d'attache alvéolaire. Ce type de mobilité rétrocede rapidement après l'accouchement.[22]

3) L'INFLUENCE DES MALADIES PARODONTALES SUR LA GROSSESSE

Les modifications de la grossesse entraînent une modification de la sphère bucco-dentaire et inversement certaines pathologies parodontales peuvent avoir des conséquences sur l'issue de la grossesse. Les conséquences étudiées sont hypotrophie, prématurité, ou encore pré-éclampsie. Les résultats des différentes études sont hétérogènes.

En 1996, l'étude d'Offenbacher et al. a montré que le risque de donner naissance à un enfant hypotrophe était 7,5 fois supérieur pour une femme souffrant de parodontite. Plus tard, ils ont trouvé l'existence d'un lien entre accouchement prématuré et parodontite, résultat de la production de prostaglandines PGE2.[23] Enfin, en 2006, ils ont démontré que la progression de la maladie parodontale pendant la grossesse était prédictive d'un risque d'accouchement prématuré dû à un état pré-éclampsique de la mère.[13,24]

En 2001, Jeffcoat et al. avaient également montré que la présence d'une parodontite évolutive était associée à un risque significativement plus élevé d'accouchement prématuré.[25]

Selon Nabet et al. (2010) et Ine et al. (2013), il existerait un lien significatif et indépendant entre maladie parodontale et prématurité, prééclampsie et/ou Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU).[26,27] La présence d'une parodontite entrainerait la production systémique de médiateurs de l'inflammation. Les expositions de courte durée pourraient donc induire une activité contractile pouvant aboutir à un Accouchement Prématuré (AP), alors que des expositions plus longues pourraient conduire à un RCIU ou à des accouchements prématurés.[28]

En 2015, une méta-analyse de treize essais cliniques randomisés montre que le traitement parodontal pourrait réduire le risque de complications (prématurité, retard de croissance intra-utérin), en particulier chez les femmes à haut risque d'accouchement prématuré. Le taux de prématurité diminuerait lorsque le traitement parodontal est efficace alors qu'il persiste lorsque le traitement parodontal est inefficace.[29,30]

Ziong et al. (2009) ont montré, quant à eux, une association entre les maladies parodontales et le diabète gestationnel.[31]

Dans le mécanisme de la pré-éclampsie, on retrouverait également parmi les médiateurs impliqués, des cytokines pro-inflammatoires identiques à celles présentes dans la cascade inflammatoire.[30] Han et al. (2012) ont d'ailleurs montré une association significative entre les maladies parodontales et la prééclampsie chez les non fumeuses.[32]

Au contraire, une récente méta-analyse de 2015 conduite conjointement par l'American Academy of Periodontology et par la Fédération Européenne de Parodontologie a permis de mettre en évidence que la maladie parodontale était un facteur de risque indépendant de la prééclampsie.[33, 34]

Récemment, Corbella et al. (2016) ont conduit une méta-analyse incluant 17 053 sujets, concluant sur l'association entre parodontopathie et conséquences négatives sur l'issue de la grossesse, mais l'association était faible.[35]

Nous pouvons retenir de tout cela qu'il existe un lien significatif, mais modeste entre maladie parodontale et certaines complications de la grossesse : petit poids pour l'âge, prématurité induite et prééclampsie. La force de ce lien est fonction du type d'étude, du type de variable et du critère de jugement retenu.[36]

4) PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES À LA GROSSESSE

À la vue de ces résultats, il est préférable de privilégier une prévention et une prise en charge complète de la femme enceinte. Il convient également de rappeler que les modifications physiologiques de la grossesse entraînent des désagréments au niveau de la sphère orale qu'il faut prendre en charge.

Ainsi, la grossesse ne doit pas retarder ou différer le traitement des infections dentaires ou parodontales. Le traitement parodontal est nécessaire du point de vue de la santé publique puisqu'il diminue l'inflammation parodontale, améliore la qualité de vie de la patiente et réduit la transmission des germes oraux de la mère à l'enfant.[9]

A) LA CONSULTATION DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE

Depuis 2012, un nouveau dispositif de prévention bucco-dentaire pour les femmes enceintes a été mis en place par l'avenant n°3 à la convention nationale des chirurgiens-

dentistes.[37] La femme enceinte peut bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire à compter du quatrième mois de grossesse et jusqu'au douzième jour après l'accouchement. Les patientes reçoivent normalement un courrier à leur domicile les invitant à se rendre en consultation au quatrième mois. [14] Cet examen comprend : une anamnèse, un examen bucco-dentaire, une action de prévention et d'éducation sanitaire pour la femme et le futur enfant. Il peut être complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales quelle que soit la technique utilisée ou l'établissement d'un programme de soins.[38] (Annexe I)

Il est facturé trente euros et pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie. La patiente n'a pas à faire l'avance des frais. Lors de la consultation, un formulaire de prise en charge spécifique (Annexe II) doit être remis et complété par le praticien. Il comprend une indication sur la santé parodontale de la patiente, le programme de soins à réaliser ainsi que les conseils à communiquer.[38]

B) PLANNING DES SOINS

A l'annonce de la grossesse, il est conseillé de consulter son chirurgien-dentiste pour réaliser un bilan. Cette consultation est l'occasion pour le professionnel de sensibiliser la femme à l'hygiène bucco-dentaire, avec instauration d'un niveau optimal de plaque dentaire et une mise au point sur les techniques de brossage.[5] Il sera important de répondre à toutes les questions que se pose la future maman en ce qui concerne les manifestations bucco-dentaires retrouvées pendant la grossesse et leurs possibles répercussions, ainsi que sur la possibilité d'effectuer les soins, de manière à la rassurer.[39] La grossesse ne doit pas retarder ou différer le traitement des infections dentaires ou parodontales.[10]

Au premier trimestre, la consultation de prévention bucco-dentaire doit avoir lieu de manière systématique. Il faut informer la patiente pour prévenir les risques buccaux liés à la grossesse, notamment les lésions gingivales, mettre en place une hygiène bucco-dentaire stricte, et réaliser un bilan bucco-dentaire ainsi que les soins d'hygiènes (éducation à l'hygiène orale et détartrage). Tous les soins visant à traiter une douleur ou une infection doivent être réalisés sans attendre.[14] Le principe de précaution suggère de différer les soins non urgents ou non prioritaires, ultérieurement à cette période d'embryogénèse et d'organogénèse.[14] Cependant, les principaux risques étant médicamenteux, la consultation du site du Centre de références sur les agents tératogènes permet de nuancer cette précaution.

Au deuxième trimestre, tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales. [14] C'est la période idéale pour réaliser les différents traitements de conservation et réhabilitation bucco-dentaire.[5] Il est sans danger pour la mère et le fœtus de réaliser le détartrage, le polissage et le curetage si nécessaire, ainsi que des procédures comme l'extraction ou la restauration du canal radiculaire. [40]

Au troisième trimestre, tous les soins sont également possibles en respectant les précautions générales. Néanmoins ils doivent se faire en tenant compte, à la fin de ce trimestre, de la fatigue de la patiente, de la survenue possible d'un syndrome cave, de la proximité du terme.[14]

C) LES PRECAUTIONS D'INSTALLATION

Dès la vingt-quatrième semaine d'aménorrhée, en décubitus dorsal, une compression de la veine cave inférieure par l'utérus peut réduire le retour veineux et de ce fait entraîner une hypotension maternelle. On appelle ce phénomène le « syndrome cave ».[14] Il est important que la patiente soit installée dans une position adéquate, assise avec sa hanche droite surélevé à 10-12cm afin de soulager la pression sur la veine cave inclinée à un angle de 5 à 15%. Dans les cas où l'hypotension persiste, la patiente devra adopter un décubitus latéral gauche complet. [40] (Annexe III). En règle générale, les femmes enceintes doivent être remises en position assise lentement, les mouvements abrupts pouvant déclencher des contractions pendant le 3^e trimestre, ce qui peut être douloureux. De plus, le praticien doit limiter le stress de la patiente enceinte et prévoir des séances de soins courtes.[14]

D) LES CONSEILS A TRANSMETTRE

Les recommandations habituelles de la santé bucco-dentaire adulte s'appliquent à la femme enceinte : la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande un brossage au minimum biquotidien avec un dentifrice fluoré pendant deux minutes avec une brosse à dent électriques et trois minutes avec une brosse à dents manuelle souple munie d'une petite tête. Ce brossage doit être complété par l'utilisation du fil dentaire ou de brossettes interdentaires.[5] En cas d'impossibilité de réaliser un brossage, il est possible d'utiliser un chewing-gum sans sucre. [20] En plus de cela, des recommandations spécifiques doivent être transmises aux femmes enceintes. Dans le cas de nausées et vomissements fréquents, la femme enceinte doit éviter de se brosser les dents immédiatement après les vomissements.

Il est conseillé de réaliser un rinçage avec une solution de bicarbonate de soude mélangé avec de l'eau.[20] Il est également possible de prescrire des bains de bouche fluorés ou à base de Chlorexidine à utiliser deux fois par jour.[41] Au minimum, il est nécessaire de se rincer la bouche à l'eau claire. La réduction de la fréquence des prises alimentaires entre les repas est recommandée et l'alimentation doit être équilibrée. Le sevrage tabagique est encouragé.[5] Les dernières recommandations ne font pas l'état de nécessité de supplémenter la patiente en fluor pendant la grossesse.[20]

Les messages de prévention de l'enfant à naître doivent être abordés, notamment l'importance de consulter le chirurgien-dentiste dès le premier anniversaire de l'enfant.[20]

E) LES PRESCRIPTIONS

Les différences de pharmacodynamie et de pharmacocinétique peuvent être différentes entre la grossesse et l'état normal.[42] Il est à rappeler que l'action toxique d'un médicament dépend du stade de développement de l'embryon et du fœtus : stade embryonnaire (téatogénicité), stade fœtal (foetotoxicité) ou stade néonatal (surdosage fœtal). Selon l'agence nationale de sécurité du médicament et produits de santé, il faut traiter la patiente, évaluer le rapport bénéfices/risques pour la mère et son enfant, prévenir la patiente qui ne doit en aucun cas prendre un médicament sans avoir préalablement pris conseils auprès d'un professionnel de santé et signaler toute exposition médicamenteuse problématique aux centres de pharmacovigilance.[43] Ainsi, le choix du médicament durant la grossesse doit être fondé, comme l'indique les recommandations du Food and Drug Administration qui classe les médicaments en cinq catégories : A,B,C,D et X. (Annexe IV)

Le CRAT est une source fiable pour l'administration de thérapeutique à la femme enceinte, les professionnels de santé peuvent ainsi s'assurer de l'innocuité d'un produit avant sa prescription.

Les principaux médicaments utilisés pour les pathologies affectant les maxillaires sont les anti-infectieux, les anti-inflammatoires et les antalgiques. (Annexe V)

❖ ANTALGIQUES

Le paracétamol est l'antalgique de choix au cours de la grossesse. Son risque serait de masquer l'évolution d'une carie dentaire en pulpite et de différer le traitement chirurgical de ces complications.[16] Le Tramadol peut être prescrit comme antalgique de palier II. (CRAT)

❖ ANTIBIOTIQUES

L'antibiotique est prescrit en fonction de l'antibiogramme. Parmi les antibiotiques susceptibles d'être utilisés en stomatologie, les pénicillines constituent l'antibiotique de premier choix pendant la grossesse. En cas d'allergie, l'utilisation de l'érythromycine est possible car cet antibiotique ne passe le placenta que pour des doses maternelles élevées. L'association amoxicilline et acide clavulanique (augmentin[®]) est possible tout au long de la grossesse. L'utilisation du métronidazole est possible quel que soit le terme de la grossesse. L'allaitement est envisageable lors d'un traitement par métronidazole per os ou intraveineuse d'une durée limitée (≤ 14 jours). Concernant les tétracyclines, au-delà du premier trimestre, en raison du risque de coloration des dents de lait, on préférera si possible un autre antibiotique, surtout si le traitement doit être prolongé. (CRAT)

❖ ANESTHÉSIIQUES

L'emploi des anesthésiques locaux, avec ou sans vasoconstricteur, notamment de l'articaïne et de la lidocaïne durant la grossesse ne pose pas de problème particulier ni pour la mère, ni pour l'embryon, ni pour le fœtus.[44] Ainsi, l'articaïne est une molécule de choix de la grossesse et pendant l'allaitement car il traverse peu la barrière placentaire. L'utilisation du MEOPA est possible aux deuxième et troisième trimestres.[16] Des techniques alternatives comme l'hypnose peuvent également être envisagées.

❖ AUTRES

A l'exception des collyres, l'utilisation ponctuelle ou chronique de tous les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) est formellement contre-indiquée à partir du début du sixième mois de grossesse (24 SA), quelle que soit leur voie d'administration. (CRAT) Le risque étant la fermeture prématurée du canal artériel. Concernant les anti-inflammatoires stéroïdiens, la prednisone et la prednisolone constituent des substances de choix pour prévenir la formation d'œdème post chirurgical. De manière générale, les bains de bouches ne sont pas contre-indiqués pendant la grossesse. L'administration de collutoires contenant des dérivés iodés doit être évitée en raison de la résorption transplacentaire de l'iode.[16]

❖ DISPOSITIFS MEDICAUX

L'amalgame dentaire est un matériau résultant d'une réaction d'amalgamation entre une poudre d'alliage métallique et de mercure liquide. La toxicité connue du mercure nous a conduit à nous interroger sur la pratique à utiliser pendant la grossesse. L'utilisation de l'amalgame, ou de tout autre matériau de restauration, est à envisager avec précaution chez

la femme enceinte. L'exposition au mercure étant plus importante lors de la pose ou la dépose, le retrait des amalgames déjà en place et cliniquement satisfaisants n'est pas justifié. La dépose d'amalgame est déconseillée durant la grossesse. Par ailleurs, la présence d'amalgame dentaire chez la mère n'est pas une contre-indication à l'allaitement.[45]

F) EXAMENS RADIOLOGIQUES

La dose délivrée au fœtus lors de la réalisation d'une radiographie dentaire est d'environ 0,3 à 1 microSV. L'exposition naturelle quotidienne reçue par le fœtus est d'environ 7microSV.[13] Le risque encouru par un fœtus exposé lors d'un examen de radiologie dentaire est donc extrêmement faible. Pour des raisons médicolégales, un tablier de protection en plomb doit être utilisé chez la femme enceinte pour tous les examens radiologiques.[46] De plus, le code de la santé publique indique que, si la femme est en état de grossesse ou allaitante, ou si l'éventualité d'une grossesse ne peut être exclue, une attention particulière doit être accordée par chacun quant à la justification de l'acte.

5) LES AUTRES ACTEURS DANS LE DOMAINE

Selon la HAS, 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 Protection Maternelle et Infantile, chirurgiens-dentistes) doivent être formés afin de dispenser des conseils d'éducation pour la santé bucco-dentaire pour leur futur enfant.

Il est bien entendu que la sage-femme ou l'obstétricien n'a aucun moyen, au vu de ses compétences et connaissances, d'établir un diagnostic bucco-dentaire en examinant la cavité buccale des patientes. Ils peuvent néanmoins repérer les situations à risque et conseiller à la patiente un suivi bucco-dentaire, au travers de deux questions simples, telles que : vos gencives saignent-elles ? avez-vous des douleurs bucco-dentaires ? En fonction des réponses, la patiente sera orientée vers une consultation dentaire.[17] Au cours de l'entretien médical du quatrième mois de grossesse, la HAS recommande que la problématique de la santé bucco-dentaire de la mère et de l'enfant soit abordée. Le professionnel peut alors dispenser les messages de prévention et les conseils adaptés à la grossesse abordés précédemment. La consultation de prévention bucco-dentaire doit être abordée et préconisée.

III- MATERIEL ET METHODE

1) OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Nous avons vu que la majorité des actes en soins dentaires étaient possibles pendant la grossesse, malgré ça nous rencontrons un nombre important de femmes enceintes qui ont du mal à trouver un chirurgien-dentiste prêt à les recevoir et les traiter. A partir de ce constat, l'objectif principal de ce travail a été d'évaluer les connaissances et les pratiques des chirurgiens-dentistes concernant la prise en charge des femmes enceintes. L'objectif secondaire de cette étude est de sensibiliser les professionnels de santé ciblés à ce sujet et par la suite de distribuer des fiches synthétiques de rappels.

Les hypothèses résultant de cet objectif principal sont :

H1 : les connaissances des chirurgiens-dentistes concernant la santé bucco-dentaire des femmes enceintes seraient insuffisantes.

H2 : la prise en charge des femmes pendant la grossesse serait inadaptée.

2) DISPOSITIF DE RECHERCHE

L'étude menée est une étude observationnelle, quantitative, transversale et multicentrique réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme destiné aux chirurgiens-dentistes de Paris intra-muros.

Le questionnaire comportait 29 questions, réparties en cinq rubriques :

- 1) Renseignements personnels
- 2) Pratiques professionnelles
- 3) Connaissances
- 4) Autoévaluation
- 5) Remarques à ajouter

La distribution des questionnaires s'est faite via le site GoogleForm. Le recueil des formulaires s'est fait sur une durée de deux mois : du 12 novembre 2018 au 12 janvier 2019.

3) DEROULEMENT DE L'ETUDE – OUTIL MÉTHODOLOGIQUE

Afin de répondre à notre problématique, nous avons choisi d'utiliser un questionnaire anonyme comme outil méthodologique. Ce dernier a été élaboré par nos soins, en format papier et, dans un premier temps a été testé par trois chirurgiens-dentistes du service de stomatologie de Saint-Antoine (activité mixte libérale et hospitalière) lors d'un entretien individuel. Des modifications ont été effectuées afin d'élaborer un questionnaire plus cohérent et adapté. Les questions ont été notamment simplifiées et généralisées à la grossesse et non aux différents trimestres. Certaines questions ont été reformulées. La question concernant les radiographies a été changée, les réponses concernant les doses ont été supprimées. Finalement, des items concernant l'autoévaluation et la volonté d'avoir une remise à niveau ont été rajoutés. Le questionnaire a ensuite été retranscrit en GoogleForms.

Nous avons rencontré beaucoup d'obstacles à la diffusion du questionnaire. Nous avons commencé par contacter des grandes institutions comme l'ordre national des chirurgiens-dentistes, l'agence régional de santé ou encore l'assurance maladie. Nous n'avons pas eu de réponse concluante. Puis nous avons opté pour la réalisation d'entretiens individuels afin de solliciter les chirurgiens-dentistes pour le recueil de données. Finalement, nous avons eu une réponse positive de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD), contacté via le formulaire « contact » de leur site. Notre outil a pu être diffusé à l'ensemble des chirurgiens-dentistes syndiqués à la CNSD de Paris intra-muros. Nous avons décidé de cibler la totalité de Paris intra-muros pour avoir un nombre de réponses suffisant à l'interprétation de nos données. La population cible représente environ 3000 praticiens. Nous avons également choisi de transmettre notre formulaire uniquement via mail, sans employer les réseaux sociaux pour cibler uniquement des professionnels diplômés. Le lien du formulaire a été transmis à deux reprises le 12 novembre 2018 et le 10 décembre 2018.

