



**HAL**  
open science

# Connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes sur leur santé bucco-dentaire et celle leur enfant à naître : étude transversale à la maternité du CHU de Bordeaux

Axel Toussay

► **To cite this version:**

Axel Toussay. Connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes sur leur santé bucco-dentaire et celle leur enfant à naître : étude transversale à la maternité du CHU de Bordeaux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03177709

**HAL Id: dumas-03177709**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03177709>**

Submitted on 23 Mar 2021

**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  
U.F.R. des Sciences Odontologiques

Année 2021

Thèse n°14

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

Présentée et soutenue publiquement par

Axel TOUSSAY

Né(e) le 6 Mai 1988 à Schœlcher

Le 11 mars 2021

**Connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes sur leur santé bucco-dentaire et celle de leur enfant à naître : étude transversale à la maternité du CHU de Bordeaux**

Sous la direction de :

Docteur Élise ARRIVÉ

Membres du jury :

Présidente	Mme Marie-José BOILEAU	Professeur des Universités
Directrice	Mme Élise ARRIVÉ	Maître de Conférences des Universités
Rapporteur	Mme Noélie THEBAUD	Maître de Conférences des Universités
Examineur	M Christophe BOU	Maître de Conférences des Universités

# UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ  
11/01/2021

*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

*Directrice* Mme BERTRAND Caroline 58-01  
*Directeur Adjoint à la Pédagogie* Mr DELBOS Yves 58-01  
*Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche* M. CATROS Sylvain 57-01  
*Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales* 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	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
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	Mathilde	FENELON	Chirurgie Orale	57-01
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
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	58-01

M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	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**

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
M.	Baptiste	BERGES	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Mathilde	BOUDEAU	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	Laura	DONNET	Biologie Orale	57-01
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	58-01
Mr	Pierre-André	GUILLAUD	Parodontologie	57-01
Mme	Jane	GOURGUES	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	58-02
Mr	Louis	HUAULT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
Mme	Mathilde	JACQUEMONT	Parodontologie	57-01
Mme	Clémence	JAECK	Prothèse dentaire	58-01
Mr	Aymeric	JOUBERT DU CELLIER	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mr	Jean-Baptiste	IRIBARREN	Dentisterie restauratrice et endodontie	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
Mme	Léa	MASSE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Aude	MENARD	Prothèse dentaire	58-01
M	Florian	PITEU	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
Mme	Florianne	VILLAT	Dentisterie restauratrice et endodontie	5801
M.	Clément	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M	Paul	VITIELLO	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Sophia	ZIANE	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Laurie	FUCHS	Odontologie pédiatrique	58-01

# Remerciements

## À notre présidente de thèse

Madame le Professeur Marie-José BOILEAU  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
Sous-section orthopédie dento-faciale 56-01

Je vous remercie sincèrement d’avoir accepté la présidence de mon jury de thèse. Je vous remercie également pour les précieux enseignements que vous m’avez délivrés durant ma formation.

Veillez trouver ici, Madame, l’expression de mon profond respect.

## À notre directrice

Madame le Docteur Élise ARRIVÉ  
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier  
Sous-section prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale 56-02

Je vous remercie de m’avoir proposé ce travail. Merci d’y avoir apporté votre implication et votre rigueur.

Veillez trouver ici, Madame, l’expression de mon admiration et de mon respect le plus profond.

## À notre rapporteur de thèse

Madame le Docteur Noélie THEBAUD

Maître de conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section biologie orale 57-01

Merci d'avoir consacré votre temps à la relecture minutieuse de ce travail. Je vous remercie également pour le savoir que vous m'avez transmis.

Veillez trouver ici, Madame, l'expression de mon profond respect.

## À notre assesseur

Monsieur le Docteur Christophe BOU

Maître de conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale 56-02

Merci d'avoir accepté de prendre place au sein de mon jury de thèse. Je vous remercie infiniment pour les précieux enseignements que vous m'avez transmis dans la préparation de mon entrée dans la vie professionnelle.

Veillez trouver ici, Monsieur, mon respect le plus profond.

À la mémoire de Rosalie Vildrin qui fit de la condition des femmes le combat de sa vie.

À mes parents, pour leur soutien indéfectible et pour leur patience.

À ma famille, Lisa, Lise, Henri, Nadia, Luc, Danielle, Jean, Manuella, Hugues, Armand, Michel...  
Je suis à jamais votre obligé.

À mes amis, Guillaume, Aurélie, Mathieu, Léonard, Benoit, Briec, Gary, Ronan, Endoaccessbur, Enzo, les frères Froin, Tahina Radanielina Ranaivoson dit Tax, Hugo, Mathilde, Myriam, Ismaël, Jabrane, Emila et tous les autres, binômes, collègues, camarades de promotion...

À Johanna et au personnel du CHU de Pellegrin pour leur aide et leur contribution à ce travail.

**Connaissances, attitudes et pratiques des  
femmes enceintes sur leur santé bucco-dentaire  
et celle de leur enfant à naître : étude  
transversale à la maternité du CHU de  
Bordeaux**

# Table des matières

<b>INTRODUCTION</b>	<b>12</b>
<b>1 CONTEXTE DE LA RECHERCHE</b>	<b>13</b>
1.1 SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET GROSSESSE	14
1.1.1 Les caries	14
1.1.2 L'érosion dentaire	14
1.1.3 La gingivite	15
1.1.4 La parodontite	15
1.1.5 Les épulis	15
1.1.6 Les mobilités dentaires	15
1.2 SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT	16
1.2.1 Carie précoce de l'enfance	16
1.2.2 Malocclusions	17
1.3 STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE	17
1.3.1 Le dispositif de prévention de l'Assurance Maladie	18
1.3.1.1 Genèse du dispositif	18
1.3.1.2 Objectifs du dispositif	18
1.3.1.3 Invitation à l'examen de prévention	18
1.3.1.4 Déroulement de l'examen de prévention	18
1.3.1.5 Coût de l'examen et prise en charge	18
1.4 CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES FEMMES ENCEINTES	19
1.4.1 Connaissances des femmes enceintes	19
1.4.2 Pratiques d'hygiène orale et attitude de prévention	19
<b>2 METHODES</b>	<b>20</b>
2.1 SCHÉMA DE LA RECHERCHE	21
2.2 POPULATION D'ÉTUDE	21
2.3 VARIABLES D'INTÉRÊT	21
2.4 TRAITEMENT DES DONNÉES ET ANALYSE STATISTIQUE	25
2.5 ANALYSE DESCRIPTIVE	25
2.6 TESTS D'HYPOTHÈSES	26
2.7 ASPECTS ÉTHIQUES	26
<b>3 RESULTATS</b>	<b>27</b>
3.1 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON	28
3.1.1 Âge	28
3.1.2 Parité	28
3.1.3 Termes de grossesse	28
3.1.4 Catégories socio-professionnelles	28
3.1.5 Niveau d'instruction	29
3.1.6 Situation familiale	30
3.1.7 Langue maternelle	30
3.2 ATTITUDES VIS-À-VIS DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE	30
3.2.1 Dentiste traitant	30
3.2.2 Dernière visite chez le dentiste	30
3.2.3 Motif de la dernière visite chez le dentiste	31
3.2.4 Connaissance du dispositif de prévention de l'Assurance Maladie à destination des femmes enceintes	31
3.2.5 Réponses apportées lors de l'examen de prévention	32
3.3 ATTITUDES ET PRATIQUES EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE	32
3.3.1 Attitudes face à la douleur bucco-dentaire	32
3.3.2 Fréquence de brossage	32

