



HAL
open science

État bucco-dentaire des femmes enceintes et examen bucco-dentaire de l'assurance maladie

Johanna Bartet

► **To cite this version:**

Johanna Bartet. État bucco-dentaire des femmes enceintes et examen bucco-dentaire de l'assurance maladie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02887626

HAL Id: dumas-02887626

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02887626>

Submitted on 2 Jul 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.

Université de Bordeaux
Collège des Sciences de la Santé
UFR des Sciences Odontologiques

Année 2020.

N°30

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par Johanna BARTET

Née le 17 septembre 1994 à Soisy-sous-Montmorency

Le 14/05/2020

**Etat bucco-dentaire des femmes enceintes et examen
bucco-dentaire préventif de l'Assurance Maladie**

Directeur de thèse

Docteur Elise ARRIVE

Président :	Mme. Marie-José BOILEAU	Professeur des Universités
Directeur :	Mme. Elise ARRIVE	Maître de Conférences des Universités
Rapporteur :	M. Patrick ROUAS	Maître de Conférences des Universités
Assesseur :	M. Yves DELBOS	Maître de Conférences des Universités

LISTE DES ENSEIGNANTS

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ
03/03/2020

Président M. TUNON DE LARA Manuel

Directeur de Collège des Sciences de la Santé M. PELLEGRIN Jean-Luc

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

<i>Directrice</i>	Mme BERTRAND Caroline	58-01
<i>Directeur Adjoint à la Pédagogie</i>	Mr DELBOS Yves	58-01
<i>Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche</i>	M. CATROS Sylvain	57-01
<i>Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales</i>	M.SEDARAT Cyril	57-01

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	58-01
M Sylvain	CATROS	Chirurgie orale	57-01
M Raphaël	DEVILLARD	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-01
M. Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-01
M. Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	58-02
Mme Cécile	BADET	Biologie Orale	57-01
M. Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	58-01
M. Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-01
M. Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	58-01
M. Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	58-02
Mme Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
M. Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M. Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M. François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	58-01
M. François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	58-01
M. Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	58-01
M. Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-01
Mme Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	58-01
M. Dominique	GILLET	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme Olivia	KEROUREDAN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M. Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-01
M. Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-01
M. Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
Mme Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	58-01
M. Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-01

M.	Jean-François	PELI	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	58-02
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	58-01
M.	Johan	SAMOT	Biologie Orale	57-01
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	58-01
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Biologie Orale	57-01
M.	Eric	VACHEY	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01

AUTRES ENSEIGNANTS

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	58-02
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-01

ASSISTANTS

M.	Bastien	BERCAULT	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Mathilde	BOUDEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Camille	BOULÉ-MONTPEZAT	Odontologie pédiatrique	58-01
Mlle	Anaïs	CAVARE	Orthopédie dento-faciale	58-01
M	Hubert	CHAUVEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Virginie	CHUY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	58-02
M	Pierre-Hadrien	DECAUP	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Severine	DESCAZEUX	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	58-01
Mme	Mathilde	FENELON	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Agathe	GREMARE	Biologie orale	57-01
Mme	Mathilde	JACQUEMONT	Parodontologie	57-01
Mme	Clémence	JAECK	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Claudine	KHOURY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	58-02
Mme	Camille	LACAULE	Orthopédie dento-faciale	58-01
M.	Antoine	LAFITTE	Orthopédie dento-faciale	58-01
M	Adrien	LASTRADE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Aude	MENARD	Prothèse dentaire	58-01
M	Florian	PITEU	Prothèse dentaire	58-01
M	Antoine	PEPELUT	Parodontologie	57-01
M.	Thibaut	ROULLAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
M.	Clément	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M	Paul	VITIELLO	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Sophia	ZIANE	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

REMERCIEMENTS

A notre Présidente de thèse

Madame le Docteur Marie-José BOILEAU
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Sous-section Odontologie Dento-Faciale 56-01

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse. Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de notre profond respect.

A notre Directrice de thèse

Madame le Docteur Elise ARRIVE
Maître de conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Sous-section Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie Légale 56-02

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger cette thèse. Vous avez toujours répondu à nos questions avec bienveillance et pédagogie. Nous vous remercions également pour toute l'aide que vous nous avez apporté durant l'élaboration des travaux et pour le temps consacré. Avec toute notre reconnaissance et respect.

A notre Rapporteur de thèse

Monsieur le Docteur Patrick ROUAS
Maître de conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Sous-section Odontologie Pédiatrique 56-01

Nous vous remercions pour votre investissement et le temps que vous nous avez accordé durant la construction de cette thèse.

A notre Assesseur

Monsieur le Docteur Yves DELBOS

Maître de conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Odontologie Pédiatrique 56-01

Vous avez accepté de juger cette thèse et nous vous en remercions. Veuillez trouver dans ce travail, le témoignage de notre reconnaissance et l'assurance de nos sentiments respectueux.

A toutes les personnes qui ont participé à ce travail :

- Monsieur le Professeur Loïc SENTILHES (Professeur des Universités – Praticien Hospitalier) pour nous avoir permis d'effectuer notre recherche dans la maternité.
- Madame le Docteur Clémence HOUSSIN et Monsieur le Docteur Pierre CHABANIER, praticiens hospitaliers à la maternité de Pellegrin, pour nous avoir accueillis dans leurs services.
- Toute l'équipe soignante de la maternité de l'hôpital Pellegrin, pour l'aide apportée durant ces mois de recherche.
- Monsieur Sébastien MARCHI, pour l'aide apportée pour notre recherche.

A mes parents et ma sœur

A mes parents, merci de m'avoir permis de faire ces études et surtout de m'avoir laissé les terminer.

A ma sœur, merci de m'avoir supporté pendant les années de colocation, même si l'inverse était largement plus dur !

A mes amies Amélie, Estelle et Pauline

Merci pour tous les bons moments passés depuis le lycée qui resteront pour toujours dans ma mémoire : les journées, les soirées, les raclettes, les jeux de carte, de dés, les cailloux, la trottinette... Et ce n'est que le début ! Vous serez toujours mes zouzs préférées.

A mes amies de fac Angèle et Amandine

Merci pour votre soutien dans les moments de doute et de galère en TPs. Merci surtout pour tous les bons souvenirs durant ces six années.

A mes amis de fac

A Guillaume et ton front, merci pour les rugbrunchs, les émissions de qualité que tu m'as fait découvrir et pour ta grande sagesse légendaire.

A Arnaud, merci pour ta gentillesse et ton hospitalité. Une pensée pour Eugène, malheureusement parti trop tôt.

A Marion, Jodie, Mathieu, Charlélie, Simon, Léa (dream team rpz), Laetitia ; merci pour tous les bons moments partagés qui m'ont apporté de la bonne humeur pendant toutes ces années.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS	2
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES ABREVIATIONS	9
LISTE DES ILLUSTRATIONS	10
LISTE DES TABLEAUX	11
1. INTRODUCTION	12
1.1. JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE	12
1.1.1. <i>Etat actuel des connaissances</i>	12
1.1.1.1. Généralités sur la grossesse	12
1.1.1.2. Troubles liés à la grossesse et conséquences bucco-dentaires	13
1.1.1.3. Carie dentaire et grossesse	14
1.1.1.4. Parodontologie et grossesse	15
1.1.2. <i>Hypothèse de la recherche</i>	17
1.2. OBJECTIFS	18
1.2.1. <i>Objectif principal</i>	18
1.2.2. <i>Objectifs secondaires</i>	18
2. MATERIEL ET METHODES	19
2.1. CONCEPTION DE LA RECHERCHE	19
2.1.1. <i>Schéma de l'étude</i>	19
2.1.2. <i>Population de l'étude</i>	19
2.1.2.1. Critères d'inclusion.....	19
2.1.2.2. Critères de non inclusion	19
2.1.2.3. Modalités de recrutement	20
2.2. CRITERES D'INTERET	20
2.2.1. <i>Critère d'intérêt principal</i>	20
2.2.2. <i>Critères d'intérêt secondaires</i>	20
2.2.3. <i>Autres données recueillies</i>	21
2.3. DEROULEMENT DE LA RECHERCHE	22
2.3.1. <i>Calendrier de la recherche</i>	22
2.3.2. <i>Tableau récapitulatif du suivi des participantes</i>	22
2.3.3. <i>Informations des personnes concernées</i>	23
2.4. RECUEIL DES DONNEES	23
2.5. ASPECTS STATISTIQUES	24
2.5.1. <i>Calcul de la taille d'échantillon</i>	24
2.5.2. <i>Aspects éthiques</i>	25

3.	RESULTATS	26
3.1.	ÉVALUATION DE L'ACCEPTABILITE DE L'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES DE LA MATERNITE	26
3.2.	DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET COMPORTEMENT TABAGIQUE DES PARTICIPANTES.....	26
3.3.	ESTIMATION DU CAO ET PREVALENCE DE CARIES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES DE NOTRE ECHANTILLON	27
3.4.	ESTIMATION DE LA PREVALENCE DE LA PARODONTITE ET ETAT PARODONTAL DES PARTICIPANTES	28
3.5.	ESTIMATION DE LA PRESENCE DE PLAQUE ET DE TARTRE	29
3.6.	ESTIMATION DE LA DATE DE LA DERNIERE VISITE CHEZ UN CHIRURGIEN-DENTISTE ET MOTIF DE LA CONSULTATION	29
3.7.	ASSOCIATION ENTRE CONNAISSANCE DU BBD MATERNITE ET BESOIN EN SOINS BUCCO-DENTAIRES	30
4.	DISCUSSION	34
4.1.	SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	34
4.2.	MISE EN PERSPECTIVE DES RESULTATS	35
4.3.	VALIDITE DES RESULTATS ET LIMITES DE L'ETUDE.....	37
4.3.1.	<i>Force de l'étude</i>	37
4.3.2.	<i>Limites de l'étude</i>	37
4.4.	IMPLICATIONS EN SANTE PUBLIQUE ET RECOMMANDATIONS.....	38
5.	CONCLUSION.....	40
6.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	41
7.	ANNEXES.....	44
7.1.	MESURE DU CAO	44
7.2.	MESURE DE L'INDICE D'HYGIENE ORALE SIMPLIFIEE (OHIS).....	45
7.3.	ETAT PARODONTAL.....	47
7.4.	AVIS DU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES.....	48
7.5.	FORMULAIRE DE NON-OPPOSITION A L'ATTENTION DES PARTICIPANTES	49
7.6.	QUESTIONNAIRE REMIS AUX PARTICIPANTES	50
7.7.	FICHE DE RECUEIL DE L'ETAT BUCCO-DENTAIRE DES PARTICIPANTES	56

LISTE DES ABREVIATIONS

BBD : Bilan Bucco-Dentaire

CAO : Nombre de dents Cariées, Absentes pour cause de carie ou Obturées

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPP : Comité de Protection des Personnes

EBD : Examen Bucco-Dentaire

EFP : European Federation of Periodontology (Fédération Européenne de Parodontologie)

IC : Intervalle de confiance

OHI-S : Simplified Oral Hygiene Index (Indice d'Hygiène Oral Simplifié)

Pg : Porphyromonas gingivalis

PP : Profondeur de Poche

RGO : Reflux gastro-œsophagien

SA : Semaines d'Aménorrhée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Prévalence des problèmes bucco-dentaires en fonction de la connaissance ou non de l'EBD maternité, (n = 117), BUCCOMATER, France 2019.....	32
Figure 2 : Prévalence des problèmes bucco-dentaires en fonction du recours ou non à l'EBD maternité, (n = 88), BUCCOMATER, France 2019	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des catégories socio-professionnelles, (n = 117), BUCCOMATER, France 2019.	26
Tableau 2 : Répartition du niveau d'études le plus haut, (n = 117), BUCCOMATER, France 2019.	27
Tableau 3 : Consommation de tabac, (n = 117), BUCCOMATER, France 2019.....	27
Tableau 4 : indice CAOD des participantes (n = 117), BUCCOMATER, France 2019	28
Tableau 5 : caractéristiques parodontales des participantes, (n= 117), BUCCOMATER, France 2019.	28
Tableau 6 : Indice OHIS (n = 117), BUCCOMATER, France, 2019.	29
Tableau 7 : Recours à un dentiste traitant et motif de la dernière consultation, (n = 117), BUCCOMATER, France, 2019.	30
Tableau 8 : connaissance et fréquence du recours à l'EBD maternité (n = 117), BUCCOMATER, France 2019.	31

1. INTRODUCTION

1.1. JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE

1.1.1. Etat actuel des connaissances

1.1.1.1. Généralités sur la grossesse

La grossesse est un état physiologique qui s'accompagne de modifications au niveau de la sphère orale susceptibles d'augmenter les besoins de soins et de prévention bucco-dentaires (1).