D'autre part, notre volonté d'avoir une population cible similaire à la population source nous a conduit à vouloir inclure des praticiens hospitaliers et exerçant en centre de santé. Nous nous sommes rapprochés de l'Association Dentaire Française (ADF). Nous n'avons pas eu de réponse concluante. Nous avons contacté les chefs de service des pôles d'odontologie de l'Assistance Publique des Hôpitaux Parisiens (APHP) : de l'hôpital Rothschild, de l'hôpital Bretonneau et de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière. Après avoir présenté notre projet, nos questionnaires ont pu être diffusés aux chirurgiens-dentistes de leurs services respectifs.

4) PARTICIPANTS

Pour rappel, la population de l'étude concerne les chirurgiens-dentistes exerçant sur Paris intra-muros.

Les critères d'inclusion regroupaient les chirurgiens-dentistes : diplômés, exerçant ou ayant exercés leurs profession quel que soit le mode d'exercice et volontaires pour répondre aux formulaires.

Les critères d'exclusions regroupaient les chirurgiens-dentistes dont l'exercice ne les confrontait pas à la population concernée par notre étude ou les orthodontistes (versant non abordé dans ce mémoire).

L'objectif était d'avoir un échantillon correspondant à 10% de la population cible, environ 300 personnes.

5) VARIABLES RETENUES

Les variables de l'étude sont quantitatives. Notre formulaire définitif (Annexe VI) était constitué de vingt-neuf questions. Vingt-sept questions étaient à réponses fermées, dont seize avec la possibilité de rajouter des réponses « autres » à l'appréciation du praticien. La vingt-neuvième question était une question ouverte permettant aux répondants de pouvoir échanger avec nous : « remarques à ajouter ». Le questionnaire était composé de quatre parties : renseignements personnels, pratiques, connaissances, intérêt pour le sujet.

La première partie concernant les caractéristiques de notre population nous renseignait sur le sexe du sujet, l'année d'obtention du diplôme, le mode d'exercice ainsi que la couverture sociale de la patientèle.

La deuxième partie se concentrait sur la pratique dans l'exercice de la profession.

Elle nous renseignait sur :

- La patientèle enceinte (fréquence d'accueil, motif de consultation),
- La pratique des soins dentaires chez la femme enceinte,
- La pratique des consultations de prévention du 4^e mois,
- L'emploi des produits anesthésiques, antibiotiques, antalgiques,
- L'emploi de la supplémentation en fluor,
- Les précautions pour éviter le syndrome cave.

La troisième partie était consacrée aux connaissances des chirurgiens-dentistes interrogés. Elle traitait :

- Des conséquences de l'état de grossesse,
- Des conséquences des maladies parodontales sur la grossesse,
- De la réalisation des actes de soin,
- De la réalisation des radiographies,
- Des sources d'information,

La quatrième partie regroupait deux questions : une auto-évaluation sur le sujet et sur le besoin d'une remise à niveau.

6) STRATEGIES D'ANALYSES

Nous avons extrait de la base de données tous les résultats et nous avons travaillé avec le logiciel Excel dans un premier temps.

Puis nous avons comparé deux populations entre elles en utilisant le logiciel OpenEpi version 3. Pour comparer les effectifs entre eux, nous avons utilisé le test de Chi2 non corrigé et le test de Fischer lorsqu'une valeur attendue était inférieure à 5. Nous avons considéré comme significatif un $p < 0,05$.

IV- RESULTATS

Nous avons récupéré 260 questionnaires. Deux cent cinquante-huit questionnaires ont pu être exploités après le respect des critères d'exclusions.

L'échantillon ayant répondu à la question sera précisé s'il est différent de l'effectif total de l'étude.

1) RESULTATS DESCRIPTIFS

A) DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE

❖ SEXE

Notre population comptabilise 115 hommes (45%) et 143 femmes (55%).

❖ ANNÉE D'OBTENTION DU DIPLÔME

Nous avons regroupé la population par classes d'années d'obtention du diplôme. L'année d'obtention moyenne du diplôme est 1994, la plus ancienne est 1957, la plus récente 2018.

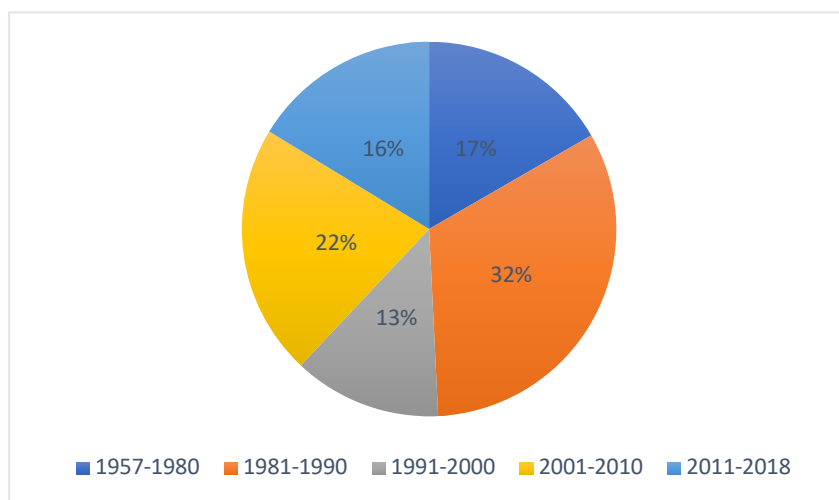


figure 1 : répartition des années d'obtention de diplôme (en %)

❖ MODE D'EXERCICE

Deux cent dix-huit, soit 84,5% des professionnels interrogés ont une activité libérale. Quarante-trois, soit 16,7% ont une activité hospitalière. Trente-trois, soit 12,8% ont une activité en centre de santé.

Notre population est également constituée d'un praticien au ministère des armées, un praticien conseil et un praticien en honorariat. Deux répondants sont des retraités.

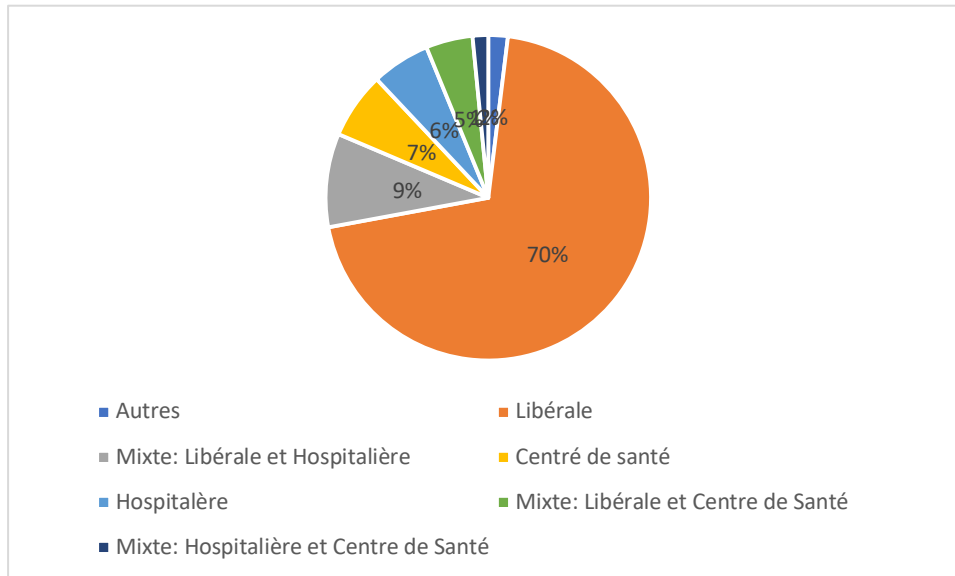


figure 2 : répartition du mode d'exercice de la population (en %)

❖ COUVERTURE MALADIE DE LA PATIENTE

Dans l'option « autre », les professionnels interrogés ont ajouté : assurances étrangères (3,9%), inconnu (2,7%), Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) (1,9%), pas de couverture sociale (1,2%).

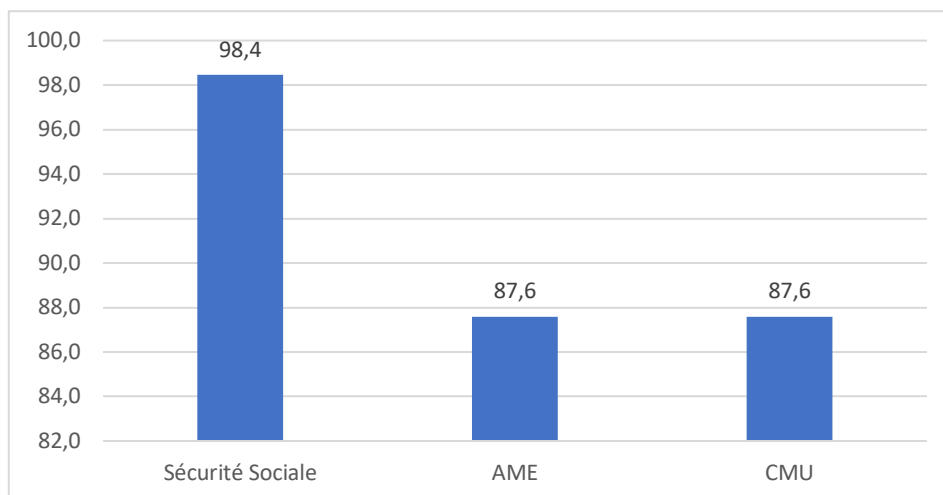


figure 3: profil de patientèle (en %)

B) PRATIQUES PROFESSIONNELLES

❖ ACCUEIL DE PATIENTES ENCEINTES

Cent quarante-sept, soit 57% des personnes déclarent recevoir souvent des patientes enceintes dans l'exercice de leur profession.

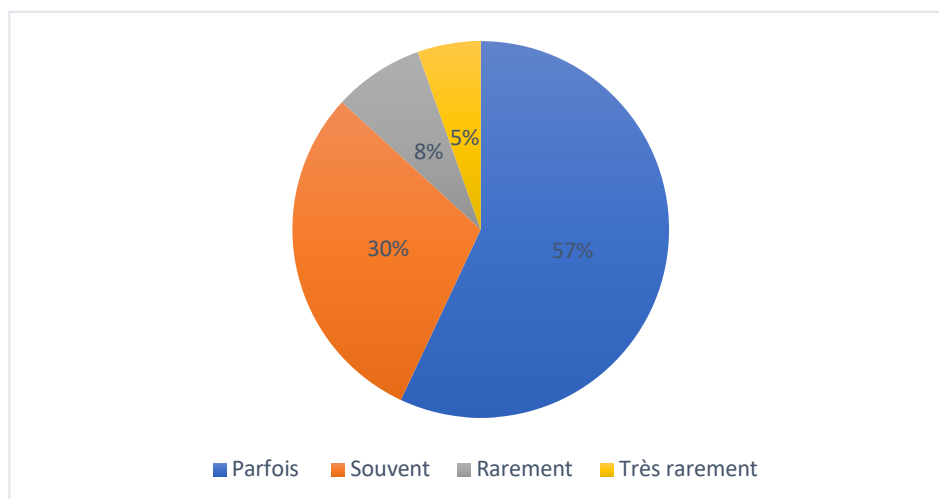


figure 4 : accueil d'une patiente enceinte dans l'exercice de la profession.

❖ MOTIFS DE CONSULTATION

Deux cent seize, soit 83,7 % des praticiens ont répondu que les patientes se présentent pour une consultation de prévention. Dans la section « autre », les professionnels de santé ont ajouté : souhait de la patiente (2,3%), suite à un refus de leur dentiste traitant (1,6%), pour des gingivorragies (1,2%), pour une chirurgie orale (0,8%), pour un avis (0,4%).

Six praticiens ont ajouté que les patientes viennent d'elles-mêmes pour effectuer un bilan, recevoir des conseils ou des messages de prévention.

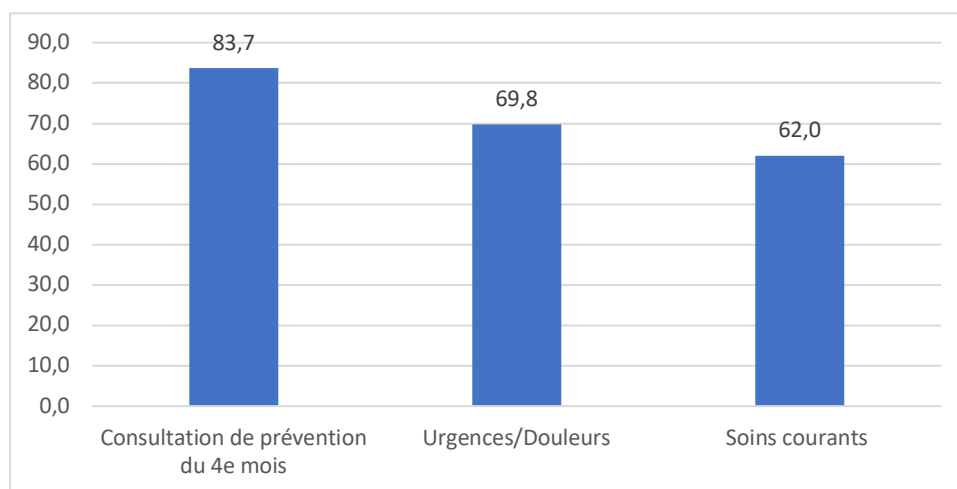


figure 5 : répartition des motifs de consultation (en %)

❖ PRATIQUES DES SOINS DENTAIRES

Deux cent cinquante-sept personnes pratiquent des soins dentaires et un professionnel n'a pas répondu puisqu'il n'effectue pas de soins dans l'exercice de sa profession.

Cent trente-huit, soit 56% des chirurgiens-dentistes ont répondu pratiquer tout le temps de la grossesse des soins dentaires à la femme enceinte. Moins d'1% (n=2) prescrivent des antalgiques en attendant l'accouchement : une personne a répondu qu'elle avait peur des risques pour la patiente et le fœtus en cas d'incident, une autre a répondu qu'elle devait adapter avec le professionnel qui suit la grossesse de la patiente.

Plusieurs réponses de la section « autre » ont été analysées : une partie a été répartie dans les catégories précédentes. Les autres réponses (4,3%) qui ne pouvaient être catégorisées ont été réunies dans la réponse « autre », on y trouve : 3,5% (n=9) qui agissent en fonction du moment de la grossesse (moins de 8 mois de grossesse, 2^e trimestre, 2^e et 3^e trimestre, en fonction du moment de la grossesse), 0,4% (n=1) qui réalisent un détartrage uniquement, 0,4% (n=1) qui réalisent des soins ne nécessitant pas d'anesthésie.

A noter que des compléments, également par l'intermédiaire de la case « autre », ont été rajoutés :

- selon le confort de la patiente (nausées, vomissements) ;
- avec les précautions nécessaires ;
- en fonction de l'état de la grossesse ;
- avec mise en condition sophrologie, musicothérapie ;
- après accord du professionnel qui suit la grossesse.

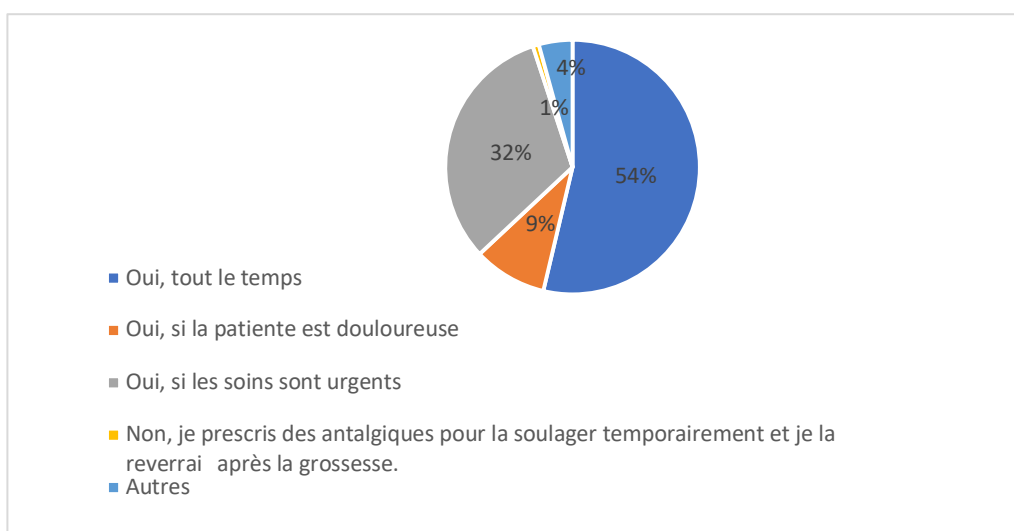


figure 6 : attitude pratique de la prise en charge d'une patiente enceinte (en %)

❖ CONSULTATION DE PREVENTION CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Deux cent trente-neuf, soit 92,6% des répondants réalisent des consultations de prévention chez la femme enceinte.

❖ MOTIF DE VENUE DE LA FEMME ENCEINTE À LA CONSULTATION DE PREVENTION

Seul un chirurgien-dentiste n'a pas répondu à la question.

Cent quarante-quatre, soit 90,8% des chirurgiens-dentistes ont indiqué que les patientes venaient suite au courrier de la sécurité sociale.

Dans la catégorie autres : cinq personnes ont déclaré que la patiente venait après un message de leur part (rappel pour contrôle pendant la grossesse ou contact pendant la prise en charge d'un enfant). Une personne a mentionné leur venue après avoir lu un message d'une campagne de prévention (autres que Examen Bucco-Dentaire (EBD)).

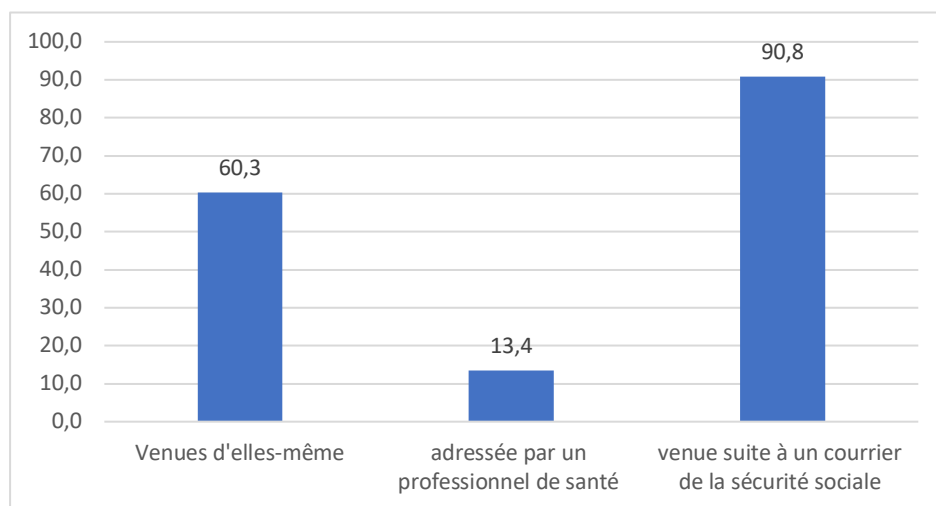


figure 7 : motif de venue de la femme enceinte en consultation de prévention (en %)

❖ DEROULEMENT DE LA CONSULTATION DE PREVENTION

Ils sont deux cent trente-neuf à réaliser des consultations de prévention.