3.3.3	<i>Matériel utilisé pour l'hygiène dentaire</i> .....	32
3.3.3.1	Brosse à dent.....	33
3.3.3.2	Nettoyage interdentaire.....	33
3.3.3.3	Dentifrice fluoré.....	33
3.3.3.4	Bain de bouche .....	33
3.3.3.5	Autres produits d'hygiène bucco-dentaire .....	33
3.3.4	<i>Influence de la grossesse sur les pratiques d'hygiène bucco-dentaire</i> .....	34
3.3.5	<i>Pratiques lors des vomissements</i> .....	34
3.4	ATTITUDES ET PRATIQUES EN MATIÈRE D'ALIMENTATION, CONSOMMATION DE TABAC.....	35
3.4.1	<i>Influences de la grossesse sur les habitudes alimentaires</i> .....	35
3.4.2	<i>Fréquence des apports alimentaires</i> .....	35
3.4.3	<i>Consommation d'alcool</i> .....	35
3.4.4	<i>Consommation de tabac</i> .....	36
3.4.5	<i>Pratiques envisagées en matière d'allaitement</i> .....	36
3.5	CONNAISSANCES EN MATIÈRE DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET D'ALIMENTATION AU COURS DE LA GROSSESSE	36
3.5.1	<i>Effets de la grossesse sur la santé bucco-dentaire</i> .....	36
3.5.2	<i>Effets des soins sur le déroulement de la grossesse</i> .....	36
3.6	CONNAISSANCES SUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET L'ALIMENTATION DE L'ENFANT .....	37
3.6.1	<i>Connaissances perçues sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation de l'enfant</i> .....	37
3.6.2	<i>Date de la première consultation dentaire de l'enfant</i> .....	38
3.6.3	<i>Biberon</i> .....	38
3.6.4	<i>Début des premiers brossages de dents</i> .....	39
3.6.5	<i>Supervision du brossage</i> .....	40
3.6.6	<i>Dentifrice de l'enfant</i> .....	40
3.6.7	<i>Carie et dents de laits</i> .....	40
3.6.8	<i>Transmissibilité de la carie dentaire</i> .....	40
3.6.9	<i>Importance des dents de lait pour la santé future de l'enfant</i> .....	41
3.7	SOURCES D'INFORMATION .....	41
3.7.1	<i>Sources d'information sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation au cours de la grossesse</i> .....	41
3.7.2	<i>Sources d'information sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation de l'enfant</i> .....	42
3.8	ASSOCIATIONS AVEC LE RECOURS À L'EXAMEN DE PRÉVENTION .....	43
3.8.1	<i>Effet sur la connaissance des effets de la grossesse sur la santé bucco-dentaire</i> .....	43
3.8.2	<i>Effet sur la perception des soins dentaires durant la grossesse</i> .....	43
3.8.3	<i>Effet sur les connaissances perçues à propos de la santé bucco-dentaire et l'alimentation de l'enfant à naître</i> 44	
3.8.4	<i>Effet sur les intentions de laisser un biberon sucré comme aide à l'endormissement</i> .....	44
3.8.5	<i>Effet sur l'âge du début du brossage des dents de l'enfant</i> .....	45
3.8.6	<i>Effet sur l'âge de la première visite chez le dentiste</i> .....	45
3.8.7	<i>Effet sur la connaissance de la vulnérabilité à la carie des dents déciduales</i> .....	45
3.8.8	<i>Effet sur la connaissance de la transmissibilité de la carie dentaire</i> .....	46
<b>4</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>47</b>
4.1	ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES .....	48
4.1.1	<i>Profil socio-démographique de l'échantillon</i> .....	48
4.1.2	<i>Recours au chirurgien-dentiste</i> .....	48
4.1.3	<i>Pratiques d'hygiène bucco-dentaire</i> .....	48
4.1.4	<i>Alimentation et tabac</i> .....	49
4.1.5	<i>Connaissance sur la santé bucco-dentaire en période de grossesse</i> .....	49
4.1.6	<i>Connaissances sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation de l'enfant à naître</i> .....	49
4.2	OBSERVATIONS SUR LE DISPOSITIF DE PRÉVENTION DE L'ASSURANCE MALADIE .....	50
4.2.1	<i>Portée</i> .....	50
4.2.2	<i>Réception</i> .....	50
4.2.3	<i>Effets observés sur les connaissances</i> .....	50
4.3	LIMITES DE L'ÉTUDE .....	51
4.3.1	<i>Biais de sélection</i> .....	51
4.3.2	<i>Biais déclaratif</i> .....	51

4.3.3	<i>Biais de recueil</i> .....	51
4.3.4	<i>Taille de l'échantillon</i> .....	51
4.3.5	<i>Choix méthodologiques</i> .....	51
4.4	<b>MISE EN PERSPECTIVE</b> .....	52
4.4.1	<i>Comparaison des connaissances sur la santé bucco-dentaire</i> .....	52
4.4.2	<i>Comparaison des pratiques d'hygiène et attitude de prévention</i> .....	52
4.4.3	<i>Comparaison du dispositif de prévention avec les programmes étrangers</i> .....	52
4.4.4	<i>Prise en charge des femmes enceintes par les chirurgiens-dentistes</i> .....	53
4.5	<b>PISTES D'ACTION EN SANTÉ PUBLIQUE</b> .....	53
4.5.1	<i>Promotion de la santé</i> .....	53
4.5.2	<i>Actions de dépistage</i> .....	54
4.5.3	<i>Pistes de recherche</i> .....	54
4.5.4	<i>Améliorations du dispositif de l'Assurance Maladie</i> .....	54
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>55</b>
<b>ANNEXES</b> .....		<b>56</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....		<b>64</b>

---

## Liste des tableaux

Tableau 1: Catégories socioprofessionnelles .....	29
Tableau 2: Niveau d'instruction .....	30
Tableau 3: Motifs de visite .....	31
Tableau 4 : Fréquence d'utilisation des dispositifs d'hygiène buccodentaire (effectifs / pourcentages) .....	34
Tableau 5 : Pratiques en cas de vomissement .....	35
Tableau 6 : Connaissance du lien entre grossesse et santé bucco-dentaire en fonction du recours à l'examen de prévention .....	43
Tableau 7 : Perception des soins dentaires sur la grossesse en fonction du recours à l'examen de prévention .....	43
Tableau 8 : Connaissances perçues sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation de l'enfant en fonction du recours à l'examen de prévention .....	44
Tableau 9: Intentions de laisser un biberon sucré en fonction du recours à l'examen de prévention ..	44
Tableau 10: Connaissance de l'âge de début de brossage des dents en fonction du recours à l'examen de prévention.....	45
Tableau 11: Intentions d'emmener l'enfant chez le dentiste dès 6 mois en fonction du recours à l'examen de prévention .....	45
Tableau 12: Connaissance de la vulnérabilité des dents déciduales en fonction du recours à l'examen de prévention.....	46
Tableau 13: Connaissance de la transmissibilité de la carie dentaire en fonction du recours à l'examen de prévention.....	46

## Liste des figures

Figure 1 : Niveau de connaissance perçue à propos de l'enfant.....	37
Figure 2 : Première consultation de l'enfant .....	38
Figure 3 : Aide prévue pour l'endormissement de l'enfant .....	39
Figure 4 : Âge prévu pour commencer à brosser les dents de l'enfant .....	39
Figure 5 : Âge du brossage autonome de l'enfant .....	40
Figure 6 : Importance des dents de lait .....	41
Figure 7 : Sources d'information sur la santé bucco-dentaire de la mère .....	42
Figure 8 : Sources d'information sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation de l'enfant.....	42

# Introduction

Les affections bucco-dentaires — principalement la carie et les maladies parodontales — sont un enjeu de santé publique majeur en raison de leur incidence et de leur prévalence élevées, ainsi que leur impact parfois grave sur la santé générale et la qualité de vie. La santé bucco-dentaire dépend en outre de facteurs sociaux, environnementaux et comportementaux en lien étroit avec la plupart des maladies chroniques non-transmissibles qui touchent les pays industrialisés (1).

Prenant conscience de cet état de fait, les pouvoirs publics français, par la loi du 9 août 2004, ont placé pour la première fois la santé bucco-dentaire parmi les objectifs de santé publique. Le plan de santé bucco-dentaire 2006 qui en découle met l'accent principalement sur la prévention et l'éducation à la santé des plus jeunes. Ce plan suggère la mise en place d'un examen de prévention à destination des enfants de 6 ans, 9 ans, 12 ans 15 ans et 18 ans, entièrement pris en charge par l'Assurance Maladie, sans avance de frais, dans le cadre du programme « M'T dents » (2).

La carie de la petite enfance est la maladie pédiatrique ayant la prévalence la plus élevée et la principale maladie chronique touchant les enfants de moins de 6 ans à travers le monde. Or les attitudes et pratiques des parents en termes d'hygiène bucco-dentaire et d'alimentation influencent la santé bucco-dentaire de l'enfant dès le stade du nourrisson (3).

En ce qui concerne la future mère, la grossesse est une période où les changements d'habitudes alimentaires, les bouleversements hormonaux et les reflux gastro-œsophagiens peuvent provoquer ou aggraver des atteintes carieuses, des maladies parodontales et des érosions dentaires. En outre, un état bucco-dentaire dégradé peut augmenter le risque de complication obstétricale (4).

Une prévention primaire efficace des atteintes bucco-dentaires doit, de ce fait, viser aussi la femme enceinte en améliorant non seulement ses connaissances en matière de santé bucco-dentaire, mais également ses pratiques d'hygiène bucco-dentaire et d'alimentation pour elle-même, mais également pour son enfant à naître.

Ainsi, le dispositif « M'T dents » a été étendu en 2014 aux femmes enceintes, en 2018 aux jeunes adultes de 21 et 24 ans et en 2019 aux enfants de 3 ans (5).

Cependant, nous ne savons pas si les femmes enceintes adhèrent à ce dispositif. C'est pourquoi nous avons développé une étude épidémiologique transversale auprès des femmes enceintes en consultation prénatale à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux.

L'objectif de ce travail était de décrire les connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes sur leur santé bucco-dentaire et celle de leur enfant à naître, puis de les comparer selon que les participantes aient eu recours ou non au dispositif de prévention de l'Assurance Maladie.

Nous avons cherché à identifier les besoins spécifiques en éducation sanitaire des femmes enceintes dans le domaine de la santé bucco-dentaire, ainsi que la connaissance et l'adhésion des femmes enceintes vis-à-vis des dispositifs de prévention existants, dans le but de développer des actions de prévention appropriées à la maternité.