Le rôle des chirurgiens-dentistes est de faire les soins appropriés et de délivrer des informations sur la prévention des affections bucco-dentaires des femmes enceintes mais également de leur bébé à naître (2). En effet, leurs connaissances sont limitées dans ce domaine (3). L'assurance maladie a récemment mis en place un examen de prévention pris en charge à 100% dans ce sens (4).

Cependant, nous ne savons pas si les femmes enceintes connaissent et adhèrent à ce dispositif, si elles acceptent de recevoir des soins durant leur grossesse ou, au contraire, possèdent des idées préconçues qui freinent leur recours au chirurgien-dentiste et si cela a des conséquences sur leur état bucco-dentaire.

En France en 2019, le nombre de naissance était de 753 000 (5). La grossesse est un état physiologique où des modifications hormonales et immunitaires rapides et importantes sont observées sur une courte durée (6). Ces nombreuses modifications physiologiques ont pour but le développement et la croissance du fœtus, l'adaptation de la mère à l'état gravidique et la préparation de la mère à l'accouchement (7).

Mais ces changements physiologiques peuvent parfois atteindre un état pathologique plus ou moins avancé, notamment au niveau de la cavité buccale. La gingivite gravidique et les épulis gravidiques (tumeurs bénignes), liés aux changements hormonaux, en sont des manifestations fréquentes (8). De plus, certains comportements liés à la grossesse vont avoir un impact sur la santé bucco-dentaire. C'est le cas du changement d'alimentation qui, associé à des modifications salivaires (diminution du pH et du pouvoir tampon), augmentent le risque carieux ; ou encore des vomissements ou reflux gastro-œsophagiens, qui multiplient les attaques acides sur les dents et peuvent engendrer des érosions (9). On entend encore trop souvent la phrase « un bébé, une dent » qui signifie que chaque grossesse entraîne la perte d'une dent chez la mère. Même si cette croyance ancrée dans les mœurs n'est pas fondée, les modifications hormonales de la femme enceinte sont les principales causes des lésions buccales liées à la grossesse (10).

1.1.1.2. Troubles liés à la grossesse et conséquences bucco-dentaires

Beaucoup de grossesses s'accompagnent, surtout pendant la première semaine, de petits troubles digestifs (nausées, remontées acides). Ces troubles, généralement modérés et transitoires, peuvent cependant perturber l'équilibre et les rythmes alimentaires (9). D'après un rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) datant d'avril 2005, plus de 80% des femmes ressentent des nausées durant le premier trimestre. La sévérité des nausées et des vomissements varie d'une femme à l'autre (11). Une méta-analyse conduite en 2012 par Einarson et coll. établit à 68,6% le pourcentage de femmes souffrant de nausées et / ou vomissements, tout stade compris, au cours de leur grossesse (12).

Notons qu'il existe une forme grave de vomissements appelée « *hyperemesis gravidarum* », touchant entre 0,3 et 3% des femmes enceintes (en prenant en compte les variations entre les critères de diagnostic et les variations ethniques). Les critères diagnostics les plus généralement cités sont :

- 1) Vomissements persistants non liés à d'autres causes
- 2) Faim aigue
- 3) Anomalie au niveau des électrolytes et déséquilibre acido-basique
- 4) Perte de poids (13).

De plus, les sensations de faim brutales, fréquentes en début de grossesse, peuvent s'accompagner de grignotages tout au long de la journée chez les femmes enceintes (9). Ce type de comportement, en augmentant la fréquence des apports glucidiques, favorise les chutes de pH salivaire à répétition au cours de la journée. L'homéostasie au sein de la cavité buccale sera alors plus difficile à obtenir par le pouvoir tampon salivaire, ce qui augmente la susceptibilité à la carie et le risque d'érosion dentaire (14).

Par ailleurs, la salive, produite par les glandes salivaires, permet de lubrifier la bouche et faciliter la déglutition. Elle participe également au pouvoir tampon salivaire, à la protection des tissus vis-à-vis des composés acides et des micro-organismes pathogènes, mais aussi à la transformation des aliments dans la cavité orale (15). Ce fluide biologique apparaît donc comme essentiel à la santé bucco-dentaire et à l'homéostasie de la cavité buccale ainsi qu'à la digestion. La grossesse est couramment associée à des modifications salivaires au niveau de sa composition, de la qualité, de sa quantité... Ainsi on observe une augmentation de la

salive due à l'augmentation de la perméabilité des capillaires et la diminution de la déglutition : le ptyalisme (ou hypersialorrhée) en est une manifestation (7). De plus, on note une baisse du pH salivaire, favorisant le développement d'une flore pathogène. L'acidité de la salive peut entraîner une fragilisation voire une érosion de l'émail et donc augmenter le risque de survenue de caries (16).

1.1.1.3. Carie dentaire et grossesse

La carie dentaire et ses complications médicales restent très fréquentes, malgré la nette amélioration des dernières décennies dans l'ensemble des pays industrialisés. Bien que le processus carieux concerne tous les individus avec des dents, la fréquence de la carie varie entre populations, entre individus et chez un même individu au cours du temps (notamment lié aux déterminants comportementaux : brossage des dents, utilisation du fluor, habitudes alimentaires...) (17).

La grossesse est souvent présentée comme un facteur de risque de la maladie carieuse mais il n'existe pas de preuve suffisante expliquant la relation étiologique qui les unirait. Cependant une diminution du pouvoir tampon ainsi que du pH salivaires observés chez les femmes enceintes, l'appétence pour la nourriture sucrée, le « grignotage » entre les repas peuvent contribuer à la croissance bactérienne et l'augmentation du risque carieux (18).

Dans la population générale, il existe peu d'études épidémiologiques chez les adultes, du fait notamment de la difficulté d'obtenir un échantillon représentatif de cette tranche d'âge. Cependant, les quelques études disponibles montrent que les adultes ont un CAO moyen compris entre 13 et 15 ainsi qu'en moyenne 1 et 1,2 dents cariées à traiter. La proportion d'adultes avec au moins une dent cariée à traiter serait comprise entre 33 % et 50 % (17).

Une étude de VERGNES et coll. a été menée entre 2003 et 2006 afin de voir s'il existait une association entre la carie dentaire et l'issue de la grossesse. Ils ont montré une prévalence carieuse de 51,6% chez les femmes avec une issue de grossesse normale, 56% chez les femmes avec accouchement prématuré spontané ou rupture prématurée des membranes ($p=0,03$). Néanmoins, après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels, notamment le statut socio-économique, il n'y avait pas d'association significative entre les caries dentaires et les naissances prématurées (19) mais montre une prévalence carieuse élevée.

1.1.1.4. Parodontologie et grossesse

L'effet de la grossesse sur le parodonte se fait à plusieurs niveaux et serait dû à une modification de la réponse immunitaire liée aux changements hormonaux durant la grossesse. Dans le cas des gingivites modifiées par les troubles hormonaux de la grossesse, l'inflammation gingivale due à la plaque est exacerbée par des variations des taux de progestérone et / ou d'œstrogènes (8). De plus, l'accentuation de la réaction inflammatoire, au cours de la grossesse est en relation directe avec une modification de la flore du sillon gingivo-dentaire, plus chargée en germes anaérobies, principalement *Prevotella intermedia*, *Bacteroides melaninogeniens* et *Bacteroides gingivalis*.

Cliniquement, les gingivites associées aux troubles hormonaux présentent les mêmes caractéristiques qu'une gingivite induite par la plaque bactérienne. Cependant, dans les cas les plus sévères, on peut observer la présence d'un épulis (8). Ces excroissances de tissus apparaissent sur les gencives, le plus souvent au cours du deuxième trimestre. Elles saignent facilement et ont un aspect rouge. Bien qu'entraînant une gêne et surtout une inquiétude pour les patientes, ces épulis régressent spontanément après la naissance du bébé (20,21).

Concernant la fréquence de parodontite chez les femmes enceintes, les résultats sont variables d'une étude à l'autre. En effet, d'après l'étude de Kassab et coll. de 2011, la fréquence de la parodontite chez les femmes variait de 12,1% à 37,7% selon les méthodes et définitions utilisées. En effet, le recueil est variable selon les études tant au niveau des dents utilisées comme référence qu'au niveau des paramètres recueillis (profondeur au sondage, niveau d'attache parodontale, saignement au sondage...); ce qui peut rendre difficile la comparaison entre les études et expliquer la variabilité des résultats concernant la prévalence de la parodontite mais également son association avec les issues de grossesse. En outre, il existe également des différences en fonction des critères d'inclusion des personnes étudiées. Enfin, il n'y a pas de définition communément admise pour la parodontite dans ces études épidémiologiques, ce qui contribue à la difficulté de comparabilité des résultats des études descriptives et analytiques (22).

Les maladies parodontales sont suspectées depuis 1996 (Offenbacher) d'être un facteur favorisant des naissances prématurées et des naissances de bébés de faible poids. En effet, des bactéries parodontopathogènes comme *Pg* (*Porphyromonas gingivalis*) ont été retrouvées en proportions plus importantes dans le placenta et le liquide amniotique lors de

naissances prématurées (23). Plusieurs études suggèrent que la parodontite pourrait être associée à des issues défavorables de la grossesse telles que les pré-éclampsies, les naissances prématurées, des petits poids à la naissance. C'est le cas de l'étude cas-témoin de NABET et al., réalisée de 2003 à 2006 dans 6 maternités différentes sur le territoire français. Un examen bucco-dentaire a été réalisé 2 à 4 jours après accouchement chez des femmes ayant accouché prématurément (cas) et à terme (témoins). Une parodontite localisée avait été identifiée chez 11.6% des cas et 10.8% des témoins et une parodontite généralisée chez 13.4% des cas et 10.8% des témoins. Une association significative a été observée entre parodontite généralisée et accouchement prématuré déclenché pour pré-éclampsie, mais pas avec accouchement prématuré spontané ou déclenché pour d'autres raisons (24).

D'après l'ouvrage de Reners, qui reprend le travail que la Fédération Européenne de Parodontologie (EFP) a publié en 2013, en association avec l'Académie Américaine de Parodontologie, la maladie parodontale est une maladie infectieuse qui touche plus de 23% des femmes âgées de 30 à 54 ans, ce qui constitue donc un véritable problème de santé publique (25). La parodontite est une maladie inflammatoire chronique d'origine multifactorielle, entraînant la destruction progressive des tissus de soutien des dents. Toujours d'après l'ouvrage de Reners, les preuves d'une association entre les complications observées lors d'une grossesse et la parodontite sont les suivantes :

- Les preuves actuelles soutiennent la thèse selon laquelle les micro-organismes oraux et leurs sous-produits entrent dans la circulation sanguine et se dirigent directement vers l'environnement fœtal où ils provoquent une réponse inflammatoire et immunitaire affectant l'unité foeto-placentaire. Une fois dans la circulation, ces bactéries parodontales peuvent également se diriger vers le foie au sein duquel d'autres agents inflammatoires sont produits, et entrent à leur tour dans la circulation et se dirigent vers le fœtus en développement.
- Épidémiologie : des études cliniques ont permis de mettre en évidence, après la prise en compte de tous les autres facteurs de risque, une association entre le diagnostic d'une parodontite chez la mère et un faible poids de l'enfant à la naissance, une naissance prématurée et la pré-éclampsie.
- Études interventionnelles : des résultats issus d'études cliniques ont montré que, en général, un détartrage et un surfaçage radiculaire effectués pendant le deuxième trimestre de la grossesse, avec ou sans antibiotique, n'améliorent pas significativement les complications observées. Par contre, d'autres études cliniques ont mis en évidence un effet globalement favorable du traitement parodontal sur certaines populations de

femmes enceintes. Les raisons permettant d'expliquer les résultats négatifs de certaines études peuvent être liées au fait que l'interaction entre la parodontite et les complications de la grossesse est complexe [...] et que les résultats des études ont pu être influencés par le type de traitement parodontal donné, son moment d'administration et le type de patients sélectionnés.

1.1.2. Hypothèse de la recherche

Malgré des besoins en soins et en prévention augmentés en période de grossesse, des études récentes ont montré que le recours aux soins chez le dentiste des femmes enceintes était seulement équivalent, voire inférieur, à celui des femmes non enceintes du même âge (1).