Cent soixante et onze, soit 71,5% des personnes ont répondu réaliser un bilan bucco-dentaire sans radiographie. Plus du trois quarts des répondants donnent des conseils adaptés à la femme enceinte (80,8%) et réalisent des préventions sur les modifications que la grossesse entraîne (76,2%).

Par l'intermédiaire de la réponse « autre », les répondants ont précisé utiliser un tablier plombé pour la réalisation de radiographies (n=5) et réaliser des radiographies seulement sur justification médicale (n=5).

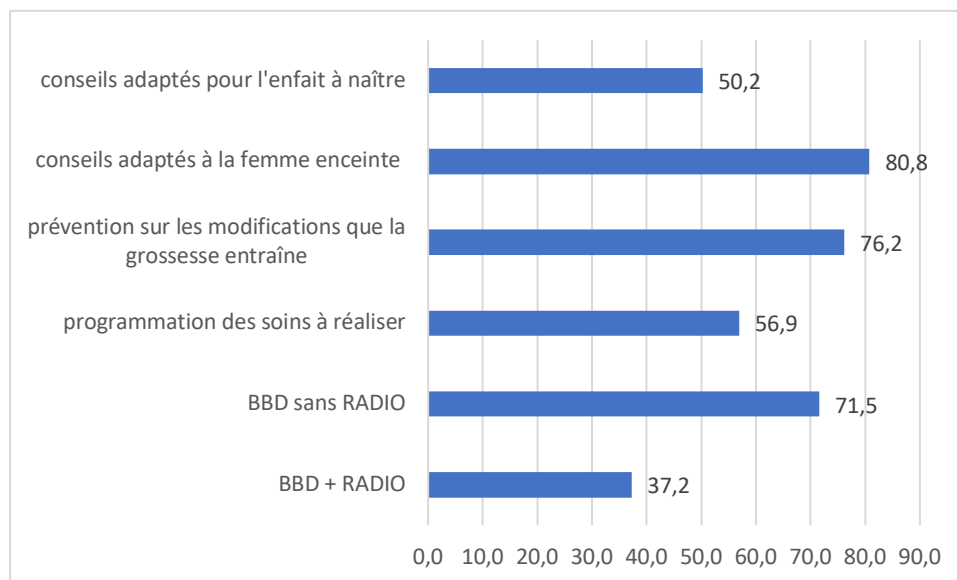


figure 8 : déroulement de la consultation de prévention (en %)

❖ PAS DE REALISATION DE CONSULTATION DE PRÉVENTION

Dix-neuf personnes ne font pas de consultation de prévention.

Parmi elles, 11 personnes, soit 57,9% ont répondu n'avoir aucune demande de la patientèle. Six personnes, soit 31,6% ont précisé qu'ils exerçaient des spécialités particulières (Urgences, chirurgie orale, pédodontie). Deux personnes, soit 10,5% ont annoncé réaliser des consultations classiques à 23 euros. Une personne a répondu ne pas réaliser de consultation de prévention car ce n'était pas assez payé.

Par ailleurs, dans la population ayant répondu réaliser des consultations de prévention, « une personne a tenu à préciser que la complexité du BBD était pénible ».

❖ MESSAGE DE PREVENTION ET CONSEILS

Deux cent quarante-sept personnes, soit 95,7% réalisent un rappel sur le brossage de dents.

Les réponses concernant les modifications qu'entraîne la grossesse, les conseils adaptés à l'enfant et le fluor n'ont pas été traités. Le fluor a été abordé dans les questions suivantes. Les conseils adaptés à l'enfant ne sont pas traités dans ce mémoire.

Par l'intermédiaire de la réponse « autre », les dentistes interrogés ont précisé :

- Qu'ils conseillaient d'utiliser du bicarbonate dilué dans de l'eau (n=2)
- Ne plus se souvenir des messages qu'il dispensait (n=1)
- Qu'ils donnaient des conseils hygiéno-diététiques (arrêter le tabac, l'alcool, ne pas grignoter, éviter de manger trop sucré) (n=18)
- Qu'ils dispensaient des conseils adaptés à chaque patiente selon la situation (n=2)
- Qu'il insistait sur le fait de consulter un dentiste en cas de douleurs (n=1)
- Qu'ils rappelaient que la grossesse ne contre-indiquait pas les soins (n=4)
- Qu'ils rappelaient qu'il était nécessaire de faire un bilan (n=2)
- Qu'ils préconisaient l'utilisation de brossettes interdentaires (n=3)
- Qu'ils dispensaient des conseils adaptés à la gingivite gravidique (massages des gencives pendant le brossage, brossettes interdentaires trempées dans bain de Chlorexidine[®], brossage assidu des zones gingivales, auriculothérapie, ne par arrêter le brossage si saignements, insister sur le brossage gingival) (n=14)

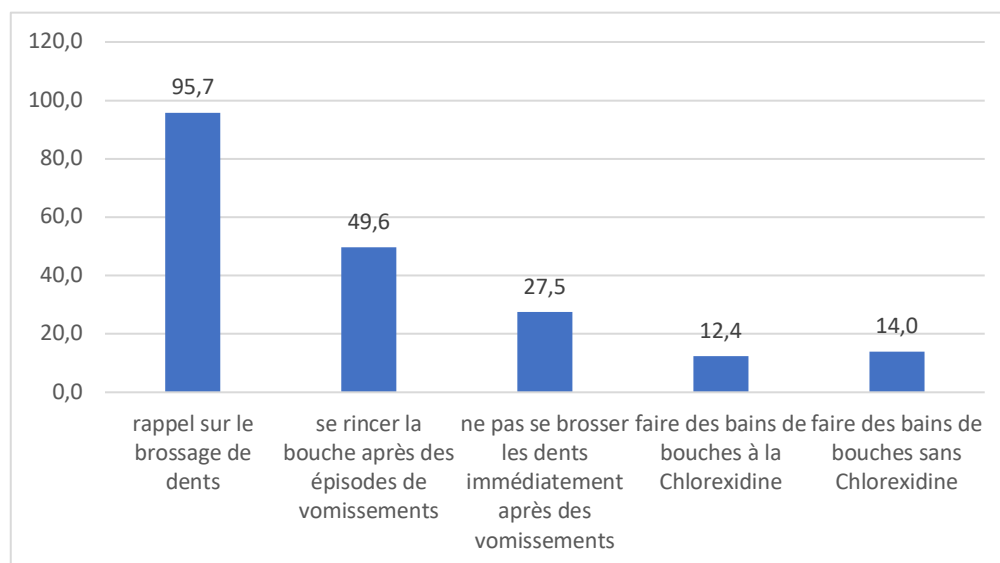


figure 9 : conseils et messages de prévention adressés à la femme enceinte (en %)

❖ MOYEN DE TRANSMISSION DES MESSAGES DE PREVENTION ET CONSEILS

La totalité des répondants a indiqué dispenser les conseils et messages de prévention à l'oral : 98% (n=254) par eux-mêmes (et parfois en plus par un assistant qualifié), 2% (n=4) par l'intermédiaire d'un assistant qualifié. Une personne a indiqué inviter les patients à se renseigner sur le site internet de la caisse d'assurance maladie. Une personne a indiqué utiliser un protocole personnalisé remis par écrit et une personne a indiqué s'aider de dessins conseils.

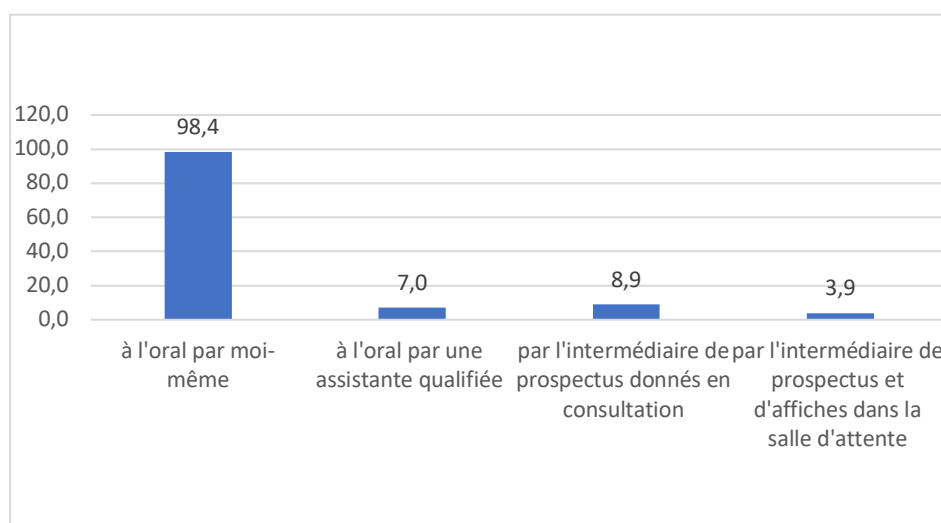


figure 10 : répartition des moyens de transmissions des informations (en %)

❖ UTILISATION DE PRODUITS ANESTHÉSQUES

Ils sont 98% à prescrire des produits anesthésiques.

Parmi les non répondants, une personne a précisé « *que le médecin qui suivait la grossesse refusait l'utilisation de produits anesthésiques* », une personne a précisé qu'elle ne réalisait pas d'anesthésie dans les trois premiers mois, une personne qu'elle ne savait plus (retraîtée), une personne qu'elle ne réalisait pas de soins.

Deux cent trois, soit 79,9% des répondants prescrivent de l'articaïne®. Dix personnes ont saisi dans « autre » des autres produits : scandinaine® (2), alphacaïne® (1), mepivacaïne® (3), primacaïne® (4). Deux personnes ont précisé que tout était possible sans adrénaline et trois sans vasoconstricteurs.

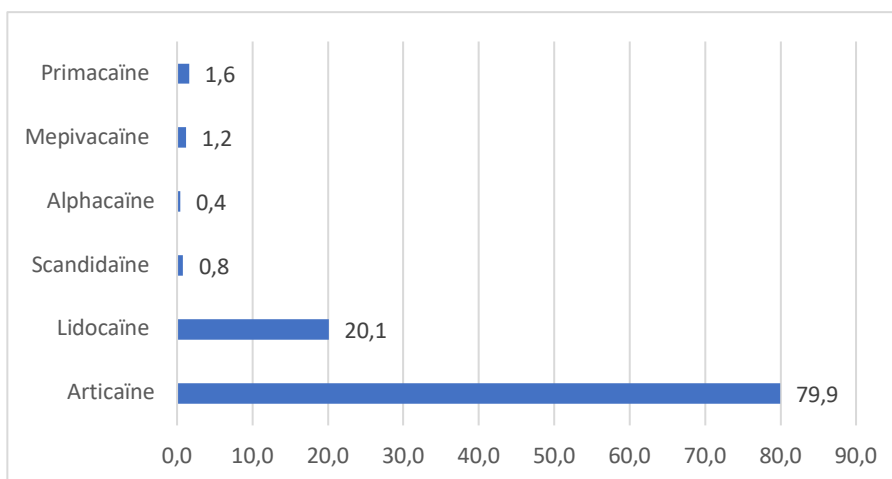


figure 11 : prescription des anesthésiques à destination de la femme enceinte (en %)

❖ UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES

Deux cent cinquante-trois en prescrivent.

Cinq personnes n'ont pas répondu à cette question : une personne a déclaré s'adapter en fonction de l'anamnèse, trois personnes demandent conseil au professionnel de santé qui suit la patiente, une personne ne réalise pas de soins dans l'exercice de sa profession.

Deux cent trente-trois, soit 92,1% des professionnels interrogés prescrivent de la pénicilline comme antibiotique à la femme enceinte.

Quatre personnes ont cité d'autres antibiotiques : Birodogyl ©, Clindamycine©, Ordipha ©, Rodogyl ©. Une personne a répondu et a précisé « après accord du gynécologue ».

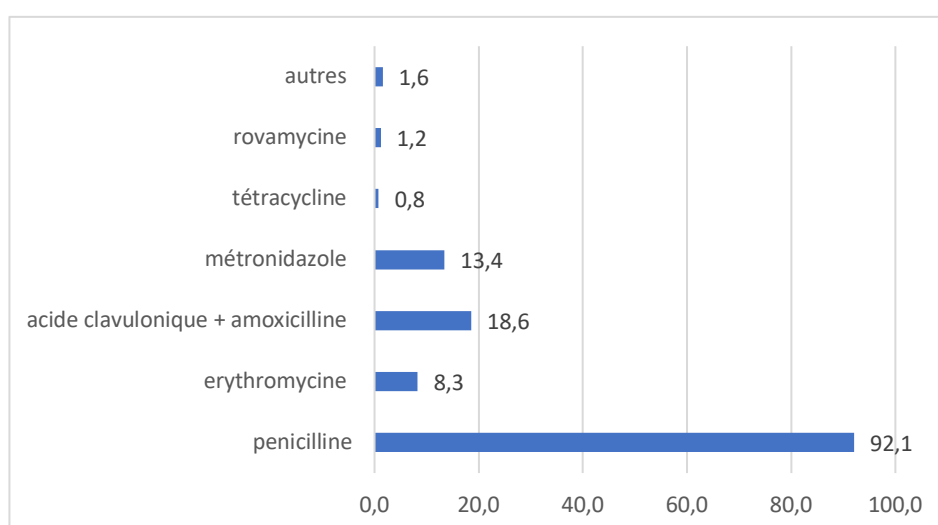


figure 12 : prescriptions des antibiotiques à destination de la femme enceinte (en %)

❖ PRESCRIPTION DES ANTALGIQUES A LA FEMME ENCEINTE

Deux cent cinquante-quatre en prescrivent.

Quatre personnes n'ont pas répondu à la question : trois personnes demandent conseil au professionnel de santé qui suit la patiente, une personne ne réalise pas de soins dans l'exercice de sa profession.

Deux cent cinquante-trois, soit 99,6% des chirurgiens-dentistes interrogés prescrivent du paracétamol à la femme enceinte comme antalgique.

Une personne a indiqué utiliser de la glace en complément d'un traitement antalgique.

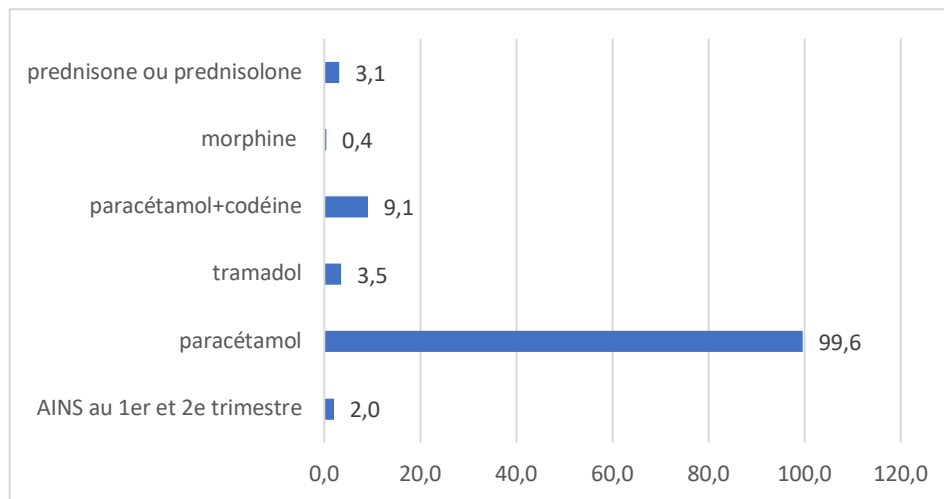


figure 13 : prescription des antalgiques à destination de la femme enceinte (en %)

❖ SUPPLEMENTATION DE FLUOR PENDANT LA GROSSESSE

Deux cent trente-six, soit 91 % de la population étudiée ne conseille pas la supplémentation en fluor pendant la grossesse.

❖ RAISONS DE NE PAS SUPPLEMENTER EN FLUOR

Deux cent vingt et une personnes ont répondu à cette question.

Une personne ayant répondu oui a répondu à cette question, les résultats n'ont pas été interprétés. 15 personnes n'ont pas répondu à la question.

Cent cinquante-sept, soit 71% des répondants ne supplémentent pas en fluor les patientes enceintes parce que ce n'est plus recommandé.

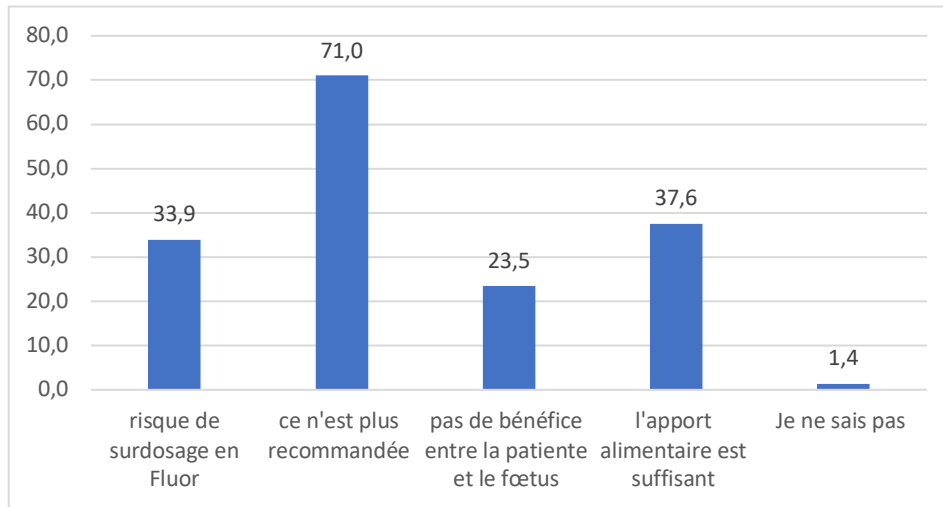


figure 14 : raisons de ne pas supplémenter en fluor (en %)

❖ SYNDROME CAVE

Deux cent cinquante-six personnes ont répondu à cette question.