# 1 CONTEXTE DE LA RECHERCHE

## 1.1 Santé bucco-dentaire et grossesse

Les changements de la sphère orale durant la grossesse peuvent avoir des conséquences délétères temporaires ou permanentes sur la santé bucco-dentaire de la future mère. Ces conséquences affectent aussi bien les dents que le parodonte. Néanmoins la plupart de ces effets peuvent être évités.

### 1.1.1 Les caries

La carie dentaire est une maladie infectieuse chronique, multifactorielle par nature, qui aboutit à une destruction localisée de la dent par la fermentation bactérienne d'hydrates de carbone alimentaires. Les espèces des genres *Streptococcus mutans*, lactobacilles et actinomyces ont été identifiées comme étant les principaux micro-organismes à l'origine du processus (6).

Les femmes enceintes présentent donc un risque augmenté de survenue de carie dentaire pour plusieurs raisons :

Les fluctuations hormonales durant la grossesse modifient la composition biochimique de la salive et le débit salivaire (7). La diminution du pH et du pouvoir tampon salivaires qui en résulte s'accompagne d'une augmentation de la teneur en espèces cariogènes *Streptococcus mutans* et lactobacilles (4). Ces bactéries pourront être transmises par la suite au nourrisson (3).

Les envies et les aversions alimentaires sont communes, elles se manifestant généralement en début de grossesse sans aboutir forcément à des épisodes de suralimentation. Par la suite, des troubles alimentaires sont susceptibles d'apparaître ou de s'aggraver (8). Ces envies, aversions, troubles alimentaires, et d'une façon générale, les changements d'habitudes alimentaires qui interviennent au cours de la grossesse, peuvent favoriser l'adoption d'un mode d'alimentation cariogène.

Comme en population générale, la prévention du risque carieux passe par un brossage biquotidien au moyen d'un dentifrice fluoré et la diminution en quantité et en fréquence des apports alimentaires en hydrates de carbone.

### 1.1.2 L'érosion dentaire

Pendant la grossesse, la cavité buccale est davantage exposée aux acides gastriques qui peuvent éroder l'émail dentaire. Des nausées et vomissement apparaissent fréquemment au premier trimestre de grossesse et persistent rarement au-delà de la 14<sup>ème</sup> semaine de grossesse. Plus rare, l'hyperémèse gravidique, qui peut nécessiter une hospitalisation, se caractérise par 5 à 10 vomissements par jour et une perte de poids de plus de 5% (9). Lors des deux derniers trimestres de grossesse, la diminution graduelle de la pression du sphincter œsophagien inférieur provoquée par l'augmentation des hormones féminines circulantes, déclenche des reflux gastro-œsophagiens (10).

Un apport de fluorure par un dentifrice et, accessoirement, un bain de bouche en usage quotidien, favorise la reminéralisation des zones d'érosion (11). Le brossage devrait être effectué avec une brosse à dents souple et un dentifrice peu abrasif et ne pas intervenir juste après un épisode de vomissement.

### 1.1.3 La gingivite

La gingivite est une inflammation de la gencive induite par la plaque. Si la grossesse en elle-même ne cause pas de gingivite, la réponse inflammatoire est augmentée causant des gonflements et des saignements provoqués qui sont souvent motifs de consultation. Ainsi, une gingivite préexistante peut se voir fortement aggravée au cours de la grossesse. La gingivite gravidique est une affection répandue qui a une prévalence de 60 à 75%, voire 100% selon les études. L'augmentation des taux d'œstrogène et de progestérone dont la muqueuse gingivale possède les récepteurs, et la modification des germes en lien avec les modifications hormonales semblent en être la cause (4) (6).

La prévention et le traitement de la gingivite consiste donc à maîtriser la plaque dentaire par une hygiène bucco-dentaire adaptée et des nettoyages professionnels réguliers.

### 1.1.4 La parodontite

Pour les raisons évoquées précédemment, la grossesse est aussi un facteur aggravant de la parodontite. Le processus de destruction de l'os alvéolaire et du ligament parodontal est avant tout une réponse de l'hôte à une atteinte microbienne. Or, il apparaît que la grossesse altère cette réponse immunitaire tant en intensité qu'en efficacité. À cela s'ajoute la promotion de bactéries Gram-négatives anaérobies, principales responsables de la parodontite (6).

Le dépistage et la prise en charge de la parodontite à un stade précoce sont d'autant plus importants que la littérature suggère un risque accru d'accouchement prématuré et de petit poids à la naissance lorsque les femmes enceintes en sont atteintes (11).

### 1.1.5 Les épulis

Les épulis sont des lésions bénignes hyperplasiques qui concernent 5% des grossesses. Les changements hormonaux qui provoquent une réponse exagérée de la muqueuse gingivale à la plaque dentaire semblent en être la cause.

Les patientes atteintes doivent être rassurées sur le caractère bénin de la lésion et une surveillance doit être mise en place.

En raison du fort risque de récurrence, l'ablation chirurgicale ne doit être réalisée qu'en cas de gêne à la mastication ou à l'élocution (6).

### 1.1.6 Les mobilités dentaires

Des mobilités dentaires sans lien avec une maladie parodontale peuvent apparaître au cours de la grossesse. Elles disparaissent généralement après l'accouchement. Une modification minérale de la lamina dura, et non de la totalité de l'os alvéolaire, en serait la cause.

Les patientes concernées doivent être informées que ces mobilités sont temporaires et ne peuvent causer à elles seules la perte des dents (6).

## 1.2 Santé bucco-dentaire et alimentation du nourrisson et du jeune enfant

La mère est souvent la principale source de soins au nourrisson et au jeune enfant dans les premiers âges de la vie. Par conséquent, un dispositif d'éducation à la santé adressé aux femmes enceintes a un rôle à jouer dans la prévention des affections bucco-dentaires pédiatriques.

### 1.2.1 Carie précoce de l'enfance

La carie précoce de l'enfance (CPE), désignée auparavant sous le terme de « carie du biberon », est une forme virulente de carie dentaire qui touche les dents déciduales. La CPE se définit comme la présence chez l'enfant de moins de 6 ans, d'une ou plusieurs dents cariées, obturées ou manquantes à cause d'une carie (13).

La prévalence de la CPE varie de 11 à 72% dans les populations d'Amérique du Nord (3). Toutefois la diversité des critères diagnostiques utilisés limite la comparabilité entre les études, et celles-ci sont peu nombreuses à l'échelle nationale (14). Ainsi, une enquête épidémiologique réalisée en Moselle relevait que 37,5% des enfants de 4 ans recrutés présentaient au moins une dent cariée (15). Une étude de 2017 menée à la Martinique sur un échantillon de taille comparable mesurait une prévalence de 51,9% (16). Malgré ces disparités importantes en valeurs absolues, la littérature a identifié qu'une situation socio-économique défavorable augmente grandement le risque de survenue de CPE (3) (15) (16) (17).

La survenue de la CPE a une origine alimentaire, liée à l'exposition fréquente et prolongée à des hydrates de carbone fermentescibles, par exemple lors de l'utilisation de biberons contenant des liquides sucrés (lait, lait sucré, jus, sodas, eau sucrée, etc.) (17).

L'allaitement au sein fournit une alimentation complète permettant la croissance et le développement du nourrisson. De plus, des effets favorables sur la mortalité infantile et l'immunité du nourrisson ont été identifiés pour des allaitements exclusifs au sein de 6 mois ou plus, aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays à ressources limitées (18). Pour cette raison, l'Organisation Mondiale de la Santé recommande l'allaitement au sein exclusif pendant 6 mois, puis complété par une diversification alimentaire jusqu'à 2 ans ou plus.

Les études recherchant les effets de l'allaitement prolongé sur les caries dentaires de l'enfant révèlent une absence de bénéfice, voire une augmentation du risque (18)(19). En effet, le lait maternel comporte des hydrates de carbone (glucose, lactose, galactose) susceptibles d'être fermentés par des bactéries cariogènes, en particulier s'il y a eu une colonisation précoce. Par conséquent, le nettoyage quotidien dès l'apparition des premières dents à 6 mois doit être recommandé aux futures mères.

La colonisation précoce par *Streptococcus mutans* par transmission verticale de la mère à l'enfant, mais aussi horizontale par l'entourage, est quant à elle un facteur de risque important de la CPE et des caries futures. Les enfants des mères présentant des caries dentaires sont donc d'autant plus à risque d'en développer eux-mêmes, et le traitement de la maladie carieuse chez la mère contribuerait à réduire le risque de transmission au nourrisson (3).

### 1.2.2 Malocclusions

La littérature propose des données divergentes sur l'acquisition des malocclusions dans la petite enfance. Cela s'explique par la diversité des forces musculaires, des fréquences et des durées impliquées dans les différentes habitudes de succion, induisant des effets différents. De plus, il existe des interactions multiples entre les pratiques nutritives et les habitudes de succion non nutritives (20) (21).

La succion nutritive, relative à l'allaitement au sein ou au biberon, est distinguée dans la littérature de la succion non nutritive, évoquée lorsque l'enfant suce son pouce ou d'autres doigts, une tétine artificielle ou d'autres objets.