Depuis février 2014, l'assurance maladie a mis en place un nouveau dispositif de prévention bucco-dentaire à l'attention des femmes enceintes. Celles-ci peuvent bénéficier d'un examen bucco-dentaire (EBD) préventif pris en charge à 100% sans avance de frais du 4^e mois de la grossesse jusqu'au 12^e jour après l'accouchement. Les femmes enceintes reçoivent un imprimé de prise en charge de la part de leur caisse d'assurance maladie dès réception de leur déclaration de grossesse réalisée par leur médecin ou sage-femme lors d'un premier examen prénatal. Par la suite, il leur suffit simplement de prendre rendez-vous chez un dentiste et d'apporter le jour de l'examen cet imprimé ainsi que leur carte vitale (26). Toutes les femmes enceintes ayant déclaré leur grossesse sont donc susceptibles d'être informées de l'existence de cet examen. Pour autant, l'adhésion à ce bilan bucco-dentaire n'est pas connue. La non-adhésion pourrait avoir pour conséquences des lésions bucco-dentaires actives.

C'est pourquoi, nous avons souhaité réaliser une action de dépistage auprès des patientes consultant à la Maternité de l'hôpital Pellegrin associée à un questionnaire sur les connaissances, attitudes et pratiques incluant le recours à l'examen bucco-dentaire préventif de l'assurance maladie.

La maternité de l'Hôpital Pellegrin est une maternité de référence dans la prise en charge des grossesses à haut risque (niveau 3) et une maternité de proximité pour l'accueil des grossesses physiologiques. De nombreux professionnels de la santé sont présents, comme des médecins, des sages-femmes, des auxiliaires de puériculture, des infirmiers, une diététicienne... mais aucun chirurgien-dentiste. Une consultation prénatale est réalisée tous

les mois selon un calendrier de suivi qui est établi lors de la première consultation de la femme enceinte (27).

Nous faisons l'hypothèse que les femmes enceintes connaissent le dispositif de l'assurance maladie en leur faveur mais sont peu nombreuses à l'utiliser. Nous faisons également l'hypothèse que la non-utilisation du dispositif d'examen bucco-dentaire à destination des femmes enceintes est associée à un état bucco-dentaire moins bon que celles qui l'ont utilisé.

1.2. OBJECTIFS

1.2.1. Objectif principal

L'objectif principal était d'étudier l'association entre le recours à l'examen bucco-dentaire préventif de l'assurance maladie et l'état dentaire des femmes enceintes.

1.2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient :

- 1) Evaluer l'état bucco-dentaire des femmes enceintes consultant à la maternité de l'hôpital Pellegrin, a niveau de :
 - L'atteinte carieuse présente et passée : fréquence carieuse et indice CAO (cf. **Annexe 7.1**)
 - L'hygiène orale : indice d'hygiène oral simplifié (cf. **Annexe 7.2**)
 - L'état parodontal : présence ou absence d'épulis, profondeur de poche, perte d'attache, saignement au sondage (cf. **Annexe 7.3**).
- 2) Décrire les connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes en matière de santé bucco-dentaire pour elles-mêmes et leur enfant à naître.
- 3) Evaluer les besoins en soins et l'acceptabilité du dépistage bucco-dentaire.

Dans le cadre de notre travail de thèse, seuls l'objectif principal ainsi que les objectifs secondaires 1 et 3 seront traités, l'objectif 2 faisant l'objet de la thèse d'Axel Toussay.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. CONCEPTION DE LA RECHERCHE

2.1.1. Schéma de l'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale monocentrique auprès des femmes enceintes en consultation à la maternité de l'hôpital Pellegrin acceptant de participer au dépistage bucco-dentaire. Le but de cette étude était de déterminer si l'état bucco-dentaire des femmes enceintes était associé à la connaissance et au recours à l'examen bucco-dentaire préventif.

2.1.2. Population de l'étude

Population cible : femmes enceintes âgée de plus de 18 ans.

Population source : femmes enceintes majeures en consultation à la Maternité de l'hôpital Pellegrin.

2.1.2.1. Critères d'inclusion

Les femmes éligibles à notre étude devaient respecter les critères suivants :

- Majeures
- Enceintes à partir de 18 SA et jusqu'à 36 SA
- En consultation prénatale à la maternité de l'hôpital Pellegrin
- Acceptant de participer au dépistage bucco-dentaire.

2.1.2.2. Critères de non inclusion

Pour notre échantillon, les femmes enceintes n'étaient pas incluses si elles présentaient un ou plusieurs des critères suivants :

- Placées sous tutelle ou curatelle
- Non compréhension du français oral
- Trouble psychiatrique ou cognitif sévère.

2.1.2.3. Modalités de recrutement

Les femmes enceintes ont été recrutées à la Maternité de l'hôpital Pellegrin de Bordeaux au cours de leurs visites ou hospitalisation dans le cadre du suivi de leur grossesse. Ce service accueille des patientes ayant des grossesses à haut risque mais également des grossesses physiologiques. Lors de notre étude, nous avons inclus les deux types de populations. L'enquête a débuté après autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP). L'éligibilité des patientes a été évaluée à partir des dossiers administratifs. Si celles-ci donnaient leur accord pour participer, nous réalisons le questionnaire et l'examen en suivant.

2.2. CRITERES D'INTERET

2.2.1. Critère d'intérêt principal

- **Fréquence de connaissance et de recours** à l'examen bucco-dentaire prénatal de l'assurance maladie

2.2.2. Critères d'intérêt secondaires

Les critères d'intérêt secondaires étaient les suivants :

- L'atteinte carieuse était relevée grâce au **CAO**, indice carieux mesurant le nombre de dents cariées, absentes pour cause de carie et obturées en denture permanente sur 32 dents. Chaque dent permanente a reçu un score compris entre 0 et 9. Le CAO est un indicateur de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) présent dans le manuel « Oral Health Survey », qui présente des méthodes pour standardiser les enquêtes menées dans les différentes parties du monde (28). Pour notre recherche, nous avons également relevé la prévalence carieuse. Celle-ci correspond au nombre de personnes atteintes de carie dans une population. Pour cela, nous avons utilisé l'indice « C » du CAO. Ainsi, toute patiente présentant une ou plusieurs dents cariées, était comptabilisée dans la prévalence carieuse au sein de notre échantillon.
- **L'indice d'hygiène orale simplifié** dérive de l'indice d'hygiène orale mais un nombre inférieur de surfaces dentaires sont évaluées pour simplifier les mesures. Il comprend à la fois l'indice de plaque et l'indice de tartre. Un total de six surfaces dentaires réparties sur l'ensemble (4 dents postérieures et 2 dents antérieures) de la denture ont

été évaluées. Ensuite, la quantité de plaque dentaire et de tartre a été évaluée pour chaque surface dentaire étudiée et un score compris entre 0 (pas de plaque ni de tartre) et 3 (quantité maximale de tartre et de plaque) a été attribué à chaque condition.

- **Etat parodontal** : comme dans l'étude de NABET et coll. de 2010 (24), il a été évalué sur 6 sites par dents sur 14 dents, incluant les plus fréquemment touchées par la parodontite (11, 12, 16, 17, 24, 26, 27, 31, 32, 36, 37, 44, 46, 47 ; excepté que si la première prémolaire est absente, la seconde est examinée). Les données recueillies étaient :
 - o Profondeur de poche : mesure de la distance (en millimètres) de la gencive marginale jusqu'au fond de la poche (29,30).
 - o Perte d'attache : mesure de la distance (en millimètres) de la jonction émail-cément de la dent, jusqu'au fond de la poche (30,31).
 - o Saignement au sondage. Pour cela, nous avons utilisé le même critère que l'étude de LOHSOONTHORN et coll. : le saignement au sondage était positif s'il survenait dans les 15 secondes après le sondage (31).
 - o Epulis : recueilli comme présent ou absent.
 - o Parodontite (24) :
 - La parodontite localisée est définie par une profondeur de poche ≥ 4 mm et une perte d'attache ≥ 3 mm sur le même site sur 2 ou 3 dents.
 - La parodontite généralisée présente une profondeur de poche ≥ 4 mm et une perte d'attache ≥ 3 mm sur le même site sur 4 dents ou plus.

Pour notre recherche, nous avons retenu cette définition de la parodontite qui avait été précédemment utilisée dans les études de NABET et coll. ainsi que dans celle de VERGNES et coll. En effet, la nouvelle classification des maladies parodontales publiée en 2018 suite à la conférence de consensus des groupes de travail des EFP et AAP est difficilement utilisable dans le cadre de recherche épidémiologique (32).

2.2.3. Autres données recueillies

Nous avons également recueilli des données administratives concernant les participantes et certaines données relatives aux habitudes bucco-dentaires :

- Dernière visite chez un dentiste (en mois)
- Motif de la dernière visite
- Présence de douleurs au moment du dépistage
- Fréquence de brossage

- Fréquence de grignotage
- Fréquence de troubles liés à la grossesse (vomissements, reflux gastro-œsophagiens)
- Consommation de tabac ; évaluée selon le classement suivant : non fumeuse, fumeuse ayant arrêté pendant la grossesse, et fumeuse pendant la grossesse (24).
- Consommation d'alcool
- Langue maternelle
- Niveau de diplôme
- Age
- Statut conjugal
- Les connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes en matière de santé bucco-dentaire pour elles-mêmes et leur enfant à naître.

Ces variables, recueillies grâce aux questionnaires, ne seront pas toutes développées par la suite, puisqu'elles constituent la base des travaux de thèse de l'étudiant Axel TOUSSAY qui a participé à la recherche.

2.3. DEROULEMENT DE LA RECHERCHE

2.3.1. Calendrier de la recherche

Le recueil des données a débuté après autorisation du CPP, obtenue le 27 mars 2019 (cf. **Annexe 7.4**). La période d'inclusion a duré moins de quatre mois : du 14 mai 2019 au 09 septembre 2019. Les patientes n'étaient vues qu'une fois au cours de l'étude, aucun suivi n'a été nécessaire.

2.3.2. Tableau récapitulatif du suivi des participantes

	Inclusion
Information au patient	✓
Non opposition	✓
Remplissage des questionnaires	✓
Examen bucco-dentaire	✓

2.3.3. Informations des personnes concernées

L'investigateur (sage-femme ou obstétricien) qui recevait la femme en consultation prénatale, lui proposait de participer à cette recherche et l'informait :

- De l'objectif,
- Du traitement informatisé des données la concernant qui seraient recueillies au cours de cette recherche et lui précisait également ses droits d'accès, d'opposition et de rectification à ces données.

Une notice d'information écrite (cf. **Annexe 7.5**) était fournie aux patientes, afin de leur laisser un temps de réflexion.

L'investigateur vérifiait également les critères d'éligibilité. Si la personne était d'accord pour participer, elle donnait oralement son accord et sa non-opposition était documentée dans son dossier médical. La participante pouvait à tout moment, s'opposer à l'utilisation de ses données, dans le cadre de la recherche. La participante était ensuite dirigée vers la personne conduisant la recherche (étudiants en thèse d'exercice d'odontologie).

2.4. RECUEIL DES DONNEES

Notre intervention s'est réalisée de la façon suivante :

- Information de la patiente concernant l'étude.
- Remise d'une notice d'information concernant le déroulement de la recherche.
- Recueil de la non opposition pour participer à l'étude.
- Installation de la femme sur un fauteuil ou lit d'examen.
- Remise des questionnaires aux femmes enceintes concernant leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé bucco-dentaire pour elles-mêmes et leur enfant à naître (cf. **Annexe 7.6**).
- Réalisation du relevé bucco-dentaire sur une fiche de recueil créée à cet effet (cf. **Annexe 7.7**) :
 - Observation de la présence de plaque bactérienne visible à l'œil nu ou non, relevé de la formule dentaire
 - Examen des dents et du parodonte au moyen d'un miroir et d'une sonde parodontale
- Conseils personnalisés en fonction du résultat du questionnaire et de l'examen bucco-dentaire.

Les participantes étaient examinées en position mi-assise ou assise, en fonction de leur confort. Le relevé se faisant systématiquement dans le même ordre avec en premier lieu, l'indice d'hygiène oral simplifié (d'après Greene et al) puis le CAO et enfin, l'état parodontal.

Les examens bucco-dentaires ont été réalisés grâce à des kits d'examen stériles et sondes parodontales fournis par le service d'odontologie de l'hôpital Pellegrin, ainsi qu'une lumière frontale pour palier à l'absence de scialytique dans les chambres de la maternité.

Cet examen des dents a été réalisé selon les recommandations de l'OMS pour les études épidémiologiques observationnelles et ne comportait aucun risque pour les participantes.

Dans un premier temps, les résultats du dépistage bucco-dentaire ont été notés sur un cahier d'observation papier. Puis, dans un second temps, une saisie informatique a été réalisée avec le logiciel EPI-INFO version 7® sur un masque de saisie créé pour notre recherche.

