



HAL
open science

Rôle de la sage-femme dans la prévention bucco-dentaire de la femme enceinte suite à la mise en place du bilan bucco-dentaire systématique

Douria Gati

► To cite this version:

Douria Gati. Rôle de la sage-femme dans la prévention bucco-dentaire de la femme enceinte suite à la mise en place du bilan bucco-dentaire systématique. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02489527

HAL Id: dumas-02489527

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02489527>

Submitted on 24 Feb 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.

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT - AUVERGNE

**RÔLE DE LA SAGE-FEMME DANS LA PRÉVENTION BUCCO-
DENTAIRE DE LA FEMME ENCEINTE SUITE À LA MISE EN
PLACE DU BILAN BUCCO-DENTAIRE SYSTÉMATIQUE**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

GATI Douria

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2019

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT - AUVERGNE

**RÔLE DE LA SAGE-FEMME DANS LA PRÉVENTION BUCCO-
DENTAIRE DE LA FEMME ENCEINTE SUITE À LA MISE EN
PLACE DU BILAN BUCCO-DENTAIRE SYSTÉMATIQUE**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

GATI Douria

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2019

Remerciements

À Madame Stéphanie SUC, ma directrice de mémoire, qui a accepté de me suivre sur ce projet ; m'a soutenue, orienté et aidé sur ce sujet.

À Madame Marie-Pierre TEJEDOR, ma co-directrice de mémoire, pour ses conseils et ses corrections.

À toutes les sages-femmes qui ont accepté de participer à cette étude.

À Monsieur Aurélien MULLIEZ, biostatisticien de la DRCI pour sa précieuse aide pour l'analyse statistique.

À l'École de Sages-Femmes de Clermont-Ferrand, de m'avoir permis de bénéficier d'une formation à la hauteur de mes espérances.

À tout(e)s mes collègues de m'avoir encouragé pendant ces deux merveilleuses années passées à la maternité de Vichy. Une pensée particulière à Widad pour les journées de dur labeur passées en sa compagnie à la faculté.

À ma famille, d'avoir été présente dans les bons comme les mauvais moments qu'on a pu traverser pendant la réalisation de ce mémoire, qui semblait « interminable » pour certains. Et tout particulièrement à ma cousine Krenfla, pour ces nombreuses relectures et corrections.

Glossaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPP : Centre de Périnatalité et de Proximité

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

EPP : Entretien prénatal précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

Il : Interleukines

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAD : Pression artérielle diastolique

PAS : Pression artérielle systolique

PGE : Prostaglandines

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RGO : reflux gastro-œsophagien

RSPA : Réseau de santé périnatal d'Auvergne

SA : Semaines d'Aménorrhées

TNF : Tumor Necrosis Factor (facteur de nécrose tumorale)

UFSBD : Union française pour la santé bucco-dentaire

Sommaire

Introduction.....	2
Revue de littérature.....	4
I. Rappels anatomiques de la bouche	4
II. La santé bucco-dentaire	5
III. Modifications physiologiques du parodonte au cours de la grossesse	6
IV. Modifications pathologiques du parodonte au cours de la grossesse.....	7
V. Conséquences des pathologies bucco-dentaires sur la grossesse	12
VI. Liens établis entre pathologies parodontales et maladies obstétricales.....	14
VII. Bilan bucco-dentaire	16
Population et méthode.....	17
I. Objectifs	17
II. Population cible	17
III. Population source.....	17
IV. Critères de sélection des sujets	17
V. Type d'étude	18
VI. Durée de l'étude	18
VII. Lieux de l'étude.....	18
VIII. Le recueil des données	18
IX. L'informatisation	19
X. L'analyse des données.....	20
XI. Les aspects éthiques et réglementaires	21
Résultats	22
Discussion.....	36
Conclusion.....	45
Références bibliographiques.....	
Annexes.....	

Introduction

Depuis une vingtaine d'années, des études internationales ont démontré qu'il existait une corrélation entre une mauvaise santé bucco-dentaire et la survenue de pathologies obstétricales. Les modifications physiques et physiologiques de la cavité buccale induites par l'état de grossesse peuvent être à l'origine de deux affections bucco-dentaires rencontrées fréquemment : la carie dentaire et la gingivite dite "gravidique". Cette dernière est une maladie parodontale commune et bénigne résolutive avec des soins de prévention ainsi que des conseils et mesures hygiéno-diététiques simples. Contrairement à la parodontite qui est une atteinte parodontale pathologique nécessitant une prise en charge odontologique et un suivi pour éviter tout retentissement sur la grossesse (1).

L'étude MaterniDent menée en 2013 en France auprès de 904 femmes en suites de couches, a montré que 56% d'entre elles n'avaient pas consulté de chirurgien-dentiste pendant la grossesse, 26% y étaient allées pour un problème avéré et seulement 18% pour un bilan bucco-dentaire de prévention (2).

La maladie parodontale étant un facteur de risque obstétrical, la HAS recommande deux consultations chez le chirurgien-dentiste pendant la grossesse, à savoir un examen bucco-dentaire systématique dès le début de grossesse avec un contrôle dans les six mois qui suivent, en fonction de l'état bucco-dentaire de la femme enceinte (3).

La mise en place du bilan bucco-dentaire systématique de la femme enceinte depuis 2014, honore cette recommandation mais n'a de sens que si les patientes consultent. Or, bien que chaque patiente ayant déclaré sa grossesse soit informée par la CPAM via le livret de grossesse ainsi que les courriers ou courriels de suivi, ce rendez-vous de prévention semble encore boudé par les femmes.

L'information et l'orientation par les professionnels de la périnatalité vers un chirurgien-dentiste est un enjeu encore insuffisamment appréhendé. Selon la HAS cette prévention passe tout d'abord par l'apprentissage des mesures d'hygiène bucco-dentaire adaptées (3). Or, c'est à ce niveau qu'intervient le rôle clef de la sage-femme. Cette dernière reste au centre de la prise en charge de la femme enceinte, c'est pour cela que nous avons souhaité mener cette enquête auprès des sages-femmes.

Il appartiendrait aux sages-femmes de veiller à limiter les risques de la maladie parodontale par une meilleure observance de leurs patientes concernant la réalisation de ce bilan. L'objectif principal de la présente étude est d'évaluer l'impact de l'implication de la sage-femme dans la prévention bucco-dentaire des femmes enceintes ainsi que leur collaboration pluridisciplinaire malgré la délivrance systématique de l'information par la CPAM.

A la lumière de l'étude menée dans le cadre de ce mémoire, seront exposées dans un premier temps les modifications liées à la grossesse, puis les relations entre pathologies parodontales et maladies obstétricales. Dans un deuxième temps, une analyse sera faite sur les résultats de l'étude portant sur la pratique des sages-femmes auvergnates en matière de prévention bucco-dentaire. Enfin, les moyens et outils pouvant être mis en place pour permettre aux sages-femmes de développer une démarche de sensibilisation sur les questions de prévention en santé bucco-dentaire chez la femme enceinte ainsi qu'une incitation au suivi systématique, seront évoqués.

Revue de littérature

I. Rappels anatomiques de la bouche

1. La dent

Une dent est constituée de trois tissus (4) :

- L'émail est la partie qui recouvre et protège la partie visible de la dent.
- La dentine représente la deuxième couche de la dent et occupe le plus grand volume de cette dernière.
- La pulpe est la partie la plus interne de la dent, elle se compose de vaisseaux sanguins et de nerfs garantissant l'apport des nutriments. C'est la partie vivante de la dent.

2. Le parodonte

Le parodonte est représenté par un ensemble d'éléments qui entourent et soutiennent la dent. Il est constitué de (5) :

- La gencive recouvrant l'os alvéolaire. Elle est de couleur rose pâle et à l'aspect d'une peau d'orange ; saine, elle ne présente aucun œdème, ni saignement ni ulcération. C'est la partie la plus révélatrice de l'état parodontal.
- Le ligament alvéolo-dentaire (ou desmodonte)
- Le cément
- L'os alvéolaire

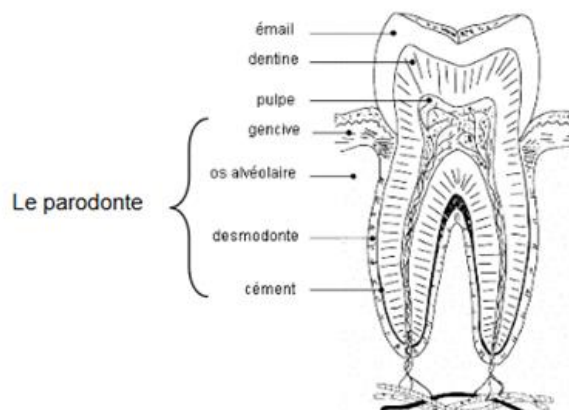


Figure 1 : Coupe d'une dent

II. La santé bucco-dentaire

Selon l'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* » (6).

La plaque dentaire est un enduit blanchâtre formé par les débris alimentaires et les bactéries présentes au niveau de la bouche, elle se forme naturellement à la surface des dents. L'hygiène bucco-dentaire consiste à éliminer cette plaque grâce à des soins mécaniques quotidiens. D'autres procédés et techniques tels que le détartrage peuvent être utilisés si nécessaire. Quelques conseils hygiéno-diététiques peuvent être prodigués pendant les consultations du suivi de grossesse afin de maintenir une bonne hygiène dentaire :

- Se brosser les dents et la gencive au minimum deux fois par jour durant plus de deux minutes.
- Utiliser du fil dentaire.
- Avoir une alimentation saine et équilibrée.
- En cas de vomissement, se rincer la bouche avec de l'eau ou un bain de bouche au bicarbonate. Il est important d'attendre une heure après un vomissement pour se brosser les dents.
- Mâcher du chewing-gum sans sucres après chaque prise alimentaire.
- Inciter les patientes à arrêter de fumer, dans la mesure où le tabac est un facteur aggravant des maladies parodontales (7).

III. Modifications physiologiques du parodonte au cours de la grossesse

Les modifications physiologiques et comportementales liées à la grossesse influencent l'état de santé des tissus dentaires et parodontaux (8). En effet, on remarque une similitude histologique et embryologique entre l'appareil génital et la muqueuse buccale. Cette similitude a fait naître plusieurs hypothèses pouvant expliquer que les modifications parodontales font suite à l'action des hormones pendant la grossesse. Les interactions biologiques entre la muqueuse vaginale et la muqueuse buccale sont liées à ce grand bouleversement endocrinien. Ces modifications se produisent au niveau des tissus, de la flore parodontale et du système immunitaire (9).

1. Effets des modifications hormonales

Les modifications hormonales pendant la grossesse rendent les gencives plus sensibles à la plaque dentaire. L'évolution de la grossesse est déterminée par l'action d'hormones, les deux principales étant l'œstrogène et la progestérone. L'augmentation de leur taux entraîne une hyper-vascularisation, un état œdémateux et congestif des tissus parodontaux. La progestérone favoriserait l'augmentation de la perméabilité des vaisseaux ainsi qu'une néoformation capillaire (10), entraînant ainsi la survenue de gingivorragies : signe précoce et fréquent de l'apparition de parodontopathies.

2. Effets des modifications immunologiques

La grossesse s'accompagne d'une importante augmentation du taux d'œstrogène et de progestérone affectant ainsi la réponse immunitaire. L'action immunosuppressive de la progestérone sur les tissus gingivaux favorise la prolifération de certains germes (11).

De plus, du fait de l'immunodéficiences caractéristique de la femme enceinte, les tissus parodontaux deviennent plus sensibles à l'action des pathogènes du biofilm bactérien.

3. Effets des modifications salivaires

La salive peut subir, pendant la grossesse, des modifications quantitatives et qualitatives. Le ptyalisme salivaire ou sialorrhée : signe sympathique fréquent du début de grossesse, se manifeste de façon passagère et modéré (12). Il peut être associé aux nausées et vomissements. Généralement il disparaît dès le premier trimestre.

Avec les variations hormonales dues à la grossesse le pH devient plus acide induisant une baisse du pouvoir tampon. Ceci peut aggraver un état bucco-dentaire altéré préexistant et engendrer : par son acidité, l'apparition de carie dentaire (11) et par une richesse anormale en mucines favoriser l'adhésion et la croissance de la plaque bactérienne (13).

IV. Modifications pathologiques du parodonte au cours de la grossesse

1. La carie

La carie affecte de nombreuses femmes enceintes, une étude réalisée en 2012, a montré qu'en France, environ 50 % d'entre elles présentaient au moins une dent cariée non traitée (14).

C'est une maladie infectieuse d'origine bactérienne. En effet, les bactéries présentes au niveau de la bouche vont transformer le sucre en acide et attaquer l'émail provoquant ainsi l'apparition de caries.

Lors de la formation d'une carie, plusieurs facteurs entrent en jeu :

- Les bactéries : les réflexes nauséux ainsi que la fatigue en début de grossesse peuvent amener les femmes enceintes à une hygiène bucco-dentaire moins soignée conduisant ainsi à l'accumulation de la plaque bactérienne.

- L'hôte : un mauvais état dentaire préexistant sera plus sensible à la diminution du pH salivaire et aux RGO rendant l'émail des dents plus fragile durant la grossesse.
- L'alimentation : une alimentation riche en acides favorisera la déminéralisation de l'émail. Si elle est riche en sucre, cela favorisera le développement de la plaque dentaire. Or, pendant la grossesse, les habitudes alimentaires sont souvent bouleversées aboutissant à un régime alimentaire plus cariogène (grignotage, alimentation plus sucrée, fractionnement des prises alimentaires pour pallier aux vomissements et les RGO).
- Le temps : il y a un risque de carie à chaque fois que les trois facteurs mentionnés précédemment sont présents. Un retard de prise en charge de la femme enceinte engendre inévitablement un développement de caries (15).

La formation de la carie passe par quatre stades :

- La destruction de l'émail (stade indolore)
- L'agression de la dentine (dent sensible à la température, le sucre et l'acide)
- L'atteinte de la pulpe (stade de la rage de dent)
- La formation d'un abcès (prolifération des bactéries de la gencive jusqu'aux os) (3).