Les tétines et la succion des doigts impactent différemment les caractéristiques occlusales. La succion prolongée des doigts augmente la probabilité de développer une béance antérieure, alors que la succion de tétine, qui induit une position basse de la langue, est plutôt associée à un surplomb horizontal (overjet) excessif, un manque d'espace de développement mandibulaire, et des articulés inversés postérieurs.

Un allaitement au sein trop court (inexistant ou d'une durée inférieure à 6 mois) peut causer des malocclusions et favoriser le développement d'habitudes de succion non nutritives.

Une alimentation au biberon prolongée (plus de 18 mois) peut impacter négativement le développement mandibulaire (21).

Une méta-analyse de Victora et al. a confirmé l'effet protecteur de l'allaitement au sein contre les malocclusions car il favorise la croissance mandibulaire et réduit la classe II physiologique du nouveau-né (18).

Le rôle de dépistage du praticien généraliste reste essentiel pour une prise en charge précoce des malocclusions.

## 1.3 Stratégies de santé publique

La promotion de la santé et la prévention sont placées au cœur de la stratégie nationale de santé de la France en 2018. Elles reposent sur des actions ciblées menées à différentes étapes de la vie, dont la grossesse et les 1000 premiers jours de la petite enfance représentent le premier stade. (22) En toute cohérence, cette stratégie devrait s'appuyer, dans le domaine bucco-dentaire, sur le dispositif de prévention préexistant « M'T Dents » qui répond à ces principes. Initialement adressé aux enfants, il a été proposé aux femmes enceintes à partir de la fin de l'année 2013 à titre expérimental, puis a été généralisé dans les années suivantes à l'ensemble des caisses de sécurité sociale nationales.

Le budget alloué aux actions de prévention bucco-dentaire s'élevait à 58 millions d'euros en 2017. Ce budget est en constante augmentation depuis 2013, notamment en raison de la progression des examens bucco-dentaires (23).

### 1.3.1 Le dispositif de prévention de l'Assurance Maladie

#### 1.3.1.1 Genèse du dispositif

En 2003, dans son rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde, l'Organisation Mondiale de la Santé alerte sur la progression de la prévalence de la carie dentaire, en particulier chez les enfants de 6 à 12 ans. Les mesures préconisées par ce rapport ont grandement inspiré les politiques de santé publique adoptées par la suite en France, en particulier la loi du 9 Août 2004 relative à La Politique de Santé Publique. Cette année, la santé bucco-dentaire est devenue, pour la première fois, un objectif de santé publique national.

La mise en place d'un examen de prévention entièrement pris en charge par l'Assurance Maladie sous le slogan « M'T Dents » remonte à 2007, selon les préconisations du plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009 (2). La population ciblée à l'époque regroupait les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. La réalisation d'un examen de prévention bucco-dentaire au 4<sup>ème</sup> mois de grossesse n'a été instaurée qu'à titre expérimental. Ce n'est qu'à partir de fin 2013 que le dispositif est progressivement étendu aux femmes enceintes, aux jeunes adultes en 2018, puis aux enfants de 3 ans en 2019. À ce jour, il s'adresse donc tous les trois ans aux assurés de 3 à 24 ans et aux femmes enceintes (5).

#### 1.3.1.2 Objectifs du dispositif

Il s'agit d'instaurer de bonnes habitudes chez les bénéficiaires et de favoriser une prise en charge des atteintes dentaires à un stade précoce afin d'éviter le recours à des traitements lourds et plus coûteux.

#### 1.3.1.3 Invitation à l'examen de prévention

Les assurées sont invitées à participer au bilan de prévention après déclaration de leur grossesse auprès de l'Assurance Maladie. Un formulaire (*annexe 2*) est alors envoyé à partir du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse par voie postale ou électronique via le compte « Ameli ». Ce formulaire doit être présenté au chirurgien-dentiste pour que l'examen soit pris en charge dans le cadre du dispositif. Il est valable jusqu'au 12<sup>ème</sup> jour après l'accouchement. Il est valable également dans le cadre hospitalier.

Le premier examen adressé à l'enfant intervient à ses 3 ans. Le formulaire (*annexe 1*) est alors envoyé un mois avant la date de son anniversaire. Il est valable jusqu'à un an après cette date.

#### 1.3.1.4 Déroulement de l'examen de prévention

L'examen se compose d'une anamnèse, d'un examen diagnostique clinique voire radiologique, de conseils d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire, complétés si besoin par des soins. Le chirurgien-dentiste qui le réalise est laissé au choix de l'assurée.

À l'issue de l'examen, le formulaire de prise en charge est rempli par le praticien et renvoyé par lui à l'Assurance Maladie. Il comprend un schéma dentaire, une indication de l'état parodontal, le programme de soins à réaliser ainsi qu'un point sur l'éducation sanitaire.

Si un programme de soins est établi, ils doivent débiter dans les 3 mois qui suivent l'examen et s'achever dans les 6 mois suivant le début des soins.

#### 1.3.1.5 Coût de l'examen et prise en charge

L'examen est présenté aux assurées comme un rendez-vous « offert » dont les soins qui en découleront seront eux aussi « offerts ». Plus précisément, le Code de la Sécurité Sociale stipule que cet examen

de prévention, ainsi que les soins dentaires consécutifs éligibles, sont pris en charge en totalité par les régimes obligatoires de l'Assurance Maladie, et que les bénéficiaires de ces actes sont dispensés de l'avance des frais. Les soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale sont exclus du dispositif. Pour le moment, les soins jugés nécessaires à l'issue de l'examen de prévention des femmes enceintes ne sont pas pris en charge non plus.

L'examen de prévention bucco-dentaire est rémunéré à hauteur de 30 euros (42 euros s'il comporte une ou deux radiographies intrabuccales, 54 euros s'il comporte trois ou quatre radiographies intrabuccales). Ces frais sont pris en charge entièrement par l'Assurance Maladie (5).

## 1.4 Connaissances et pratiques des femmes enceintes

### 1.4.1 Connaissances des femmes enceintes

Les connaissances des femmes enceintes de la région Aquitaine sur la santé bucco-dentaire ont déjà fait l'objet d'études : par J Carrique en 2010 (24), et par M Letort en 2012 (25). D'après ces travaux, des notions comme l'importance du brossage biquotidien semblent globalement acquises, tandis que des lacunes persistent en raison d'un manque d'information, combiné à la persistance de croyances et d'idées reçues.

Un questionnaire postnatal proposé à des mères australiennes en 2008 (26) a révélé que les mères avaient en général une bonne connaissance des affections bucco-dentaires, à l'exception de la maladie parodontale. Les femmes qui disposaient d'un niveau d'éducation élevé ont montré de meilleures connaissances.

### 1.4.2 Pratiques d'hygiène orale et attitude de prévention

Des études menées aux États-Unis, en Australie et à Oman sur les pratiques d'hygiènes des femmes enceintes ont montré que : le brossage des dents au moins une fois par jour est très largement pratiqué (entre 90 et 100%) ; une femme sur deux environ utilise régulièrement du bain de bouche ; et entre 10% et 40% des femmes enceintes utilisent quotidiennement le fil dentaire (26)(27)(28).

Des études menées aux États-Unis et en Australie ont trouvé que plus de 50% des femmes enceintes n'avait pas eu de consultation dentaire au cours de leur grossesse (26).

Nous avons donc cherché à dresser un nouvel état des lieux des connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes et à les comparer selon la connaissance et le recours à l'examen de prévention afin d'observer les tendances, et d'évaluer l'impact du dispositif de prévention de l'Assurance Maladie.

## 2 METHODES

## 2.1 Schéma de la recherche

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale auprès des femmes enceintes en consultation prénatale à la maternité du CHU de Bordeaux.

## 2.2 Population d'étude

Les patientes majeures enceintes de 16 à 36 semaines d'aménorrhée, consultant en hôpital de jour ou hospitalisées au service des grossesses pathologiques de la maternité de l'hôpital Pellegrin, affiliées ou ayant droit à un régime de l'Assurance Maladie ont été incluses.

Les patientes sous tutelle ou curatelle, les patientes ne comprenant pas le français oral, les personnes présentant des troubles psychiatriques sévères décompensés ou des troubles cognitifs sévères, n'étaient pas éligibles.

Les recrutements et les entretiens ont eu lieu de façon concomitante sur une période de 4 mois, du 14 mai au 9 septembre 2019.

Après vérification de l'éligibilité dans le dossier médical, la sage-femme ou l'obstétricien qui recevait la femme en consultation prénatale lui proposait de participer à cette recherche et l'informait de l'objectif et du traitement informatisé des données la concernant qui seraient recueillies au cours de cette recherche, tout en lui précisant également ses droits d'accès, d'opposition et de rectification à ces données. Une notice d'information était alors distribuée aux patientes répondant aux critères d'éligibilité. Si la personne était volontaire pour participer, elle donnait oralement son accord et était ensuite dirigée vers la personne conduisant la recherche (étudiants en thèse d'exercice d'odontologie). Le contenu de cette notice était reformulé et réexpliqué oralement et, le cas échéant, la non-opposition des volontaires était recueillie.