2.5. ASPECTS STATISTIQUES

2.5.1. Calcul de la taille d'échantillon

La fréquence d'utilisation du dispositif d'assurance maladie n'est pas connue et a été estimée de manière exploratoire, ainsi aucune taille d'échantillon n'a été calculée. Néanmoins, nous avons estimé que sur une période de trois mois de recrutement, aux vues du nombre de consultations réalisées dans le service, nous pouvions inclure environ 10 femmes par semaine, soit environ 120 femmes enceintes.

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif, de pourcentage et d'intervalle de confiance à 95% selon la loi binomiale exacte.

Les variables quantitatives ont été décrites en termes d'effectif, moyenne, écart-type et intervalle de confiance à 95% de la moyenne, médiane, étendue et étendue interquartile.

L'association entre le recours à l'examen bucco-dentaire préventif et la fréquence carieuse d'une part puis la fréquence de parodontite d'autre part ont été explorées à l'aide du test du χ^2 . L'association entre la connaissance de l'EBD et le terme de la grossesse, le CAO puis entre le recours à l'examen et le CAO, ont été étudiés avec le test Kruskal-Wallis. L'association entre la connaissance du dispositif de l'assurance maladie et les catégories socio-

professionnelles ainsi que le niveau d'étude des patientes a été étudié grâce au test de Fisher, tout comme l'association entre le recours à cet examen et la fréquence de tartre et de parodontite. Le seuil de significativité était fixé à 5%.

Les données ont été analysées avec les logiciels EPI-INFO version 7® et OpenEpi® Statistiques et Interface.

2.5.2. Aspects éthiques

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP Ouest II, Angers) et a fait l'objet d'une information à l'ANSM. Le recueil des données a donc débuté après autorisation du CPP, le 27 mars 2019. Le consentement éclairé a été obtenu oralement avant l'inclusion des participantes à cette étude.

Les données enregistrées à l'occasion de cette recherche ont fait l'objet d'un traitement informatisé dans le respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées par la loi 2004-801 du 6 août 2004. Le CHU de Bordeaux a effectué en janvier 2017 une déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR003 auprès de la CNIL, qui s'est appliquée pour cette recherche.

3. RESULTATS

3.1. ÉVALUATION DE L'ACCEPTABILITE DE L'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES DE LA MATERNITE

Lors de notre recherche, 157 personnes correspondaient aux critères d'inclusion et 40 d'entre elles ont refusé de participer à notre étude. Donc, l'acceptabilité de notre examen bucco-dentaire ainsi que notre questionnaire était de 74,5%.

3.2. DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET COMPORTEMENT TABAGIQUE DES PARTICIPANTES

Les 117 participantes étaient hospitalisées au service de grossesses pathologiques, ou en consultation ambulatoire à l'hôpital de jour à la maternité de l'Hôpital Pellegrin.

Nous avons relevé différentes caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes incluses dans notre recherche. Les patientes avaient en moyenne 32 ans (écart-type 5,6). Concernant le terme de la grossesse, les participantes étaient entre 18 et 36 SA avec en moyenne 31,6 SA (écart-type 4,3). Dans notre échantillon, 48,7% des femmes étaient nullipares et 51,3% avaient déjà eu un ou plusieurs enfants.

La catégorie socio-professionnelle « employés » était largement représentée dans notre échantillon, puisque sa proportion était de 48,7% (**Tableau 1**).

Catégorie socio-professionnelle	Effectif	Pourcentage (%)
Agriculteurs exploitants	1	0,9
Artisans commerçants et chefs d'entreprise	7	6,0
Cadres et professions intellectuelles supérieures	19	16,2
Employés	57	48,7
Ouvriers	1	0,9
Professions intermédiaires	4	3,4
Autre	28	23,9

Tableau 1 : Répartition des catégories socio-professionnelles, (n = 117),
BUCCOMATER, France 2019.

Plus de la moitié des participantes avaient fait des études supérieures (59,0%) (**Tableau 2**). Dix-sept participantes n'ont pas débuté ou terminé leurs études, ce qui représente 14,5 % de notre échantillon : pas de scolarisation (0,9%), niveau primaire-collège (5,9%), niveau lycée (7,7%).

Niveau d'étude le plus haut	Effectif	Pourcentage %
Bac professionnel	15	12,8
BTS	2	1,7
CAP/BEP	14	12
Etudes supérieures	69	59
Lycée	9	7,7
Primaire- collège	7	6
Pas de scolarisation	1	0,9

Tableau 2 : Répartition du niveau d'études le plus haut, (n = 117), BUCCOMATER, France 2019.

Concernant le comportement tabagique (**Tableau 3**), 12% des femmes de notre échantillon continuaient de fumer et 30,8% avaient arrêté leur consommation (avant l'annonce de leur grossesse ou suite à celle-ci).

Est-ce que vous fumez ou avez fumé ?	Effectif	Pourcentage (%)
Non jamais	67	57,3
Oui actuellement	14	12
Oui dans le passé mais je ne fume plus	36	30,8

Tableau 3 : Consommation de tabac, (n = 117), BUCCOMATER, France 2019.

3.3. ESTIMATION DU CAO ET PREVALENCE DE CARIES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES DE NOTRE ECHANTILLON

Le CAOD moyen était de 5,32 (écart-type : 4,50) avec en moyenne 0,97 dent cariée (écart-type : 2,24), 1,28 dents absentes (écart-type : 1,89) et 3,07 dents obturées (écart-type : 3,29) (**Tableau 4**).

	Moyenne	Ecart-type
Indice CAOD	5,32	(4,50)
Dents cariées	0,97	(2,24)
Dents absentes	1,28	(1,89)
Dents obturées	3,07	(3,29)

Tableau 4 : indice CAOD des participantes (n = 117), BUCCOMATER, France 2019

Sur les 117 patientes, la prévalence de la carie s'élevait à 29,9% (intervalle de confiance à 95% : 21,8 ; 39,1). Il est à noter que pour le calcul du CAOD, les dents de sagesse ont été prises en compte simplement si elles étaient cariées ou obturées. En effet, les dents de sagesse absentes de l'arcade pouvaient avoir été extraites pour raisons orthodontiques ou être incluses dans l'os.

3.4. ESTIMATION DE LA PREVALENCE DE LA PARODONTITE ET ETAT PARODONTAL DES PARTICIPANTES

La prévalence de la parodontite chez les participantes était de 34,2% (IC à 95% = [25,7% - 43,5%]). Plus précisément, la prévalence de la parodontite localisée était de 19,7 % (IC à 95% = [12,9% ; 28,0%]) et celle de la parodontite généralisée était de 14,5% (IC à 95% = [8,7% ; 22,2%]).

Le sondage a entraîné un saignement chez 35% des participantes avec une moyenne de 2,2 dents par patiente (écart type 4,2).

Lors des examens bucco-dentaires, une seule patiente présentait un épulis gravidique.

	Effectif	Pourcentage (%)
Absence de parodontite	77	65,8
Parodontite localisée	23	19,7
Parodontite généralisée	17	14,5
Saignement au sondage	41	35
Présence d'épulis gravidique	1	0,9

Tableau 5 : Caractéristiques parodontales des participantes, (n= 117), BUCCOMATER, France 2019.

3.5. ESTIMATION DE LA PRESENCE DE PLAQUE ET DE TARTRE

Le relevé de l'indice de plaque et de tartre a été réalisé lors de l'examen bucco-dentaire effectué au cours de notre recherche (**Tableau 6**). Il en ressort qu'au total, 69% des patientes avaient de la plaque dentaire et 17,9% du tartre. Le score de plaque moyen était de 0,33 (écart-type : 0,42) et de 0,07 pour le tartre (écart-type : 0,12).

Caractéristiques d'hygiène orale		
Plaque		
Oui, <i>effectif, (%)</i>	69	(59)
Non, <i>effectif, (%)</i>	48	(41)
Score OHIS, <i>moyenne, (écart type)</i>	0,33	(0,42)
Tartre		
Oui, <i>effectif, (%)</i>	21	(17,9)
Non, <i>effectif, (%)</i>	96	(82,1)
Score OHIS, <i>moyenne, (écart type)</i>	0,07	(0,12)

Tableau 6 : Indice OHIS (n = 117), BUCCOMATER, France, 2019.

3.6. ESTIMATION DE LA DATE DE LA DERNIERE VISITE CHEZ UN CHIRURGIEN-DENTISTE ET MOTIF DE LA CONSULTATION

Quatre-vingt une participantes, soit 69,2 %, déclaraient avoir un dentiste traitant (**Tableau 7**). Pour ces patientes, seules 35,4 % signalaient avoir eu des informations concernant les soins dentaires et les problèmes bucco-dentaires possibles pendant la grossesse. En effet, pour la plupart, elles n'étaient pas encore enceintes lors des dernières visites et n'avaient pas évoqué à leur dentiste le projet de l'être. La date de la dernière visite chez le chirurgien-dentiste était en moyenne de 14,3 mois (écart-type 19,2).

Le motif de la consultation lors de la dernière visite chez le chirurgien-dentiste était principalement un contrôle, pour 60,7 % des patientes. Viennent ensuite 24 % pour une suite de soins, 13,7 %, en urgence et 1,7 % pour un autre motif (extraction de dents de sagesse).

Variables	Effectif	Pourcentage (%)
Dentiste traitant		
Oui	81	(69,2)
Non	36	(30,8)
Motif de la dernière visite		
Contrôle	71	(60,7)
Soins	28	(24)
Urgence	16	(13,7)
Autre	2	(1,7)

Tableau 7 : Recours à un dentiste traitant et motif de la dernière consultation, (n = 117), BUCCOMATER, France, 2019.

3.7. ASSOCIATION ENTRE CONNAISSANCE DU BBD MATERNITE ET BESOIN EN SOINS BUCCO-DENTAIRES

L'examen bucco-dentaire de l'assurance maladie était connue de 88 (75,2 %) femmes ayant participé à notre étude, d'après leurs déclarations. Soixante femmes connaissant cet examen n'y ont pourtant pas eu recours (68,2 %) (**Tableau 8**). Au total, en prenant en compte les femmes ne connaissant pas le BBD et celles le connaissant mais n'y ayant pas eu recours, 76,1% des participantes à notre étude n'ont pas réalisé cet examen.

Parmi les 60 participantes qui connaissaient l'examen mais n'y avaient pas eu recours : 31% estimaient ne pas en avoir besoin, 3,7% n'y étaient pas allés par peur du dentiste et 1,8% car elles n'en avaient pas envie. Pour les 61,8% restant, les patientes évoquaient principalement leur hospitalisation, lorsque celles-ci étaient au service de grossesses pathologiques ainsi que le manque de temps. Nous retrouvions également le fait de ne pas avoir de dentiste traitant, d'avoir passé une visite de contrôle peu avant la grossesse, d'avoir pris rendez-vous à une date ultérieure à notre visite.

Pour les 28 participantes ayant eu recours à l'EBD de l'assurance maladie, 72,4 % étaient satisfaites de leur consultation ; le dentiste ayant répondu aux interrogations des patientes concernant leur santé bucco-dentaire ainsi que celle de leur enfant à naître.

	Effectif	Pourcentage (%)
Connaissance de l'EBD maternité	88	75,2
Recours à l'EBD parmi les participantes le connaissant	28	31,8
Satisfaction suite à l'EBD	21	72,4

Tableau 8 : connaissance et fréquence du recours à l'EBD maternité (n = 117),
BUCCOMATER, France 2019.

Nous avons trouvé des différences statistiquement significatives au niveau de la connaissance de l'EBD maternité entre les catégories socio-professionnelles ainsi qu'en fonction du niveau d'étude le plus haut. En comparaison aux autres catégories, toutes les patientes « cadres et professions intellectuelles supérieures » avaient connaissance du dispositif de l'assurance maladie ($p=0,005$). La majorité des participantes ne connaissant pas l'EBD appartenait à la catégorie socio-professionnelle « autre » (57,1%), correspondant aux femmes au foyer ou au chômage. De plus, 82,6% des patientes ayant fait des études supérieures connaissaient l'EBD maternité et en étaient mieux informées par rapport aux autres participantes ($p=0,026$).

Nous avons cherché à savoir si la parité et le terme de la grossesse avaient un lien avec la connaissance de l'EBD. Pour ces deux variables, il ne ressort aucune différence significative. Le fait que les participantes étaient nullipares ou non n'avait pas d'influence sur leur connaissance de l'EBD ($p=0,362$). Concernant le terme, les participantes connaissant l'EBD étaient en moyenne à 31,6 SA vs. 31,7 SA chez les autres, ($p=0,700$).

Parmi les patientes ne connaissant pas l'EBD, il y avait proportionnellement plus de fumeuses. En effet, seules 8% des participantes connaissant l'EBD fumaient lors de leur grossesse contre 24,1% parmi celles ne connaissant pas l'EBD ($p=0,014$).