2. L'épulis gravidique

L'épulis gravidique est une tumeur gingivale bénigne correspondant à une hypertrophie localisée de la gencive, de consistance molle, d'aspect rouge vif et saignant au moindre contact (16). Il survient dans cinq pour cent des grossesses et est souvent localisé entre deux dents, essentiellement au niveau du maxillaire antérieur (17,18).

D'accroissement rapide, il apparaît le plus souvent après le troisième mois, s'amplifie jusqu'au huitième mois de la grossesse et régresse spontanément après l'accouchement ou à l'arrêt de l'allaitement, mais récidive souvent lors de grossesses ultérieures (9). Il constitue l'un des principaux motifs de consultation de la femme enceinte, même s'il n'entraîne aucune douleur.

Il a été suggéré que cette lésion provenait d'une papille gingivale déjà enflammée. La plaque est donc considérée comme un important facteur initiateur tout comme les modifications hormonales associées à la grossesse (15,17).

Son traitement principal consiste en une meilleure hygiène bucco-dentaire associée à un détartrage et un polissage des surfaces dentaires.



Figure 2 : Epulis

3. Gingivite gravidique

La gingivite gravidique est l'affection buccale la plus fréquemment associée à la grossesse. Sa prévalence varie de 35% à 100% (17).

La gingivite se caractérise par une inflammation de la gencive marginale, elle devient œdématisée, rouge et perd son aspect granité. A un stade ultérieur, les papilles inter-dentaires deviennent congestives et des gingivorragies provoquées ou spontanées apparaissent (9). La gingivite exacerbée par les changements hormonaux de la grossesse est connue sous le nom de gingivite "gravidique", bien que sur le plan histologique, elle ne diffère pas de celle qui se développe en dehors de la période de grossesse.

Elle apparaît à partir du deuxième mois de grossesse et s'aggrave progressivement jusqu'à atteindre son pic au huitième mois de grossesse. Au cours du dernier mois de gestation, la gingivite diminue habituellement et, immédiatement après l'accouchement, les tissus gingivaux sont comparables à ceux observés au cours du deuxième mois de gestation (17). Toutefois, cela ne signifie pas automatiquement un retour à la santé gingivale. En effet la gingivite intensifie une pathologie préexistante, la grossesse n'étant qu'un amplificateur de la gingivite initiale. Il s'avère alors primordial d'avoir un suivi dans les examens de contrôles de la gingivite gravidique (9).

Cependant cette pathologie est réversible si des techniques d'hygiène bucco-dentaire sont adoptées suffisamment en amont. C'est à ce niveau que la visite bucco-dentaire prend tout son sens lors du suivi médical de la grossesse.



Figure 3 : Gingivite

4. Parodontite

La parodontite est une maladie inflammatoire, placée sous la dépendance du système de défense de l'hôte, car elle est d'origine microbienne faisant suite à une gingivite. C'est une maladie irréversible car elle a pour conséquence la destruction des tissus de soutien de la dent provoquant la formation de poches parodontales. Sans traitement, à long terme, une atteinte profonde du parodonte entraîne une mobilité des dents et peut conduire à leur perte (8).

La parodontite est influencée par de nombreux facteurs prédisposants, génétiques mais également par des maladies systémiques, un environnement buccal défavorable (tabagisme, pH acide), une hygiène bucco-dentaire insuffisante et un faible niveau socio-économique. La prévalence des formes sévères de parodontite chronique est d'environ dix à trente-cinq pour cent dans les pays développés (9).



Figure 4 : Parodontite

V. Conséquences des pathologies bucco-dentaires sur la grossesse

1. L'hypotrophie fœtale

L'hypotrophie est définie par un poids isolé (estimation pondérale in utero ou poids de naissance) inférieur au dixième percentile (sévère si inférieur au percentile) pour l'âge gestationnel. Elle est établie en référence aux courbes de la population concernée (exemple courbe Audipog), en tenant compte du potentiel de croissance constitutionnel (sexe, taille parentale, ethnie, etc) (19).

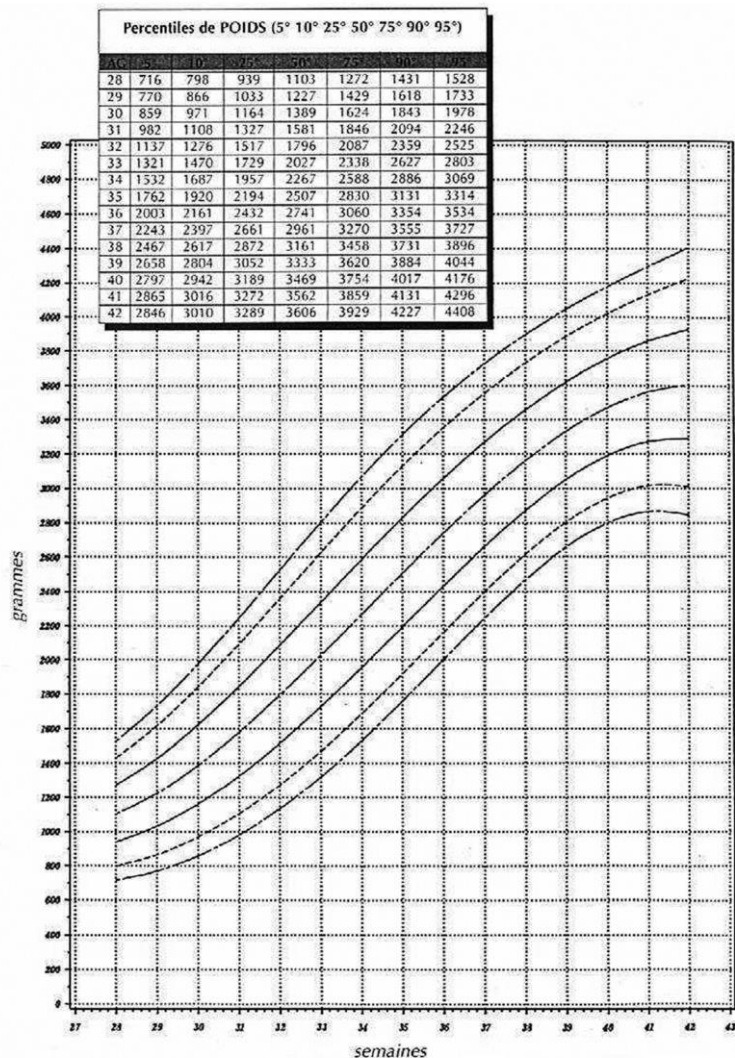


Figure 5 : Courbe Audipog

2. Accouchement prématuré

Selon l’OMS, la prématurité se définit comme *toute naissance entre 22 et 37 SA révolues*, quel que soit le poids du nouveau-né, à condition que celui-ci ne pèse pas moins de 500 g (20).

On distingue trois niveaux de prématurité :

- *la prématurité moyenne qui correspond à une naissance intervenant entre 32 et 36 SA (7 mois à 8 mois de grossesse),*
- *la grande prématurité correspondant à une naissance intervenant entre 28 et 32 SA (6 mois à 7 mois de grossesse),*
- *la très grande prématurité pour les naissances intervenant avant 28 SA, soit en deçà de 6 mois de grossesse.*

L’accouchement prématuré représente, chaque année environ 15 millions des naissances (21). A l’origine de près d’un million de décès en 2015, il représente un problème majeur de santé publique car c’est la première cause de mortalité infantile.

3. Pré-éclampsie

La pré-éclampsie est une pathologie maternelle, spécifique à la gestation et secondaire à une dysfonction placentaire (22).

C’est une maladie définie par une hypertension artérielle gravidique ($PAS \geq 140$ mmHg et une $PAD \geq 90$ mmHg) survenant au milieu du second trimestre (après 20 SA) et à l’apparition de protéinurie (≥ 0.3 g/24h).

Elle est responsable d’un tiers des naissances de grands prématurés en France et représente la deuxième cause de décès maternels (environ 20 décès par an). Environ cinq pour cent des grossesses s’accompagnent de pré-éclampsie (23).

VI. Liens établis entre pathologies parodontales et maladies obstétricales

Plusieurs études ont montré une corrélation entre maladie parodontale et l'accouchement prématuré ainsi que l'hypotrophie fœtale (24).

Ces études s'appuient, d'une part, sur la théorie de l'infection focale, selon laquelle les problèmes infectieux buccaux sont responsables de nombreuses affections locales et systémiques. Et d'autre part, sur le rôle de l'inflammation dans la physiopathologie de l'accouchement.

En effet, une réponse inflammatoire est déclenchée physiologiquement dans le but de mettre fin à la grossesse. Des produits inflammatoires comme l'interleukine 1 (IL-1), les facteurs alpha de nécrose des tumeurs (TNF- α) et la prostaglandine E2 (PGE₂) sont libérés graduellement et, lorsqu'ils atteignent un certain seuil, ils provoquent la rupture des membranes amniotiques et la contraction des muscles de l'utérus, induisant le processus de naissance (9,25).

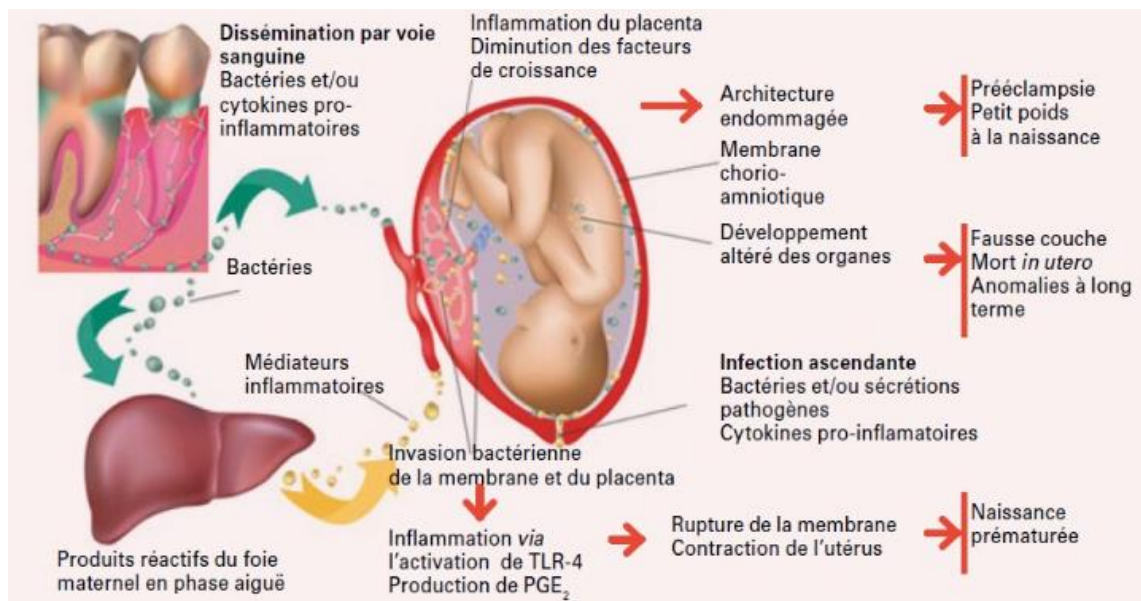


Figure 6 : Mécanismes physiopathologiques des complications gravidiques secondaires à une parodontite

Les mécanismes d'action sur l'unité fœto-placentaire font intervenir soit directement les germes impliqués dans les maladies parodontales, soit indirectement via des molécules pro-inflammatoires. Deux phénomènes biologiques ont été proposés :

- un trajet indirect, par lequel les microbes parodontaux et leurs sous-produits pénètrent dans le flux sanguin et atteignent le foie où ils activent les hépatocytes qui produisent les marqueurs de l'inflammation générale comme la protéine C réactive (PCR) et d'autres marqueurs pro-inflammatoires (IL-1 bêta, IL-6, IL-8, TNF-alpha). Ces produits pénètrent à leur tour dans le flux sanguin et atteignent le placenta, aggravant les processus inflammatoires préexistants, augmentant le risque de complications de grossesse. Cette cascade des médiateurs de l'inflammation comme les PGE2 peut potentiellement induire un travail prématuré.
- un trajet direct, par lequel les microbes parodontaux pénètrent dans le flux sanguin et parviennent au placenta. Là, ils provoquent un foyer ectopique d'infection qui aggrave les processus infectieux préexistants, augmentant les risques de complications de grossesse (25).

En outre cette infection/inflammation d'origine parodontale peut provoquer des changements structurels au niveau du placenta conduisant vers la pré-éclampsie et une altération des échanges foeto-placentaires induisant un faible poids à la naissance.

De plus, les principaux germes retrouvés au niveau des poches parodontales, dans le cadre d'une parodontite, sont présents dans 16 à 18 % des cas pour les accouchements à terme et dans 80 à 100 % des cas pour les accouchements prématurés.

Des facteurs de risques de maladies parodontales ont été identifiés : génétiques (polymorphisme IL-1 bêta, IL-6) mais aussi métaboliques (diabète), environnementaux (stress) et comportementaux (alcool, tabac). Le risque des complications obstétricales augmente avec la sévérité de la parodontite, une prise en charge précoce est essentielle pour ce type de patientes (26).

Toutes ces études admettent la nécessité d'un suivi en santé bucco-dentaire de façon à prévenir, dépister et traiter la survenue de maladies parodontales, susceptibles d'avoir un impact sur le devenir de la grossesse.

En outre, la HAS va dans ce sens par ses recommandations: « *La maladie parodontale au cours de la grossesse semble significativement associée à un risque de prématurité et de petit poids de naissance (grade C). Une surveillance clinique de la cavité buccale est recommandée au cours de la grossesse. La découverte d'une parodontite nécessite sa prise en charge et une surveillance obstétricale accrue (accord professionnel).* » (27).

VII. Bilan bucco-dentaire

La CPAM a mis en place, depuis janvier 2014, un dispositif de prévention bucco-dentaire pour les femmes enceintes. Ces dernières peuvent bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire, à partir du quatrième mois de grossesse jusqu'au douzième jour après l'accouchement, pris en charge à 100% sans avance de frais.