## 2.3 Variables d'intérêt

Les variables recherchées concernaient les connaissances, attitudes et pratiques en matière d'hygiène buccodentaire, ainsi que la situation socio-économique et le recours ou non à l'examen de prévention de l'Assurance Maladie.

Les variables ont été recueillies via un questionnaire (*annexe 3*) administré oralement en face-à-face. Cette méthode a été privilégiée pour cette étude afin d'obtenir la meilleure qualité de recueil possible avec un questionnaire relativement long : par l'obtention de réponses à un grand nombre de questions ; par les informations complémentaires offertes par le contact visuel et les intonations ; par la possibilité d'expliquer les questions lorsqu'elles étaient mal comprises.

Le début du questionnaire renseignait la situation socio-économique de la future mère, le rang de naissance du futur enfant et le terme de grossesse au moment de l'entretien.

- 1) La question « **avez-vous déjà des enfants ?** » avait pour objectif d'estimer si l'expérience de la maternité influence les connaissances et pratiques.
- 2) Le **terme de la grossesse** donnait une indication sur le temps écoulé depuis la déclaration de grossesse qui doit être effectuée avant la fin du troisième mois de grossesse. Un terme de grossesse élevé devrait offrir plus de chance de recevoir l'invitation de l'Assurance Maladie et de recourir à l'examen de prévention.
- 3) La **catégorie socioprofessionnelle de la mère** a été renseignée selon la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE au niveau le plus agrégé. Le lien entre inégalités sociales et recours aux soins a été observé par la Direction Générale de la Santé et reste d'actualité en France malgré une tendance à l'amélioration (29).
- 4) Le **niveau d'étude de la mère** est un autre marqueur social qui aurait une influence sur la prise de décision en matière de santé. En outre, un niveau d'instruction élevé devrait correspondre à une meilleure compréhension, et par conséquent, une meilleure mise en pratique des messages de santé publique.
- 5) La **situation familiale** est un marqueur social complémentaire.
- 6) La question « **quelle est votre langue maternelle ?** » permettait d'adapter au besoin le rythme du questionnaire à la compréhension de chaque participante.

La seconde partie du questionnaire avait pour thème la santé bucco-dentaire de la mère au cours de la grossesse.

- 7) Par la question « **avez-vous un dentiste traitant ?** », nous cherchions à savoir si la future mère disposait d'un praticien référent dans le cadre du suivi préventif ou en cas de survenue de symptômes. En effet, le nomadisme médical en odontologie combiné aux délais de prise en charge importants, entraînent des retards de diagnostic et de traitement. Ceci peut affecter la santé bucco-dentaire de la mère, mais aussi-celle de l'enfant (30).
- 8) Demander le temps écoulé depuis la dernière visite (exprimé en mois) était l'occasion d'évaluer la **fréquence de consultation** des participantes. Cette dernière doit être adaptée par le chirurgien-dentiste en fonction du profil de risque de chaque patient, toutefois l'HAS recommande un examen de contrôle annuel pour l'enfant et le jeune adulte dans sa stratégie de prévention de la carie dentaire.
- 9) Le **motif de la dernière consultation**, lorsqu'il ne concerne pas une visite préventive, une demande prothétique ou esthétique, ou un avis médical, serait logiquement associé à un haut degré d'atteinte carieuse.
- 10) Nous avons cherché à savoir si les participantes avaient reçu de la part de leur praticien référent une éducation à la santé bucco-dentaire en période de grossesse.
- 11) La fréquence de **connaissance de l'examen de prévention de l'Assurance Maladie** nous a permis de mesurer l'efficacité de la communication autour du dispositif. La fréquence de **recours** à cet examen a permis de mesurer l'adhésion et d'évaluer son impact sur les connaissances. Pour dépeindre plus précisément l'adhésion au dispositif, les motifs de non-recours à l'examen et les intentions d'y recourir ont également été relevés. Enfin, nous demandions aux participantes si l'examen avait permis de répondre à leurs interrogations pour évaluer l'efficacité perçue en termes d'éducation à la santé.

- 12) **L'attitude face à la douleur dentaire** peut avoir des conséquences sur la santé bucco-dentaire si le recours aux soins est tardif ou inexistant. L'automédication comporte des risques, notamment de résistances microbiennes acquises, d'accidents médicamenteux, de pharmacodépendance et de toxicomanie (31). À ceux-là s'ajoutent en période de grossesse, les risques tératogènes au premier trimestre, et fœtotoxiques au deuxième et au troisième mois.
- 13) Nous avons cherché à savoir si les femmes interrogées avaient connaissance des **effets de la grossesse sur leur santé bucco-dentaire**. Cependant l'invitation à participer à notre étude pouvait induire un biais car elle faisait suspecter à certaines participantes un lien entre grossesse et santé bucco-dentaire. C'est pourquoi nous avons vérifié l'exactitude des connaissances au moyen d'une question ouverte.
- 14) Nous avons relevé les connaissances et représentations vis-à-vis des **effets des soins dentaires réalisés pendant la grossesse**. Des réticences sont observées chez les femmes enceintes comme chez certains praticiens en raison des risques réels ou supposés des actes thérapeutiques sur le déroulement de la grossesse (32). Toutefois, la relative innocuité des soins au-delà du premier trimestre, notamment lorsque sont observées les précautions d'usages en matière de radioprotection, de prescription, et d'administration de substance d'anesthésie, ne justifie pas leur report quand ils sont nécessaires.
- 15) La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande une **fréquence de brossage des dents** de deux fois par jour au minimum pour l'ensemble de la population (14).
- 16) Les participantes ont été interrogées sur leur fréquence d'utilisation de **la brosse à dent manuelle, de la brosse à dent électrique**, et des dispositifs d'hygiène interdentaires que sont **le fil et les brossettes**. La brosse à dent électrique a montré une efficacité supérieure dans le contrôle de plaque dentaire et la diminution de la gingivite (33).
- 17) L'utilisation quotidienne d'un **dentifrice fluorée** fait partie des recommandations de la HAS dans le cadre de la prévention de la carie dentaire (14). Pourtant l'émergence d'une offre commerciale de dentifrice sans fluor semble répondre à une défiance de certains consommateurs à l'égard du fluor.
- 18) Des dispositifs complémentaires d'hygiène bucco-dentaire peuvent être utilisés. Les études démontrant l'efficacité des **bains de bouche** fluorés dans la prévention de la carie dentaire ont montré un niveau de preuve élevé (14). Le **bicarbonate de soude** (ou bicarbonate de sodium) est utilisé comme dentifrice, en bain de bouche, ou dans le cadre de la méthode de Keyes en parodontologie où son efficacité n'est pas démontrée (34).
- 19) Les effets de la grossesse sur la sphère orale, le bouleversement des habitudes quotidiennes, sont susceptibles de provoquer un **changement des habitudes d'hygiène bucco-dentaire**. Nous cherchions ici à déterminer la fréquence et la nature de ces changements.
- 20) La même investigation a été menée en ce qui concerne le **changement des habitudes alimentaires**. En effet, les envies, les aversions et les troubles alimentaires que peuvent provoquer la grossesse (8), nous faisaient attendre une modification des modes d'alimentation.
- 21) Le **grignotage** en particulier constitue un facteur de risque de survenue de carie dentaire et, par son action sur la glycémie, contribue indirectement à favoriser la maladie parodontale (35).

- 22) Les **reflux gastro-œsophagiens**, fréquents en période de grossesse, exposent les dents à des niveaux acides de pH susceptibles de dissoudre les cristaux d'hydroxyapatite de l'émail (11).
- 23) De même, les **vomissements** gravidiques exposent les dents à l'acidité du contenu stomacal. Ils se manifestent peu fréquemment au-delà du premier trimestre et dans de rares cas jusqu'au terme de la grossesse (12). Une faible fréquence de réponses positives à cette question était donc attendue. C'était néanmoins une occasion d'évoquer la prévention du phénomène d'érosion par le brossage différé après un épisode de vomissement.
- 24) Le **tabagisme** est un facteur de risque des principales affections bucco-dentaires que sont la carie, la maladie parodontale et le cancer buccal. Or la grossesse est une période d'autant plus favorable à l'abandon du tabac que le score de dépendance de Fagerström est faible (36). Le rôle des professionnels de santé dans la prévention est donc d'autant plus important au cours de cette période.
- 25) La **consommation d'alcool** en période de grossesse est strictement déconseillée car elle expose l'enfant à naître à des anomalies malformatives et dysmorphiques, et des troubles du développement.
- 26) Nous demandions ensuite aux participantes si elles estimaient avoir des connaissances suffisantes sur leur santé bucco-dentaire en période de grossesse et comment elles avaient acquis ces connaissances. En plus de mesurer leurs besoins perçus en éducation à la santé, nous avons une idée des canaux à privilégier pour les actions de prévention.

La dernière partie du questionnaire avait pour but d'évaluer les connaissances des participantes sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation de leur future enfant.