Les CAO moyens différaient peu ($p=0,625$), puisqu'il était de 5,7 dents (écart-type 4,7) chez les patientes n'ayant pas connaissance de l'EBD contre 5,2 dents (écart-type 4,4). Nous avons retrouvé plus de parodontite chez les patientes ne connaissant pas l'EBD : 44,8% contre 30,7%, mais cette différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,164$). La plaque était présente chez 58% des participantes connaissant l'EBD (vs 62,1% ; $p=0,696$). En revanche, nous avons mis en évidence des valeurs statistiquement significatives pour la prévalence de tartre ($p=0,034$) et de caries ($p=0,003$) (**Figure 1**).

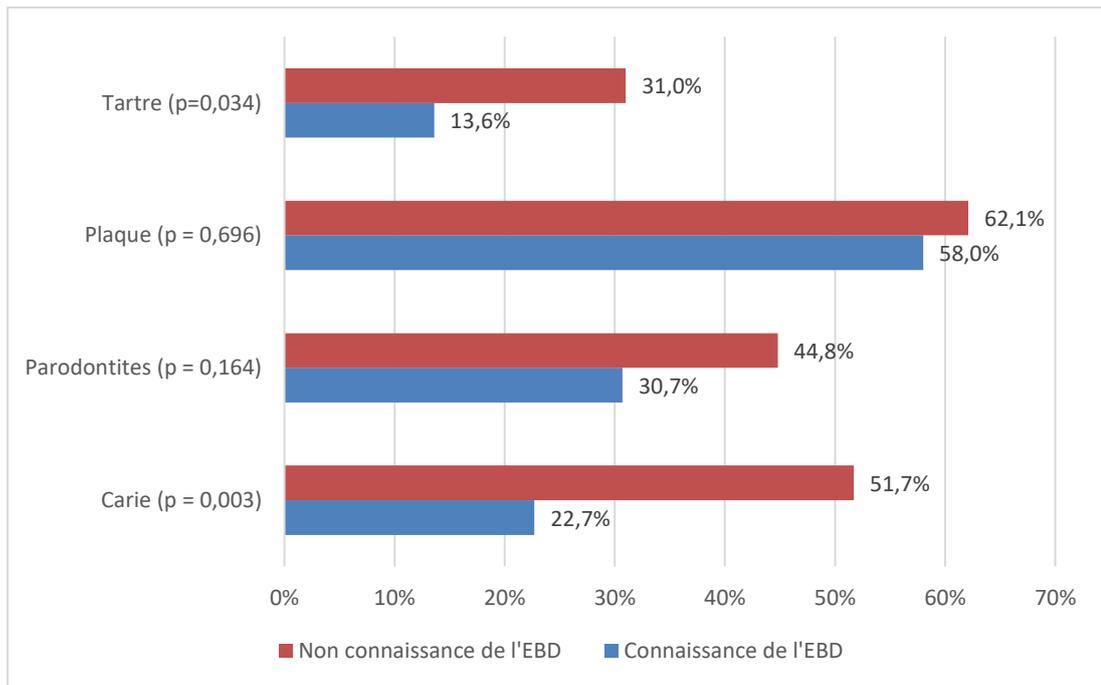


Figure 1 : Prévalence des problèmes bucco-dentaires en fonction de la connaissance ou non de l'EBD maternité, (n = 117), BUCCOMATER, France 2019

Parmi les patientes connaissant l'EBD, leur état bucco-dentaire ne variait pas significativement selon qu'elles y avaient eu recours ou non (**Figure 2**). Le CAO moyen chez les patientes n'ayant pas eu recours à l'EBD était de 5,5 dents (écart-type : 4,7) contre 4,5 dents (écart-type 3,7) mais la différence n'était pas significative ($p = 0,480$). Les prévalences de plaque et de caries étaient similaires entre les deux catégories de patientes. En revanche, les différences étaient plus marquées concernant la prévalence de tartre et de parodontites. En effet, seuls 3,6% des patientes ayant eu recours à l'EBD présentaient du tartre (vs. 18,3%) et 21,4% une parodontite (vs. 35%). Cependant, ces différences n'étaient pas non plus statistiquement significatives ($p = 0,094$ pour le tartre, calculé avec le test de Fisher, et $p = 0,199$ pour les parodontites).

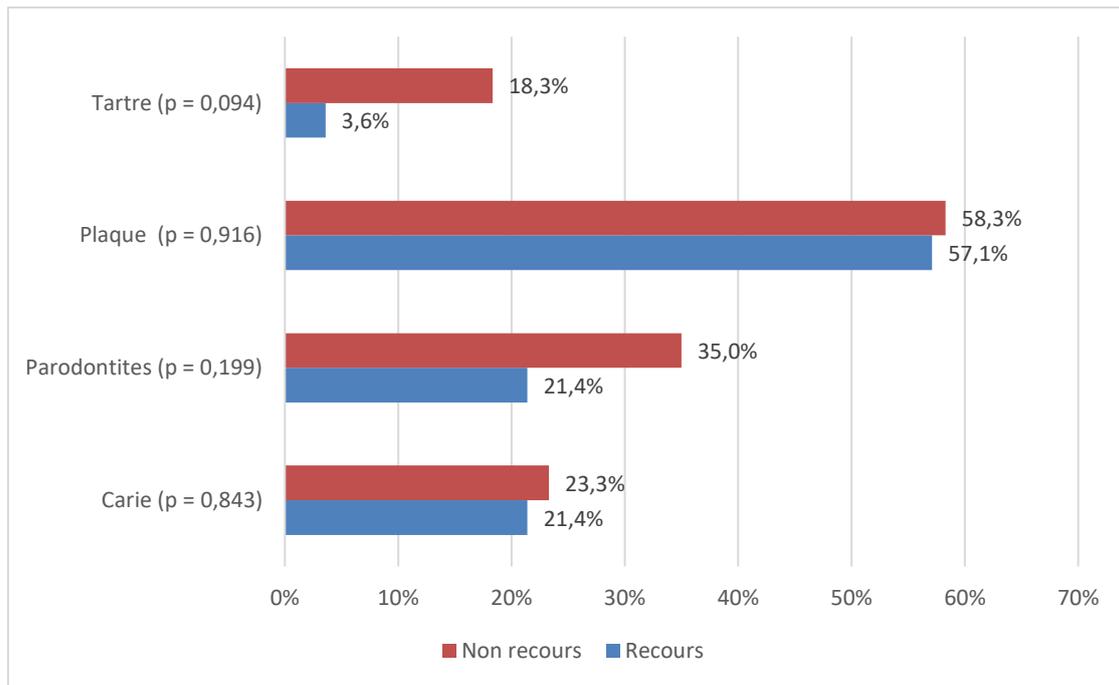


Figure 2 : Prévalence des problèmes bucco-dentaires en fonction du recours ou non à l'EBD maternité, (n = 88), BUCCOMATER, France 2019

4. DISCUSSION

4.1. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RESULTATS

Notre étude a été réalisée sur 117 patientes de la maternité de l'hôpital Pellegrin. Les participantes avaient en moyenne 32 ans et étaient en moyenne à 31,6 SA. Toutes les catégories socio-professionnelles et tous les niveaux d'études étaient représentés, avec une majorité de personnes « employées » (48,7%) et de femmes ayant fait des « études supérieures » (58,9%). La connaissance de l'examen préventif de l'assurance maladie était statistiquement supérieure chez les patientes ayant réalisées des études supérieures ($p=0,026$) et la catégorie « cadres et professions intellectuelles supérieures » ($p= 0,005$).

L'acceptabilité d'un examen bucco-dentaire dans une population cible était estimée à 74,5%. Ce taux élevé peut s'expliquer par :

- Le caractère unique de notre intervention : environ quarante minutes pour réaliser examen bucco-dentaire, questionnaire et donner des conseils personnalisés.
- Le fait que les patientes n'avaient pas besoin de se déplacer.
- Pour les patientes hospitalisées au service des grossesses pathologiques pour une longue durée, notre intervention était une façon d'occuper une partie de leur journée.
- Les femmes enceintes sont réceptives aux messages de santé publique qui ont une action de prévention sur leur enfant à naître (33).

Près de 70% des patientes déclaraient un dentiste traitant. La durée moyenne depuis la dernière visite chez le dentiste était de 14,3 mois (écart-type 19,1), dont le motif était en majorité un contrôle (61%). Le bilan bucco-dentaire préventif de l'Assurance Maladie était connu de 75,2% des participantes, mais seuls 31,8% d'entre elles y ont eu recours, soit 24% de l'ensemble de l'échantillon. Pour justifier de cette non-participation, une majorité de patientes évoquaient leur hospitalisation au service des grossesses pathologiques et 31,5% estimaient ne pas en avoir besoin.

La présence de tartre était statistiquement plus importante chez les patientes ne connaissant pas l'EBD : 31% contre 13,6% ($p = 0,034$). En revanche, nous ne retrouvons pas de différence significative concernant la présence de plaque dentaire dans les deux groupes ($p = 0,696$).

La prévalence carieuse dans notre échantillon était de 29,91% (IC à 95% = [21,8% ; 39,1%]). En moyenne, il y avait 5,3 (écart-type 4,5) dents cariée, obturée ou absente pour cause de carie. Les patientes ne connaissant pas l'EBD maternité avaient statistiquement plus de problèmes carieux : 51,7% contre 22,7% des patientes connaissant l'EBD ($p = 0,003$).

Au total, 34,2% (IC à 95% = [25,7% - 43,5%]) des patientes avaient une parodontite et nous avons estimé la prévalence de la parodontite localisée à 19,7% (IC à 95% = [12,9% ; 28,0%]) et celle de la parodontite généralisée et 14,5% (IC à 95% = [8,70% ; 22,2%]). Nous avons trouvé plus de parodontites chez les patientes ne connaissant pas l'EBD : 44,8% contre 30,7%, mais cette différence n'était pas statistiquement significative ($p = 0,164$). Chez les patientes ne connaissant pas l'EBD, il y avait pourtant proportionnellement plus de fumeuses : 24,1% (vs. 8% ; $p = 0,014$), le tabac constituant un facteur de risque important pour la maladie parodontale.

Les patientes ne connaissant pas l'EBD maternité avaient, en moyenne, plus de problèmes bucco-dentaires, avec des valeurs statistiquement significatives concernant la prévalence de tartre ($p = 0,034$) et de caries ($p = 0,003$). En revanche, notre étude n'a pas mis en évidence de différence entre le besoin en soins bucco-dentaires chez les patientes connaissant l'EBD et ayant eu recours ou non à celui-ci. De plus, comme nous l'avons évoqué précédemment, des inégalités semblent persister entre catégories socio-professionnelles ($p = 0,005$) et en fonction du niveau d'étude des participantes ($p = 0,026$).

4.2. MISE EN PERSPECTIVE DES RESULTATS

Pour notre recherche, concernant le statut parodontal, nous avons utilisé les mêmes critères que l'étude de NABET et al. pour recueillir la prévalence des parodontites localisée et généralisée et en réalisant le recueil de l'état parodontal sur 14 dents définies en amont (24). Dans cette étude cas-témoin de NABET et al., les critères de sélections des patientes étaient différents des nôtres et l'examen bucco-dentaire a été réalisé 2 à 4 jours après accouchement chez des femmes ayant accouché prématurément (cas) et à terme (témoins). Une parodontite localisée avait été identifiée chez 11.6% des cas et 10.8% des témoins (vs 19,7% dans notre échantillon) et une parodontite généralisée chez 13.4% des cas et 10.8% des témoins (vs. 14,5% dans notre échantillon) (24). Cette différence peut s'expliquer par des critères de sélection différents et un recrutement des patientes intégrant moins de grossesses pathologiques. En effet, cette étude excluait les patientes attendant plus d'un enfant, un enfant

atteint d'une grave malformation congénitale, mais également, les femmes présentant un VIH, un diabète non contrôlé, ou étant sous antibiotiques.

Au total, la prévalence de parodontite dans notre échantillon était de 34,2%, ce qui correspond aux résultats retrouvés dans l'étude de Kassab et coll de 2011, puisque la fréquence de la parodontite chez les femmes enceintes était comprise entre 12,1% et 37,7% (selon les méthodes et définitions utilisées) (22).

Dans notre échantillon, la prévalence de la carie était de 29,9%. Actuellement, il n'existe pas d'étude concernant la prévalence de la maladie carieuse chez les femmes enceintes en France. Cependant, l'étude de VERGNES et al. effectuée dans 6 maternités de trois régions françaises (Ile de France, Midi-Pyrénées et Alsace) a montré que 51,6% des femmes présentaient une ou plusieurs dents cariées. Dans cette étude, les caries relevées étaient considérées comme présentes pendant la grossesse, l'EBD ayant été réalisé 2 à 4 jours après accouchement (34).