Cet examen n'a pu être réellement mis en place qu'au premier juin 2014, dans la mesure où une nouvelle codification des actes des chirurgiens-dentistes impliquant de nouveaux tarifs n'a été applicable qu'à partir de cette date (28).

Ce bilan comprend : une anamnèse, un examen bucco-dentaire et une action de prévention et d'éducation sanitaire pour la mère et le futur enfant. Ce dernier peut être complété, si nécessaire, par des radiographies intra-buccales et l'établissement d'un programme de soins (29).

En effet, les femmes enceintes sont généralement plus sensibles aux différents messages de prévention délivrés au cours de la grossesse. De ce fait, ce dispositif est propice à la découverte d'acquis en matière d'éducation sanitaire et de prévention bucco-dentaire (hygiène orale, hygiène alimentaire, prévention de la carie de la petite enfance...).

Population et méthode

I. Objectifs

Les objectifs de l'étude menée dans le cadre de ce mémoire, étaient les suivants :

- Explorer les pratiques des sages-femmes afin d'améliorer la prise en charge initiale de la santé orale des femmes enceintes
- Etudier l'impact sur leur activité depuis la mise en place du bilan bucco-dentaire : y-a-t-il eu des changements sur la prise en charge de leurs patientes depuis la systématisation du bilan ?

II. Population cible

Les sages-femmes en cours d'exercice en Auvergne.

III. Population source

Les sages-femmes exerçant au sein des départements du Puy-de-Dôme, de l'Allier, du Cantal et de la Haute-Loire.

Dans le souci d'élargir la population source, l'enquête a été menée auprès de professionnels hospitaliers, libéraux, ainsi que ceux exerçant en PMI et CPP.

IV. Critères de sélection des sujets

1. Critères d'inclusion

Les sages-femmes inscrites au conseil départemental de l'ordre des sages-femmes du Puy-de-Dôme, de l'Allier, de la Haute-Loire et du Cantal.

2. Critère d'exclusion

Les sages-femmes ne souhaitant pas participer à l'étude.

V. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale descriptive.

VI. Durée de l'étude

L'étude s'est déroulée du 10 octobre 2018 au 31 janvier 2019.

VII. Lieux de l'étude

L'étude a été menée au sein de quatre départements : le Puy-de-Dôme, l'Allier, le Cantal et la Haute-Loire.

VIII. Le recueil des données

1. Les variables recueillies

L'élaboration du questionnaire a été réalisée en collaboration avec une sage-femme hospitalière.

Le questionnaire a été testé auprès d'une dizaine de sages-femmes exerçant au Centre Hospitalier de type II de Vichy. Suite à cela, ce dernier a été modifié en fonction des différentes remarques.

Les variables ont été recueillies grâce à un auto-questionnaire. Ce dernier comprenait 29 questions. Les premières permettant le recueil des données générales (âge, école et année d'obtention du diplôme, type d'exercice). Les variables collectées concernaient ensuite les connaissances et surtout la pratique des sages-femmes en matière de santé bucco-dentaire. Par la suite, des questions relatives au bilan bucco-dentaire et sa mise en place étaient posées.

Enfin, elles étaient interrogées sur le type de document qu'elles souhaiteraient afin d'approfondir leurs connaissances et améliorer leur pratique à ce sujet.

Le questionnaire est joint en annexe numéro un (I).

2. Le mode de recueil des données

Le mode de recueil des données s'est fait via la plateforme Google.Doc. Une fois le questionnaire en ligne rempli, les réponses étaient directement envoyées sur un Google drive. Les données étaient présentées par la suite sous forme de tableau Excel afin d'être traitées.

3. Le circuit des données

Le lien donnant accès au questionnaire a été envoyé par adresse mail à toutes les sages-femmes libérales inscrites aux quatre conseils départementaux de l'Ordre des sages-femmes. Pour les sages-femmes hospitalières, ce-dernier a été envoyé aux différentes cadres des maternités qui en ont fait la diffusion, après avoir été contactées par téléphone. Concernant les sages-femmes exerçant en CPP et PMI, ces dernières ont été contactées par téléphone afin d'obtenir leur adresse mail.

Une fois le questionnaire rempli, les réponses étaient envoyées automatiquement sur le Google Doc dédié. Les données se présentaient de façon individuelle ou en résumé.

IX. L'informatisation

1. Le codage des données

Le codage des réponses du questionnaire dépendait de la nature des variables. Ainsi, pour les questions à réponses multiples, il a été attribué à chaque variable une modalité de réponse (oui, non). Les données binaires ont été codées en oui ou non. Si la réponse « autre » était cochée, une nouvelle colonne était ajoutée afin de noter la réponse inscrite sur le questionnaire. Ce codage de données a permis l'analyse et l'utilisation de tests statistiques.

2. La saisie des données

Les données extraites des questionnaires ont été saisies sur le logiciel informatique : Microsoft® Office Excel® version 14.0.7173.5000.

3. Le contrôle qualité

Le contrôle de la qualité a été fait à l'aide de l'outil « filtre » présent sur Microsoft® Office Excel® afin d'éviter les risques de doublons dans les réponses. Un deuxième contrôle a été réalisé en collaboration avec un biostatisticien de la DRCI du CHU de Clermont-Ferrand

X. L'analyse des données

1. Les tests statistiques utilisés

Les données étaient décrites sous forme de fréquence et pourcentage pour les variables catégorielles et sous forme de moyenne et écart type pour les variables continues.

Les variables catégorielles ont été comparées à l'aide du test du Chi² de Pearson lorsque les effectifs attendus étaient supérieur à 5. Dans le cas échéant, le test exact de Fisher a été utilisé.

Les variables continues ont été analysées par le test T de Student, ou par le test de Mann&Whitney lorsque les données n'étaient pas normalement distribuées (30,31).

Les tests étaient tous bilatéraux et une p-value inférieure à cinq pour cent a été considérée comme statistiquement significative.

2. Le logiciel d'analyse utilisé

L'analyse statistique des données a été réalisée, grâce au logiciel Stata version 12, en collaboration avec un biostatisticien de la DRCI du CHU de Clermont-Ferrand.

XI. Les aspects éthiques et réglementaires

1. Avis de comités consultatifs

Dans le cas où le questionnaire ne comportait pas de données sensibles il n'était pas soumis à la loi Informatique et Libertés. Il n'y avait donc aucune formalité, vis-à-vis de cette loi, à accomplir.

Un échange par mail avec le Délégué à la Protection des données du CHU de Clermont-Ferrand, a permis de confirmer cela.

2. Information et consentement

Le mail contenant le lien permettant d'avoir accès au questionnaire en ligne était accompagné d'une lettre d'information reprenant les objectifs de l'étude et les règles concernant la protection des données. Cette dernière est jointe en annexe numéro trois (III). Le recueil du consentement des participants à l'étude a été réalisé par l'intermédiaire de cette lettre d'information.

3. Anonymat

Une fois les questionnaires remplis et après réception, ils ont été référencés de façon anonyme pour l'analyse des données

Résultats

Population étudiée

Sur les 402 questionnaires qui ont été distribués, il y a eu 182 réponses (soit un taux de réponse de 45 %).

Question 1 : Quel âge avez-vous ?

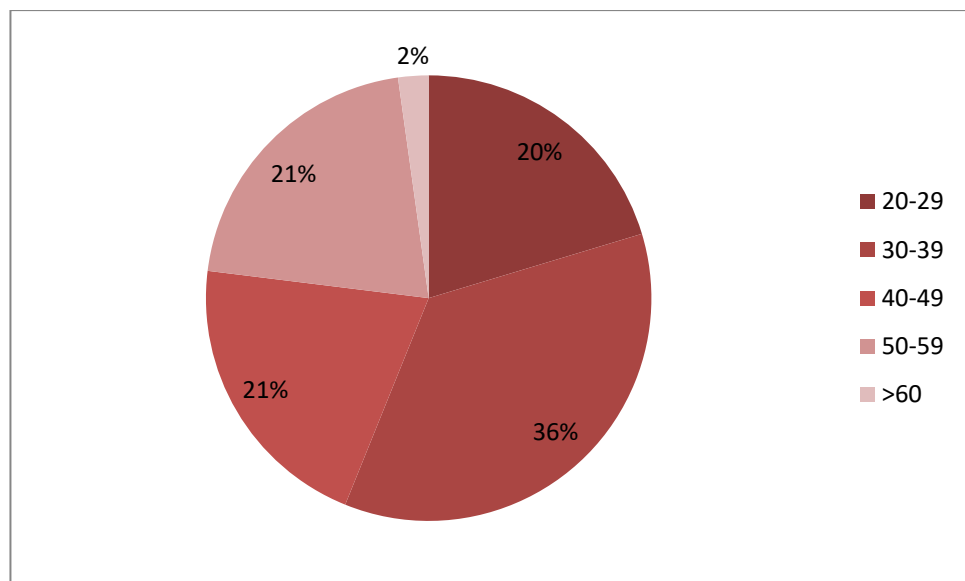


Figure 7 : Répartition des sages-femmes selon des tranches d'âge.

Question 2 : Dans quelle école de sage-femme avez-vous réalisé vos études ?

L'école de Clermont-Ferrand a été pour la plupart la structure initiale de formation (79.1 %).

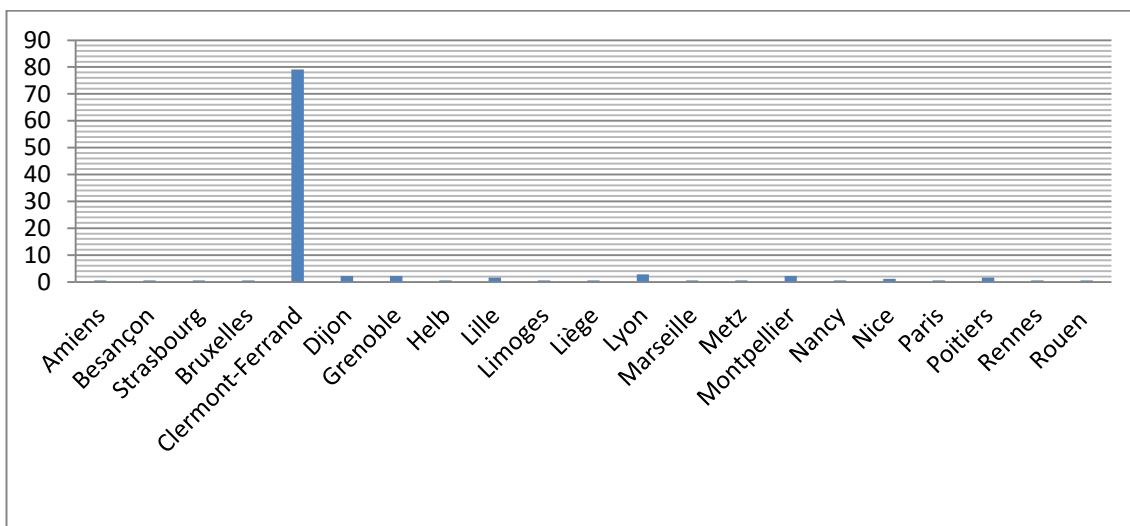


Figure 8 : Répartition des sages-femmes selon leur école de formation.

Année d'obtention du diplôme :

En moyenne l'année d'obtention du diplôme, des sages-femmes ayant participé à l'étude est 2002.

Modalité d'exercice

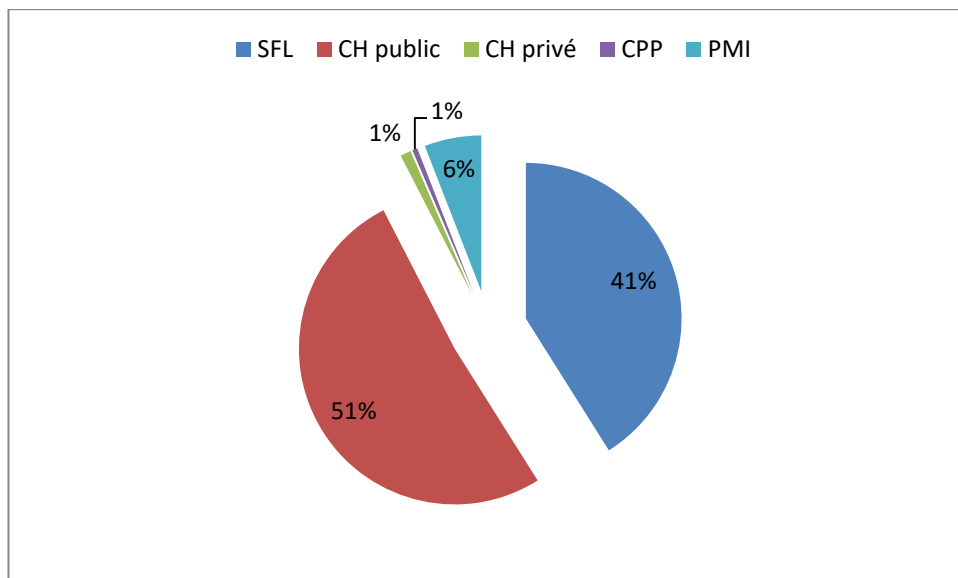


Figure 9 : Répartition de la population des sages-femmes interrogées selon leur modalité d'exercice.

Question 5 : Dans quel département exercez-vous votre activité ?