Deux personnes n'ont pas répondu : une personne ne réalise pas de soins dans l'exercice de sa profession, une personne déclare réaliser uniquement des traitements d'urgence. Quarante-sept, soit 18,2% des répondants installent leurs patientes sans précaution particulière. Sur les quarante-sept personnes ayant répondu qu'ils les installent sans précaution, deux ont précisé qu'ils n'avaient aucune notion du syndrome cave et deux ont précisé qu'ils avaient un fauteuil ergonomique.

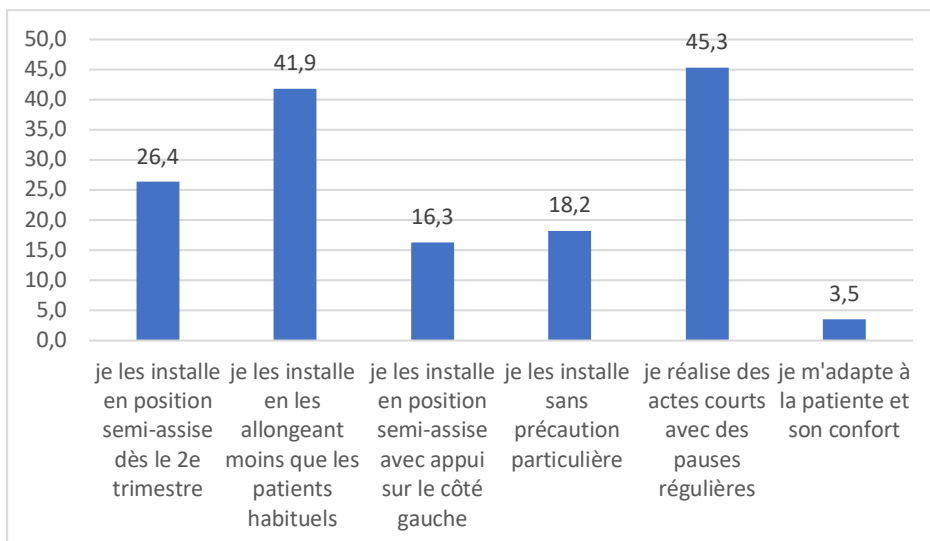


figure 15 : précautions pour éviter le syndrome cave (en %)

C) CONNAISSANCES

❖ CONSEQUENCES DE L'ETAT DE GROSSESSE SUR LA SPHERE BUCCO-DENTAIRE

Pratiquement tous les répondants (99,6%) ont répondu que la grossesse pouvait entraîner un saignement des gencives plus fréquents. Seulement 16,3% (n=42) ont affirmé qu'une thrombopénie peut se révéler en fin de grossesse.

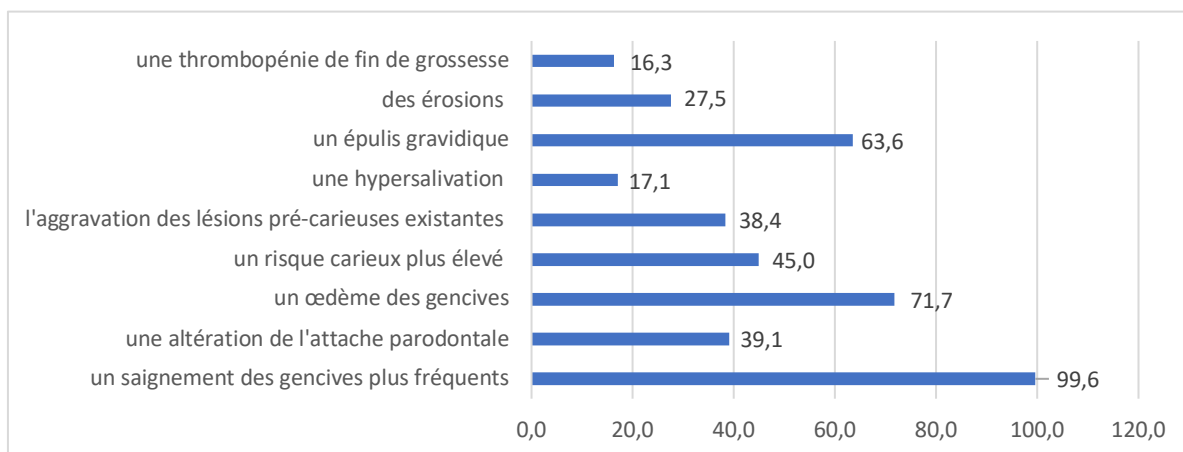


figure 16 : conséquences de l'état de grossesse sur la sphère orale (en %)

❖ CONSEQUENCES SUR LA GROSSESSE

Cent vingt-neuf, soit 50% des personnes interrogées pensent que la MAP et l'accouchement prématuré peuvent être la conséquence d'une maladie parodontale. Cent trois personnes, soit 39,9% ont répondu ne pas savoir les conséquences qu'une maladie parodontale peut avoir sur une grossesse.

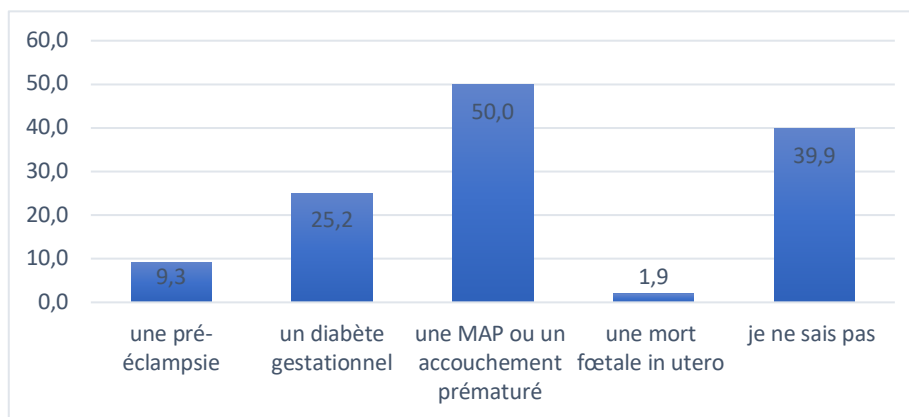


figure 17 : conséquences des maladies parodontales sur les grossesses (en %)

❖ PERIODE ADAPTÉE POUR LA RÉALISATION DES SOINS

Deux cent vingt-cinq, soit 87,2% des répondants pensent que le deuxième trimestre est le plus adapté pour la réalisation d'actes de soin.

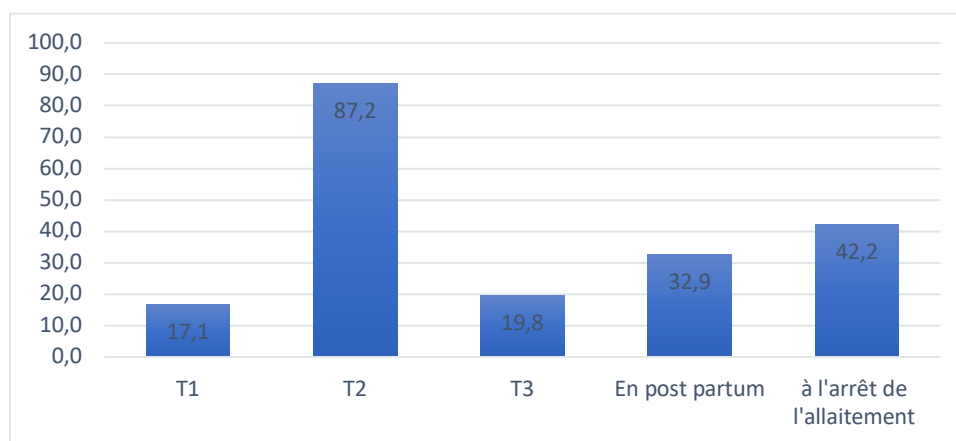


figure 18: Périodes les plus adaptées à la réalisation des soins pendant la grossesse (en %)

❖ ACTES AUTORISÉS PENDANT LA GROSSESSE

Plus du trois quarts des répondants sont en accord avec le fait qu'un détartrage (88,4%), des soins conservateurs (88%) et des radiographies avec une ou des protections plombées (75,2%) sont autorisés pendant la grossesse. Seulement 33,5% (n=86) pensent que tous les soins sont possibles au cours de la grossesse.

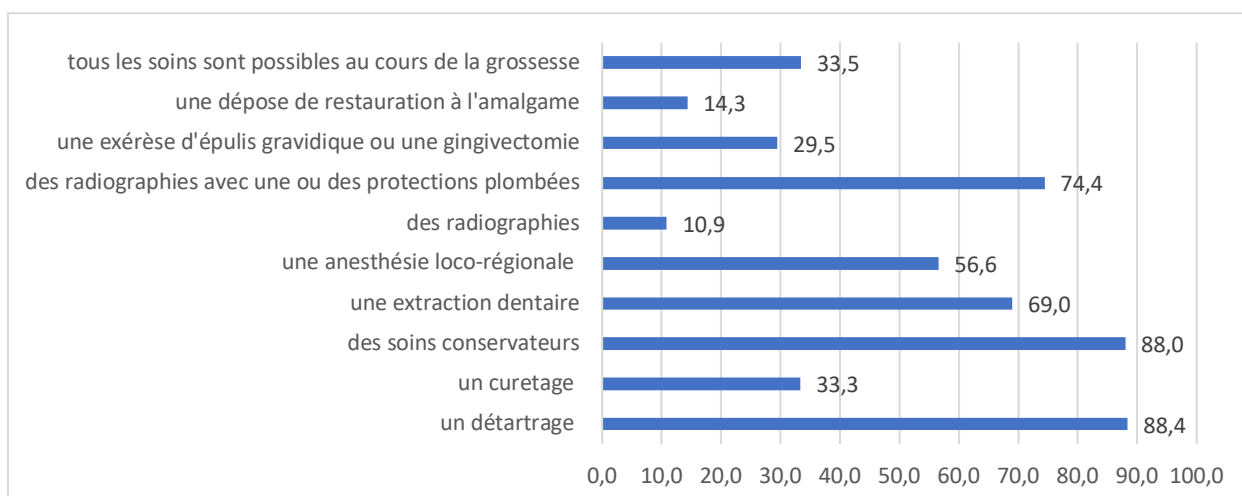


figure 19 : répartition des actes autorisés pendant la grossesse (en%)

❖ LES RADIATIONS PENDANT LA GROSSESSE

Concernant les affirmations touchant les radiations pendant la grossesse, 90,3% (n=159) sont en accord avec le fait qu'un tablier de protection doit être utilisé par précaution. Les autres affirmations sont moins unanimes.

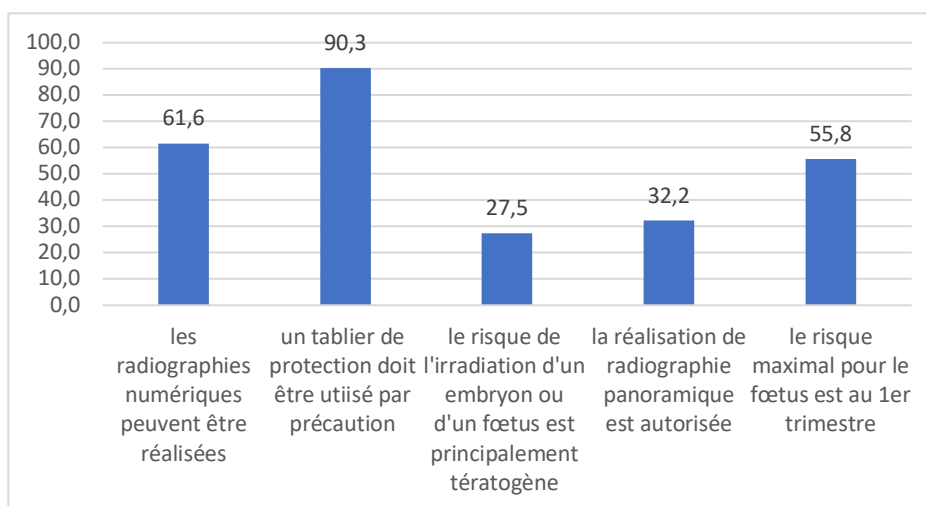


figure 20 : connaissances sur les radiations pendant la grossesse (en %)

❖ SOURCE D'INFORMATIONS

Deux cent cinquante-sept personnes ont renseigné une source d'information.

Une personne n'a pas répondu à la question. Deux personnes ont complété la case « autre » avec des réponses ne pouvant pas être catégorisées : une personne a répondu « consulter le Vidal », une personne a répondu « s'informer en consultant les RCP française, allemande et belge ».

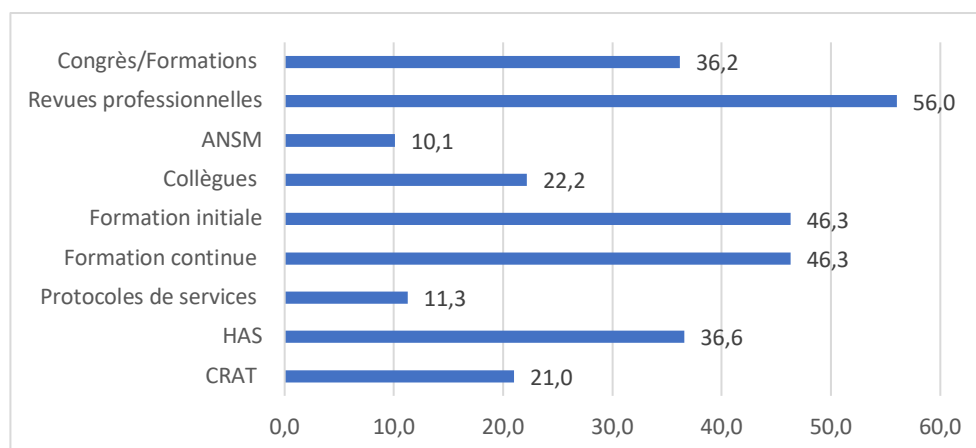


figure 21 : répartition des sources d'informations utilisées (en%)

❖ AUTOEVALUATION DES CONNAISSANCES

Cent trente-deux, soit 52,2% des répondants pensent être suffisamment renseignés sur le sujet de la santé buccodentaire et la grossesse.

❖ REMISE A NIVEAU DES CONNAISSANCES

Deux cent sept personnes, soit 80,2% ont répondu être intéressées par une remise à niveau sur leurs connaissances sur le sujet.

2) COMPARATIFS ENTRE DEUX GROUPES

A) COMPARAISON DE DEUX GROUPES EN FONCTION DE L'AGE

TABLEAU I : Comparaison selon la date d'obtention du Diplôme d'état

	Population DE avant 2012 n(%)	Population DE après 2012 n(%)	p
Pratique des soins dentaires :	n=226	n=32	
Oui, si la patiente est douloureuse	21 (9,3)	3 (9,4)	NS
Oui, si les soins sont urgents	74 (32,7)	8 (25)	NS
Oui, tout le temps	118 (52,2)	20 (62,5)	NS
Non, je prescris des antalgiques pour la soulager temporairement et je la reverrais après la grossesse	2 (0,9)	0	NS
Réalisation de consultations de prévention	n=213 (94,2)	n=26 (81,25)	0,04
Déroulement des consultations de prévention :			
BBD avec radiographie	80 (37,6)	9 (34,6)	NS
BBD sans radiographie	151 (70,9)	20 (76,9)	NS
Programmation des soins à réaliser	122 (57,3)	14 (53,8)	NS
Prévention sur les modifications que la grossesse entraîne	163 (76,5)	20 (76,9)	NS
Je dispense des conseils adaptés à la femme enceinte	172 (80,8)	21 (80,8)	NS
Je dispense des conseils pour l'enfant à naître	103 (48,4)	17 (65,3)	NS
Conseils et message de prévention :	n=226	n=32	
Rappel sur le brossage de dents	217 (96)	30 (93,8)	NS
Se rincer la bouche après des épisodes de vomissements	116 (51,4)	12 (37,5)	NS
Ne pas se brosser les dents immédiatement après des vomissements	64 (30)	7 (21,2)	NS
Bains de bouche à la Chlorexidine	25 (11,1)	7 (43,8)	NS
Bains de bouche sans Chlorexidine	34 (17,1)	2 (6,3)	NS
Produits anesthésiques utilisé : (n=254)	n=222 (98,2)	n=32 (100)	NS
Lidocaïne	45 (20,2)	6 (18,8)	NS
Articaïne	174 (78,4)	29 (90,6)	NS
Antibiotiques prescrits : (n=253)	n=221 (97,8)	n=32 (100)	NS
Penicilline	203 (91,9)	30 (93,8)	NS
Erythromycine	19 (8,6)	2 (6,3)	NS
Acide clavulonique+ Amoxicilline	38 (17,2)	9 (28,1)	NS
Métrodinazole	24 (10,9)	8 (25)	0,02
Antalgiques prescrits : (n=254)	n=222 (98,2)	n=32 (100)	NS
AINS au 1 ^{er} et 2 ^e T	3 (1,4)	2 (6,3)	NS
Paracétamol	222 (100)	32 (100)	NS

Tramadol	6 (2,7)	3 (9,4)	NS
Paracétamol+codéine	15 (6,8)	8 (25)	0,001
Morphine	1 (0,5)	0	NS
Prednisone ou prednisolone	7 (3,15)	1 (3,15)	NS
Supplémentation en fluor pendant la grossesse :	22 (10)	0	NS
Pour éviter le syndrome cave :	n=224(99,1)	n=32 (100)	
Je les installe en position semi-assise dès le 2 ^e trimestre	61 (27,2)	7 (21,9)	NS
Je les installe en les allongeant moins que les patients habituels	97 (43,3)	11 (34,4)	NS
Je les installe en position semi-assise avec appui sur le côté gauche	31 (13,8)	11 (34,4)	0,003
Je les installe sans précaution particulière	43 (19,2)	4 (12,5)	NS
Je réalise des actes courts avec des pauses régulières	104 (46,4)	13 (40,6)	NS
Modifications entraînées par l'état de grossesse :			
Saignement des gencives plus fréquents	225 (99,6)	32 (100)	NS
Altération de l'attache parodontale	85 (37,6)	16 (50)	NS
Œdème des gencives	161 (71,1)	23 (71,9)	NS
Risque carieux plus élevé	98 (43,4)	18 (56,2)	NS
Aggravation des lésions pré-carieuses existantes	86 (38)	13 (40,6)	NS
Hypersalivation	38 (16,8)	6 (18,8)	NS
Épulis gravidique	137 (60,6)	27 (84,3)	0,009
Érosions	60 (26,5)	11 (34,4)	NS
Thrombopénie de fin de grossesse	34 (15)	8 (25)	NS
Conséquences des maladies parodontales :			
Pré-éclampsie	17 (75,2)	7 (21,9)	0,009
Diabète gestationnel	51 (22,6)	14 (43,8)	0,01
MAP/AP	113 (50)	16 (50)	NS
MFIU	5 (2,2)	0	NS
Je ne sais pas	92 (40,7)	11 (34,4)	NS
Meilleure période pour réaliser des actes de soins :			
T1	38 (16,8)	6 (18,8)	NS
T2	196 (86,7)	28 (87,5)	NS