Le CAOD moyen chez nos participantes était de 5,3 dents (écart-type : 4,5) avec 0,97 dent cariée (écart-type : 2,24). Par comparaison, en France, les adultes entre 30 et 50 ans présentent un CAOD moyen compris entre 13 et 15, avec en moyenne 1 à 1,2 dents cariées à traiter (17). Ainsi, les participantes à notre recherche semblaient avoir un bon état bucco-dentaire général.

Dans notre échantillon, 12 % des participantes consommaient encore du tabac malgré leur grossesse. Ce chiffre est en corrélation avec une étude transversale réalisée en 2003 qui a montré que chez les femmes enceintes, pendant la grossesse : 17% fumaient encore au premier trimestre, 15% au deuxième trimestre et 14% au troisième trimestre (35).

Près de 60% des patientes de notre échantillon souffraient de nausées et/ou de vomissements. Ce pourcentage est légèrement inférieur à celui retrouvé par Einarson et coll. dans sa méta-analyse conduite aux Etats-Unis, qui était de 68,6% (12).

Dans notre échantillon, 69,2 % des participantes avaient un chirurgien-dentiste traitant et la durée moyenne depuis leur dernière visite était de 14,3 mois (écart-type 19,1), alors que les recommandations préconisent une fois par an minimum (36).

Dans notre recherche, nous avons noté un faible taux de participation à ce dispositif : 31,8% parmi les participantes connaissant l'existence de cet examen. Donc au total, dans notre échantillon, seules 23,9% des participantes ont effectué le BBD maternité, 51,3% n'y ont pas eu recours et 24,8% n'en avaient pas connaissance. Actuellement, en France, il n'existe pas de données concernant la fréquence du recours à l'EBD maternité. En revanche, une

étude s'est penchée sur la participation des enfants de 6 à 16 ans au programme MT dents, en France. Il en ressort que des inégalités persistent puisque les ménages avec un plus haut niveau de revenu sont plus susceptibles de participer à l'EBD et d'effectuer des soins dentaires et ont des dépenses en santé bucco-dentaire moins importantes par rapport aux familles avec un plus faible niveau de revenus. En effet, celles-ci, moins susceptibles de participer au programme et donc de bénéficier de soins de prévention, ont, au final, besoin de soins bucco-dentaires plus coûteux (37). Dans notre recherche, la connaissance de l'EBD était plus élevée chez « cadres et professions intellectuelles supérieures » ainsi que les patientes ayant réalisées des études supérieures, qui sont plus susceptibles de bénéficier de cet examen de prévention. Ceci peut être mis en parallèle avec l'étude sur la participation au programme MT dents, et montre également un problème persistant d'inégalités face aux recours aux soins dentaires.

4.3. VALIDITE DES RESULTATS ET LIMITES DE L'ETUDE

4.3.1. Force de l'étude

Les indices utilisés pour le recueil de l'état bucco-dentaire avaient été validés et éprouvés dans plusieurs études citées précédemment. Autre point important pour la validité de l'étude, l'examen bucco-dentaire a été réalisé dans sa totalité par un unique examinateur, ce qui limite les différences d'évaluation inter-examinateur. De plus, ce relevé se faisait systématiquement dans le même ordre, en débutant par l'OHIS, puis le CAO pour terminer par le recueil de l'état parodontal.

4.3.2. Limites de l'étude

Notre recherche présente différentes limites. En premier lieu, la taille de l'échantillon a pu être insuffisante pour mettre en évidence certaines associations du fait d'un manque de puissance.

De plus, nous avons eu 40 refus de participation. Ceci peut avoir eu un impact sur la population de notre échantillon et constitue un biais de sélection. En effet, certaines patientes ayant refusé, nous ont indiqué une phobie du chirurgien-dentiste ou avoir honte de leur état bucco-dentaire. La majorité des refus venaient des patientes hospitalisées au service des

grossesses pathologiques, où la population est souvent plus précaire. Ceci laisse à penser qu'elles présentaient des besoins en soins importants au niveau bucco-dentaire.

Au fil des entretiens avec les patientes, nous avons pu mettre en évidence des limites à notre questionnaire. En effet, certaines questions ouvertes avaient pour conséquence des réponses trop vagues de la part des patientes ; d'autres, au contraire limitaient trop les réponses. Certaines questions à choix multiples étaient évidentes et auraient dû être laissées en question à réponse libre.

Pour l'indice de plaque et de tartre, le score pouvait être à 0 sur les dents où s'effectuait le recueil alors que sur d'autres dents de l'arcade il était supérieur à 0. Ceci constitue un biais de mesure. Les résultats auraient été différents si les valeurs avaient été mesurées sur toutes les dents, mais le temps de recueil aurait été rallongé.

Le diagnostic de parodontite ne se réalise pas simplement sur les valeurs des profondeurs de poches et de pertes d'attache et la présence de signes d'inflammation. Il est également basé sur l'analyse d'examens complémentaires radiographiques, ce qui n'a pas été réalisé lors de notre étude. Ceci a pu conduire à un biais de classement vis-à-vis d'une sous-estimation de la prévalence des parodontites au sein de notre échantillon.

Concernant le relevé du CAO, certaines dents absentes pouvaient avoir été extraites pour raisons orthodontique ou parodontale sans que la patiente ne s'en souvienne. C'est notamment le cas pour les prémolaires, et cela constitue un biais de mémorisation. De plus, il y a probablement eu une sous-estimation du nombre de dents cariées. En effet, des examens radiographiques complémentaires tels que les bite-wings auraient été très utiles pour affiner le diagnostic carieux, mais qui ne sont pas réalisables dans le contexte d'une étude épidémiologique.

4.4. IMPLICATIONS EN SANTE PUBLIQUE ET RECOMMANDATIONS

Notre recherche au sein de la maternité de Pellegrin nous a permis de constater que les patientes présentaient des besoins en soins bucco-dentaires importants. Le recours à l'examen bucco-dentaire préventif pris en charge à 100% par l'assurance maladie n'est pourtant pas toujours effectué par les patientes, pour celles qui le connaissent. Les participantes à notre recherche n'y ayant pas eu recours estimaient ne pas en avoir besoin pour la plupart. D'autres évoquaient le manque de temps pendant la grossesse (dû aux nombreux autres examens à réaliser pendant cette période, mais également pour les patientes hospitalisées au service de grossesses pathologiques), le fait d'avoir consulté un dentiste

récemment ou encore la peur du dentiste. Pour les patientes ne connaissant pas cet examen, ceci peut être dû à des problèmes de communication au niveau des différentes caisses. D'autres études seraient nécessaires afin de mettre en évidence les raisons de ces blocages.

Le faible taux de participation à l'EBD mis en évidence par notre étude pourrait aussi s'expliquer par des idées préconçues concernant les effets des soins dentaires sur le déroulement de leur grossesse. Certaines futures mères pourraient penser qu'il est dangereux d'aller chez le dentiste pendant la grossesse et reporter toute visite après l'accouchement (1). La faible participation peut avoir pour conséquence des lacunes des femmes enceintes concernant la santé bucco-dentaire de leur enfant à naître. C'est ce qu'a montré en 2013, la thèse de Maeva LETORT. Sa recherche se divisait en deux temps. Tout d'abord un questionnaire a été complété par les femmes enceintes, suite à quoi, une plaquette d'information sur la santé bucco-dentaire des jeunes enfants leur a été distribuée. Plusieurs mois plus tard, le même questionnaire devait être rempli par les participantes. Une amélioration des réponses a été observée. Ceci nous laisse à penser qu'un changement des préjugés et un perfectionnement des connaissances des patientes est possible (3).

Notre étude a montré un taux d'acceptabilité élevé de 74,5% de l'examen bucco-dentaire au sein de la maternité. Ainsi, des actions de prévention et de dépistages bucco-dentaires pourraient être systématisées dans les services de maternité, notamment au CHU de Pellegrin.

5. CONCLUSION

La santé bucco-dentaire et la grossesse sont liées de nombreuses manières dont certaines ne sont encore pas totalement connues. De nombreuses études se sont notamment consacrées au lien entre parodontite et complications de la grossesse. Selon les modalités de réalisation des études, les résultats sont variables, cependant il a été suggéré que des problèmes parodontaux pouvaient être impliqués dans des problèmes de grossesse. Pour autant, les femmes enceintes ne sont pas toujours informées convenablement quant à l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire pendant leur grossesse ainsi que les soins réalisables au cours de celle-ci.

Notre étude transversale, réalisée sur 117 participantes, a permis de souligner le besoin en soins bucco-dentaire dans cette population. Le recours à l'examen bucco-dentaire mis en place par l'assurance maladie était faible bien que les besoins soient importants : la prévalence de parodontite était de 34,2% et celle de la carie de 29,9%. De plus, les problèmes bucco-dentaires étaient plus fréquents chez les patientes ne connaissant pas l'EBD, ce qui souligne l'importance d'une meilleure communication au niveau des caisses.

Ainsi, l'intérêt de dépistages bucco-dentaires systématiques et de conseils adaptés au sein des maternités semble alors justifié aux vues des besoins en soins, du manque de connaissances global et des nombreuses interrogations des futures mères concernant leur santé bucco-dentaire et celle de leur enfant à naître.

Enfin, des études à plus grande échelle seraient intéressantes afin d'évaluer au niveau national le recours à ce dispositif et les raisons de non-recours, afin de pouvoir cibler les actions de prévention auprès des femmes enceintes.

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. 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*. 2013;25(3):281.
2. Delbos, Bandon, Rouas, d'Arbonneau. Santé orale de la femme enceinte et de la petite enfance. *EMC - Médecine buccale*. 2014;1-12.
3. Letort M. Besoins d'informations de la femme enceinte sur la santé bucco-dentaire de son futur enfant : état des lieux sur 314 femmes enceintes de la région Aquitaine et test d'une plaquette d'information [Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire]. Bordeaux; 2013.
4. Examen bucco-dentaire des femmes enceintes [Internet]. [cité 4 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/prescription-prise-charge/soin-ebd-femmes-enceintes/soin-ebd-femmes-enceintes>
5. Papon S, Beaumel C. Bilan démographique 2019 – Bilan démographique 2019 | Insee [Internet]. insee. 2020 [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4281618?sommaire=1912926>
6. Mascarenhas P, Gapski R, Al-Shammari K, Wang H-L. Influence of sex hormones on the periodontium. *Journal of Clinical Periodontology*. 30(8):671-81.
7. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Modifications physiologiques de la grossesse [Internet]. Université Numérique Francophone des Sciences de la Santé et du Sport. 2011 [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/modificationsphysiologiques/site/html/1.html>
8. Duyninh T, Orti V, Jame O, Bousquet P, Gibert P. Classification des maladies parodontales. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Odontologie*. 2008;(23-441-A-10).
9. Girardet J-P. Guide de nutrition « grossesse » - Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé. 2007.
10. Laurent F. Risques médicaux – guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste. Commission des dispositifs médicaux de l'Association Dentaire Française; 2013. (Dossiers de l'ADF).
11. Recommandations professionnelles ; Comment mieux informer les femmes enceintes ? HAS, Service de recommandations professionnelles; 2005.
12. Einarson TR, Piwko C, Koren G. Prevalence of nausea and vomiting of pregnancy in the USA: a meta analysis. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2013;20(2):e163-170.
13. London V, Grube S, Sherer DM, Abulafia O. Hyperemesis Gravidarum: A Review of Recent Literature. *Pharmacology*. 2017;100(3-4):161-71.