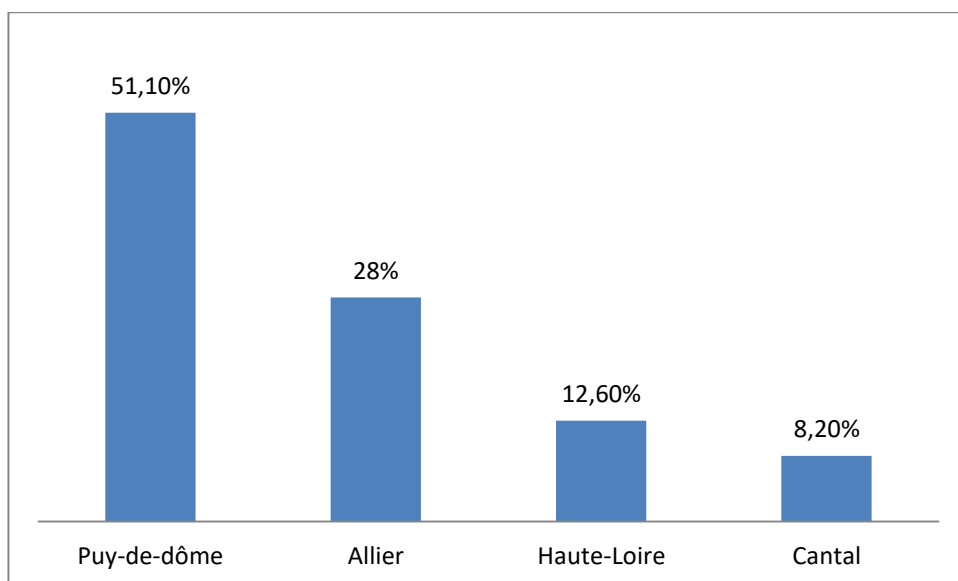


Figure 10 : Répartition des sages-femmes selon leur département d'exercice.

Connaissances des sages-femmes dans le domaine de la santé bucco-dentaire

Toutes les sages-femmes interrogées pensent que la grossesse est à risque de survenue de troubles bucco-dentaires.

Troubles bucco-dentaires pendant la grossesse :

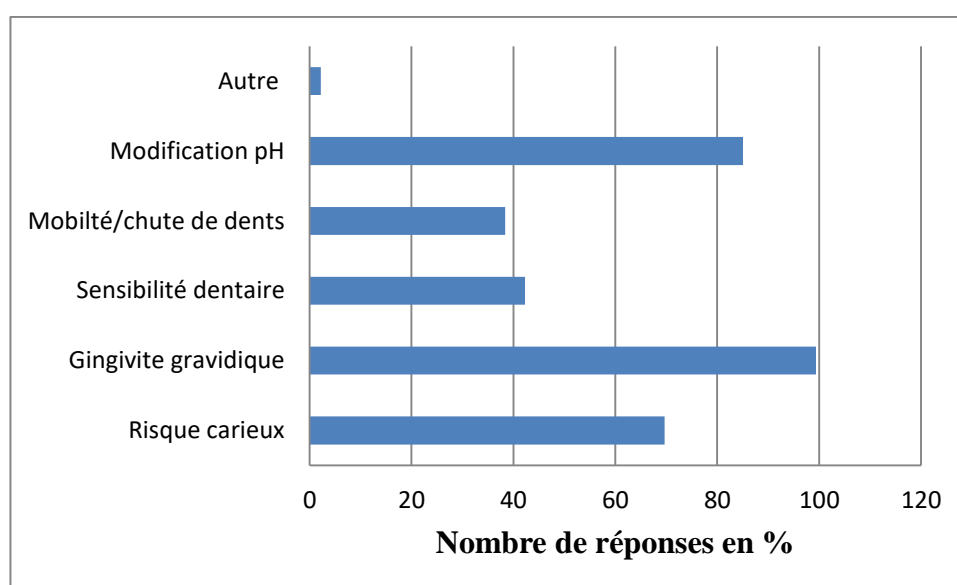


Figure 11: Détails des troubles bucco-dentaires pouvant être entraîné par la grossesse selon les sages-femmes.

Question 8 : La parodontite est une pathologie bucco-dentaire pouvant induire de nombreuses complications durant la grossesse. A quoi la reconnaît-on?

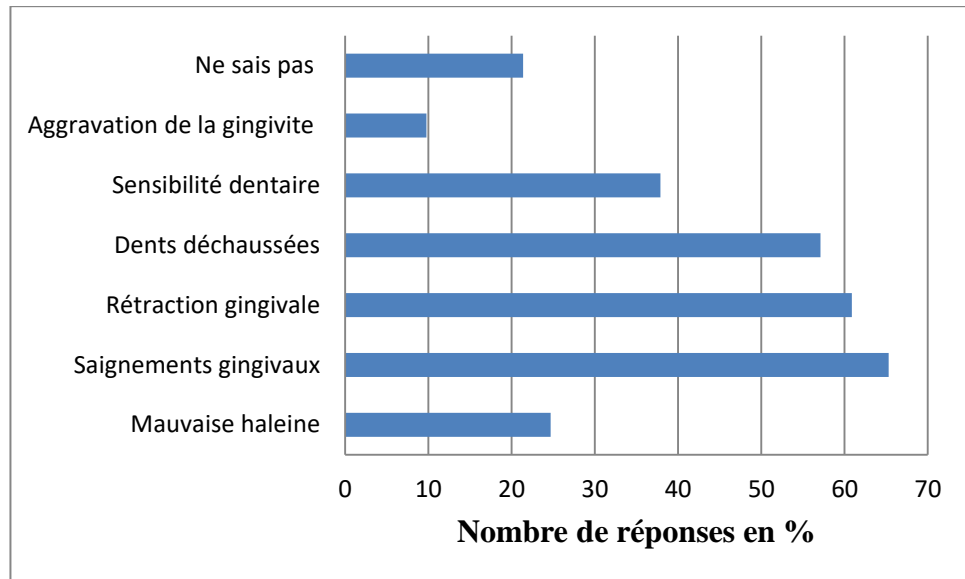


Figure 12 : Signes cliniques de la parodontite.

Question 9 : Quels sont les facteurs de risque de la parodontite ?

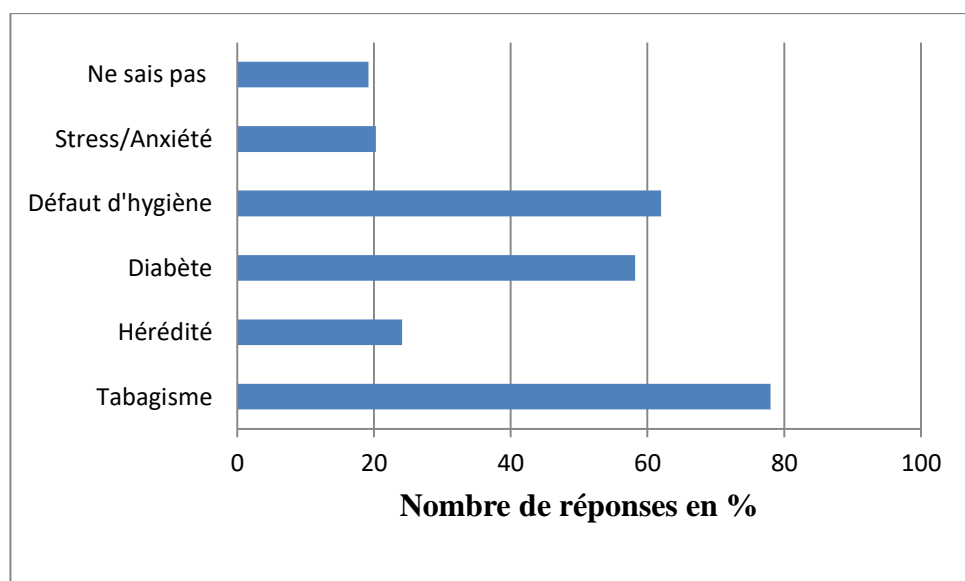


Figure 13 : Facteurs de risques de la parodontite.

Pratiques des sages-femmes dans le domaine de la santé bucco-dentaire

Pratiques des sages-femmes face à une gingivite, une parodontite, un épulis

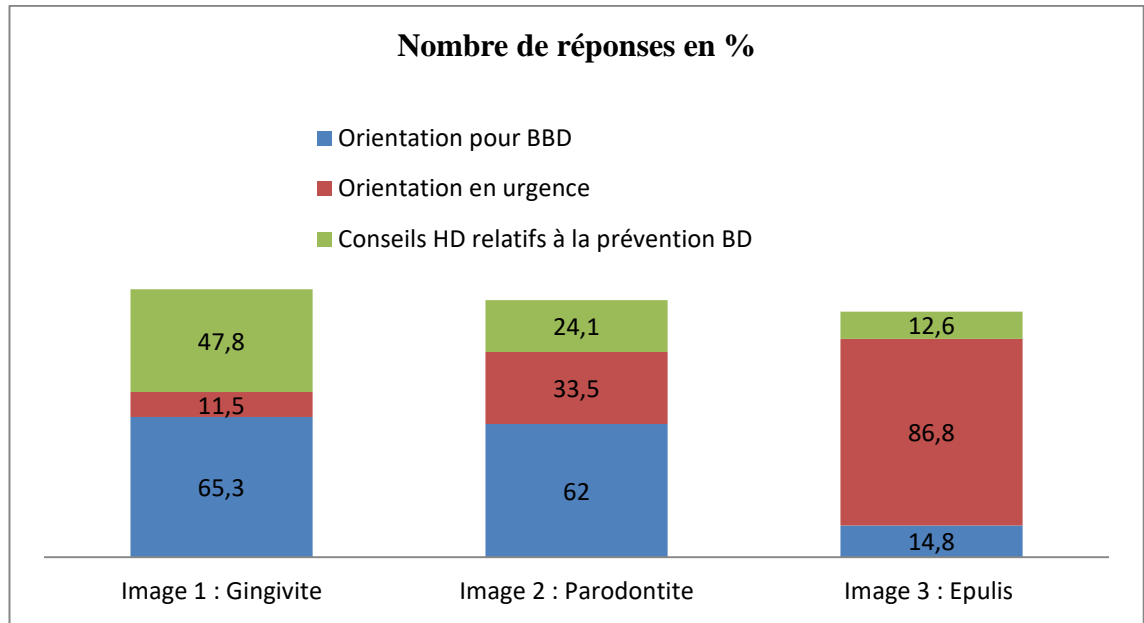


Figure 14 : Cas clinique sur la prise en charge de différents troubles bucco-dentaires.

Question 11 : Vos patientes vous ont-elles déjà interrogé sur des troubles bucco-dentaires ?

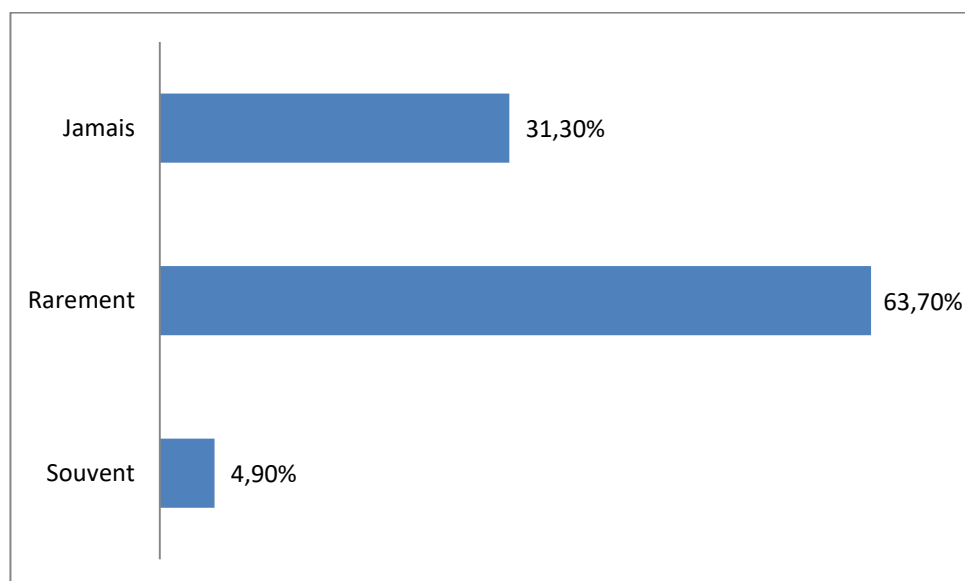


Figure 15 : Interrogation des femmes enceintes sur les troubles bucco-dentaires.

Question 12 : Quels conseils leur donnez-vous le plus souvent en cas de gingivite gravidique ?

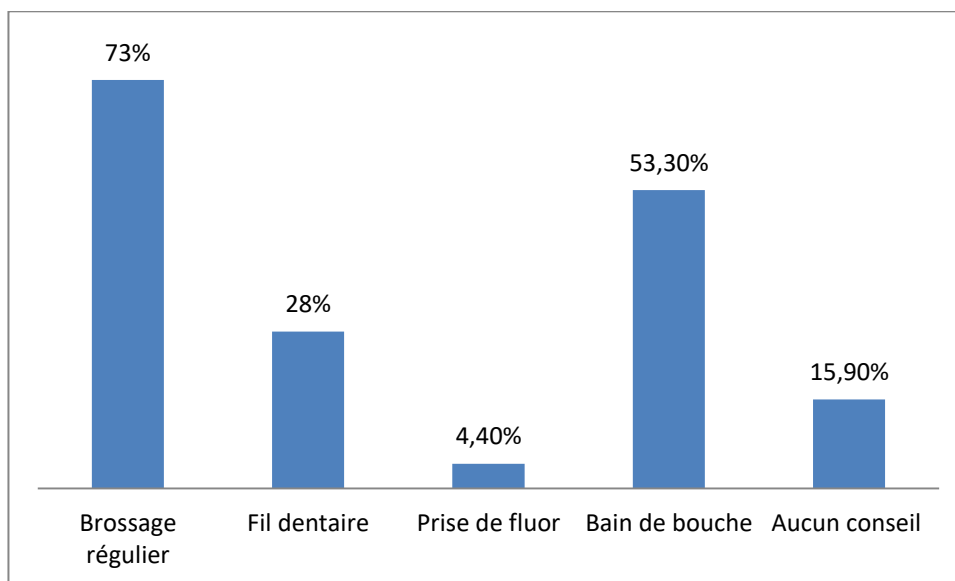


Figure 16 : Répartition des conseils d'hygiène bucco-dentaire prodigués en cas de gingivite.

Bilan bucco-dentaire

Question 13 : A quelle date le bilan bucco-dentaire (BBD) systématique a-t-il été mis en place par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ?