T3	46 (20,4)	5 (15,6)	NS
PP	72 (31,9)	13 (40,6)	NS
Après l'AM	96 (42,5)	13 (40,6)	NS
Actes pouvant être réalisés :			
Détartrage	200 (88,5)	28 (87,5)	NS
Curetage	72 (31,9)	14 (43,8)	NS
Soins conservateurs	199 (88)	28 (87,5)	NS
Extraction dentaire	152 (67,2)	25 (78,1)	NS
ALR	127 (56,2)	19 (59,4)	NS
Radiographies	23 (10,2)	5 (15,6)	NS
Radiographies avec une ou des protections plombées	168 (74,3)	24 (75)	NS
Exérèse d'épulis gravidique ou gingivectomie	65 (28,8)	11 (34,4)	NS
Dépose de restauration d'amalgame	27 (12)	10 (31,3)	0,003
Tous les soins dentaires sont possibles au cours de la grossesse	71 (31,4)	15 (46,9)	NS
Concernant les radiographies :			
Les radiographies numériques peuvent être réalisées	137 (60,6)	22 (68,8)	NS
Un tablier de protection doit être utilisé par précaution	204 (90,3)	29 (90,6)	NS
Le risque de l'irradiation d'un embryon ou d'un fœtus est principalement tératogène	60 (26,5)	11 (34,4)	NS
La réalisation de radiographie panoramique est autorisée	69 (30,5)	14 (43,8)	NS
Le risque maximal pour le fœtus est au 1 ^{er} trimestre	119 (52,6)	26 (81,3)	0,002

B) COMPARAISON DE DEUX GROUPES EN FONCTION DU SEXE

TABLEAU II : Comparaison selon le sexe du répondant

	Population féminine n(%)	Population masculine n(%)	p
Pratique des soins dentaires :	n=143	n=115	
Oui, si la patiente est douloureuse	17 (11,9)	6 (5,2)	NS
Oui, si les soins sont urgents	39 (27,3)	43 (37,3)	NS
Oui, tout le temps	74 (51,7)	63 (54,8)	NS
Non, je prescris des antalgiques pour la soulager temporairement et je la reverrais après la grossesse	2 (1,4)	0	NS
Réalisation de consultations de prévention	n=135 (94,4)	104 (90,4)	NS
Déroulement des consultations de prévention :			
BBD avec radiographie	44 (30,8)	45 (43,3)	NS
BBD sans radiographie	104 (77)	67 (64,4)	0,03
Programmation des soins à réaliser	82 (60,7)	54 (52)	NS
Prévention sur les modifications que la grossesse entraîne	101 (70,6)	81 (77,9)	NS
Je dispense des conseils adaptés à la femme enceinte	109 (80,7)	84 (80,8)	NS
Je dispense des conseils pour l'enfant à naître	71 (52,6)	49 (35)	NS
Conseils et message de prévention :	n=143	n=115	
Rappel sur le brossage de dents	134 (99,3)	113 (98,3)	NS
Se rincer la bouche après des épisodes de vomissements	69 (51,1)	59 (51,3)	NS
Ne pas se brosser les dents immédiatement après des vomissements	41 (28,7)	30 (26,1)	NS
Bains de bouche à la Chlorexidine	19 (13,3)	13 (11,3)	NS
Bains de bouche sans Chlorexidine	18 (12,6)	18 (15,7)	NS
Produits anesthésiques utilisé : (n=254)	n=139 (97,2)	n=115 (100)	NS
Lidocaïne	32 (23)	19 (16,5)	NS
Articaïne	108 (77,7)	95 (82,6)	NS
Antibiotiques prescrits : (n=253)	n=140 (97,9)	n=113 (98,2)	NS
Penicilline	131 (93,6)	102 (90,3)	NS
Erythromycine	6 (4,3)	15 (13,3)	0,01
Acide clavulonique+ Amoxicilline	23 (16,4)	24 (21,2)	NS
Métrodinazole	15 (10,7)	19 (16,8)	NS
Antalgiques prescrits : (n=254)	n=141 (98,6)	n=113 (98,2)	NS

AINS au 1 ^{er} et 2 ^e T	5 (3,5)	0	NS
Paracétamol	141 (100)	113 (100)	NS
Tramadol	7 (49,6)	2 (1,8)	NS
Paracétamol+codéine	12 (8,5)	11 (9,7)	NS
Morphine	1 (0,7)	0	NS
Prednisone ou prednisolone	3 (2,1)	5 (4,4)	NS
Supplémentation en fluor pendant la grossesse :	7 (4,9)	15 (13)	0,02
Pour éviter le syndrome cave :	n=142 (98)	n=114 (99,1)	
Je les installe en position semi-assise dès le 2 ^e trimestre	35 (24,6)	33 (28,9)	NS
Je les installe en les allongeant moins que les patients habituels	54 (38)	54 (47,3)	NS
Je les installe en position semi-assise avec appui sur le côté gauche	22 (15,5)	20 (65)	NS
Je les installe sans précaution particulière	30 (21,1)	17 (14,9)	NS
Je réalise des actes courts avec des pauses régulières	58 (40,8)	59 (51,8)	NS
Modifications entraînées par l'état de grossesse :			
Saignement des gencives plus fréquents	143 (100)	114 (99,1)	NS
Altération de l'attache parodontale	57 (39,9)	44 (38,3)	NS
Œdème des gencives	98 (68,5)	87 (75,6)	NS
Risque carieux plus élevé	65 (45,5)	51 (44,3)	NS
Aggravation des lésions pré-cariées existantes	52 (36,3)	47 (40,9)	NS
Hypersalivation	22 (15,4)	22 (19,1)	NS
Épulis gravidique	87 (60,1)	77 (67)	NS
Érosions	45 (31,5)	26 (22,6)	NS
Thrombopénie de fin de grossesse	21 (14,7)	21 (18,3)	NS
Conséquences des maladies parodontales :			
Pré-éclampsie	16 (11,1)	8 (7)	NS
Diabète gestationnel	30 (21)	35 (30,4)	NS
MAP/AP	77 (53,8)	52 (45,2)	NS
MFIU	0	5 (4,3)	NS
Je ne sais pas	57 (39,9)	46 (40)	NS

Meilleur période pour réaliser des actes de soins :				
	T1	23 (16,1)	21 (18,3)	NS
	T2	123 (86)	101 (87,8)	NS
	T3	25 (17,5)	26 (22,6)	NS
	PP	51 (35,7)	34 (29,6)	NS
	Après l'AM	64 (44,8)	45 (39,1)	NS
Actes pouvant être réalisés :				
	Détartrage	130 (91)	98 (85,2)	NS
	Curetage	50 (43,5)	36 (31,3)	NS
	Soins conservateurs	132 (92,3)	95 (82,6)	0,017
	Extraction dentaire	108 (75,5)	70 (60,9)	0,011
	ALR	82 (57,3)	64 (55,7)	NS
	Radiographies	16 (11,2)	12 (10,4)	NS
	Radiographies avec une ou des protections plombées	109 (76,2)	83 (72,2)	NS
	Exérèse d'épulis gravidique ou gingivectomie	46 (32,2)	30 (26,1)	NS
	Dépose de restauration d'amalgame	28 (19,6)	9 (7,8)	0,012
	Tous les soins dentaires sont possibles au cours de la grossesse	50 (35)	36 (31,3)	NS
Concernant les radiographies :				
	Les radiographies numériques peuvent être réalisées	79 (55,2)	80 (69,6)	0,02
	Un tablier de protection doit être utilisé par précaution	128 (89,5)	105 (91,3)	NS
	Le risque de l'irradiation d'un embryon ou d'un fœtus est principalement tératogène	35 (24,5)	36 (31,3)	NS
	La réalisation de radiographie panoramique est autorisée	38 (26,6)	45 (39,1)	0,03
	Le risque maximal pour le fœtus est au 1 ^{er} trimestre	64 (44,8)	80 (69,6)	0,01

V) Analyse – Discussion

1) POINTS FORTS

L'anonymat des répondants a été garanti. Le mode de diffusion des formulaires a pu protéger cet anonymat (aucun contact). Les participants ont pu répondre librement sans avoir peur de se faire juger sur leurs pratiques et connaissances. Ceci a pu nous conduire à l'obtention d'un nombre de questionnaire relativement important (260 réponses).

Nous avons eu la chance d'attirer l'intérêt du CNSD qui a pu diffuser notre questionnaire à un échantillon conséquent de praticiens, nous permettant d'avoir un échantillon conséquent pour l'interprétation de nos données. Le syndicat a permis l'aboutissement de ce projet.

Cette étude apporte un élément nouveau sur lequel s'appuyer comme postulat de départ pour des études ultérieures. Nous avons d'ailleurs choisi de comparer nos résultats sans mettre en place de score afin que les répondants ne se sentent pas juger, et que les résultats de l'étude puissent être utilisés. De plus, peu d'études ont été réalisées sur le sujet à Paris.

Notre population travaille dans différents secteurs d'activité. Le questionnaire a atteint une population variée permettant à notre étude d'être caractérisée de multicentrique.

Seuls deux questionnaires n'ont pu être étudiés, une seule question n'a pas pu être traitée. Le questionnaire établi a donc bien été construit.

Enfin, et le plus important, notre étude a pu susciter l'intérêt du sujet de tous les professionnels de santé qui ont reçu le lien de diffusion du questionnaire même si ces derniers n'ont pas répondu. Rappelons que la population cible correspondait à plus de 3000 personnes.

2) LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

Comme nous l'analysons ci-dessous, notre population est significativement différente de la population source. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés.

Nous avons fait le choix d'ajouter à de nombreuses questions la réponse « autre ». Cet intermédiaire nous a permis de compléter nos propositions. Il a été très intéressant pour l'apport de nouvelles données, mais nous avons éprouvé des difficultés à l'interprétation de ces résultats. Nous n'avons pas pu les prendre en compte dans la comparaison des deux

groupes un à un notamment. Ces données seraient intéressantes à exploiter pour l'élaboration d'une nouvelle étude.

Comme nous l'avons abordé dans la méthode, les questions ont été généralisées à toute la grossesse et non trimestre par trimestre pour alléger la faisabilité du questionnaire et susciter l'intérêt du répondant. Nombreux des répondants ont ajouté des précisions selon les trimestres par l'intermédiaire de l'item autre.

Nous avons pris soin à sectionner notre questionnaire en deux parties distinctes, connaissances et pratiques afin de confronter ces résultats. Néanmoins, nous ne pouvons nous assurer que les répondants aient clairement fait la distinction entre les deux pour répondre.

La puissance de cette étude est faible. Bien que suffisant pour ce projet de mémoire, le nombre de participants reste insuffisant pour surseoir à un niveau de preuve suffisant.

Les résultats n'ont pas pu être comparés à des études (autres que mémoire et thèse) puisque aucune étude n'a été établie à ce jour pour évaluer la prise en charge actuelle des femmes enceintes par les chirurgiens-dentistes.

Enfin l'étude est prospective et quantitative ce qui constitue un faible niveau de preuve.

Biais de sélection :

Le volontariat de réponse aux questionnaires est un biais de sélection, nous pouvons en effet supposer que les chirurgiens-dentistes ayant répondu sont plus intéressés et/ou formés sur le sujet. Les résultats seraient donc surestimés.

On pourrait craindre que le fait d'être intervenu via la liste de diffusion d'un syndicat soit un biais, mais dans la profession de chirurgiens-dentistes, une grande majorité des professionnels est syndiquée.

Biais de jugement :

Les critères n'étaient pas objectifs, la subjectivité des réponses aux questions s'appuyant sur des avis ou impressions ne permet pas de fournir une valeur scientifique absolue à ce travail. Un biais de jugement est présent. D'une part, celui-ci est dépendant de la compréhension des questions et des réponses par le répondant. D'autre part, notre interprétation d'une partie des réponses « autres » recatégorisées par nos soins dans les réponses proposées, peut constituer un biais.

Biais de classement :

La réponse aux questionnaires s'est faite par internet, ainsi nous ne pouvons garantir que les répondants se sont portés exclusivement sur leurs connaissances et leurs pratiques pour répondre.

3) ANALYSE DES RESULTATS

A) La population

Nous nous sommes interrogés sur la représentativité de notre échantillon comparée à la population générale de chirurgiens-dentistes. Au 16 avril 2019, l'ordre de chirurgiens-dentistes recensait sur Paris 3 203 praticiens avec un taux de féminisation de 47,70%. Rappelons que notre échantillon est composé à 55% de femmes, la répartition hommes/femmes ne peut pas être comparable ($p=0,023$). Nous avons réalisé des tableaux comparatifs afin d'identifier si être une femme chirurgien-dentiste ne constituerait pas un biais à notre étude.

L'âge moyen des praticiens sur Paris était de 49,1 ans (au 16 avril 2019). Dans notre étude, nous nous sommes intéressés uniquement à l'année d'obtention du diplôme. Il aurait été intéressant de demander l'année de naissance aux répondants. Pour les besoins de l'analyse, nous avons estimé que l'âge moyen au moment de l'obtention du diplôme était de 25 ans (Nous avons considéré qu'ils étaient bacheliers à 18 ans et rajoutés 7 ans d'études, en comptant une année de redoublement, la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) (ancienne PCEM1) la plupart du temps). L'âge moyen de notre population serait donc de 50 ans. La moyenne d'âge serait donc comparable.

La part de l'activité libérale sur Paris représentait 69,80% des professionnels de santé tandis que dans notre échantillon, 84,5% ($n=218$) des professionnels interrogés avaient une activité libérale. Les deux populations sont significativement différentes. Les professionnels hospitaliers n'ont pas été nombreux à répondre.

L'item concernant le profil de la patientèle visait à déterminer si la précarité influençait le relais de l'information par les chirurgiens-dentistes. Ce dernier ayant été mal formulé, il est inadapté à l'interprétation des résultats, nous avons choisi de ne pas analyser les résultats en découlant.

B) Les pratiques

Rappelons que dans notre étude, seulement 30% des chirurgiens-dentistes déclarent recevoir souvent des patientes enceintes dans l'exercice de leur profession. Ce chiffre est à confronter à ceux de l'étude Maternident qui a rapporté que seulement 56% des 904 femmes de leur étude ne sont pas allées chez le dentiste pendant la grossesse.[3] Il expliquerait ainsi la faible demande et ainsi l'accueil de la patientèle enceinte en consultation.

Dans les motifs de consultation, la fréquence de la consultation de prévention du 4^e mois se manifeste en premier, suivi des consultations pour urgences/douleurs puis des soins courants. L'étude Maternident, quant à elle, place les problèmes perçus (douleurs) en premier (36%) suivi des bilans bucco-dentaires (18%).[3] La différence peut être expliquée par le fait que pour l'étude Maternident, le recueil des questionnaires a été réalisé entre 2008 et 2009, bien avant la mise en place de la consultation de prévention du quatrième mois en 2012. Il y a donc un réel impact de cette proposition faite aux femmes.

Dans l'exercice de nos études, nous avons régulièrement rencontré des femmes enceintes ayant des difficultés à trouver un chirurgien-dentiste pour les prendre en charge. Nous avons donc été étonnés de voir que 95% de la population étudiée déclare réaliser des soins pendant la grossesse (tous les soins, si urgences et si douleurs confondus). Ce taux peut être expliqué par le biais de sélections du volontariat des réponses. Nous n'avons pas trouvé d'études de niveau de preuve suffisant pour comparer nos résultats. Cependant, la réticence des praticiens à prendre en charge des femmes enceintes s'est révélé dans nos réponses par la multitude de précisions : pas de soins nécessitant des AINS, pas d'anesthésie, en l'absence de risque de complications, pour des soins classiques, précautions d'usage en matière de prescription, en utilisant des protections plombées, mise en condition sophrologie, musicothérapie, si soins légers, avec accord du médecin, avec pansement provisoire, selon le trimestre. La peur des risques pour le fœtus et les répercussions en cas d'incident ont l'air d'être les principaux responsables du frein aux traitements des femmes enceintes.

Le dispositif de prévention de la femme enceinte a été valorisé à trente euros, les tarifs pratiqués dans ce cadre ne peuvent pas faire l'objet de dépassement d'honoraires. Malgré ça, la plupart (92,6%) des répondants ont déclaré réaliser ces consultations de prévention. Ces consultations sont réalisées en dispense d'avance de frais, mais ce n'est pas la difficulté administrative à être payés qui freinerait les chirurgiens-dentistes à les réaliser.

Les chirurgiens-dentistes spécialistes conventionnés, qui n'effectuent pas de soins bucco-dentaires en raison de leur spécialité ne sont pas tenus de participer à cette action nationale de prévention.[38] Ceci reste cohérent avec les justifications des professionnels qui ont déclaré ne pas en pratiquer.

La visite des patientes faisant suite au courrier de la sécurité sociale est le premier motif de consultation. Cette proportion importante est révélatrice de la réussite de la campagne de prévention. Ce taux est relativement important mais devrait attendre les 100% suite à la systématisation de l'envoi de ce courrier d'information après la déclaration de la grossesse. Nous avons cependant rencontré en stage plusieurs femmes enceintes qui ne l'ont jamais reçu. Par ailleurs, on retrouve dans le mémoire de Whal S. que seulement 77% des femmes de son étude ont déclaré avoir reçu ce courrier. [47]

Concernant le déroulement de la consultation de prévention, il est regrettable que les conseils adaptés à l'enfant à naître ne soient pas plus abordés. La grossesse est en effet une période propice à la diffusion des messages de santé. Le temps du post-partum, quant à lui, est une période déjà riche en informations où les couples ont tendance à être fatigués et moins réceptifs à ces informations. Le fait que seulement 57% des répondants réalisent une programmation des soins est concordant avec le taux de chirurgiens-dentistes (54%) qui effectue des soins toute la durée de la grossesse. La multitude d'aspect qui doit être abordée lors de la consultation de prévention bucco-dentaire peut expliquer que tous les points soulignés dans le texte de loi ne soient pas avancés. [38] Le rôle de la sage-femme dans la prévention de la santé orale de la femme enceinte est alors à promouvoir. Elle serait là pour dispenser ces conseils et compléter les informations fournies par les chirurgiens-dentistes.

Par ailleurs, seulement 10% des répondants ont indiqué que les patientes étaient adressées par un professionnel de santé, le rôle de la sage-femme serait ici également primordial pour promouvoir cet examen bucco-dentaire.

Le rappel sur le brossage des dents est le message principal véhiculé lors des consultations de prévention. Les messages de prévention spécifiques aux femmes enceintes sont peu abordés, notamment ceux relatifs aux vomissements. Les vomissements gravidiques sont pour la plupart du temps résolus au deuxième trimestre, ceci pourrait expliquer qu'ils soient évoqués épisodiquement lors de la consultation qui a elle lieu au début

du deuxième trimestre. La sage-femme rencontrée plus tôt lors de la grossesse, a là aussi un rôle primordial pour dispenser les conseils adaptés.