14. Laine MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2002;60(5):257-64.
15. Davy C. Hyposialie et xérostomie : le point sur les étiologies, les conséquences bucco-dentaires et la prise en charge. Rôle du pharmacien d'officine [Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. [UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques]: Nantes; 2016.
16. Montfort M. L'utilisation des plantes médicinales lors de la grossesse; réalisation de fiches conseils pratiques. [Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. [UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques]: Nantes; 2016.
17. Recommandations en Santé Publique ; Stratégies de prévention de la carie dentaire. HAS, Service évaluation économique et santé publique; 2010.
18. Figueiredo CS de A, Rosalem CGC, Cantanhede ALC, Thomaz ÉBAF, Cruz MCFN da. Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2017;43(1):16-22.
19. Vergnes J-N, Kaminski M, Lelong N, Musset A-M, Sixou M, Nabet C. Maternal dental caries and pre-term birth: Results from the EPIPAP study. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2011;69(4):248-56.
20. Espace grand public - Femmes enceintes [Internet]. UFSBD. [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/votre-sante-bucco-dentaire/femmes-enceintes/>
21. Vincent S. Prévention et soins; La santé parodontale de la femme enceinte. *Pratiques dentaires*. 2015;29-32.
22. Kassab P, Colombier M-L, Kaminski M, Lelong N, Sixou M, Nabet C. Impact of periodontitis definition in epidemiological research. Results from the EPIPAP study in postpartum women. *European Journal of Oral Sciences*. 2011;119(2):156-62.
23. Davido N, Yasukawa K. Médecine orale et chirurgie orale, parodontologie. Paris: Maloine; 2016. (Internat en Odontologie).
24. Nabet C, Lelong N, Colombier M-L, Sixou M, Musset A-M, Goffinet F, et al. Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the case–control Epipap study: Periodontitis and cause of preterm birth. *Journal of Clinical Periodontology*. 2010;37(1):37-45.
25. Reners M. Le parodonte au coeur de la santé. Paris: Editions Espace ID; 2015. (Collection l'essentiel).
26. Informations Maternité [Internet]. 2018 [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-maternite/maternite%20>
27. Bordier M. Livret d'information, Maternité CHU de Bordeaux-filière obstétrique. Pôle obstétrique, reproduction et gynécologie. COM0032 © Direction de la communication et de la culture. 2015;13.

28. WHO | Oral health surveys: basic methods - 5th edition [Internet]. WHO. 2013 [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/oral_health/publications/9789241548649/en/
29. Borrell LN, Papapanou PN. Analytical epidemiology of periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*. oct 2005;32(s6):132-58.
30. Albandar JM. Periodontal Disease Surveillance. *Journal of Periodontology*. juill 2007;78(7):1179-81.
31. Lohsoonthorn V, Kungsadalpipob K, Chanchareonsook P, Limpongsanurak S, Vanichjakvong O, Sutdhibhisal S, et al. Is Maternal Periodontal Disease a Risk Factor for Preterm Delivery? *American Journal of Epidemiology*. 2009;169(6):731-9.
32. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of Periodontology*. 2018;89(S1):S173-82.
33. Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie, signé le 16 avril 2012 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026237147>
34. 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. Harvey N, éditeur. *PLoS ONE*. 2012;7(5):e33296.
35. Conférence de consensus - Grossesse et tabac. /data/revues/03682315/00340HS1/21/ [Internet]. 2008 [cité 24 nov 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/138468>
36. Les recommandations de l'UFSBD à adopter au quotidien pour une bonne santé dentaire [Internet]. [cité 28 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2019/02/2019-02-07-fiche-RECO-070219.pdf>
37. Bas AC, Azogui-Lévy S. Evaluation of children's participation in a national dental programme in France. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2019;47(4):291-8.

7. ANNEXES

7.1. MESURE DU CAO

Cet indice se calcule sur 32 dents, les dents de sagesse sont incluses dans la mesure du CAO. Chaque dent permanente reçoit un score compris entre 0 et 9.

Scores	Critères
0	Saine
1	Cariée
2	Obturée et cariée
3	Obturée sans carie
4	Manquante pour cause de carie
5	Manquante pour toute autre cause
6	Scellement de sillons
7	Reconstitution prothétique fixée : couronne, facette, implant
8	Incluse
9	Non recueilli

Une dent cariée (C) recevra un score de 1 ou 2.

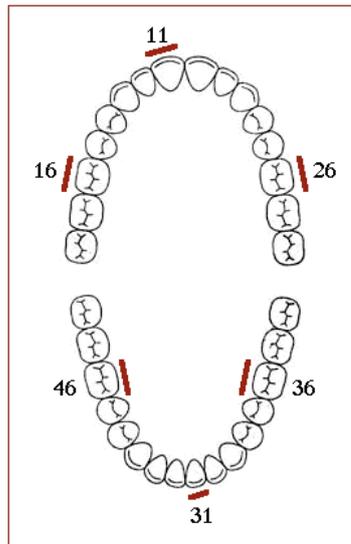
La composante O désignant les dents obturées est uniquement représentée par le code 3.

Une dent obturée et cariée est considérée comme cariée.

Les dents correspondant aux codes 6 et 7 ne seront pas incluses dans le calcul du CAO.

7.2. MESURE DE L'INDICE D'HYGIENE ORALE SIMPLIFIEE (OHIS)

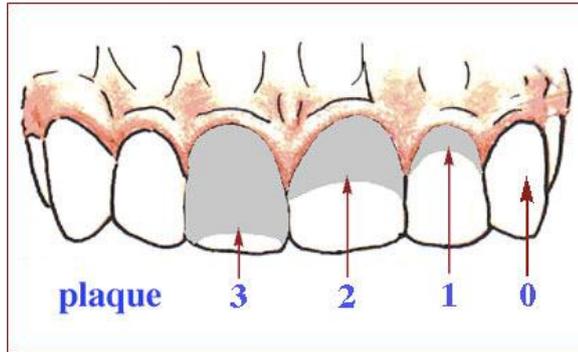
La mesure de l'OHIS (ou indice de débris de Greene et Vermillion) comprend la mesure d'un score de plaque dentaire et d'un score de tartre dentaire. Les six surfaces dentaires considérées dans ce score simplifié sont schématisées ci-dessous :



Répartition des faces dentaires considérées dans l'étude

Scores	Critères
0	Pas de débris ni de coloration dentaire sur la surface examinée
1	Débris mous recouvrant moins du 1/3 de la surface dentaire considérée ou bien coloration dentaire extrinsèque sur la face dentaire considérée
2	Débris mous recouvrant entre 1/3 et 2/3 de la surface dentaire considérée
3	Débris mous recouvrant plus des 2/3 de la surface dentaire considérée

Mesure du score de plaque dentaire



Surfaces dentaires considérées pour classifier le score de plaque

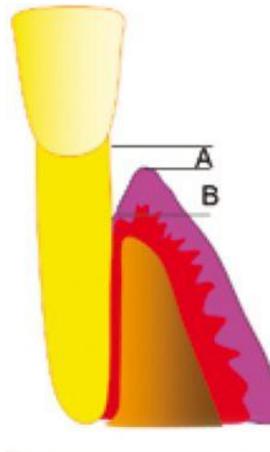
Scores	Critères
0	Pas de tartre présent
1	Tartre supra-gingival recouvrant moins du 1/3 de la surface dentaire considérée
2	Tartre supra-gingival recouvrant entre 1/3 et 2/3 de la surface dentaire considérée et/ou présence de dépôts isolés de tartre sous-gingival le long du collet de la dent considérée
3	Tartre supra-gingival recouvrant plus des 2/3 de la surface dentaire considérée et/ou présence d'une bande continue de tartre dur sous-gingival le long du collet de la dent considérée

Mesure du Score de Tartre

7.3. ETAT PARODONTAL

Le statut parodontal est recueilli avec des critères d'évaluation communément utilisés dans les études épidémiologiques (30) :

- *Profondeur de sondage* (ou profondeur de poche) : distance de la gencive marginale au fond de la poche (*B* sur le schéma ci-dessous).
- *Perte d'attache* : distance entre la jonction émail-cément et le fond de la poche (*A+B* sur le schéma ci-dessous).



7.4. AVIS DU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES

Page 1

COMITE de PROTECTION des PERSONNES

CPP OUEST II - ANGERS

Dr Elise ARRIVE
Service d'Odontologie Hôpital Pellegrin
Bât. PQR - Entrée 1 - 2^{ème} étage
Place Amélie Raba Léon
33000 Bordeaux

Projet d'étude n°2019/08

Angers, le 27 mars 2019

Madame,

Vous trouverez ci-joint l'avis favorable du CPP Ouest II concernant le projet d'étude intitulé :

« Etat bucco-dentaire et connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes sur leur santé bucco-dentaire et celle de leur enfant à naître ».

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie de croire, Madame, en l'expression de mes sentiments dévoués.

Dr Nicole Meslier
Présidente du CPP Ouest II



Copie envoyée pour information à l'ANSM et à la CNRIPH

Secrétariat CPP Ouest II - Maison de la Recherche Clinique - CHU Angers 49933 Angers codes 9

Tél : 02 41 35 52 15 Fax : 02 41 35 54 00 e-mail : cpp.ouest2@univ-angers.fr

7.5. FORMULAIRE DE NON-OPPOSITION A L'ATTENTION DES PARTICIPANTES

État de santé bucco-dentaire des femmes enceintes en consultation à la maternité de l'hôpital Pellegrin, Centre hospitalier universitaire de Bordeaux

Version n°0.2

Gestionnaire de la recherche : Pôle d'Odontologie et de Santé buccale du Centre
Hospitalier Universitaire de Bordeaux
Responsable de la recherche : *Dr. ARRIVE Elise*

Formulaire de non-opposition

Madame,

Nous vous proposons de participer à une étude concernant la santé bucco-dentaire des femmes enceintes en consultation prénatale à la maternité de l'hôpital Pellegrin. Si vous acceptez de participer à cette étude, au moment du rendez-vous programmé au cours de vos visites, un étudiant en odontologie se proposera de vous faire un examen dentaire. Cela vous permettra de savoir si vous avez un problème bucco-dentaire. De plus, il vous sera demandé de répondre à un questionnaire pour compléter ce bilan. Celui-ci traitera de vos connaissances, et pratiques concernant votre santé bucco-dentaire et celle de votre enfant à naître, et relèvera également des données plus administratives telles que l'âge, le niveau de diplôme ou encore la langue maternelle. Cela durera environ 40 minutes. L'étudiant pourra vous donner des conseils personnalisés pour préserver votre santé bucco-dentaire et celle de votre enfant à naître.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées vous concernant (loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de ces recherches et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Après avoir lu cette note d'information, n'hésitez pas à poser au médecin investigateur toutes les questions que vous désirez. Une fois complété, un exemplaire du document vous sera remis.

Cadre réservé au service

Nom du participant :

Code participant :

Date d'information : le

Opposition exprimée : oui non

Nom et signature de l'investigateur :

7.6. QUESTIONNAIRE REMIS AUX PARTICIPANTES

1. Avez-vous déjà des enfants ? ₁ Oui ₀ Non
 - 1.1. Si oui, combien ?
2. A quel terme de grossesse êtes-vous (en semaines d'aménorrhée)?
3. Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?
 - ₁ Agriculteurs exploitants
 - ₂ Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 - ₃ Cadres et professions intellectuelles supérieures
 - ₄ Professions Intermédiaires ₅ Employés
 - ₆ Ouvriers ₇ Autre
4. Quel est votre niveau d'étude le plus haut ?
 - ₀ Pas de scolarisation
 - ₁ Primaire, collège ₂ CAP/ BEP
 - ₃ Lycée ₄ Bac Professionnel
 - ₅ BTS ₇ Etudes supérieures
5. Quelle est votre situation familiale ? ₁ en couple ₂ célibataire, divorcée, veuve
6. Quelle est votre langue maternelle ? ₁ français ₂ autre, précisez.....

VOS HABITUDES BUCCO-DENTAIRES et ALIMENTAIRES

7. Avez-vous un dentiste traitant ? ₁ Oui ₀ Non
8. A quand remonte votre dernière visite chez le chirurgien-dentiste (en mois) ?
9. Quel était le motif de la visite ?
 - ₁ Contrôle ₂ Suite de soins ₃ Urgence
 - ₄ Autre (précisez)
10. Si vous avez un dentiste traitant, vous a-t-il donné des informations concernant les soins dentaires et problèmes bucco-dentaires possibles pendant la grossesse ?
 - ₁ Oui ₀ Non
11. Connaissez-vous l'examen de prévention à destination des femmes enceintes proposé par l'Assurance Maladie gratuit ?
 - ₁ Oui ₀ Non
 - 11.1. Si oui, y avez-vous eu recours ?
 - ₁ Oui ₀ Non
 - 11.1.1. Si non à la question 11.1, pourquoi ?
 - ₁ Pas au courant ₂ Pas envie ₃ Pas besoin
 - ₄ Peur ₅ Autre, précisez :

11.1.2. Si non à la question 11.1, pensez-vous le faire ? Oui Non

11.1.3. Si oui à la question 11.1, vous a-t-il apporté des réponses satisfaisantes aux questions que vous vous posez concernant votre santé bucco-dentaire et celle de votre enfant à naître ?

Oui Non

11.1.3.1. Si non, pourquoi.....

12. Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous perçu une douleur au niveau de votre bouche au moins une fois? Oui Non

12.1. Si oui, quelle note donneriez-vous à cette douleur sur une échelle de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale)

12.2. Si oui, qu'avez-vous fait ?

Rien

Prise de médicaments sans ordonnance, précisez lesquels.....