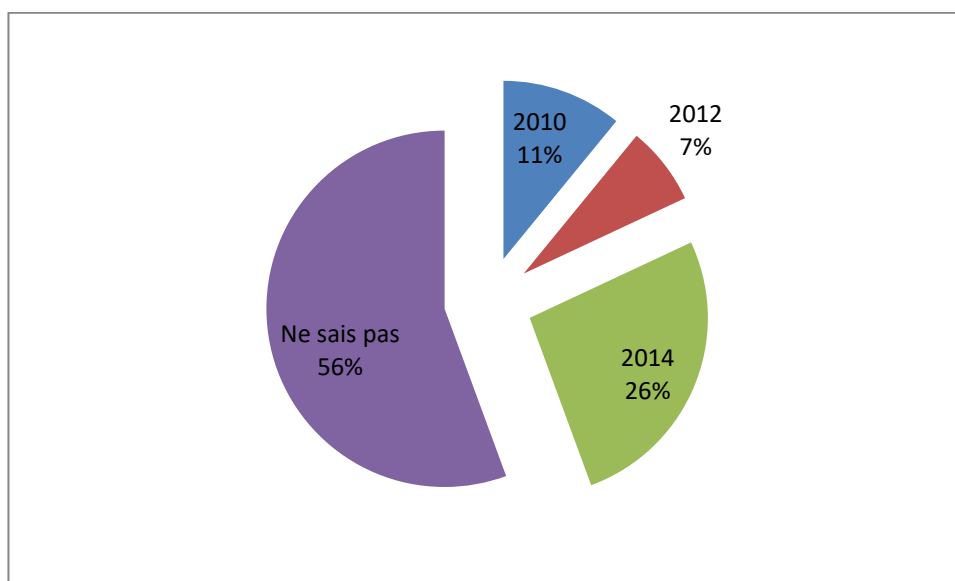


Figure 17 : Année de mise en place du bilan bucco-dentaire.

Consultation des femmes enceintes auprès d'un dentiste depuis la mise en place du bilan bucco-dentaire

Quatre-vingt-dix-neuf pour cent (99 %) des sages-femmes interrogées pensaient que leurs patientes ne consultaient pas de dentiste durant la grossesse.

D'après les raisons suivantes:

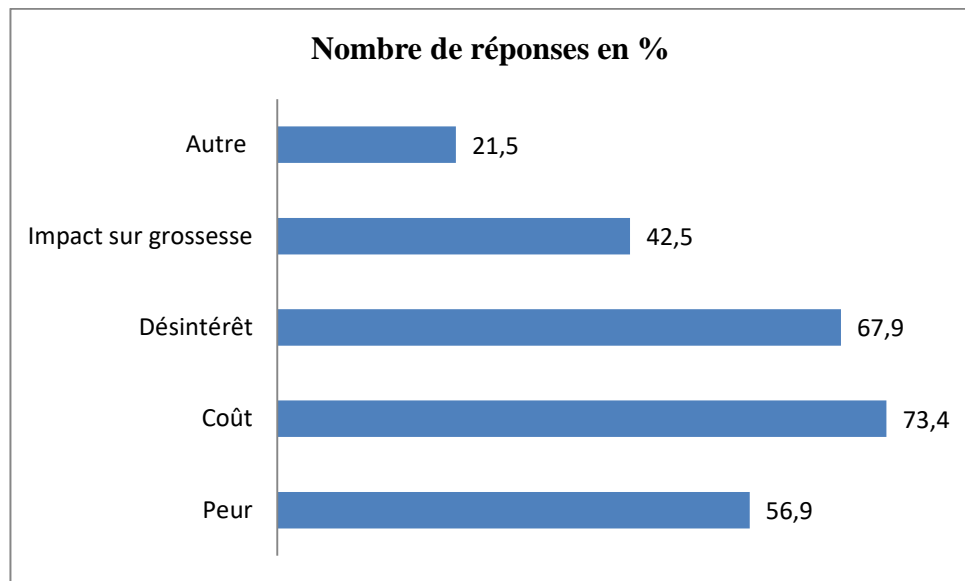


Figure 18 : Motifs de refus de consultations des femmes enceintes selon les sages-femmes.

Parmi les sages-femmes ayant répondu « autres », en réponses libres on retrouvait :

Tableau I : Détails des autres motifs de refus de consultations des femmes enceintes selon les sages-femmes.

Autres raisons	Effectifs	%
Délais de rendez-vous long	2	5
Feuille de prise en charge difficile à trouver	1	2.5
Manque d'information	30	75
Manque de temps	1	2.5
Ne sont pas orientées	1	2.5
N'ont pas de problèmes bucco-dentaires	2	5
Pensent que les soins sont contre-indiqué	1	2.5
Refus de soins de la part des dentistes	2	5

Question 16 : Quand le bilan peut-il être réalisé ?

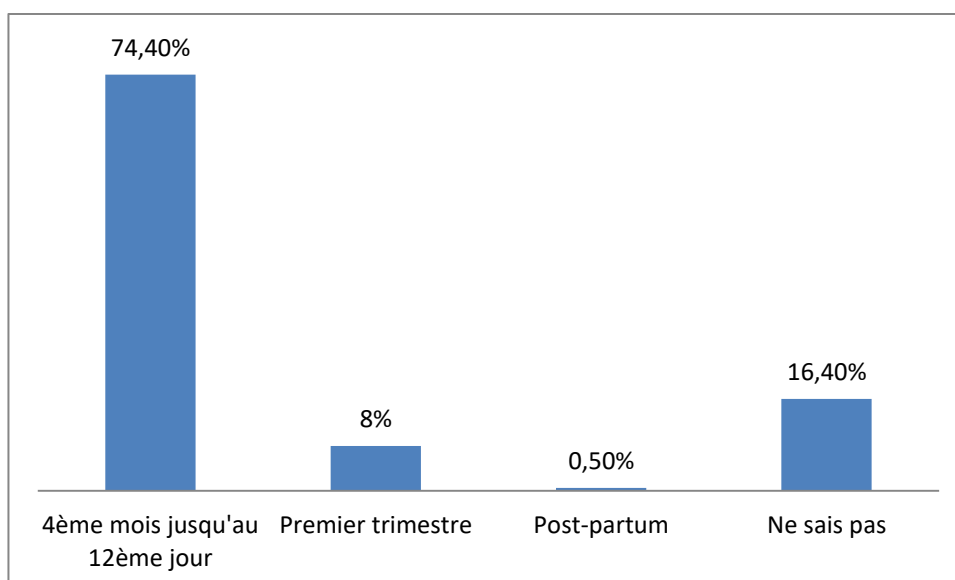


Figure 19 : Période de réalisation du bilan bucco-dentaire selon les sages-femmes.

Question 17 : Parlez-vous de ce bilan avec vos patientes?

Seul un tiers des sages-femmes interrogées parlaient de ce bilan à leurs patientes (33.5 %). Parmi ces dernières, 50.8 % l'abordait durant l'entretien prénatal précoce, 39.3 % durant une autre consultation du suivi et 1.6 % pendant les séances de préparation à la naissance, 6.5% lorsque des troubles BD étaient visibles. Une sage-femme avait mentionné aborder le sujet systématiquement en suites de couches.

Concernant les 66.4 % de sages-femmes qui n'abordaient pas le bilan bucco-dentaire avec leurs patientes, on retrouvait les raisons suivantes :

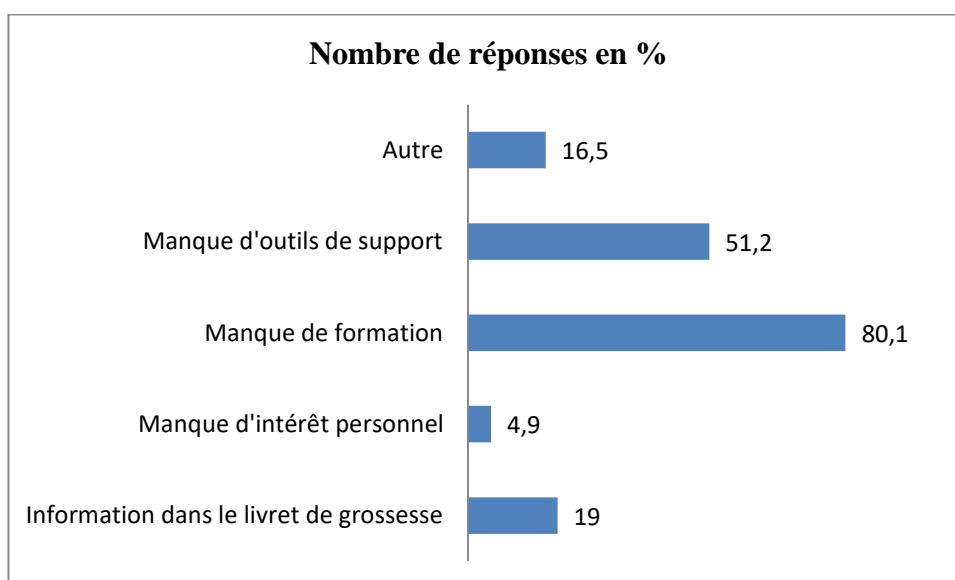


Figure 20 : Motifs de refus d'aborder le bilan bucco-dentaire pendant les consultations.

Parmi les sages-femmes ayant répondu « autre » à la question on retrouve les raisons suivantes :

- Activité principalement en salle de naissance et suites de couches qu'elles trouvaient peu propice pour aborder cette prévention (55 %)
- Beaucoup d'autres sujets à aborder (5 %)
- Manque de temps (15 %)
- Méconnaissance du bilan (5 %)
- Oubli (20 %)

Information délivrée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie sur le bilan bucco-dentaire

Soixante-quatorze pour cent (74 %) des sages-femmes pensaient que l'information systématique de la femme enceinte par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie concernant la mise en place du bilan était insuffisante.

Discours de prévention en santé bucco-dentaire avec les patientes

Quarante-quatre pour cent (44 %) des sages-femmes interrogées abordaient la prévention bucco-dentaire avec leurs patientes.

Orientation des patientes vers un chirurgien-dentiste

Quarante-un pour cent (41 %) des sages-femmes orientaient plus volontiers leurs patientes vers un chirurgien-dentiste depuis l'instauration du bilan bucco-dentaire.

La sage-femme comme « interlocuteur » de premier recours

Quatre-vingt pour cent (80 %) des sages-femmes interrogées pensaient être l'interlocuteur privilégié pour délivrer un discours sur la prévention bucco-dentaire et inciter les patientes à consulter auprès d'un chirurgien-dentiste.

Développement des connaissances sur la santé bucco-dentaire

Quatre-vingt-quatorze pour cent (94 %) des sages-femmes ont rapporté ne pas avoir approfondi leurs connaissances concernant la santé bucco-dentaire de la femme enceinte depuis l'instauration du bilan bucco-dentaire systématique.

Parmi les 6 % l'ayant fait, on retrouvait les moyens suivants :

- Congrès, colloques, conférences à ce sujet (9 %)
- Internet (45.4 %)
- Revues médicales (63.6 %)

Quatre de ces sages-femmes avaient répondu « autre » à la question, deux d'entre elles avaient acquis davantage de connaissances sur le sujet en lisant des mémoires, une sage-femme avait approfondi ses connaissances en discutant avec des confrères et enfin une autre sage-femme était atteinte d'une maladie parodontale.

Question 26 : Aviez-vous déjà eu des informations sur la maladie parodontale avant la réalisation de ce questionnaire ?

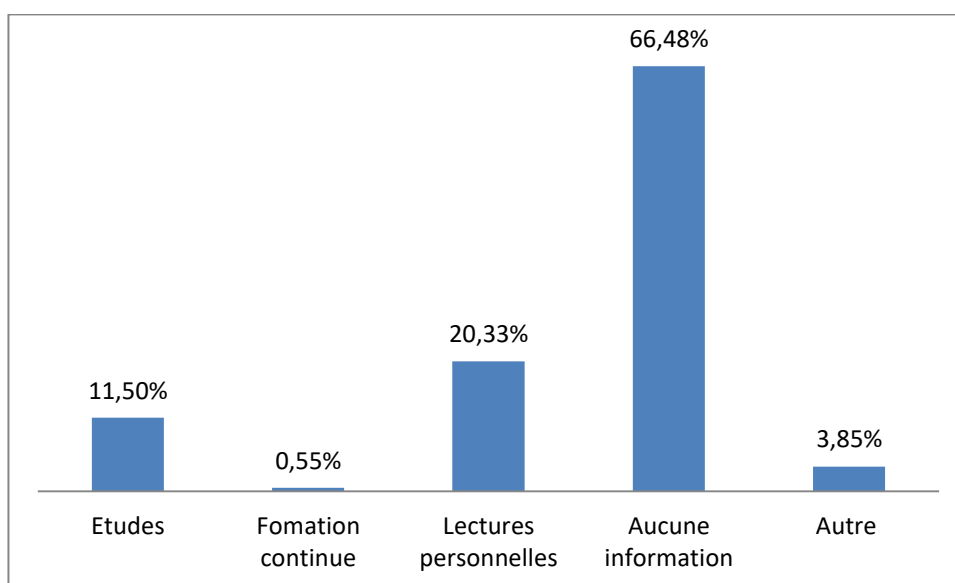


Figure 21 : Source d'information sur la santé bucco-dentaire.

Parmi les sages-femmes ayant répondu avoir eu des informations par d'autres moyens, on retrouvait trois sages-femmes atteintes d'une maladie parodontale, une sage-femme avait lu un mémoire à ce sujet, une autre sage-femme avait assisté à des conférences et une autre en avait parlé avec son chirurgien-dentiste. Une sage-femme a rapporté ne plus se souvenir si elle avait déjà eu des informations à ce sujet.

Actualisation des connaissances sur la santé bucco-dentaire

Quatre-vingt-treize pour cent (93 %) des sages-femmes interrogées désiraient davantage d'informations concernant ce sujet.

Question 28 : Quel mode de communication vous paraît le plus approprié ?