Concernant les prescriptions, les répondants utiliseraient les mêmes produits qu'en population générale. Pour les anesthésiques, il reste néanmoins un doute sur leur prescription, avec ou sans vasoconstricteurs (adrénalines). Le passage en systémique des produits inquiéterait les professionnels de leur potentiel abortif. Les chirurgiens-dentistes se rapprocheraient souvent des gynécologues-obstétriciens avant l'administration de thérapeutiques. La sage-femme, quant à elle, n'a jamais été citée. Le rôle du travail multidisciplinaire chirurgiens-dentistes/professionnels de santé qui suit la grossesse, tant médecin que sage-femme, est alors à soutenir.

Par ailleurs, seulement 21% des répondants ont déclaré se renseigner sur le site du CRAT. La vulgarisation du site du CRAT dans le domaine de la dentisterie serait bénéfique pour la réassurance de la prise en charge des femmes enceintes.

Rappelons que depuis 1997, il a été montré qu'il n'existe aucune preuve que l'administration du fluor à la mère dès le troisième mois de la grossesse comporte un bénéfice supplémentaire pour les dents de son enfant.[48] Pourtant, 9% des répondants prescrivent encore une supplémentation en Fluor. Nous n'avons pas trouvé d'études pour comparer ce taux dans la population globale. Nous ne nous attendions pas à trouver une proportion si élevée qui prescrive encore du Fluor en supplémentation, il aurait donc été judicieux d'ajouter un item pour comprendre leur démarche. Il semblerait que les supplémentations de fluor pendant la grossesse soient prescrites dans les familles à risque carieux, ou encore dans les régions où l'eau en est carencée.

La dénomination du syndrome cave semble être peu connu dans le domaine des chirurgiens-dentaires, mais ces effets sont très bien identifiés. Ainsi, la plupart des répondants ont déclaré prendre des mesures particulières et s'adapter à la patiente pour la réalisation des soins. La proportion ne prenant pas de précautions particulières (18,2%) reste néanmoins importante, puisque de légers ajustements peuvent apporter un confort non négligeable à la patiente et améliorer le déroulement des soins. Néanmoins, dans cette population, 30% réalisent des actes courts avec des pauses régulières. Il aurait été intéressant de corréler les trimestres d'accueil de la patiente enceinte à la population ne prenant pas de

précautions particulières. Concernant les fauteuils ergonomiques, nous n'avons trouvé aucune étude sur leur implication dans la limitation du syndrome cave.

C) Les connaissances

Concernant les modifications qu'entraîne la grossesse, les troubles gingivaux sont plus connus des professionnels de santé que les troubles dentaires. Ces résultats concordent avec la fréquence de ces troubles dans la population de femmes enceintes. Dans l'étude maternident, les problèmes gingivaux étaient les plus fréquemment rapportés (42 %), suivis des douleurs dentaires (20 %). L'hypersalivation reste une modification peu connue (17%) et pourtant très invalidante dans la vie quotidienne. Pourtant celle-ci peut être réduite par des moyens simples, comme par la mastication de chewing-gum. La thrombopénie gestationnelle est également très peu connue (16%). Une thrombopénie de découverte souvent fortuite, définie comme un compte plaquettaire inférieur à 150 G/l, est retrouvée dans 6 à 12% des grossesses.[49] Nous rappelons d'ailleurs que d'après le CRAT, l'acide tranéxamique (exacyl ©) peut être utilisé aux deuxième et troisième trimestres quelle que soit l'indication.

Quarante pourcents de notre échantillon ne sont pas informés des éventuelles conséquences qu'une mauvaise santé bucco-dentaire peut avoir sur le déroulement d'une grossesse. Bien que les études réalisées ces dernières années ne soient pas toutes d'accord avec les liens de causalité, il est préférable de privilégier une prévention et une prise en charge complète de la femme enceinte. La connaissance de ces répercussions sensibiliserait peut-être les chirurgiens-dentistes à une prise en charge optimale des femmes enceintes. La connaissance de celles-ci par les sages-femmes les sensibiliserait également à devenir acteur dans ce domaine de la prévention.

La plupart des dentistes sont en accord avec le fait de réaliser des soins basiques : soins conservateurs et détartrage. Lorsque la chirurgie orale est abordée pour l'extraction dentaire (70%), le curetage (34%) ou encore l'exérèse d'épulis (30%), les chirurgiens-dentistes sont moins informés de la possibilité de réalisation de ces actes. Ces résultats pourraient être expliqués par le fait que ces soins soient plus longs à réaliser ou plus invasifs. Seulement 56% sont en accord avec le fait qu'une anesthésie locorégionale puisse être réalisée alors que 98% de la population ont répondu prescrire des antalgiques adaptés à la

femme enceinte. La crainte du passage en systémique et des répercussions fœtales est là aussi envisageable pour expliquer l'incohérence de ces réponses.

Seulement 56% des personnes qui ont répondu que tous les soins étaient possibles pendant la grossesse ont également répondu qu'ils réalisaient tout le temps des soins dentaires à la femme enceinte. Ceci témoigne du fait que l'abstention des soins n'est pas essentiellement le résultat d'un manque de connaissances, mais d'une volonté de ne pas traiter la femme enceinte.

Lors de la consultation de prévention, nous avons vu que deux tiers des répondants effectuaient des bilans buccodentaires sans radiographie et un tiers avec radiographie. Pourtant, le texte de loi indique que « le bilan buccodentaire est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales quelle que soit la technique utilisée ». Cette disparité peut être expliquée tout simplement par le fait que le professionnel de santé n'a pas jugé utile l'utilisation d'examens complémentaires, mais également par leur réticence à exposer à des radiations une femme enceinte. En effet, 7% des chirurgiens-dentistes ont répondu que ni les radiographies, ni les radiographies avec protection plombées étaient autorisées pendant la grossesse.

Les radiographies autorisées qu'elles soient numériques ou panoramiques, ou encore les risques encourus sont globalement peu connus. Cette méconnaissance permettrait également d'expliquer la réticence à utiliser des radiographies comme expliquées précédemment. Les professionnels sont néanmoins d'accord avec le fait qu'un tablier de plomb doit être utilisé par précaution (91%). Nous avons d'ailleurs vu que celui-ci devait surtout être autorisé essentiellement pour des raisons médico-légales.

Le sujet des radiations pendant la grossesse est donc encore sensible et discuté. Nous avons vu que des dispositions concernant les radiations et la femme enceinte étaient inscrites dans la loi, dans le code de santé publique. Le praticien engage donc sa responsabilité en cas de dommages.

Il aurait été judicieux d'ajouter une question uniquement sur l'emploi ou non de radiographies ou sur les raisons de leur abstention pour comprendre les freins à son utilisation.

Les revues professionnelles constituent la première source d'information. Ces dernières années le sujet de la santé bucco-dentaire en périnatalité a connu beaucoup d'avancée, ces résultats ne nous surprennent donc pas. Par contre, moins d'un professionnel sur deux a indiqué que la formation initiale faisait partie de ses sources d'information. Cette réponse

nous pousse à nous interroger sur la dispense de cours spécifiques à la femme enceinte pendant la formation des chirurgiens-dentistes. Vingt-deux pourcents des professionnels ont indiqué leurs collègues comme sources d'information, la prise en charge multidisciplinaire est également à développer pour une prise en charge coordonnée. La formation des sages-femmes sur le sujet de la santé orale en périnatalité entre alors en jeu.

A l'issue de l'analyse de nos résultats, nous pouvons invalider notre première hypothèse. Même si quelques lacunes persistent sur certain sujet, les connaissances des chirurgiens-dentistes concernant la santé bucco-dentaire des femmes enceintes ne sont pas insuffisantes. Notre deuxième hypothèse, et elle également invalidée, de manière globale, la prise en charge des femmes pendant la grossesse est adaptée. Des améliorations concernant la notion du syndrome cave ou les recommandations actuelles concernant la supplémentation de fluor sont à encourager.

D) Comparaison de deux groupes de population

Nous nous sommes interrogés sur l'existence d'un lien entre les connaissances et la pratique de la prise en charge d'une patiente enceinte d'une part en fonction de l'année d'obtention du diplôme et d'autre part en fonction du sexe.

Effectivement, la mise en place du dispositif de prévention bucco-dentaire en 2012 nous a permis d'observer si la population diplômée après 2012 était plus formée à la prise en charge de la femme enceinte. Ces comparaisons mettent en évidence que la population diplômée avant 2012 réaliserait plus de consultation de prévention que la population diplômée après 2012. Ces résultats paraissent surprenants et sont probablement dus à la faible puissance de notre étude. La supplémentation ne fluor ne serait pas significativement différente en fonction des années d'obtention de diplôme. La formation continue serait donc assurée. Il semblerait que la population diplômée après 2012 serait plus sensibilisée au syndrome cave et ferait adopter la position recommandée aux femmes enceintes ($p=0,003$). La pré-éclampsie serait plus connue chez les personnes diplômées avant 2012 ($p=0,009$) et le diabète gestationnel chez les personnes diplômées après 2012 ($p=0,01$). L'étude de la relation entre la pré-éclampsie et les maladies parodontales est contemporaine à celle du diabète gestationnel. Ces résultats sont une fois de plus surprenants, et sont probablement dus à la faible puissance de notre étude. La dépose de restauration d'amalgame serait

supérieure dans la population diplômée après 2012 et serait sûrement due à la plus grande réalisation d'acte de ce type par cette population dans la population générale.

La comparaison de ces deux groupes a démontré qu'excepté pour le syndrome cave, les connaissances et les pratiques des chirurgiens-dentistes sont significativement similaires quelque soit l'année d'obtention du diplôme. Il n'y aurait donc pas de différence significative lors de la formation initiale même après l'instauration du bilan bucco-dentaire du quatrième mois.

Un des professionnels répondants nous a fait parvenir l'information que depuis sa grossesse, elle s'était intéressée à cette dimension de la santé buccodentaire. Notre réflexion s'est portée sur le fait que les femmes étaient plus sensibilisées par le domaine de la santé buccodentaire de par leur histoire (grossesse antérieure, témoignage d'amies, appartenance à la population étudiée). Nous avons donc cherché une différence à la prise en charge des femmes enceintes selon le sexe du professionnel de santé.

Concernant le fluor ($p=0,02$), les hommes supplémenteraient plus souvent les patientes enceintes en fluor. Il semblerait que la réalisation des soins conservateurs ($p=0,017$) et des extractions dentaires ($p=0,011$) soient supérieurs dans la population féminine. Cependant, nous ne pouvons pas affirmer de manière certaine que les femmes soient plus au courant des recommandations actuelles uniquement de fait de leur appartenance à un groupe. Il n'y a aucune différence quant à la position des femmes enceintes pour éviter le syndrome cave ou des modifications entraînées par l'état de grossesse en fonction du sexe du professionnel de santé. Ce résultat est étonnant, une étude de comparaison entre les chirurgiens-dentistes femmes ayant été enceinte et les nullipares auraient par ailleurs été intéressantes à réaliser. Enfin, les hommes seraient plus renseignés sur la réalisation de radiographies et les femmes réaliseraient plus de bilan buccodentaire sans radiographie. Ces résultats pourraient s'expliquer par l'anxiété des femmes concernant les risques tératogènes des radiations. Cette inquiétude est d'ailleurs retrouvée dans la population des femmes enceintes face aux radiations.

La comparaison de ces deux groupes a démontré que les réponses des deux populations hommes/femmes étaient similaires à l'exception de la réalisation des soins les plus courants et des questions concernant les radiations.

E) Perspectives d'avenir

Nous nous sommes intéressés aux pistes pour améliorer la situation actuelle.

Nous avons créé une fiche rappel regroupant les informations utiles à la prise en charge de la santé buccodentaire de la femme enceinte (Annexe VII). Cette fiche d'information a été transmise au CNSD pour être diffusé à la population échantillon. Nous avons eu en effet plusieurs demandes d'un retour avec des réponses aux questions posées. Nous avons également créé de fiches d'informations à destination des patientes et des professionnels de santé suivant les grossesses (sage-femme, obstétriciens). Ces dernières ont été diffusées lors de mes différents stages, ainsi qu'à la promotion d'étudiante sage-femme 2015-2019 de l'Ecole Saint-Antoine. (Annexe VIII et IX). Ces fiches d'informations ont été inspirées des références bibliographiques de la revue de la littérature, en particulier des fiches de l'ADF et du cours « Grossesse et Chirurgie Dentaire » de l'Université de Lille. [51,52]

Nous avons conscience que notre travail relève plus d'une étude préliminaire observationnelle, les perspectives d'études suivantes seront à développer à plus grande échelle.

Il serait judicieux d'instaurer un cours réalisé par les sages-femmes pendant la formation continue dans les unités de formation et de recherche d'odontologie. Les sages-femmes seraient plus à même de sensibiliser la population visée aux maux des femmes enceintes.

La formation initiale des sages-femmes devrait également inclure un module sur la santé bucco-dentaire de la femme enceinte. Les sages-femmes diplômées seraient alors sensibilisés et formés à la dispensation des messages de prévention. Les sages-femmes ainsi que tous les professionnels de santé prenant en charge les femmes enceintes devraient être acteur de la prévention de la santé bucco-dentaire en s'informant de l'état bucco-dentaire (fréquence de brossage, saignements gingivaux, douleurs) des patientes, en les redirigeant vers des chirurgiens-dentistes, en insistant sur la consultation de prévention du quatrième mois ou en dispensant les conseils et messages de prévention. Cet aspect pourrait être abordé dans les entretiens prénataux, les cours de préparation à la naissance ou les consultations classiques. La PMI serait également un lieu clé pour dispenser les messages de prévention adaptés à la petite enfance en péripartum. Le bilan prénatal est un nouvel acte développé en 2019, il valorise les missions de prévention des sages-femmes ; il est réalisable dès la déclaration de grossesse et si possible avant vingt-quatre semaines d'aménorrhée. Il est pris en charge à 70% par la SS jusqu'à vingt-quatre semaines d'aménorrhée, puis à 100% dans le cadre de l'assurance maternité à partir du premier jour du sixième mois. [50] Cette

consultation serait également un moment adapté pour aborder la dimension de la santé orale en périnatalité.

A l'instar des sites spécifiques comme Gyn&co dans le domaine gynécologique, des interfaces de recueil de chirurgiens-dentistes « grossesse friendly » pourrait être développé par des particuliers, des syndicats ou l'ordre des chirurgiens-dentistes.

V- CONCLUSION

Un chirurgien-dentiste interrogé sur deux pense être suffisamment renseignés sur le sujet de la santé buccodentaire et la grossesse. En effet, les connaissances des chirurgiens-dentistes concernant la santé bucco-dentaire des femmes enceintes semblent en effet suffisantes en ce qui concerne les évènements les plus courants, tant en matière de soins que de modifications liées la grossesse. Les informations concernant les radiations pendant la grossesse sont quant à elles à promouvoir. Ces lacunes entraînent un déficit dans la prise en charge optimale des femmes enceintes, tant du fait des chirurgiens-dentistes que des manipulateurs radiographiques en centres spécialisés. Les connaissances des conséquences des atteintes de la sphère bucco-dentaire seraient quant à elles relativement insuffisantes. Leurs perceptions pourraient entraîner une prise de conscience de la part des chirurgiens-dentistes. En effet, bien que globalement la prise en charge des femmes enceintes soit adaptée dans notre population, nous sommes conscients, du fait du retour de nos patientes, qu'une femme enceinte éprouve beaucoup de mal à trouver un professionnel de soin apte à la traiter pour des soins courants. La vulgarisation de la notion du syndrome cave, des recommandations concernant la supplémentation de fluor ou encore des organismes de renseignements comme le CRAT sont à développer.

A sept ans de la mise en place de la consultation de prévention, les résultats concernant les consultations de prévention sont prometteurs. D'autant plus que la volonté des chirurgiens-dentistes à se perfectionner est encourageante. Plus de 80% des professionnels de santé de notre étude seraient intéressés par une remise à niveau de leurs connaissances sur le sujet.

ANNEXES

Annexe I: Texte de loi en vigueur pour l'examen bucco-dentaire du 4^e mois [38]

Article 10

Article 10.1

Les bénéficiaires

Les femmes enceintes ayant droit ou assurées sociales et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie au jour de l'examen bénéficient du dispositif à compter du 4^e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement.

Article 10.2

Les professionnels concernés

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

Toutefois, les chirurgiens-dentistes spécialistes conventionnés, qui n'effectuent pas de soins bucco-dentaires en raison de leur spécialité, ne sont pas tenus de participer à cette action nationale de prévention.

Article 10.3

Le contenu de l'examen de prévention

Les bénéficiaires visées à l'article 10.1 bénéficient d'un examen de prévention sans contribution financière, c'est à dire pris en charge à 100 %, et ce, avec dispense d'avance de frais.

L'examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse avec une recherche des facteurs de risque associés : consommation de sodas, grignotage, tabac et autres addictions ;
- un examen bucco-dentaire pour les dents et l'ensemble des tissus de soutien de la dent afin de détecter la présence de pathologie comme la gingivite ;
- des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation à la santé bucco-dentaire comprenant une éducation à l'hygiène orale : méthode de brossage et fréquence ainsi que la bonne utilisation du fil dentaire si nécessaire, l'éducation à l'hygiène alimentaire en raison des spécificités liés à l'âge, information sur l'étiologie et la prévention de la carie ;
- une information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance : mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant afin de sensibiliser la future mère bénéficiant du dispositif. Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés oralement par le chirurgien-dentiste, lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils.

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabuccales ;
- l'établissement d'un programme de soins.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser (1 seul code CCAM) celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

Article 10.4

Les tarifs d'honoraires

Les tarifs pratiqués dans ce cadre ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

La rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est valorisée à 30 €.

Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales quelle que soit la technique utilisée.

Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros ;
- examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros ;
- examen avec réalisation d'une radio panoramique : 54 euros.

L'examen et les radiographies qui y sont associées le cas échéant sont facturés à tarifs opposables et en dispense d'avance de frais.