- 27) L'**allaitement** exclusif au sein pendant une période de 6 mois constitue le mode d'alimentation optimal du nourrisson selon l'Organisation Mondiale de la Santé. Par la suite, des aliments complémentaires s'ajoutent à l'allaitement qui peut se poursuivre jusqu'à 2 ans ou plus.
- 28) La **première consultation** en cabinet dentaire doit avoir lieu le plus tôt possible pour qu'un bilan des facteurs de risques soit établi et qu'une action de prévention soit menée auprès des parents. Le premier bilan proposé par l'Assurance Maladie a été avancé à 3 ans mais reste trop tardif dans une optique de prévention de la carie précoce de l'enfance.
- 29) L'utilisation du **biberon** contenant des liquides sucrés au moment de l'endormissement est un facteur de risque majeur de la carie précoce de l'enfance. La « carie du biberon » est une maladie sociale et comportementale dont la prévalence est réduite significativement par une information donnée aux femmes enceintes pendant leur grossesse (17).
- 30) Les dents de l'enfant doivent être nettoyées par un adulte dès leur éruption (à 6 mois environ).
- 31) À partir de 3 ans, le brossage des dents doit être assisté par un adulte jusqu'à l'âge de 8 ans environ, selon les capacités de l'enfant. Une supervision au-delà de cet âge ne peut qu'être bénéfique afin de garantir une technique correcte et une durée suffisante de brossage.
- 32) Le risque de fluorose dentaire chez les enfants de moins de 6 ans implique l'utilisation de dentifrices faiblement dosés en fluor (500 à 1000ppm). Dès que l'enfant sait cracher, il faut passer à des concentrations proches de celles des dentifrices pour adultes (1450ppm) afin d'assurer une protection optimale (14).

- 33) Les dents de lait sont particulièrement vulnérables à la **carie dentaire**, pourtant l'atteinte carieuse peut être perçue comme une maladie d'adulte. Nous avons cherché à évaluer les connaissances des futures mères à ce sujet.
- 34) La prévention de l'acquisition précoce de *Streptococcus mutans* justifiait d'aborder le sujet de la **transmissibilité de la carie dentaire**. (3)
- 35) Les futures mères qui méconnaissent l'**importance des dents déciduales** pour la santé et le développement de l'enfant peuvent être amenées à en négliger l'entretien.
- 36) Enfin, comme dans la section précédente, nous avons voulu évaluer le niveau de connaissance perçu des participantes et relever les principaux canaux d'information à propos de la santé bucco-dentaire et l'alimentation de l'enfant.

Chaque entretien s'est conclu par une information personnalisée, en fonction de l'examen intra-oral, du questionnaire, et des questions complémentaires des participantes.

## 2.4 Traitement des données et analyse statistique

Les données ont été saisies sur un masque de données créé à cet effet et analysées au moyen du logiciel Epi Info™ dans sa version 7.2.

## 2.5 Analyse descriptive

Deux types de variables ont été relevés :

- Variables quantitatives discrètes et continues : par exemple de l'âge ou le terme de grossesse.
- Variables qualitatives :
  - Ordinales : par exemple le niveau d'étude ou la fréquence de brossage. Ces variables peuvent être classées selon une gradation logique.
  - Nominale : comme la langue maternelle ou le motif de visite. Ces variables ne peuvent être rangées selon une relation hiérarchique.

Certaines modalités ont pu être regroupées, soit pour en simplifier l'analyse, soit pour obtenir des effectifs de taille suffisante lors des tests statistiques.

Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquences et de pourcentages et les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyenne, écart-type et étendue.

## 2.6 Tests d'hypothèses

Nous avons testé la dépendance qui pouvait exister entre le recours au dispositif de l'Assurance Maladie et certaines de nos variables qualitatives au moyen du test d'indépendance du Chi<sup>2</sup> de Pearson ou de Fisher. Nous avons choisi comme niveau de significativité la valeur  $\alpha = 0,05$ . Les valeurs  $p$  donnant les degrés de significativité des tests ont été calculées à l'aide des outils statistiques du logiciel Epi Info <sup>TM</sup>.

Hypothèses testées :

- Les femmes enceintes qui ont eu recours à l'examen de prévention de l'Assurance maladie savent plus fréquemment que la grossesse peut avoir des effets sur la santé bucco-dentaire ;
- Les femmes enceintes ayant recouru à l'examen de prévention pensent davantage que les soins dentaires n'ont pas d'incidence sur le déroulement de leur grossesse ;
- Les femmes enceintes ayant recouru à l'examen de prévention pensent plus souvent avoir des connaissances suffisantes à propos de la santé bucco-dentaire et l'alimentation de leur enfant à naître ;
- Les femmes enceintes ayant eu recours à l'examen de prévention n'ont pas l'intention d'utiliser un biberon sucré comme aide à l'endormissement ;
- Les femmes enceintes ayant eu recours à l'examen de prévention connaissent plus souvent l'âge recommandé pour débiter le brossage des dents de l'enfant ;
- Les femmes enceintes ayant eu recours à l'examen de prévention ont davantage l'intention d'emmenner leur enfant consulter un dentiste dès l'âge de 6 mois ;
- Les femmes enceintes ayant eu recours à l'examen de prévention connaissent plus souvent la vulnérabilité des dents déciduales à la maladie carieuse ;
- Les femmes enceintes ayant eu recours à l'examen de prévention connaissent plus souvent le caractère transmissible de la maladie carieuse.

## 2.7 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 Description de l'échantillon

L'échantillon se composait de 117 femmes enceintes en consultation à la maternité du CHU de Bordeaux répondant à nos critères d'inclusion et ayant accepté de répondre au questionnaire.

### 3.1.1 Âge

Les participantes étaient âgées de 19 à 45 ans au moment de l'étude. L'âge de 31 ans représentait à la fois la médiane et la moyenne de l'échantillon avec un écart type de 5,5.

Un quart des participantes avaient 28 ans ou moins. Un quart d'entre elles avaient plus de 34 ans.

### 3.1.2 Parité

Soixante des 117 participantes interrogées (51,3%) avait déjà fait l'expérience de la maternité. Parmi celles-ci, la moitié avait plus d'un enfant.

### 3.1.3 Termes de grossesse

Les termes de grossesse, allant de 18 à 36 semaines d'aménorrhée, étaient de 31,6 semaines en moyenne avec un écart-type de 4,3.

Le premier quartile (Q1) était à 29 semaines et le troisième quartile (Q3) à 35 semaines.

Les valeurs les plus représentées étaient proches de notre limite d'inclusion avec une médiane à 33 semaines d'aménorrhée.

### 3.1.4 Catégories socio-professionnelles

La catégorie socio-professionnelle la plus représentée était celle des employés (49%). Les personnes sans activité professionnelle ont été classées dans la catégorie « autre » (*tableau 1*).

Tableau 1: Catégories socioprofessionnelles

Catégorie socioprofessionnelle	Fréquence	Pourcentage
Employés	57	48,72%
Autre	28	23,9%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	19	16,2%
Artisans commerçants et chefs d'entreprise	7	6,0%
Professions intermédiaires	4	3,4%
Agriculteurs exploitants	1	0,9%
Ouvriers	1	0,9%
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100%</b>

### 3.1.5 Niveau d'instruction

Une grande part de l'échantillon total, 71,8% des participantes, a déclaré un niveau d'instruction équivalent au Bac ou plus, et 59% avaient suivi des études supérieures (tableau 2).

Tableau 2: Niveau d'instruction

Quel est votre niveau d'étude le plus haut ?	Fréquence	Pourcentage
Études supérieures	69	59,0%
BTS	2	1,7%
Bac professionnel	15	12,8%
Lycée	9	7,7%
CAP/BEP	14	12,0%
Primaire collègue	7	6,0%
Pas de scolarisation	1	0,9%
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100%</b>

### 3.1.6 Situation familiale

Une grande majorité des participantes, (N=104, 88,9%) a déclaré être en couple alors que 13 se sont déclarées célibataires, soit 11,1% de l'échantillon.

### 3.1.7 Langue maternelle

L'ensemble des femmes enceintes retenues pour l'étude a montré une maîtrise du français suffisante à la réalisation des entretiens, conformément aux critères d'inclusion. Parmi elles, 19 (16,2%) ont déclaré une langue maternelle autre que le français. Celles-ci incluent des langues maghrébines (arabes, berbère), d'Afrique subsaharienne (peul, lari, wolof), l'espagnol, le portugais, l'anglais, le tchèque et l'allemand.

## 3.2 Attitudes vis-à-vis du système de santé et de prévention bucco-dentaire

### 3.2.1 Dentiste traitant

Plus des deux tiers des participantes ont déclaré avoir un dentiste référent. Sur ces 81 femmes, seules 34 ont déclaré avoir reçu, de la part de leur praticien, des informations relatives aux pathologies et soins bucco-dentaires possibles pendant la grossesse.

### 3.2.2 Dernière visite chez le dentiste

En moyenne, la dernière visite remontait à 14,3 mois avec un écart type de 19,1.

La valeur la plus basse (0 mois) correspondait à une visite dans la semaine précédant l'entretien, la plus forte (99 mois) correspondait à une visite remontant à plus de 8 ans.