Prise de RV chez le médecin généraliste ou gynécologue

Prise de RV chez un dentiste

Autre, précisez.....

13. Pensez-vous que la grossesse puisse avoir des effets sur votre santé bucco-dentaire ?

Oui Non Ne sais pas

13.1. Si oui, lesquels ?

14. Pensez-vous que les soins dentaires pendant la grossesse puissent avoir une incidence sur son déroulement ? Oui Non Ne sais pas

14.1. Si oui, quels sont les effets auxquels vous pensez ?

.....

15. Quelle est votre fréquence de brossage de dents ?

Jamais Episodiquement

Une fois par jour Au moins 2 fois par jour

16. Quel(s) matériel(s) utilisez-vous pour vous brosser les dents ?

Jamais Rarement Souvent A chaque fois

Brosse à dent manuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brosse à dent électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fil dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brossette interdentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Votre dentifrice est-il fluoré ? ₁ Oui ₀ Non ₉ Ne sais pas

18. Utilisez-vous d'autres produits pour votre hygiène bucco-dentaire ?

	Jamais	Rarement	Souvent	A chaque fois
Bain de bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bicarbonate de soude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous changé vos habitudes d'hygiène bucco-dentaire ?

₁ Oui ₀ Non

19.1. Si oui, comment ?

20. Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous changé vos habitudes alimentaires ?

₁ Oui ₀ Non

20.1. Si oui, comment ?

21. Quelle est actuellement votre fréquence de grignotage entre les repas ?

₁ Jamais ₂ De temps en temps
₃ Souvent ₄ Quotidiennement

22. Avez-vous actuellement des reflux gastro-œsophagiens ?

₁ Jamais ₂ De temps en temps
₃ Souvent ₄ Quotidiennement

23. Avez-vous actuellement des vomissements ?

₁ Jamais ₂ De temps en temps
₃ Souvent ₄ Quotidiennement

- 23.1. Que faites-vous en cas de vomissement ? 9 Non applicable
 1 Rien 2 Rinçage à l'eau
 3 Bain de bouche 4 Brossage

24. Est-ce que vous fumez ou avez fumé (cigarettes/cigares/joints/chicha/narguilé) ?
 1 Non, jamais
 2 Oui, dans le passé mais je ne fume plus, préciser la date de l'arrêt

 3 Oui actuellement

24.1. Si oui (fumeur ou ex-fumeur), combien ? _____ cigarettes/ cigares/ joints/ chicha/ narguilé par 1 jour / 2 semaines/ 3 mois

24.2. Vous a-t-on déjà proposé d'arrêter de fumer ? 1 Oui 0 Non

25. Actuellement, est-ce que vous consommez de l'alcool ? 1 Oui 0 Non

- 25.1. Si oui, à quelle fréquence ?
 1 Tous les jours 2 au moins une fois par semaine
 3 De temps en temps 4 Je buvais dans le passé mais je ne bois plus

25.2. Combien de verres buvez-vous _____ par 1 jour / 2 semaines/ 3 mois

26. Vous pensez avoir toutes les connaissances nécessaires à propos de votre santé bucco-dentaire au cours de votre grossesse :
 1 Pas du tout d'accord 2 Pas d'accord
 3 Plutôt d'accord 4 Tout à fait d'accord

- 26.1. Comment avez-vous eu ces informations ? (Plusieurs réponses possibles)
 1 Sage-femme 2 Gynécologue
 3 Médecin généraliste 4 Chirurgien-dentiste
 5 Internet 6 Autre, préciser :

26.2. Quelles informations concernant votre santé bucco-dentaire pendant votre grossesse souhaiteriez-vous avoir ?

HABITUDES BUCCO-DENTAIRES et ALIMENTAIRES POUR VOTRE ENFANT à NAITRE

27. Pensez-vous allaiter votre enfant ? ₁ Oui ₀ Non
 27.1. Si oui, combien de temps comptez-vous allaiter votre enfant ?
 mois Ne sais pas
28. Quand pensez-vous amener votre enfant chez le dentiste pour la première fois ?
₁ Quand il se plaindra de douleurs
₂ Pas avant l'âge du premier bilan bucco-dentaire proposé par l'Assurance Maladie
₃ A partir de l'apparition de la première dent de lait (à 6 mois)
₄ A partir de l'apparition de la totalité des dents de lait (à 2-3 ans)
29. Pour aider votre enfant à s'endormir, lui laisseriez-vous un biberon rempli (choisissez la réponse qui vous paraît la plus adaptée) :
₁ d'eau sucrée ₂ de jus de fruit ₃ de soda ₄ d'eau plate
₅ pas de biberon ₆ de lait
30. Selon vous, à partir de quel moment faudrait-il commencer à brosser les dents de votre enfant ?
₁ A partir de l'apparition de la première dent de lait (à 6 mois)
₂ A partir de l'apparition de la totalité des dents de lait (à 2-3 ans)
₃ A 4 ans
₄ A partir de l'apparition en bouche de la première dent définitive (à 6 ans)
31. Selon vous, à partir de quel âge votre enfant peut-il se brosser les dents sans l'aide ou le contrôle de ses parents ?
₁ 2 à 3 ans ₂ 4 à 5 ans ₃ 6 à 7 ans ₄ 8 à 9 ans
32. Quel dentifrice votre enfant utilisera-t-il ? (Une seule réponse possible)
₁ Le même que vous ₂ Un dentifrice adapté à son âge
33. Pensez-vous que votre enfant peut avoir des caries sur ses dents de lait ?
₁ Oui ₀ Non ₉ Ne sais pas
34. Pensez-vous que la carie dentaire soit une maladie que vous pouvez transmettre à votre enfant par le partage de mêmes brosses à dents ou l'échange de couverts ?

Oui

Non

Ne sais pas

35. Selon vous, l'état des dents de lait est sans importance pour la santé future de votre enfant car elles seront remplacées par les dents définitives :

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

36. Vous pensez avoir toutes les connaissances nécessaires à propos de la santé bucco-dentaire et de l'alimentation de votre enfant à naître ?

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

36.1. Comment avez-vous eu ces informations ? (Plusieurs réponses possibles)

Sage-femme

Gynécologue

Médecin généraliste

Chirurgien-dentiste

Internet

Autre, préciser :

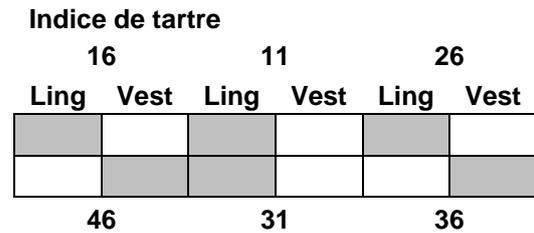
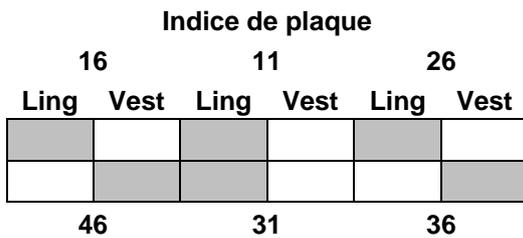
36.2. Quelles informations concernant la santé bucco-dentaire ou l'alimentation de votre enfant souhaiteriez-vous avoir ?

.....

7.7. FICHE DE RECUEIL DE L'ETAT BUCCO-DENTAIRE DES PARTICIPANTES

Hygiène orale : Indice OHIS (ou indice de débris de Greene et Vermillion)

La mesure de l'OHIS comprend la mesure d'un score de plaque dentaire et d'un score de tartre dentaire.



- 0 Pas de plaque
- 1 moins de 1/3 de la face recouvert de plaque
- 2 de 1/3 à 2/3 de la face recouverts de plaque
- 3 plus de 2/3 la face recouverte de plaque
- 9 Non disponible

- 0 Pas de plaque
- 1 moins de 1/3 de la face recouvert de plaque
- 2 de 1/3 à 2/3 de la face recouverts de plaque
- 3 plus de 2/3 la face recouverte de plaque
- 9 Non disponible

Notes :

.....

.....

.....

Situation		Plaque	Tartre
1	Face vestibulaire de la 16	┌	┌
2	Face vestibulaire de la 11	┌	┌
3	Face vestibulaire de la 26	┌	┌
4	Face linguale de la 46	┌	┌
5	Face vestibulaire de la 31	┌	┌
6	Face linguale de la 36	┌	┌

Etat dentaire**Indice CAO**

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

Scores	Critères
0	Saine
1	Cariée
2	Obturée/couronnée et cariée
3	Obturée/couronnée sans carie
4	Manquante non remplacée
5	Manquante remplacée par une prothèse amovible
6	Manquante remplacée par une prothèse fixée, bridge ou implant
7	Scellement de sillons
9	Non recueilli

Une dent cariée C est représentée par les codes 1 ou 2.

La composante O désignant les dents obturées est uniquement représentée par le code 3.

Une dent obturée et cariée est considérée comme cariée.

Une dent manquante est représentée par les codes 4, 5 et 6.

Les dents avec le code 7 ne seront pas incluses dans le calcul du CAO.

Etat parodontal

Explorer l'ensemble du parodonte des dents de référence à l'aide d'une sonde parodontale et noter le score le plus élevé :

Arcade maxillaire :

Numéro dent	17	16	15*	14*	13*	12	11	21*	22*	23*	24	25*	26	27
VESTIBULAIRE														
Profondeur de poche														
Perte d'attache														
Saignement sondage ¹ au														
LINGUAL														
Profondeur de poche														
Perte d'attache														
Saignement sondage au														

Arcade mandibulaire :

Numéro dent	47	46	45*	44	43*	42*	41*	31	32	33*	34*	35*	36	37
VESTIBULAIRE														
Profondeur de poche														
Perte d'attache														
Saignement sondage ¹ au														
LINGUAL														
Profondeur de poche														
Perte d'attache														
Saignement sondage au														

*Si dents de références absentes

¹ Saignement positif s'il survient dans les 15 secondes après le sondage.

Autre donnée recueillie :

Présence d'épulis

Oui

Non

Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

Discipline : Prévention épidémiologie

Etat bucco-dentaire des femmes enceintes et examen bucco-dentaire préventif de l'Assurance Maladie

Résumé : **Contexte** : la grossesse s'accompagne de modifications au niveau de la sphère orale susceptibles d'augmenter les besoins de soins et de prévention bucco-dentaire. **Objectif** : décrire l'état bucco-dentaire et les besoins en soins des femmes enceintes à la maternité de Pellegrin et le comparer selon leur connaissance de l'examen bucco-dentaire (EBD) de l'assurance maladie. **Méthodes** : une étude transversale a été menée de mai 2019 à septembre 2019 chez les femmes enceintes consultant à la maternité de l'hôpital Pellegrin de Bordeaux. L'expérience carieuse et l'état parodontal ont été recueillis, ainsi que leurs connaissances et participation à l'EBD. **Résultats** : 117 patientes entre 18 et 36 SA ont été incluses. La prévalence carieuse a été estimée à 29,9% (IC à 95% = [21,8% ; 39,1%]), celle de la parodontite à 34,2% (IC à 95% = [25,7% - 43,5%]). L'état bucco-dentaire était moins bon chez les patientes ne connaissant pas l'EBD par rapport à celles qui le connaissaient. **Conclusion** : Les femmes enceintes présentent un besoin en soins bucco-dentaires important. Une meilleure promotion de l'examen bucco-dentaire préventif serait nécessaire.

Mots-clés : santé bucco-dentaire, grossesse, prévention, dépistage, prise en charge.

Oral status of pregnant women and preventive oral-dental examination of health insurance

Summary: **Background**: pregnancy is combined with changes in oral sphere that can increase the needs for dental care and prevention. **Objective**: describe dental status and the needs for care in pregnant women of the Pellegrin hospital maternity and compare it according to their knowledge of oral-dental examination of health insurance. **Methodes**: a cross-sectional study was conducted from May 2019 to September 2019 among pregnant women at the maternity of Pellegrin hospital, in Bordeaux. Carious experience, periodontal status, knowledge and participation in oral-dental examination were noticed. **Results**: 117 patients were included, between 18 and 36 weeks of amenorrhea. Carious prevalence was estimated at 29,9% (95% CI = [21,8% - 39,1%]), and periodontitis prevalence at 34,2% (95% CI = [25,7% - 43,5%]). Oral status was worse in patients who didn't know the oral-dental examination than those who knew him. **Conclusion**: Pregnant women have important need for dental cares. A better promotion of preventive oral-dental examination would be necessary.

Key-words: oral health, pregnancy, prevention, screening, patient care.

Université de Bordeaux – Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

146, rue Léo Saignat

CS 61292

33076 Bordeaux Cedex