Annexe II: examen de prévention bucco-dentaire [37]

examen de prévention bucco-dentaire (maternité)

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

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

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

Identification du praticien	et Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement...)
-----------------------------	---

Praticien remplaçant

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

Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)

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

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

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

schéma dentaire à compléter

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

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

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

santé parodontale

• inflammation gingivale oui non

besoins de soins

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

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

Conseils personnalisés à la patiente oui non **si oui, complétez ci-dessous :**

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

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

Conseils spécifiques relatifs au jeune enfant oui non **si oui, complétez ci-dessous :**

Syndrôme du biberon Risque de contamination croisée

Fluor Hygiène bucco-dentaire chez l'enfant

date de réalisation de l'examen

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

Annexe III: le syndrome de la veine cave [40]

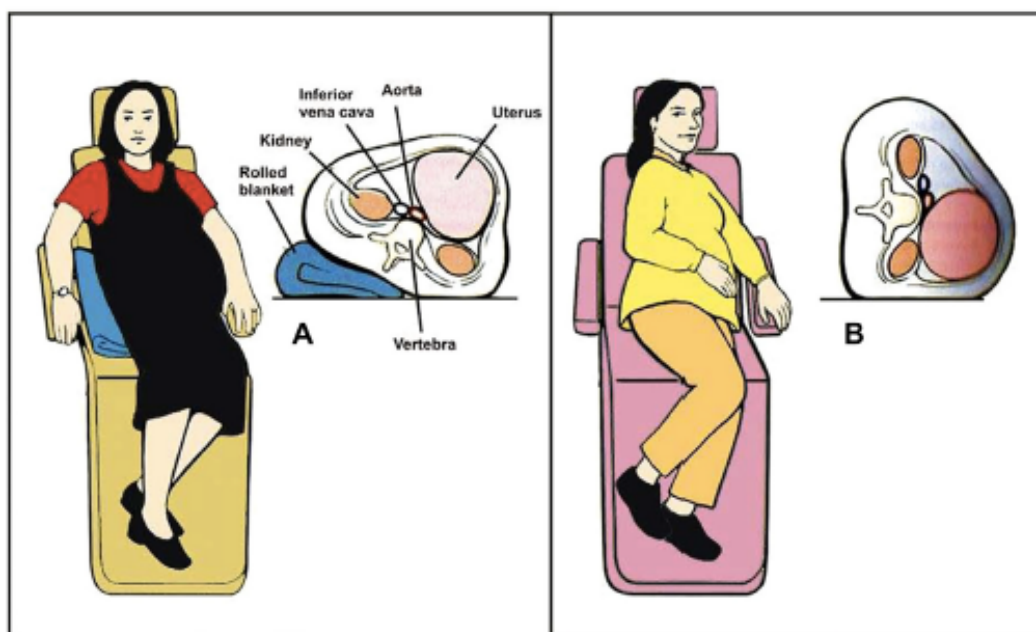


Figure 4 Schematic presentation of correct dental chair positioning for pregnant patients.

Annexe IV : recommandations du Food and Drug Administration [44]

Tableau 1.

Définitions des facteurs de risque durant la grossesse (d'après [13]) : toutes spécialités médicales confondues.

Catégorie	Térogénécité	Fœtotoxicité	Administration/exemple
A	Non	Non	Oui : acide folique
B	Non	Non	Oui : amoxicilline, érythromycine, glucocorticoïdes, anesthésiques locaux
C	Pas de données A	Pas de données H	Prescription si le bénéfice pour la mère justifie le risque pour le fœtus : ciprofloxacine
D	Oui, études H	Oui, études H	Oui, si indispensable pour la mère : cyclines, aminosides, iode
X	Oui	Oui	Non : dihydroergotamine, isotrétinoïne, misoprostol, mifépristone (Mifégyne®), thalidomide, diéthylstilbestrol (Distilbène®)

A - Les résultats d'études contrôlées chez les femmes ne démontrent pas de risque pour le fœtus.

B - Les résultats d'études de reproduction animale n'ont pas démontré de risques pour le fœtus mais il n'y a pas d'études contrôlées chez les femmes enceintes ou les résultats d'études sur la reproduction animale ont montré une baisse de la fertilité qui n'a pas été confirmée par des études contrôlées chez les femmes au cours du premier trimestre de la grossesse et il n'y a aucune preuve de risque au cours des trimestres suivants.

C - Les résultats d'études chez l'animal ont révélé des effets indésirables (térogènes), mais il n'y a pas d'études contrôlées chez les femmes ou les résultats d'études chez les femmes et les animaux ne sont pas disponibles. Ces médicaments devraient être donnés seulement si l'avantage potentiel justifie le risque potentiel pour le fœtus.

D - Il existe des preuves du risque pour le fœtus humain, mais les avantages de l'utilisation chez les femmes enceintes peuvent être acceptables malgré le risque (par exemple, si le médicament est nécessaire dans une situation menaçant la vie ou pour une maladie grave pour laquelle des médicaments plus sûrs ne peuvent pas être utilisés ou sont inefficaces).

X - Les résultats d'études sur des animaux ou des humains ont révélé des anomalies fœtales ou ont prouvé un risque fœtal fondé sur l'expérience humaine, ou les deux, et le risque de l'utilisation de médicament chez les femmes enceintes l'emporte clairement sur tout avantage possible ; l'utilisation de médicament est contre-indiquée chez les femmes enceintes ou susceptibles de le devenir.

Annexe V : Prescriptions courantes en odontologie [51]

Précautions vis-à-vis des prescriptions courantes en odontologie [2-6,8,10]

		Grossesse	Allaitement
Antibiotiques	Autorisés	Amoxicilline Amoxicilline + Ac. clavulanique Clindamycine Josamycine Erythromycine Spiramycine Métronidazole	Amoxicilline Amoxicilline + Ac. clavulanique Josamycine
	Déconseillés	Azithromycine	Cyclines Spiramycine Métronidazole Azithromycine
	Contre-indiqués	Cyclines	Clindamycine
Antalgiques et anti-inflammatoires	Autorisés	Paracétamol Paracétamol/codéine (ponctuellement) Corticoïde en cure courte	Paracétamol Ibuprofène Corticoïde en cure courte
	Déconseillés	AINS aux 1 ^{er} et 2 ^e trimestres Tramadol	Paracétamol/codéine (sauf ponctuellement et sous surveillance) Tramadol
	Contre-indiqués	Paracétamol + opium AINS à partir du début du 6^e mois de grossesse	Paracétamol + opium
Antifongiques	Autorisés	Amphotéricine B topique Nystatine topique Miconazole topique	Nystatine sous surveillance
	Déconseillés	Amphotéricine B per os	
	Contre-indiqués	Nystatine per os Fluconazole	Fluconazole
Autres	Autorisés	Aciclovir	Aciclovir topique
	Déconseillés	Iode en intrabuccal Hydroxyzine (en accord avec le gynécologue traitant)	Hydroxyzine
	Contre-indiqués		Aciclovir per os

QUESTIONNAIRE SUR LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES

Mesdames, Messieurs,

Ce questionnaire a été conçu dans le cadre d'un mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme. Ce mémoire se consacre à la prise en charge de la santé bucco-dentaire de la femme enceinte. Il a pour objectif d'établir un état des lieux de la prise en charge des femmes enceintes par les dentistes. Ce questionnaire a été réalisé d'après les recommandations actuelles et la revue de la littérature. Les réponses sont complètement anonymes. En vous remerciant infiniment de votre participation.

Tiphaine DUPUY, étudiante sage-femme. École de sages-femmes Paris Saint-Antoine.
Sous la direction de mémoire du Dr Woimant, chef de service de stomatologie. Hôpital Saint-Antoine Paris.

***Obligatoire**

I) RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1) Êtes-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Une femme
- Un homme

2) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? *

3) Quel est votre mode d'exercice ? (Plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Libéral
- Hospitalier
- Centre de santé
- Autre :

4) Vos patients ont-ils ? (Plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- la sécurité sociale
- la CMU
- l'AME
- je ne sais pas
- Autre :

II) PRATIQUES

5) Accueillez-vous des patientes enceintes ? *

Une seule réponse possible.

- Très rarement
- Rarement
- Parfois
- Souvent

**6) Pour quels motifs de consultation vos patientes se sont adressées à vous ?
(Plusieurs choix possibles) ***

Plusieurs réponses possibles.

- Urgences/douleurs
- Soins courants
- Consultation de prévention du 4e mois
- Autre :

7) Pratiquez-vous des soins dentaires chez la femme enceinte ? *

Une seule réponse possible.

- Oui, si la patiente est douloureuse
- Oui, si les soins sont urgents
- Oui, tout le temps
- Non, je prescris des antalgiques pour la soulager temporairement et je la reverrais après la grossesse
- Autre :

8) Si vous avez répondu NON à la question 7, pourquoi ? (Plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Je pense qu'il ne faut pas faire de soins dentaires à la femme enceinte.
- J'ai peur des risques pour elle et son enfant en cas d'incident.
- J'ai peur que ma responsabilité soit engagée en cas d'incident
- Je n'ai pas assez de temps à lui consacrer pour la soigner dans de bonnes conditions.
- Autre :

9) Réalisez-vous des consultations de prévention chez la femme enceinte ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
- Non

10) Si vous avez répondu OUI à la question 9, en général, les patientes sont-elles ? (Plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Venues d'elles-mêmes
- Adressées par un professionnel de santé
- Venues suite à un courrier de la sécurité sociale pour l'EBD (examen bucco-dentaire) femme enceinte
- Autre :

11) Si vous avez répondu OUI à la question 9, lors de ces consultations de prévention, que faites-vous ? (Plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Un bilan bucco-dentaire avec radiographie
- Un bilan bucco-dentaire sans radiographie
- Une programmation de soins à réaliser
- Une prévention sur les modifications que la grossesse entraîne
- Je dispense des conseils adaptés à la femme enceinte
- Je dispense des conseils pour l'enfant à naître
- Autre :

12) Si vous avez répondu NON à la question 9, pourquoi ne réalisez-vous pas de consultation de prévention ? (Plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- A cause de la difficulté administrative
- Aucune demande de la patientèle
- Je réalise une consultation classique à 23 euros
- Autre :

13) Quels conseils et messages de prévention dispensez-vous à vos patientes enceintes ? (Plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Rappel sur le brossage des dents
- Se rincer la bouche après des épisodes de vomissements
- Ne pas se brosser les dents immédiatement après des vomissements
- Faire des bains de bouche à la Chlorexidine
- Faire des bains de bouche sans Chlorexidine
- Autre :

14) Par quels moyens dispensez-vous ces messages ? (Plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- A l'oral par moi-même
- A l'oral par un(e) assistant(e) qualifié(e)
- Par l'intermédiaire de prospectus donnés en consultation
- Par l'intermédiaire de prospectus et d'affiches dans la salle d'attente
- Autre :

15) Quels produits anesthésiques utilisez-vous chez la femme enceinte ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Articaïne
- Lidocaïne
- Autre :

16) Si nécessaire, quels antibiotiques prescrivez-vous à la femme enceinte ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Penicilline
- Erythromycine
- Acide clavulonique + Amoxicilline
- Métronidazole
- Tétracycline
- Autre :

17) Si nécessaire, quels antalgiques prescrivez-vous à la femme enceinte ? *

Plusieurs réponses possibles.

- AINS au 1er et 2e trimestre
- Paracétamol
- Tramadol
- Paracétamol + codéine
- Morphine
- Prednisone ou prednisolone
- Autre :

18) Conseillez-vous la supplémentation en fluor pendant la grossesse pour consolider l'émail dentaire de l'enfant ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

19) Si vous avez répondu NON à la question 18, pour quelles raisons ? (Plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Risque de surdosage en fluor
- Ce n'est plus recommandée
- Pas de bénéfice entre la patiente et le fœtus
- L'apport alimentaire est suffisant
- Autre :

20) Afin d'éviter le syndrome cave, quelles précautions prenez-vous avec les patientes ? (Plusieurs choix possibles) *

Le syndrome cave est un état de malaise, il dépend de la position maternelle et peut survenir dès la 24ème semaine d'aménorrhée (SA). En décubitus dorsal, l'utérus gravide vient comprimer la veine cave inférieure, ce qui peut induire une réduction du retour veineux et de ce fait, du volume d'éjection systolique entraînant une hypotension maternelle, une diminution de la perfusion utéro-placentaire, qui à son tour peut entraîner un ralentissement du rythme cardiaque fœtal.

Plusieurs réponses possibles.

- Je les installe en position semi-assise dès le 2ème trimestre
- Je les installe en les allongeant moins que les patients habituels
- Je les installe en position semi-assise avec appui sur le côté gauche
- Je les installe sans précaution particulière
- Je réalise des actes courts avec des pauses régulières
- Autre :

III) CONNAISSANCES

21) D'après vous, l'état de grossesse peut entraîner : (plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Un saignement des gencives plus fréquent
- Une altération de l'attache parodontale
- Un œdème des gencives
- Un risque carieux plus élevé
- L'aggravation de lésions pré-carieuses existantes
- Une hypersalivation
- Un épulis gravidique
- Des érosions
- Une thrombopénie de fin de grossesse

22) D'après vous, quelles peuvent être les conséquences des maladies parodontales sur le déroulement et l'issue d'une grossesse ? (Plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- La pré-éclampsie
- Le diabète gestationnel
- La menace d'accouchement prématuré et l'accouchement prématuré
- La mort fœtale in utero
- Je ne sais pas

23) Selon vous, quels sont les meilleurs moments pour réaliser des actes de soins ? (Plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Au 1er trimestre
- Au 2ème trimestre
- Au 3e trimestre
- En post-partum
- A l'arrêt de l'allaitement maternel.

24) Selon vous, quels actes peuvent être réalisés pendant la grossesse ? (Plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Un détartrage
- Un curetage
- Des soins conservateurs
- Une extraction dentaire
- Une anesthésiste locoregionale
- Des radiographies
- Des radiographies avec une ou des protections plombées
- Une exérèse d'épulis gravidique ou une gingivectomie
- Une dépose de restauration à l'amalgame
- Tous les soins sont possibles au cours de la grossesse.

25) D'après vous, concernant les radiographies pendant la grossesse : quelles affirmations sont exactes ? (Plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Les radiographies numériques peuvent être réalisées
- Un tablier de protection doit être utilisé par précaution
- Le risque de l'irradiation d'un embryon ou d'un fœtus est principalement tératogène
- La réalisation de radiographie panoramique est autorisée
- Le risque maximal pour le fœtus est au 1er trimestre

26) Habituellement, où allez-vous chercher les informations nécessaires à la prise en charge d'une femme enceinte ? (Plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Sur le site du CRAT: centre de référence sur les agents tératogènes
- Sur le site de la HAS: haute autorité de santé
- Dans les protocoles de services
- Au cours des formations continues
- Au cours de la formation initiale
- auprès des collègues
- Sur le site de l'ANSM: agence nationale de sécurité du médicament
- Dans des revues professionnelles
- Dans des congrès/formations
- Autre :

27) Pensez-vous être suffisamment renseigné(e) sur le sujet de la santé bucco-dentaire et la grossesse ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

28) Seriez-vous intéressé(e) par une remise à niveau de vos connaissances sur le sujet ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

29) Avez-vous des remarques à ajouter ?

Je vous remercie de votre participation.

Tiphaine DUPUY



Ma grossesse pour ta vie, Mes dents pour la vie.

FICHE INFORMATIVE A DESTINATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES

La grossesse n'est pas une maladie, une femme enceinte présentant des troubles dentaires peut être soignée.

Une grossesse, 3 trimestres

<i>1^{er} trimestre</i>	<i>2^e trimestre</i>	<i>3^e trimestre</i>
Période qui correspond à l'embryogénèse et à l'organogénèse.	Période qui correspond à la maturation des organes.	Période qui correspond à la fin de la maturation des organes.

Les soins dentaires peuvent être réalisés pendant toute la grossesse.

Pendant toute la grossesse, et particulièrement au premier trimestre du fait de la sensibilité du fœtus, il est primordial de se renseigner sur les thérapeutiques autorisées pendant la grossesse.

Au 3^e trimestre, il est important de tenir compte du syndrome cave pour installer la patiente confortablement.

Le Syndrome Cave

Dès la 24^e semaine d'aménorrhée (environ 6 mois de grossesse), en décubitus dorsal, une compression de la veine cave inférieure par l'utérus peut réduire le retour veineux et de ce fait entraîner une hypotension maternelle. On appelle ce phénomène le « syndrome cave ».

Il convient de réaliser les soins en plaçant la patiente en position semi-assise ou en décubitus dorsal gauche de façon à éviter la compression de la veine cave inférieure. En cas de malaise lié à un syndrome cave, le simple fait de placer la patiente sur le côté gauche, permet un retour à une tension normale en libérant la veine cave inférieure.

Particularités à prendre en compte

- ☹ Carence en fer pouvant provoquer une anémie
- ☹ Thrombopénie de fin de grossesse
- ➔ L'utilisation d'exacyl © est possible.
- ☹ Reflux gastro-œsophagiens
- ☹ Nausées et Vomissements
- ➔ Conseils : attendre 30 minutes pour le brossage, se rincer la bouche à l'eau, ou avec un mélange d'eau et de bicarbonate de soude ou un bain de bouche sans alcool.





Répercussions buccales de la grossesse

- ☞ Majoration de la flore buccale anaérobie
- ☞ Lésions gingivales inflammatoires (gingivite gravidique, épulis) = freinent les gestes d'hygiène
- ☞ Augmentation des risques carieux et parodontaux
- ☞ Hypersensibilité dentaire (acidité et accumulation de la plaque dentaire)
- ☞ Hypersialorrhée

La consultation de prévention

À compter du 1^{er} jour du 4^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement, les futures mamans peuvent bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire chez le chirurgien-dentiste conventionné de leur choix. Cet examen est pris en charge à 100% et sans avance de frais.

Les professionnels concernés sont les chirurgiens-dentistes libéraux et salariés relevant des dispositions de la convention nationale. Toutefois, les chirurgiens-dentistes spécialistes conventionnés, qui n'effectuent pas de soins bucco-dentaires en raison de leur spécialité, ne sont pas tenus de participer à cette action nationale de prévention.

Il comprend obligatoirement :

- ☞ une **anamnèse** avec une recherche des facteurs de risque associés
- ☞ un **examen bucco-dentaire** pour les dents et l'ensemble des tissus de soutien
- ☞ des **éléments d'éducation sanitaire** : éducation à l'hygiène orale, à l'hygiène alimentaire, information sur l'étiologie et la prévention de la carie
- ☞ une information sur l'étiologie et la prévention **de la carie de la petite enfance**

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire doivent être délivrés oralement par le chirurgien-dentiste et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils.

L'examen est complété si nécessaire par des radiographies intrabucales ou l'établissement d'un programme de soins.

Les radiographies

La dose délivrée au fœtus lors de la réalisation d'une radiographie dentaire (en dehors d'un scanner) est d'environ 0,3 à 1 micro-sievert (μSv). L'exposition naturelle quotidienne reçue par le fœtus est d'environ 7 μSv . Le risque encouru par un fœtus exposé lors d'un examen de radiologie dentaire (en dehors d'un scanner) est donc extrêmement faible. **Tous les examens radiologiques peuvent être réalisés au cours de la grossesse à partir du moment où ils apportent un bénéfice thérapeutique à la patiente.** Pour des raisons médico-légales, un tablier de protection en plomb doit être utilisé chez la femme enceinte pour tous les examens radiologiques.





Les prescriptions

Il faut toujours informer les patientes du risque pour l'enfant en période embryonnaire et en période fœtale. Il est important d'éviter le phénomène d'automédication.