Un quart des participantes avait consulté un dentiste dans les 3 mois précédents l'entretien.

La moitié des participantes avait consulté dans les 8 mois précédents l'entretien.

Les deux tiers des participantes avaient consulté dans les 14 mois précédents l'entretien.

Quatre-vingt-quatre patientes (72%) avaient consulté dans les 12 mois précédents l'entretien, respectant la recommandation de la HAS.

### 3.2.3 Motif de la dernière visite chez le dentiste

La visite de contrôle arrivait en tête des motifs de dernière consultation avec 60,7% des résultats exprimés (*tableau 3*).

Les deux patientes ayant exprimé un motif « autre » ont évoqué l'avulsion de dents de sagesse.

*Tableau 3: Motifs de visite*

<b>Motif de la visite</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Contrôle</b>	71	60,7%
<b>Suite de soins</b>	28	23,9%
<b>Urgence</b>	16	13,7%
<b>Autre</b>	2	1,7%
<b>Total</b>	117	100%

### 3.2.4 Connaissance du dispositif de prévention de l'Assurance Maladie à destination des femmes enceintes

Les trois quarts de notre échantillon (N=88) connaissaient l'examen de prévention proposé par l'Assurance Maladie.

Parmi elles, seules 28 y ont recouru, soit un quart (23,9%) du total des participantes.

Pour les patientes informées, le manque de temps apparaissait en première position des motifs exprimés de non-recours avec 23 mentions (79,3%), notamment en raison des rendez-vous médicaux liés à la grossesse.

Le sentiment de ne pas avoir besoin de consulter arrivait en seconde position avec 17 mentions (58,6%).

Notons que seules 20 patientes sur 59 informées mais n'ayant pas recouru au dispositif ont déclaré penser y recourir par la suite. Trente-deux ne pensaient pas y recourir et 7 ne se sont pas prononcées. Le sentiment d'inutilité d'un recours après l'accouchement était l'un des motifs évoqués oralement au cours des entretiens.

### 3.2.5 Réponses apportées lors de l'examen de prévention

La plupart des femmes enceintes ayant réalisé l'examen de prévention (N=21, 72,4%) étaient satisfaites des réponses apportées aux interrogations qu'elles avaient concernant leur santé bucco-dentaire et celle de leur future enfant.

Parmi les motifs d'insatisfaction exprimés : le manque de temps, la nécessité de réaliser des soins, ou l'absence de question à poser au praticien.

## 3.3 Attitudes et pratiques en santé bucco-dentaire

### 3.3.1 Attitudes face à la douleur bucco-dentaire

Quarante-deux participantes (35,9%) ont déclaré avoir souffert de douleurs dentaires au moins une fois au cours de leur grossesse :

- Dix-sept (40,5%) d'entre elles ont attendu que les douleurs cessent sans rien faire, dont 4 souffraient de douleurs supérieures ou égale à 6/10.
- Seules 10 (23,8%) ont pris rendez-vous pour une consultation avec un chirurgien-dentiste.
- Neuf (21,4%) ont déclaré avoir fait usage d'un médicament sans ordonnance médicale. Cette catégorie regroupe essentiellement des femmes ayant déclaré de fortes douleurs (seules deux d'entre elles ont déclaré moins de 6/10).
- Quatre (9,5%) ont dit avoir utilisé une autre méthode pour soulager leur douleur.
- L'une (2,4%) a fait appel à son médecin généraliste pour une douleur auto-évaluée à 10/10.

### 3.3.2 Fréquence de brossage

Quatre-vingt-douze participantes (78,6%) déclaraient se brosser les dents au moins deux fois par jour, 22 (18,8%) une fois par jour et 3 moins d'une fois par jour (2,6%).

### 3.3.3 Matériel utilisé pour l'hygiène dentaire

#### 3.3.3.1 Brosse à dent

La brosse à dent manuelle restait le dispositif le plus largement utilisé, son usage exclusif pour le brossage dentaire concernait 65% de notre échantillon (*tableau 4*).

L'usage systématique de la brosse à dent électrique concernait 26,5% des participantes (*tableau 4*).

Les autres utilisent l'une ou l'autre des brosses à dents.

#### 3.3.3.2 Nettoyage interdentaire

Nos résultats montrent que 74 participantes (63,2%) ont déclaré ne jamais réaliser de nettoyage interdentaire.

L'usage fréquent du fil dentaire, seul ou en complément d'une autre méthode, ne concernait que 11 (9,4%) participantes (*tableau 4*).

L'usage fréquent des brossettes interdentaires, seul ou en complément d'une autre méthode, ne concernait que sept (6%) participantes (*tableau 4*).

#### 3.3.3.3 Dentifrice fluoré

Une grande partie des participantes ignoraient si leur dentifrice contenait ou non du fluor. Ainsi, 70 participantes (59,8%) ont répondu « ne sais pas » à la question. Mais des interrogations complémentaires à l'oral ont montré que beaucoup des participantes qui répondaient « non », utilisaient en fait un dentifrice du commerce contenant du fluor.

#### 3.3.3.4 Bain de bouche

Un quart des participantes utilisait régulièrement un bain de bouche, les trois quarts restants n'en utilisaient jamais ou rarement (*tableau 4*).

#### 3.3.3.5 Autres produits d'hygiène bucco-dentaire

Le bicarbonate de soude était utilisé régulièrement par 7 participantes, principalement sur recommandation d'un chirurgien-dentiste dans le cadre d'une thérapeutique parodontale.

Le charbon a été cité par 4 participantes parmi les produits complémentaires d'hygiène bucco-dentaire.

Nous avons dépisté l'usage de jus de citron chez deux participantes.

L'usage du jet dentaire ne concernait qu'une seule personne.

Tableau 4 : Fréquence d'utilisation des dispositifs d'hygiène buccodentaire (effectifs / pourcentages)

	Jamais		Rarement		Souvent		À chaque fois	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Brosse à dent manuelle</b>	19	16,2	11	9,4	11	9,4	76	65,0
<b>Brosse à dent électrique</b>	70	59,8	9	7,7	7	6,0	31	26,5
<b>Fil dentaire</b>	85	72,7	21	18,0	10	8,6	1	0,9
<b>Brossettes interdentaires</b>	98	83,8	12	10,3	5	4,3	2	1,7
<b>Bain de bouche</b>	49	41,9	39	33,3	23	19,7	6	5,1

### 3.3.4 Influence de la grossesse sur les pratiques d'hygiène bucco-dentaire

Trente-deux (37,4%) participantes ont déclaré avoir changé leurs pratiques d'hygiène bucco-dentaire consécutivement à la grossesse.

La majorité d'entre elles (N=18) a exprimé un changement que nous qualifions de positif : augmentation de la fréquence de brossage, passage plus fréquent du fil dentaire, passage au brossage électrique, introduction de bain de bouche ou de pastilles à sucer, attention portée au choix du dentifrice.

Les autres (N=14) ont exprimé des changements délétères ou neutres en lien avec les sensibilités gingivales et les dysgueusies : diminution du brossage en fréquence ou en efficacité, arrêt du bain de bouche, diminution voire suppression de l'utilisation de dentifrice, changement de dentifrice.

### 3.3.5 Pratiques lors des vomissements

Vingt-sept patientes avaient eu des épisodes de vomissement récents au moment de l'étude.

Près des deux tiers d'entre elles déclaraient se brosser les dents juste après (*tableau 5*).

Un tiers déclarait effectuer un rinçage à l'eau complété ou non par un bain de bouche.

Une seule personne ne faisait rien dans cette situation.

Tableau 5 : Pratiques en cas de vomissement

<b>Que faites-vous en cas de vomissement ?</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bain de bouche</b>	2	7,4%
<b>Brossage</b>	17	63,0%
<b>Rien</b>	1	3,7%
<b>Rinçage à l'eau</b>	7	25,9%
<b>Total</b>	27	100%

### 3.4 Attitudes et pratiques en matière d'alimentation, consommation de tabac

#### 3.4.1 Influences de la grossesse sur les habitudes alimentaires

Les deux tiers des femmes interrogées (N=77, 66,4%) ont affirmé avoir changé leurs habitudes alimentaires depuis qu'elles étaient enceintes.

La diminution de la teneur en sucre sur recommandation médicale en traitement ou en prévention d'un diabète gravidique était la modification la plus fréquemment évoquée (mentionnée par 17 participantes).

La suppression des laitages crus et des viandes crues en prévention des infections d'origine alimentaire a aussi beaucoup été citée (mentionnée par 10 participantes).

Une dizaine de femmes déclarait une augmentation des apports en sucre et du grignotage.

#### 3.4.2 Fréquence des apports alimentaires

Plusieurs patientes ont indiqué spontanément lors des entretiens qu'elles avaient reçu des recommandations nutritionnelles en traitement d'un diabète gestationnel. Beaucoup d'entre elles se trouvaient parmi les 32 femmes (27,3%) qui déclaraient ne jamais pratiquer le grignotage ; 51 (43,6%) le pratiquaient occasionnellement et 34 (29%) le pratiquaient régulièrement.