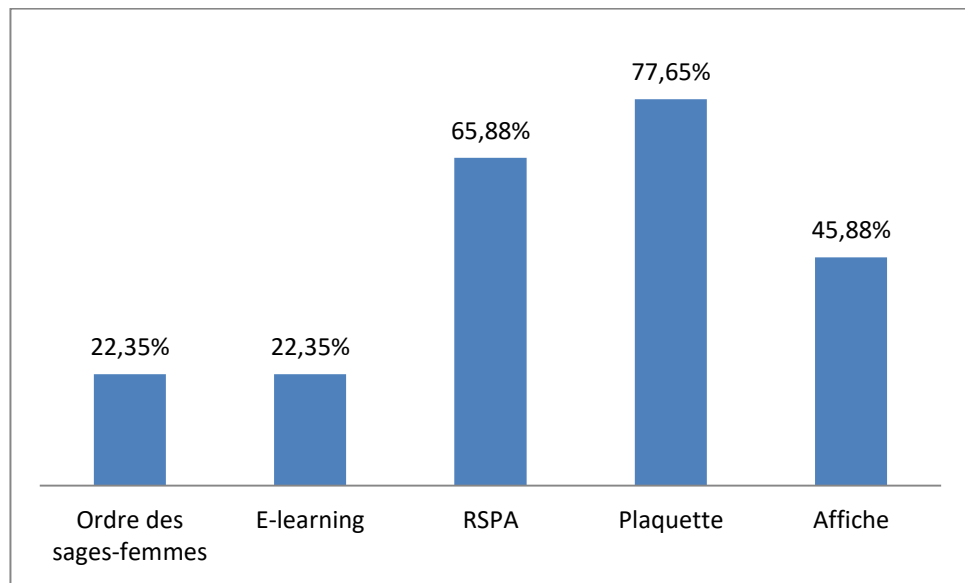


Figure 22 : Répartition des modes de communications souhaités par les sages-femmes.

Question 29 : Quelle importance accordez-vous à la prévention de la santé bucco-dentaire chez la femme enceinte dans votre exercice professionnel ?

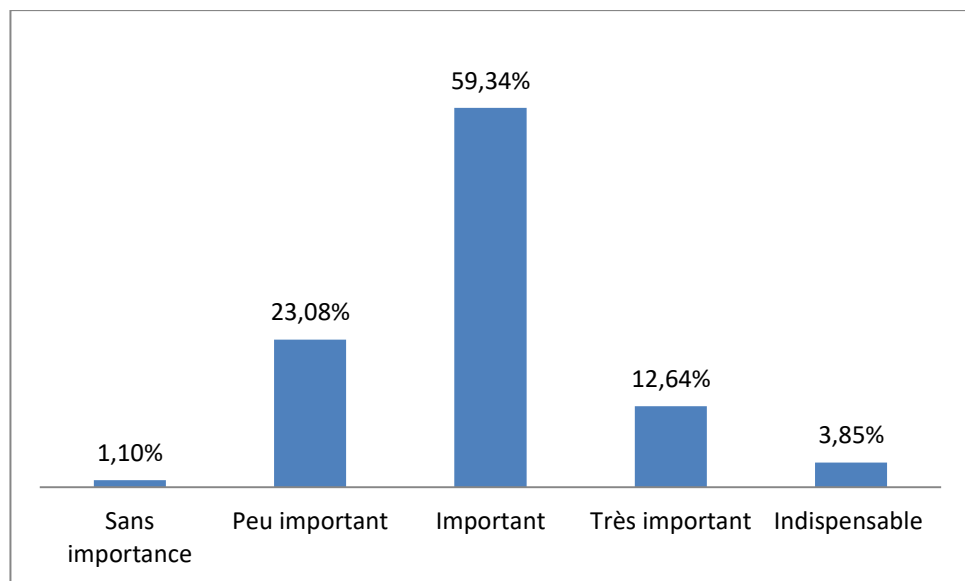


Figure 23 : Importance de la santé bucco-dentaire selon les sages-femmes.

Comparaison de deux groupes de sages-femmes

Il existe une différence statistiquement significative dans les résultats de l'étude entre le groupe des sages-femmes hospitalières et celui des sages-femmes libérales qui rapportent à 46 % avoir un discours de prévention avec leur patientèle contre 22 % pour les sages-femmes hospitalières.

Tableau II : Discussion du bilan bucco-dentaire : comparaison de deux groupes de sages-femmes

Exercice	Discussion		p-value
	Oui	Non	
SFL	40 45.98 %	47 54.02 %	<i>p=0.001</i>
SFH	21 22.11 %	74 77.89 %	

Discussion

Depuis plusieurs années, un lien entre la santé bucco-dentaire et la grossesse a été démontré, cela semblait important d'effectuer un état des lieux des pratiques des sages-femmes auvergnates afin d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes concernant la prévention en santé bucco-dentaire.

Les sages-femmes constituent un interlocuteur et un vecteur favorable aux messages de prévention chez la femme enceinte. Cependant, les résultats montrent que cette prévention est très peu pratiquée. En opposition, on constate que la totalité des sages-femmes interrogées reconnaissent que la grossesse est un facteur risque de troubles bucco-dentaires.

Limite de l'étude

La principale limite de l'étude est le faible taux de réponse des participants, 182 réponses ont été reçues ce qui fait un taux de réponse de 45 %

Bien que l'étude ait été étendue à toutes les sages-femmes incluant les sages-femmes hospitalières, celles exerçant en CPP et PMI ainsi que les sages-femmes libérales, ce taux n'est pas représentatif de la population étudiée.

Plusieurs mails de relance ont été envoyés aux sages-femmes libérales et aux différents cadres des maternités du réseau pour sonder les sages-femmes hospitalières qu'elles encadrent mais cela n'a pas été suffisant. Ce taux peut être expliqué par un manque d'intérêt ou de connaissance sur le sujet, mis en évidence par cette étude et ayant freiné certaines d'entre-elles pour la réalisation du questionnaire.

Connaissances des sages-femmes dans le domaine de la santé bucco-dentaire

Toutes les sages-femmes interrogées pensent que la grossesse peut entraîner un risque de troubles bucco-dentaires. Parmi ces derniers on retrouve :

- Gingivite gravidique 99.4 %, une crainte peut être exprimée concernant ce résultat qui serait potentiellement biaisé par l'orientation systématique des professionnels répondants vers le terme « gravidique » indépendamment de la « gingivite »
- Hypersialorrhée avec modification du pH 85.1 %
- Risque carieux 69.7 %
- Sensibilité dentaire 42.3 %
- Chute dentaire 38.4 %

On observe que les avis divergent, les sages-femmes semblent avoir des connaissances approximatives concernant les troubles bucco-dentaires pouvant avoir lieu durant la grossesse, dans la mesure où toutes les propositions étaient justes. Seul 19.23 % des sages-femmes interrogées ont donné les cinq bonnes réponses.

Les signes cliniques de parodontite n'étaient pas connus par plus d'une sage-femme sur cinq (21.4 %). De plus, parmi les répondants, beaucoup de réponses étaient incomplètes puisque toutes les réponses étaient justes et seulement deux pour cent des sages-femmes interrogées ont donné la bonne réponse. Cependant, cette pathologie devrait être connue par tous les professionnels de santé de la périnatalité car elle est à l'origine de la survenue des pathologies obstétricales.

On constate donc un manque réel de formation sur le sujet, ne permettant pas ainsi, d'avoir une action préventive auprès des patientes sur cette problématique.

A la question « La parodontite est une pathologie bucco-dentaire pouvant induire de nombreuses complications durant la grossesse. A quoi la reconnaît-on ? ». La proposition : « c'est une aggravation d'une pathologie bénigne pendant la grossesse » citée par neuf pour cent seulement des répondants, aurait probablement été plus comprise si l'item « c'est une aggravation de la gingivite » était proposé.

En effet, si cette réponse est retirée des propositions, le taux de bonnes réponses passerait de deux pour cent à dix pour cent.

On a constaté également que la plupart des sages-femmes interrogées étaient démunies face aux interrogations éventuelles de leurs patientes. En effet un cas clinique a été proposé dans le questionnaire, seul 33.5 % des sages-femmes considèrent la parodontite comme une urgence. Or, l'épulis était considéré à tort comme une urgence dans 86.8 % des réponses.

Une fois encore, les avis divergent sur les facteurs de risques de la parodontite, en effet toutes les réponses étaient justes, or on retrouve principalement cités le tabagisme (78 %), le manque d'hygiène (62 %) et le diabète (58 %). Seul quatre pour cent des sages-femmes ont répondu juste à la question.

Un défaut de fiabilisation des réponses semble se dessiner au fur et à mesure des résultats. Cela démontre une réelle méconnaissance de la maladie parodontale par les répondants constituant ainsi un frein dans la prévention.

Dans le cadre d'une étude menée en 2011, pour évaluer les connaissances, opinions et pratiques sur la maladie parodontale et les issues défavorables de grossesse, WOOTEN et al ont réalisé un questionnaire approuvé par l'Institut Biomédical de l'Université de Caroline du Nord. Ce questionnaire a été envoyé à toutes les personnes prodiguant des soins prénataux dans cet État. Sur les 54 % (n=219) ayant répondu, la majorité déclarait avoir des connaissances limitées en santé bucco-dentaire et souhaitait travailler en collaboration avec des chirurgiens-dentistes. A l'issue de cette évaluation des connaissances, il avait été conclu qu'un complément d'information sous forme d'une journée de formation continue était opportune (32).

Pratiques des sages-femmes dans le domaine de la santé bucco-dentaire

Toute la population de sages-femmes interrogées était convaincue de l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire pendant la grossesse. Cependant seul 44% d'entre elles abordaient la prévention bucco-dentaire avec leur patientèle. Ce taux peut être expliqué par le manque de connaissance et de formation sur le sujet, puisque 66.5 % des répondants avaient déclaré n'avoir eu aucune information sur le sujet. Très peu avaient bénéficié d'une formation dans ce domaine durant leurs études (11.5 %).

En 2011, une similarité au niveau des résultats d'une étude menée à Reims avait été retrouvée. En effet, cette étude avait mis en évidence que 87,9% des sages-femmes n'interrogeaient pas leurs patientes sur leur suivi dentaire. Les raisons invoquées étaient :

- Le désintérêt pour le sujet pour 49% des sages-femmes
- L'attente de la prise d'initiative par les patientes pour 41 % d'entre elles
- La croyance d'une incompatibilité des soins dentaires avec la grossesse pour 2,2% des sages-femmes (33).

Dans la présente étude, une différence statistiquement significative sur ce point a été retrouvée entre le groupe des sages-femmes hospitalières et celui des sages-femmes libérales. Ces dernières ont rapporté à 46 % avoir un discours de prévention avec leur patientèle contre 22 % pour les sages-femmes hospitalières. En effet les sages-femmes libérales pratiquent un suivi plus régulier auprès de leurs patientes permettant ainsi d'avoir plus facilement ce discours. De plus, plusieurs sages-femmes hospitalières ont rapporté que leur activité, principalement en salle de naissance et en suites de couches n'était pas propice à la prévention en santé bucco-dentaire.

De ce fait, une différenciation des postes pour les sages-femmes hospitalières, aurait pu générer un taux de réponses plus pertinent pour les sages-femmes fixe en consultations.

En 2015, une étude a été menée auprès des sages-femmes du Puy-de-Dôme. Elles devaient s'autoévaluer sur leur niveau de connaissances concernant le statut parodontal et son influence sur la grossesse. Sur une échelle de zéro, aucune connaissance sur le sujet, à dix, connaissance parfaite du sujet, il a été observé que 86 % des sages-femmes se situaient entre zéro et cinq. Il a été conclu à une carence de formation sur ce sujet. Près de neuf pour cent des sages-femmes avaient répondu n'avoir aucune connaissance sur le sujet (34). Or, la HAS recommande qu'une information sur l'hygiène dentaire soit délivrée aux patientes dès l'EPP (3).

Dans la présente étude, en cas de gingivite gravidique, les conseils qui revenaient le plus souvent étaient : un brossage régulier (73 %) et une utilisation de bain de bouche (53.3 %). Ces points renvoient tout particulièrement aux recommandations de l'UFSBD (7).

On peut supposer qu'un brossage régulier des dents n'est pas cité de façon unanime par les sages-femmes puisque ce dernier fait partie d'une hygiène dentaire quotidienne systématique.

À noter que sur l'échantillon étudié, 15 % des sages-femmes interrogées ne prodiguaient aucun conseil à leurs patientes et quatre pour cent d'entre elles conseillaient encore une prise de fluor. Or, il convient de préciser que la HAS, dès 2005, a démontré qu'il n'y avait pas d'arguments à proposer systématiquement une supplémentation en fluor pendant la grossesse (35).

Depuis la mise en place du bilan bucco-dentaire systématique en 2014, moins de la moitié des sages-femmes interrogées (41 %) orientaient leurs patientes vers un chirurgien-dentiste. Alors que 74 % d'entre elles avaient qualifié l'information délivrée par la CPAM comme insuffisante.

De plus, seul 33.5 % d'entre elles évoquaient ce bilan avec leurs patientes. Parmi ces dernières, la moitié l'abordait durant l'EPP, tandis que 39.3 % le faisait durant une autre consultation du suivi.

Encore une fois, la conclusion d'un manque de connaissances des sages-femmes concernant la prévention bucco-dentaire peut être démontrée. Dès lors que les principales raisons rapportées par ces dernières sur le fait de ne pas aborder ce bilan avec leurs patientes étaient le manque d'information sur le sujet pour 80 % des cas et le manque d'outil et de support pour 51 % d'entre elles.

Plus de la moitié des sages-femmes interrogées n'avaient pas connaissance de l'année d'instauration du bilan bucco-dentaire, seul 26 % d'entre elles en avaient réellement connaissance.

Ces résultats paraissent surprenants dans la mesure où, depuis une vingtaine d'années des méta-analyses poursuivent les investigations et confirment le lien entre une mauvaise santé bucco-dentaire et des complications obstétricales.