Le site **du Centre de Références sur les Agents Tératogènes (CRAT)** est un service d'information fiable sur les risques des médicaments et radiations pendant la grossesse et l'allaitement. En cas de doute, il ne faut pas hésiter à le consulter.

Concernant les thérapeutiques les plus utilisées, sont autorisées pendant la grossesse :

Antalgiques

Paracétamol
Tramadol

Antibiotiques

Amoxicilline
Augmentin

Anesthésiques

Articaine
Lidocaïne

En raison du risque de fermeture prématurée du canal artériel, les AINS sont formellement contre-indiqués après 24 semaines d'aménorrhée. Ils sont également déconseillés au 1^{er} trimestre.

L'utilisation du métronidazole est autorisée pendant la grossesse.

Les tétracyclines sont contre-indiquées pendant la grossesse en raison du risque de coloration des dents de lait.

Amalgame et fluor

La supplémentation de fluor pendant la grossesse n'est plus recommandée.

La dépose d'amalgame est déconseillée durant la grossesse.

Conséquences sur la grossesse

La littérature abonde d'articles mettant en évidence ou non un lien entre les maladies parodontales et prématurité, la survenue de pré-éclampsie, de fausse couche, ou de naissance d'enfant de faible poids. Il existe un lien significatif, mais modeste entre maladie parodontale et certaines complications de la grossesse. La force de ce lien est fonction du type d'étude, du type de variable et du critère de jugement retenu.

Néanmoins ce probable facteur de risque de pathologies obstétricales doit être pris en compte pour nos patientes. Toute douleur ou infection doit être traitée rapidement quelque soit le stade de la grossesse.

N'hésitez pas à vous rapprocher du professionnel de santé qui suit la patiente (Obstétriciens, sages-femmes, ou maternité) !





Ma grossesse pour ta vie, Mes dents pour la vie

Pendant ma grossesse,

☞ Je garde une bonne hygiène bucco-dentaire.

En me brossant les dents au moins deux fois par jour à l'aide d'une brosse à dents souple (3 minutes), ou d'une brosse à dents électriques (2 minutes). Si le brossage n'est pas possible, vous pouvez mâcher un chewing gum au xylitol ou vous rincer la bouche à l'eau.

☞ J'évite le grignotage et je garde une alimentation équilibrée.

☞ Je vais consulter mon dentiste pour réaliser un bilan.

Vous allez recevoir un courrier de la sécurité sociale vous invitant à réaliser une consultation de prévention chez votre spécialiste. Si vous ne le recevez pas, vous pouvez tout de même réaliser cet examen. Il sera pris en charge à 100% par la sécurité sociale sans avance de frais à partir du 4^e mois.

☞ Je n'hésite pas à consulter un dentiste en cas de gênes ou de douleurs dentaires.

La plupart des actes sont **autorisés** pendant la grossesse.

Les radiographies bucco-dentaires sont **possibles** pendant la grossesse.

L'anesthésie locorégionale pour la réalisation de soins est **autorisée** pendant la grossesse.

Informez votre dentiste que vous êtes enceinte !

Vomissements ?

Je ne me brosse pas les dents immédiatement après l'épisode de vomissements.

Je me rince la bouche avec un mélange d'eau et de bicarbonates de soude, avec un bain de bouche sans alcool ou au moins avec de l'eau.

Saignements ?

Il est fréquent que les gencives soient plus sensibles pendant la grossesse, continuez tout de même à vous brosser les dents régulièrement.

Votre enfant ?

Ne partagez pas votre salive (cuillère, tétine, baiser sur la bouche, ...). Ceci favoriserait la transmission de votre flore cariogène à votre bébé.

N'ajoutez pas de sucre ou de sirop dans les biberons.

A l'apparition des premières dents, nettoyez les avant le coucher à l'aide d'une compresse et de l'eau.

Consultez un dentiste durant la première année après l'apparition des dents lactéales.

Mesdames, les complications de vos petites gênes et douleurs dentaires peuvent être **nuisibles à votre grossesse** ! Prenez soin de vos dents !





Ma grossesse pour ta vie, Mes dents pour la vie

FICHE INFORMATIVE A DESTINATION DES SAGES-FEMMES

Selon la Haute Autorité de Santé, 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.

Votre rôle ?

- 🦷 Poser des questions : vos gencives saignent-elles ? avez-vous des douleurs bucco-dentaires ?
- 🦷 Rediriger les patientes ayant des plaintes
- 🦷 Encourager à la réalisation de la consultation de prévention du 4^e mois
- 🦷 Rassurer sur la possibilité des soins dentaires pendant la grossesse
- 🦷 Renseigner sur les modifications de la sphère orale pendant la grossesse, des symptômes récurrents et des traitements à réaliser
- 🦷 Dispenser des conseils pour l'enfant à naître
- 🦷 Répondre aux questions du dentiste si votre aide est sollicitée

Moment-clé ?

- 🦷 Entretien Prénatal Précoce /Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- 🦷 Bilan prénatal
- 🦷 Consultation de grossesse
- 🦷 Suites de couches
- 🦷 Consultation post natale
- 🦷 Protection Maternelle et infantile

Examen de prévention

La femme enceinte peut bénéficier d'un **examen de prévention bucco-dentaire** à compter du 4^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après l'accouchement. Il est facturé 30 euros et pris en charge à **100% par l'Assurance Maladie**. La patiente n'a pas à faire l'avance des frais.

Conséquences sur la grossesse

Certaines pathologies buccodentaires peuvent avoir des conséquences négatives sur la grossesse : **Hypotrophie, Accouchement prématuré, Prééclampsie**. Les études concluent qu'il existe un lien significatif mais modeste, la force de ce lien est fonction du type d'étude, du type de variable et du critère de jugement retenu.





Rassurer

La plupart des actes de soins bucco-dentaires sont **autorisés** pendant la grossesse.

Les radiographies bucco-dentaires sont **possibles** pendant la grossesse. L'utilisation d'un tablier de plomb est autorisée.

L'anesthésie locorégionale pour la réalisation de soins est **autorisée** pendant la grossesse.

Perturbations de la sphère orale

La baisse du pH buccal favorise le développement de la flore bactérienne. Le risque carieux est donc augmenté.

Les vomissements et les reflux gastro-œsophagiens provoquent une exposition acide des surfaces dentaires entraînant **une altération de l'émail**.

Une **augmentation de la sécrétion salivaire** est rencontrée fréquemment.

Les **gencives** saignent plus facilement.

Conseiller

Mère

Encourager le maintien **d'une bonne hygiène dentaire** malgré les saignements, les nausées et la fragmentation des repas. Garder **une alimentation** équilibrée et éviter **le grignotage**.

En cas de vomissements, il **faut éviter de se brosser les dents** immédiatement après l'épisode de vomissements (attendre 30 minutes) ; **se rincer la bouche** avec un mélange d'eau et de bicarbonates de soude, avec un bain de bouche sans alcool ou au moins avec de l'eau.

Enfant

Ne pas **partager votre salive** (cuillère, tétine, baiser sur la bouche, ...). Ceci favoriserait la transmission de la flore cariogène maternelle à l'enfant.

Ne pas ajouter **de sucre ou de sirop** dans les biberons.
A l'apparition des premières dents, les **nettoyer** avant le coucher à l'aide d'une compresse et de l'eau.

Consulter un dentiste durant la première année après l'apparition des dents lactéales.



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. Santé bucco-dentaire [cité le 13 mai 2018]. Aide-mémoire n°318. 2012 avr. Disponible sur : <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>.
2. Fourcade N, Von Lennep F, Grémy I et al. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - L'état de santé de la population - Ministère des Solidarités et de la Santé. Dress, Santé Publique France; 2017: 336-7.
3. Vergnes J-N, Pastor-Harper D. Santé bucco-dentaire perçue et recours aux soins pendant la grossesse : étude MaterniDent. Santé Publique. 2013 Août 6; 25(3): 281-92.
4. UVMAF[en ligne]. Modifications physiologiques de la grossesse [cité le 13 mai 2019]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/modificationsphysiologiques/site/html/cours.pdf>.
5. Burle C, Boisramé S. Santé bucco-dentaire et grossesse. Vocat Sage-Femme.2016; 15(123): 34-8.
6. Ziskin DE, Blackberg SN, Stout AP et al. The gingiva during pregnancy. An experimental study and a histopathological interpretation. Surg Gynecol Obstet.1933; 57: 719.
7. Hunter L, Hunter B. Oral and dental problems associated with pregnancy. Oral healthcare in pregnancy and infancy. MacMillan Press Ltd.1997: 27-34.
8. Catros S, Fricain J-C, Fenelon M. Grossesse et Etat bucco-dentaire. Acutal Pharm. 2018 oct; 579: 32-4.
9. Vincent S, Renoir J-M, Université de Clermont I. La santé parodontale chez la femme enceinte. [S.l.]: [s.n.]; 2014.
10. Cordier G, Lézy J-P, Vacher C. Stomatologie et grossesse. EMC, Gynécologie/obstétrique. 2013.
11. Thoulon J-M. Petits maux de la grossesse. EMC, Gynécologie/obstétrique. 2011.
12. Patcas R, Schmidlin P, Zimmermann. Le suivi dentaire des femmes enceintes. Rev. Mens. Suisse Odontostomatol. 2012 oct; 122: 735-39.
13. Rozain M. L'importance de la consultation prénatale. Quot. Med. 2011 février 4; 8900 :7.
14. Laurent F, Alantar A, Branes M. Riques medicaux: guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste. 2016. (Dossiers ADF).
15. Bouchard P. Parodontologie et dentisterie implantaire, Volume 1- Médecine parodontale. Paris: Lavoisier Médecine Sciences; 2015.
16. Agbo-Godeau S. Stomatologie et grossesse. Vocation Sage-femme. 2004 dec; 26 :21-24.

17. Langer B, Colombier M. Grossesse et maladie parodontale. *La lettre du gynécologue*. 2016 avr; (401): 2-5.
18. Jacquet J. Santé buccodentaire et grossesse. *Les dossiers de l'obstétrique*. 2010 fev; (37): 3-14.
19. Laine MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol. Scand*. 2002 Oct; 60(5): 257-264.
20. Laczny E, Mercier T, Clément C. Santé buccodentaire : chez la femme enceinte et la femme qui allaite. *Rev Sage-Femme*. 2016; (6).
21. Prise en charge des urgences chez la femme enceinte : la fin des idées reçues. *L'information dentaire*. 2015 avr 29; (17): 42-56.
22. Pirie M, Cooke I, Linden G, Irwin C. Dental manifestations of pregnancy. *The Obstetrician and Gynaecologist*. 2007 Jan 1; 9(1) :21-26.
23. Offenbacher S, Katz V, Fertik G et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol*. Octobre 1996; (67): 1103-13.
24. Offenbacher S, Boggess K.A, Murtha A.P et al. Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. *Obstet Gynecol*. 2006; 107: 29-36.
25. Jeffcoat MK, Geurs NC, Reddy MS et al. Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. *J Am Dent Assoc*. 2001 jul; 132(7): 875-80.
26. Nabet C, Lelong N, Colombier M-L. Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the case-control Epipap study. *J Clin Periodontol*. 2010 jan; 37(1): 37-45.
27. Ide M, Papapanou PN. Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes – systematic review. *J Clin Periodontol*. 2013; 40 (Supp14): 181–194.
28. Tramus E. Education à la santé orale: de la grossesse à la petite enfance. 45èmes Assises Nationales des sages-femmes. 2017; Strasbourg.
29. Schwendicke F, Karimbux N, Allareddy V et al. Periodontal treatment for preventing adverse pregnancy outcomes: a meta and trial sequential analysis. *PlosOne* 2015, 10(6).
30. Colombier M-L, Langer B. Grossesse et maladie parodontale : Que faut-il savoir ? *Profession Sage-femme*. 2016 sept; 228: 21-24.
31. Xiong X, Elkind-Hirsch KE, Vastardis S et al. Periodontal disease is associated with gestational diabetes mellitus: a case-control study. *J Periodontol*. Nov 2009; 80(11): 1742-9.
32. Han YN, Fardini Y, Chen C et al. Term stillbirth caused by oral *Fusobacterium nucleatum*. *Obstetrics and Gynecology*. 2010; 115: 442-445.
33. Clément C, Laczny E, Dalstein A. Santé bucco-dentaire et grossesse. *Les Entretiens de Bichat* 2015.

34. Madianos PN, Bobetsis YA. Accidents de grossesse et maladies parodontales. L'information dentaire. mars 2015; 12: 30-34.
35. Wang Q, Würtz P, Auro K. Metabolic profiling of pregnancy: cross-sectional and longitudinal evidence. BMC Med. 2016; 14: 205.
36. Langer B, Colombier M-L. Actualisation des connaissances sur les liens entre maladies parodontales et grossesse. Groupe de réflexion parodontologie/médecine [En ligne]. 2018 fev 15 [cité 4 juin 2018]. Disponible sur : <http://www.sfmp.net/wp-content/uploads/2018/02/Lésions-parodontales-et-grossesse.pdf>.
37. Prévention bucco-dentaire [En ligne]. Assurance maladie; 2018 avr 27 [cité 4 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/prevention-bucco-dentaire/prevention-bucco-dentaire>.
38. Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, version consolidée au 14 mai 2019. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037335538>.
39. 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. JOFR du 30 novembre 2013. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3885/document/avenant-3-convention-chirurgiens-dentistes_journal-officiel.pdf.
40. Stepanikova I, Hukla L, Svancara J. Predictive value of self-reates health in pregnant women: recommendations for dental care professionals. Saudi J Dent Res. 2016 ; 7: 138-46.
41. Kacet L, Jollant B, Dehaynin E. Grossesse et chirurgie dentaire. Rueil-Malmaison, France: Éditions CdP, DL 2015; 2015.
42. Parisi M, Spong C, Zajicek A. We don't know what we don't study: The Case for Research on Medication Effects in Pregnancy. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2011 aug; 157(3): 247-50.
43. Médicaments et grossesse [En ligne]. ANSM; 2017 [cité 4 juin 2018]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-et-grossesse/Medicaments-et-grossesse/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-et-grossesse/Medicaments-et-grossesse/(offset)/0).
44. Timour Q, Bui-Xuan B. Sujet à risque physiologique : âge, grossesse et allaitement. EMC Gynécologie/obstétrique. 2018.
45. Le mercure des amalgames dentaires [En ligne]. ANSM; 2014 déc [cité 4 juin 2018]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/0b5892a526480ba401d0ccc3fd4ee0e2.pdf.
46. Fiche d'information IRSN « Grossesse et exposition aux rayonnements ionisants ».[cité 4 juin 2018]. Disponible sur : https://www.irsn.fr/FR/professionnels_sante/radiopro_patients/Documents/IRSN_F2-V3_Grossesse-rayonnements-ionisants.pdf.

47. Whal S. Prévention bucco-dentaire et grossesse; sensibilisation des femmes enceintes à la santé bucco-dentaire et réalisation du bilan de prévention. Ecole de sage-femme de Metz: 2017.
48. CNGOF. Supplémentations au cours de la grossesse. Recommandations pour la pratique clinique. 1997.
49. Boehlen F, Hohlfeld P, Extermann P et al. Maternal antiplatelet antibodies in predicting risk of neonatal thrombocytopenia. *Obstet Gynecol.* 1999; 93: 169-73.
50. ONSSF [En ligne]. 2019[consulté le 2 mai 2019]. Les nouvelles cotations en détail, applicables à partir du 10 février 2019. Disponibles sur : <https://onssf.org/actualites-professionnelles/les-nouvelles-cotations-entrent-en-vigueur-le-10-fevrier-2019/>.
51. Laurent F. Grossesse et allaitement. Risques médicaux : guide de prise en charge par les chirurgiens-dentistes. 2013.
52. Université de Lille [En ligne]. Janvier 2017 [consulté le 2 mai 2019]. Grossesse et chirurgie dentaire : quelle prise en charge pour nos patientes ? Disponible sur : http://chirdent.univ-lille.fr/fileadmin/user_upload/These/2017/Grossesse/co/01_module_BebeDent.html.

GLOSSAIRE

ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

ADF : Association Dentaire Française

AINS: Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AP : Accouchement Prématuro

APHP : Assistance Publique des Hôpitaux Parisiens

BBD: Bilan Bucco-Dentaire

CNSD : Confédération Nationale des Syndicats Dentaires

CRAT: Centre de Références des Agents Tératogènes

DLG : Décubitus Latéral Gauche

EBD : Examen Bucco-Dentaire

HAS : Haute Autorité de Santé

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

MFIU: mort foetale in-utero

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RCP : Réunion de Concentration pluridisciplinaire

RCIU : Retard de Croissance Intra Utérine

RGO : Reflux Gastro-Œsophagien

Résumé : « La prise en charge de la santé orale de la femme enceinte par les chirurgiens-dentistes »

Il existe de plus en plus d'études montrant des liens de causalité entre les maladies parodontales et leurs conséquences sur la grossesse. Dans ce contexte, et alors que depuis 2012 une consultation systématique de prévention bucco-dentaire a été mise en place, les femmes enceintes rencontrent des problèmes à trouver un professionnel apte à les soigner. L'objectif principal de ce travail a été d'évaluer les connaissances et les pratiques des chirurgiens-dentistes concernant la prise en charge des femmes enceintes. Nous avons eu recours à une étude quantitative, multicentrique, menée par l'intermédiaire d'un questionnaire rempli par des chirurgiens-dentistes, distribué via la liste de diffusion de la confédération nationale des syndicats dentaires. L'échantillon total était constitué de 260 personnes. L'analyse a été descriptive et statistique, réalisée à l'aide du test de Chi2 non corrigé et le test de Fischer. Nous avons pu conclure que dans notre échantillon la prise en charge des femmes enceintes par les chirurgiens-dentistes était adaptée de manière générale. Des améliorations sur certains sujets (radiographies, syndrome cave, ...) sont à développer ; ainsi que le travail multidisciplinaire impliquant les sages-femmes notamment.

Abstract: « Pregnant women's oral health care by dental surgeons »

There are more and more studies showing causal links between periodontal diseases and their consequences on pregnancy. In this context, and although a systematic oral prevention consultation has been set up since 2012, pregnant women have trouble finding professionals able to treat them. The main objective of this work was to evaluate the knowledge and practices of dentists regarding the care of pregnant women. We have led a quantitative and multicentric study, based on a questionnaire completed by dental surgeons and distributed through the mailing list of la confederation nationale des syndicats dentaires. The total sample consisted of 260 people. The analysis was descriptive, and statistical and was performed using the uncorrected Chi2 test and the Fischer test. We were able to conclude than in our sample the management of pregnant women by dentists was generally appropriate as well as a multidisciplinary work, involving midwives in particular.

Mots-clés : grossesse, « santé bucco-dentaire », chirurgien-dentiste, prévention

Nombre de page : 51

Nombre d'annexes : 9

Nombre de références bibliographiques :52