Depuis ce jour, un discours de prévention concernant la santé bucco-dentaire aurait dû se mettre en place au même titre que le tabagisme, la consommation d'alcool et les autres préventions aborder pendant la grossesse.

Quatre-vingt-dix-neuf pour cent (99 %) des sages-femmes interrogées pensaient que leurs patientes ne consultaient pas auprès d'un dentiste durant la grossesse, dans le cadre du bilan bucco-dentaire. Les principales raisons seraient, d'après ces dernières, le désintérêt des patientes, le coût des soins dentaires, la peur du dentiste, ainsi qu'un éventuel impact sur la grossesse. Pour certaines un manque d'information concernant ce bilan serait également en cause.

D'une façon plus générale, il est constant qu'une bonne santé bucco-dentaire n'est pas une préoccupation majeure des femmes enceintes, ces dernières se plaignent rarement de troubles bucco-dentaires (67 %), voire jamais (31 %) d'après les sages-femmes interrogées.

Les réponses recueillies par le questionnaire sont en accord avec l'étude MaterniDent réalisée en France, en 2013 auprès de 904 parturientes, seulement 18% d'entre elles avaient consulté pour un bilan bucco-dentaire. Les principaux motifs de non-recours aux soins évoqués par les patientes restaient (2) :

- la peur de se faire soigner
- la crainte d'éventuelles conséquences pour leur bébé
- le caractère bénin de leur problème bucco-dentaire
- le manque de temps

De même, en 2008, une enquête a démontré que plus de la moitié des femmes enceintes avaient déclaré n'avoir reçu aucune information sur leur santé bucco-dentaire durant leur grossesse. De plus, l'étude a montré que 75 % de ces parturientes avaient présenté des modifications orales mais seulement 15 % d'entre elles avaient consulté leurs chirurgiens-dentistes et seule la moitié de celles qui présentaient des douleurs avaient consulté (33).

En 2018, une enquête auprès des accouchées de trois maternités du Bas-Rhin, a démontré que malgré l'invitation par la CPAM de toutes les femmes enceintes *a priori*, toutes ne consultent pas leur chirurgien-dentiste pendant la grossesse (36).

Par conséquent, il semble essentiel de rappeler l'innocuité des soins dentaires pendant la grossesse et leurs possibles réalisations sous réserve de prendre quelques précautions.

La sage-femme reste incontestablement l'interlocuteur privilégié de la femme enceinte tant en terme de prévention que d'information. En effet, 80 % des sages-femmes interrogées pensaient être aptes à délivrer un discours sur la prévention bucco-dentaire et inciter les patientes à consulter un chirurgien-dentiste.

Ce résultat particulièrement encourageant incite à mettre en place, de manière systématique, un discours abordant la prévention bucco-dentaire, pendant l'EPP par exemple. De ce fait, il serait intéressant de proposer aux sages-femmes des formations afin de les sensibiliser aux risques des maladies carieuses et parodontales. Le conseil fondamental devant être l'orientation systématique vers un chirurgien-dentiste pendant la grossesse pour la réalisation du bilan bucco-dentaire.

Afin de continuer à améliorer la prise en charge des femmes enceintes, une collaboration interdisciplinaire incluant désormais le chirurgien-dentiste est de rigueur. Cette collaboration devrait rentrer dans l'esprit de tous les professionnels de santé autour de la femme enceinte.

Vers une réactualisation des connaissances

Quatre-vingt-quatorze pour cent (94 %) des sages-femmes ont rapporté ne pas avoir approfondi leurs connaissances concernant la santé bucco-dentaire de la femme enceinte depuis l'instauration du bilan bucco-dentaire systématique.

Parmi elles, soixante-six (66 %) avaient déclaré ne jamais avoir eu d'information sur la santé bucco-dentaire de la femme enceinte. Seul 11.5 % des répondants en auraient reçu pendant leurs études.

En 2016, une enquête a été réalisée auprès des étudiants en maïeutique de deuxième cycle, de 35 sites de formation maïeutique de France. Elle a démontré que 40 % des étudiants n'ont eu aucune forme d'information à ce sujet pendant leur cursus. Pour les autres, l'information était souvent délivrée rapidement, aux détours d'autres enseignements (37).

Les résultats de la présente étude restent en accord avec ce manque de connaissances, puisque 93 % des sages-femmes interrogées ont souhaité avoir davantage d'information sur le sujet.

Il nous semble impératif de réaliser une mise à jour des connaissances pour tous les praticiens de périnatalité en termes de santé bucco-dentaire, pour un meilleur suivi et information des patientes. Il est primordial que la sage-femme soit à l'aise avec ce sujet afin de pouvoir l'aborder pendant l'EPP, en préparation à la naissance et à la parentalité ou même pendant une consultation de suivi de grossesse qui sont des moments privilégiés d'échange avec la parturiente.

Projet d'action

Suite à l'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire, le moyen de communication le plus réclamé par les sages-femmes pour obtenir davantage d'information sur la santé bucco-dentaire de la femme enceinte, était la plaquette d'information. En conséquence, cet outil de support a été conçu afin d'aider au mieux ces dernières à conseiller leurs patientes.

La plaquette est jointe en annexe numéro deux (II).

Conclusion

La santé bucco-dentaire de la femme enceinte reste, de nos jours, méconnue et négligée tant par les professionnels de santé de la périnatalité que par les patientes.

En dépit des recommandations et de la mise en place de dispositifs pour minimiser les risques engendrés par la maladie parodontale, la présente étude a démontré qu'à ce jour il y'a une méconnaissance qui persiste.

En effet, une formation limitée sur la santé bucco-dentaire a été clairement explicitée par les participants de l'étude qui ont souhaité, pour la quasi-totalité, une mise à niveau de leurs connaissances sur le sujet. La profession plébiscite donc d'être mieux formée sur le sujet afin de prévenir les risques encourus et améliorer ainsi la santé de la femme enceinte et celle de son enfant.

De surcroît, le conseil fondamental reste l'orientation systématique vers un chirurgien-dentiste dès le début de la grossesse. C'est pour cela que l'implication de la sage-femme dans la diffusion de l'information doit devenir un point incontournable dans cette prise en charge. Cette dernière devient alors l'acteur de périnatalité qui doit s'assurer de la délivrance du message de prévention et de l'observance du suivi bucco-dentaire des femmes enceintes.

Aux professionnels de santé de s'accorder pour la meilleure prise en charge des femmes, dans les années à venir, une collaboration pluridisciplinaire pour les suivis, la prévention mais aussi la formation auront pour bénéfice la santé des femmes et de leurs enfants.

Références bibliographiques

1. Rozan M-A. L'importance de la consultation prénatale : La santé bucco-dentaire au cours de la grossesse. *Quotid Médecin* [Internet]. 2011 [cité 20 déc 2017];8900:7. Disponible sur: <https://cdosf95.com/ged/1q2ZlKbvo1.pdf>
2. Vergnes J-N, Pastor-Harper D, Constantin D, Bedos C, Kaminski M, Nabet C, et al. Santé bucco-dentaire perçue et recours aux soins pendant la grossesse : étude MaterniDent. *Santé Publique* [Internet]. 6 août 2013 [cité 28 nov 2017];25(3):281-92. Disponible sur: <https://www-cairn-info.sicd.clermont-universite.fr/revue-sante-publique-2013-3-page-281.htm>
3. Haute Autorité de Santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire [Internet]. 2010 [cité 16 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corrige_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
4. Union Française de la Santé Bucco-dentaire. Anatomie de la dent [Internet]. [cité 28 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/espace-enfants/anatomie-et-fonction-de-la-dent/>
5. Laval I. Le parodonte [Internet]. Université Clermont Auvergne. UFR d'odontologie. [cité 2 nov 2017]. Disponible sur: <http://webodonto.u-clermont1.fr/uploads/sfCmsContent/html/270/Parodonte.pdf>
6. Organisation mondiale de la santé. Santé bucco-dentaire [Internet]. 2012 [cité 9 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>
7. Union Française de la Santé Bucco-dentaire. Nouvelles recommandations : l'UFSBD réactualise ses stratégies de prévention [Internet]. 2013 [cité 28 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2013/11/Recos-espace-PRO.pdf>
8. Laczny E, Mercier T, Clément C. Santé buccodentaire : chez la femme enceinte et la femme qui allaite. *Rev Sage-Femme* [Internet]. 2016 [cité 28 nov 2017];15(6):270-6. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1637408816300761>

9. Vincent S. La santé parodontale chez la femme enceinte [Thèse d'exercice : Dentaire]. [Clermont-Ferrand, France]: Université de Clermont I; 2014.
10. Clement C, Laczny E, Dalstein A. Santé bucco dentaire et grossesse. In Issy-les-Moulineaux: Les entretiens de Bichat; 2015.
11. Delbos Y, Bandon D, Rouas P, d'Arbonne F. Santé orale de la femme enceinte et de la petite enfance. EMC Médecine Buccale [Internet]. 23 déc 2016 [cité 28 nov 2017];9(6):1-12. Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/1098304>
12. Cordier G, Lézy J-P, Vacher C. Stomatologie et grossesse. EMC ObstétriqueGynécologie [Internet]. 10 sept 2013 [cité 28 nov 2017];8(4):1-6. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/12146>
13. Sidiqi M, Lazraq M, Hamdani S, Kissa J. Répercussions de la grossesse sur les tissus parodontaux [Internet]. Le Courrier du Dentiste, portail de formation dentaire continue francophone. 2001 [cité 13 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/repercussions-de-la-grossesse-sur-les-tissus-parodontaux-1ere-partie.html>
14. Vergnes J-N, Kaminski M, Lelong N, Musset A-M, Sixou M, Nabet C, et al. Frequency and Risk Indicators of Tooth Decay among Pregnant Women in France: A Cross-Sectional Analysis. PLOS ONE [Internet]. 2012 [cité 9 avr 2018];7(5):1-7. Disponible sur: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033296>
15. El Mirini H, Jabri M, Aggouri L. Les soins dentaires chez la femme enceinte [Internet]. Le Courrier du Dentiste, portail de formation dentaire continue francophone. 2003 [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/les-soins-dentaires-chez-la-femme-enceinte.html>
16. Bouchard P. Parodontologie et dentisterie implantaire. Paris: Lavoisier MSP; 2015.
17. Pirie M, Cooke I, Linden G, Irwin C. Dental manifestations of pregnancy. Obstet Gynaecol [Internet]. 2007 [cité 15 févr 2018];9(1):21-6. Disponible sur: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1576/toag.9.1.021.27292>

18. Laine MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand.* oct 2002;60(5):257-64.
19. Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : le retard de croissance intra-utérin. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* [Internet]. 2005 [cité 17 déc 2017];34(5):513. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231505828674>
20. Organisation mondiale de la santé. Naissances prématurées [Internet]. 2018 [cité 16 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
21. Ancel P-Y, Rozé J-C. Prématurité : dossiers d'information [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2015 [cité 15 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite>
22. Tsatsaris V. Physiopathologie de la pré-éclampsie [Internet]. Société Francophone de néphrologie dialyse et transplantation. 2011 [cité 16 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.soc-nephrologie.org/PDF/epart/industries/gambro/2011/01-tsatsaris.pdf>
23. Pré-éclampsie [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2018 [cité 16 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/index.php/information-en-sante/dossiers-information/pre-eclampsie>
24. Xiong X, Buekens P, Fraser WD, Beck J, Offenbacher S. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. févr 2006 [cité 24 févr 2018];113(2):135-43. Disponible sur: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1471-0528.2005.00827.x>
25. Madianos P, Bobetsis Y. Accident de grossesse et maladies parodontales [Internet]. L'information dentaire. 2013 [cité 16 janv 2018]. Disponible sur: <https://dr-berkani-tordjman-nefissa.chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/accident-de-grossesse-et-maladies-parodontales-parodontistes-Paris.pdf>

26. Philippe HJ, Soueidan A, Borgne HL. Maladies parodontales et grossesse. Collège Natl Gynécologues Obstétriciens Fr [Internet]. 2013 [cité 20 avr 2018];39-59. Disponible sur:
http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Journes%2Bnationales%252FMAJ%2Ben%2BGO%252F2013%252F2013_GO%252Fobstetrique%252FMaladies_parodontales_et_grossesse.pdf&i=1406
27. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Parodontopathies : diagnostic et traitements [Internet]. 2002 [cité 15 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Parodontopathies_recos.pdf
28. 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 [Internet]. Ameli. 2013 [cité 16 janv 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Avenant_3_CD___arrete_26112013_JO_30112013.pdf
29. La Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Prévention bucco-dentaire [Internet]. Ameli. 2018 [cité 16 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/prevention-bucco-dentaire/prevention-bucco-dentaire>
30. Saporta G. Probabilités, analyse des données et statistique. 3^e éd. Paris: Technip; 2006.
31. Lecoutre J-P. Statistique et probabilités. 6^e éd. Paris: Dunod; 2015.
32. Wooten KT. Practice Behaviors regarding Periodontal Disease and Adverse Pregnancy Outcomes. J Dent Hyg [Internet]. 2011 [cité 5 avr 2018];85(2):122-31. Disponible sur: <http://jdh.adha.org/content/jdenthyg/85/2/122.full.pdf>
33. Cochet C. Santé bucco-dentaire et grossesse : connaissances et attitudes des praticiens de périnatalité en Lorraine [Internet] [Thèse d'exercice : Dentaire]. [Metz]: Université de Lorraine; 2013 [cité 28 nov 2017]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738762/document>

34. Duchatelard M. Evaluer les connaissances des sages-femmes quand aux signes d'appels parodontaux chez les femmes enceintes et les complications que cela entraîne [Mémoire de sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université de Clermont I; 2015.

35. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles: comment mieux informer les femmes enceintes ? [Internet]. 2005 [cité 26 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf

36. Bénézech J. Habitudes et connaissances bucco-dentaires des femmes enceintes [Internet] [Mémoire de sage-femme]. [Strasbourg]: Ecole de sages-femmes; 2018 [cité 10 janv 2019]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/memoires/2018/MED/2018_benezech_juliette.pdf

37. Charnaud S. Santé bucco-dentaire et grossesse: état des lieux des connaissances des étudiants sages-femmes [Internet] [Mémoire de sage-femme]. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2016 [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: <http://n2t.net/ark:/47881/m6nv9gvn>

Annexes

Annexe I : Le questionnaire

1. Quel âge avez-vous ?
Une seule réponse possible.
 - 20-29
 - 30-39
 - 40-49
 - 50-59
 - >60

2. Dans quelle école de sage-femme avez-vous réalisé vos études ?

3. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?

4. Vous exercez la profession comme :
(Plusieurs réponses possibles)
 - Sage-femme libérale
 - Salarié(e) en Centre Hospitalier public
 - Salarié(e) en Centre Hospitalier privé
 - Salarié(e) en Centre Périnatal de Proximité
 - Sage-femme en Protection Maternelle et Infantile
 - Enseignant(e)

5. Dans quel département exercez-vous votre activité?
Une seule réponse possible.
 - Puy-de-Dôme
 - Cantal
 - Allier
 - Haute-Loire

6. Selon vous, la grossesse peut-elle entraîner un risque de troubles bucco-dentaires ?
Une seule réponse possible.
 - Oui
 - Non

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

(Plusieurs réponses possibles)

- Risque carieux plus important
- Gingivite gravidique / Saignements lors des brossages
- Sensibilité dentaire au chaud et au froid
- Chute de dents
- Hypersialorrhée avec modification de pH
- Autre :

8. La parodontite est une pathologie bucco-dentaire pouvant induire de nombreuses complications durant la grossesse. A quoi la reconnaît-on?

(Plusieurs réponses possibles)

- Mauvaise haleine
- Saignements gingivaux
- Rétraction gingivale
- Dents déchaussées / Mobilité dentaire
- Sensibilité dentaire au chaud/froid
- C'est une aggravation d'une autre pathologie qui est banale pendant la grossesse
- Je ne sais pas

9. Quels sont les facteurs de risque de la parodontite ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Tabagisme
- Hérité
- Diabète
- Défaut d'hygiène
- Stress, anxiété
- Je ne sais pas

10. Votre patiente se plaint d'une gêne buccale. Voici ce qu'elle vous montre :

(Plusieurs réponses possibles)



- Je l'oriente vers un chirurgien-dentiste dans le cadre d'un bilan bucco-dentaire
- Je l'oriente en urgence chez un chirurgien-dentiste
- Je lui donne des conseils hygiéno-diététiques et relatifs à la prévention bucco-dentaire



- Je l'oriente vers un chirurgien-dentiste dans le cadre d'un bilan bucco-dentaire
- Je l'oriente en urgence chez un chirurgien-dentiste
- Je lui donne des conseils hygiéno-diététiques et relatifs à la prévention bucco-dentaire



- Je l'oriente vers un chirurgien-dentiste dans le cadre d'un bilan bucco-dentaire
- Je l'oriente en urgence chez un chirurgien-dentiste
- Je lui donne des conseils hygiéno-diététiques et relatifs à la prévention bucco-dentaire

11. Vos patientes vous ont-elles déjà interrogé sur des troubles bucco-dentaires ?

- Souvent
- Rarement
- Jamais

12. Quels conseils leur donnez-vous le plus souvent en cas de gingivite gravidique ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Brossage de dents régulier
- Utilisation de fil dentaire
- Prise de fluor
- Utilisation de bain de bouche
- Je ne leur prodigue aucun conseil

13. A quelle date le bilan bucco-dentaire systématique a-t-il été mis en place par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ?

- 2010
- 2012
- 2014
- Je ne sais pas

14. Pensez-vous que depuis la mise en place du bilan bucco-dentaire, toute patiente consulte son dentiste pendant la grossesse ?

- Oui
- Non

15. Si non, pourquoi ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Peur du dentiste
- Coût lié aux soins
- Désintérêt de leur part
- Angoisse liée à l'impact éventuel des soins sur la grossesse
- Autre :

16. Quand peut-il être réalisé?

- Au premier trimestre
- Du 4ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après l'accouchement
- Dans le post-partum
- Je ne sais pas

17. Parlez-vous de ce bilan avec vos patientes?

- Oui
- Non

18. Si oui, à quel moment du suivi ?

- Entretien Prénatal Précoce
- Autre consultation du suivi de grossesse
- Visite Post-Natale
- Autre :

19. Si non, pourquoi ?
(Plusieurs réponses possibles)

- L'information est désormais transmise systématiquement via le livret de grossesse et le site de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Manque d'intérêt personnel
- Manque de formation sur le sujet
- Manque d'outils ou de supports pour appuyer le discours de prévention
- Autre :

20. L'information systématique de la femme enceinte par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie concernant la mise en place du bilan bucco-dentaire vous semble-t-elle suffisante ?

- Oui
- Non

21. Abordez-vous la prévention bucco-dentaire avec vos patientes ?

- Oui, systématiquement
- Oui, parfois
- Non, je ne l'ai jamais fait
- Non, plus depuis la mise en place du bilan et la transmission systématique de ses conseils par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie

22. Orientez-vous plus volontiers vos patientes vers un chirurgien-dentiste depuis son instauration ?

- Oui
- Non

23. Pensez-vous que la sage-femme reste l'interlocuteur privilégié pour délivrer le discours sur la prévention bucco-dentaire et inciter les patientes à consulter malgré l'application du plan bucco-dentaire ?

- Oui
- Non

24. Avez-vous approfondi personnellement vos connaissances sur ce sujet après la mise en place du bilan bucco-dentaire ?

- Oui
- Non

25. Si oui, par quel(s) moyen(s) ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Congrès, colloques, conférences à ce sujet
- Internet
- Revues médicales
- Autre :

26. Aviez-vous déjà eu des informations sur la maladie parodontale avant la réalisation de ce questionnaire ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Oui, pendant vos études
- Oui, dans le cadre d'une formation continue
- Oui, par des lectures personnelles
- Non
- Autre :

27. Seriez-vous intéressé(e) par plus d'information sur la santé bucco-dentaire de la femme enceinte ?

- Oui
- Non

28. Si oui, quel mode de communication vous paraît le plus approprié ?
(Plusieurs réponses possibles)





- Information sur le site de l'Ordre des sages-femmes
- Formation en e-learning ou MOOC
- Formation par le Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne
- Plaquette d'information pour professionnels suite à cette étude
- Affiche pour les salles d'attente
- Autre :

29. Quelle importance accordez-vous à la prévention de la santé bucco-dentaire chez la femme enceinte dans votre exercice professionnel ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Sans importance
- Peu important
- Important
- Très important
- Indispensable

Annexe II : Plaquette d'information

<p>RÔLES DES SAGES-FEMMES</p> <p>➤ INFORMER</p> <ul style="list-style-type: none">• Avertir les patientes des modifications gingivales qui peuvent survenir lors de la grossesse.• Renseigner les patientes de l'existence d'une prise en charge à 100 % de l'examen bucco-dentaire à partir du 4^{ème} mois de grossesse jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement. <p>➤ RASSURER</p> <ul style="list-style-type: none">• Rappeler l'innocuité des soins dentaires et leurs possibles réalisations tout au long de la grossesse. <p>➤ ORIENTER</p> <ul style="list-style-type: none">• Une orientation systématique vers un chirurgien-dentiste dès le début de la grossesse est nécessaire pour améliorer le suivi des patientes.	<p> </p> <p>Références :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Union Française de la Santé Bucco-dentaire. Nouvelles recommandations : l'UFSBD réactualise ses stratégies de prévention [Internet]. 2013 [cité 28 nov 2017]. Disponible sur: http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2013/11/Recom-espace-PRO.pdf2. Langer B, Colombier M-L. Groupe de réflexion: actualisation des connaissances sur les liens entre maladies parodontales et grossesse [Internet]. Université de Strasbourg. Faculté dentaire. 2018 [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: http://www.sfmp.net/wp-content/uploads/2018/02/L%C3%A9sions-parodontales-et-grossesse.pdf	<p>SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DE LA FEMME ENCEINTE</p> <p></p>
--	--	---

<p>LE SAVIEZ-VOUS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les modifications hormonales au cours de la grossesse entraînent une hyper-vascularisation, une tendance œdémateuse et un état congestif de la muqueuse buccale. Ces changements vont provoquer l'apparition d'une gingivite : la gencive est gonflée, rouge et saigne facilement. Ce stade est réversible grâce à une bonne hygiène dentaire et un détartrage. ➤ La parodontite fait suite à une gingivite non traitée. C'est une pathologie inflammatoire, d'origine infectieuse, responsable de la destruction des tissus de soutien de la dent. Ce stade est irréversible. 	<p>COMMENT RECONNAITRE LA MALADIE PARODONTALE ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Votre patiente se plaint-elle d'une halitose (mauvaise haleine) ? <input type="checkbox"/> Votre patiente se plaint-elle d'une inflammation gingivale, de saignements spontanés ou provoqués par le brossage ? 	<p><i>Si votre patiente se plaint d'au moins un de ces signes, cela justifie de l'adresser à un chirurgien dentiste dans les plus brefs délais (2).</i></p>
<p>CONSEILS D'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se brosser soigneusement les dents deux fois par jour avec un dentifrice fluoré. ➤ Utiliser du fil dentaire pour nettoyer entre les dents tous les jours. ➤ Avoir une alimentation équilibrée. Si elles prennent une collation, dites leurs avec modération. ➤ Si elles présentent des vomissements, dites-leurs de se rincer la bouche avec de l'eau ou un bain de bouche au bicarbonate. ➤ Mâcher du chewing-gum sans sucres après chaque prise alimentaire (1). 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Votre patiente a-t-elle remarqué une récession de ses gencives ? Une apparition de « trous noirs » ? <input type="checkbox"/> Votre patiente se plaint-elle de mobilité dentaire ? 	
		
		
		

Annexe III : Lettre d'information

LETTRE D'INFORMATION

RÔLE DE LA SAGE-FEMME DANS LA PREVENTION BUCCO-DENTAIRE DE LA FEMME ENCEINTE SUITE A LA MISE EN PLACE DU BILAN SYSTEMATIQUE

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude intitulée « *Rôle de la sage-femme dans la prévention bucco-dentaire de la femme enceinte suite à la mise en place du bilan systématique* ».

Une étude concernant la prévention en santé bucco-dentaire est actuellement menée auprès des sages-femmes exerçant en Auvergne. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme, sous la responsabilité d'une sage-femme.

En répondant à ce questionnaire vous confirmez votre accord pour participer à cette étude.

1. Pourquoi cette étude ?

La grossesse engendre des changements physiologiques susceptibles d'affecter l'hygiène des dents et pouvant par la suite entraîner des pathologies bucco-dentaires. Le simple fait de réaliser un dépistage lors des différentes consultations obstétricales pourrait diminuer ces dernières.

Cette prévention passe tout d'abord par l'apprentissage des mesures d'hygiène bucco-dentaires adaptées, or c'est à ce niveau qu'intervient le rôle clef de la sage-femme.

L'objectif de ce mémoire est d'évaluer l'impact de l'implication de la sage-femme dans la prévention bucco-dentaire des femmes enceintes ainsi que leur collaboration pluridisciplinaire malgré la délivrance systématique de l'information par la CPAM.

2. L'étude en pratique

La méthode consiste à mettre en ligne un questionnaire pour faciliter et accélérer le recueil des données ainsi que leur analyse.

3. Confidentialité et sécurité des données

Dans la mesure où le questionnaire ne comprend pas de données sensibles ni de coordonnées personnelles, il n'est pas soumis aux dispositions de loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978.

Cependant vous disposez tout de même d'un droit d'accès et de rectification sur vos données.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Vous avez également le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'interrompre votre participation à l'étude.

Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction.

Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à *l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand, 28 place Henri Dunant.*

Résumé

Introduction : La grossesse caractérisée par des modifications physiques, métaboliques, hormonales et comportementales peut avoir des répercussions orales et notamment au niveau du parodonte. Un bilan bucco-dentaire systématique a été mis en place en 2014. Quel a été l'impact sur la prise en charge de la femme enceinte par la sage-femme ?

Population et méthode : un questionnaire a été diffusé auprès des sages-femmes auvergnates. Il abordait les connaissances et surtout la pratique des sages-femmes en matière de santé bucco-dentaire ainsi que la mise en place du bilan bucco-dentaire. Cent quatre-vingt-deux questionnaires ont été analysés.

Résultats : il a été montré qu'un manque de connaissances sur le sujet n'avait pas permis aux sages-femmes d'avoir un rôle actif dans la prévention bucco-dentaire.

Discussion : La mise en place du bilan bucco-dentaire en 2014 reste encore insuffisamment connue des patientes et des sages-femmes, d'où la nécessité d'une réactualisation des connaissances de ces dernières. L'orientation systématique par les sages-femmes de leurs patientes vers un chirurgien-dentiste dès le début du suivi est un point fondamental dans cette prévention bucco-dentaire. De ce fait, une collaboration entre ces différents corps de métier est nécessaire pour améliorer la santé bucco-dentaire de la femme enceinte et de son enfant.

Mots-clés : santé bucco-dentaire, grossesse, bilan bucco-dentaire

Abstract

Introduction : pregnancy leads to physical, metabolic, hormonal and behavioural modifications which can cause oral impacts, especially on periodontium. A systematic oral check-up was set up in 2014. What was the impact on the midwife's management of the pregnant woman?

Study design : a questionnaire was distributed to midwives in Auvergne. It addressed the knowledge, especially the practice of midwives in oral health as well as the implementation of oral check-up. One hundred and eighty-two questionnaires were analyzed.

Results : it has been demonstrated that a lack of knowledge on the subject has not allowed midwives to have an active role in oral prevention

Discussion : the implementation of the oral check-up in 2014 remains insufficiently known to patients and midwives, hence the need to update their knowledge. Systematic referral by midwives of their patients to a dental surgeon from the beginning of follow-up is a fundamental point in this oral prevention. As a result, collaboration between these different trades is necessary to improve the oral health of the pregnant woman and her child.

Keywords : oral health, pregnancy, oral check-up