#### 3.4.3 Consommation d'alcool

L'intégralité des 117 participantes interrogées sur leur consommation d'alcool a déclaré une abstinence totale au cours de leur grossesse.

#### 3.4.4 Consommation de tabac

La majorité des participantes (N=67, 57,3%), déclarait n'avoir jamais fumé.

Trente-six (30,8%) avaient arrêté de fumer au moment de l'étude.

La consommation de tabac au cours de la grossesse concernait 12% des participantes (N=14).

#### 3.4.5 Pratiques envisagées en matière d'allaitement

Vingt-cinq participantes (21,4%) ont déclaré ne pas souhaiter recourir à l'allaitement.

Quatre-vingt-douze (78,6%) avaient l'intention d'allaiter leur enfant :

- Quarante-cinq pendant au moins 6 mois ;
- Trente pour une durée inférieure à 6 mois ;
- Treize ayant répondu « ne sais pas ». Parmi celles-ci, certaines nous indiquaient vouloir allaiter « le plus longtemps possible ».

### 3.5 Connaissances en matière de santé bucco-dentaire et d'alimentation au cours de la grossesse

#### 3.5.1 Effets de la grossesse sur la santé bucco-dentaire

Quatre-vingt-trois participantes (70,9%) pensaient que la grossesse pouvait avoir des effets sur la santé bucco-dentaire. Certaines participantes nous ont signalé que l'invitation à participer à notre étude avait influencé leur réponse à cette question.

Malgré cela, nous avons enregistré 20 réponses négatives, soit 17,1% de l'échantillon.

Quatorze participantes (12,0%) ont affirmé ne pas connaître la réponse.

Un total de 34 participantes, soit 29,0% de notre échantillon, ignoraient donc le lien qui existe entre la grossesse et la santé bucco-dentaire.

Les effets évoqués par les participantes étaient exprimés selon des niveaux de compréhension différents, avec parfois des termes approximatifs (« effritement », « pourrissement », « problème », etc.)

#### 3.5.2 Effets des soins sur le déroulement de la grossesse

Un tiers des participantes (N=39) pensaient que les soins dentaires pendant la grossesse pouvaient avoir des effets sur son déroulement. Parmi elles, il y avait à la fois des patientes craintives et des patientes conscientes de l'interconnexion entre la santé bucco-dentaire et l'état général.

Les réponses relevées sur les effets attendus ou redoutés montrent malgré tout qu'au moins 31 participantes, soit 26,5% de l'échantillon total, redoutaient bien une iatrogénie des soins dentaires pendant la grossesse :

- Vingt patientes ont exprimé des craintes vis-à-vis des effets sur le fœtus des produits utilisés en cabinet dentaire, en particulier les substances anesthésiantes.
- La radiographie et l'infection nosocomiale ont aussi été évoquées, mais dans une moindre mesure (avec trois mentions chacune).
- Seules trois participantes ont évoqué de possibles effets positifs sur le déroulement de la grossesse.
- Cinquante-cinq (47%) ont répondu par la négative et 23 (19,7%) ne savaient pas si les soins dentaires pouvaient affecter ou non le déroulement de la grossesse.

### 3.6 Connaissances sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation de l'enfant

#### 3.6.1 Connaissances perçues sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation de l'enfant

Soixante-dix-neuf participantes, soit 67,5% de l'échantillon déclaraient avoir des connaissances insuffisantes sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation de leur enfant à naître.

Trente-huit, soit 32,5% pensaient avoir un niveau de connaissance suffisant.

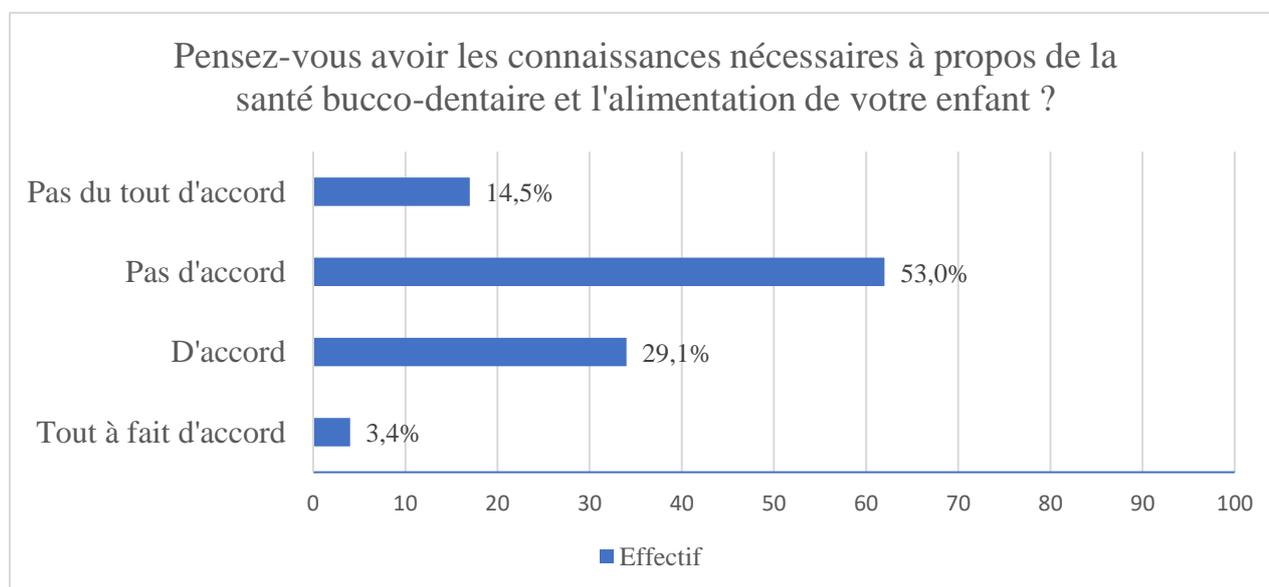


Figure 1: Niveau de connaissance perçue à propos de l'enfant

### 3.6.2 Date de la première consultation dentaire de l'enfant

Quatorze participantes sur 117 (12%) ont exprimé l'intention de n'emmener leur enfant pour la première fois chez le dentiste qu'en cas de douleur.

L'invitation au bilan de prévention de l'Assurance Maladie occupe près d'un tiers des intentions de consultation (*figure 1*).

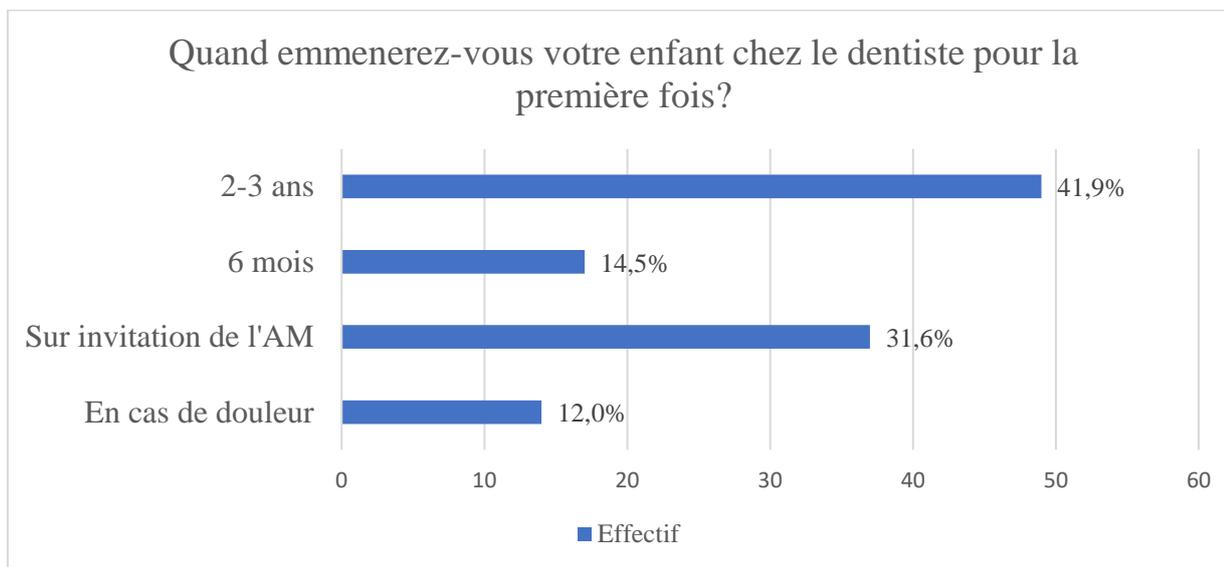


Figure 2: Première consultation de l'enfant

### 3.6.3 Biberon

À la question relative au biberon :

La majorité des participantes (N=85 ; 72,6%) a déclaré ne pas avoir l'intention de donner un biberon pour aider leur enfant à s'endormir (*figure 2*).

Vingt participantes (17,1% de l'échantillon total), probablement conscientes du caractère cariogène des autres propositions ont répondu « de l'eau plate ».

Douze participantes (10,3% de l'échantillon total) ont donc indiqué une boisson sucrée, pouvant exposer leur enfant au risque carieux.

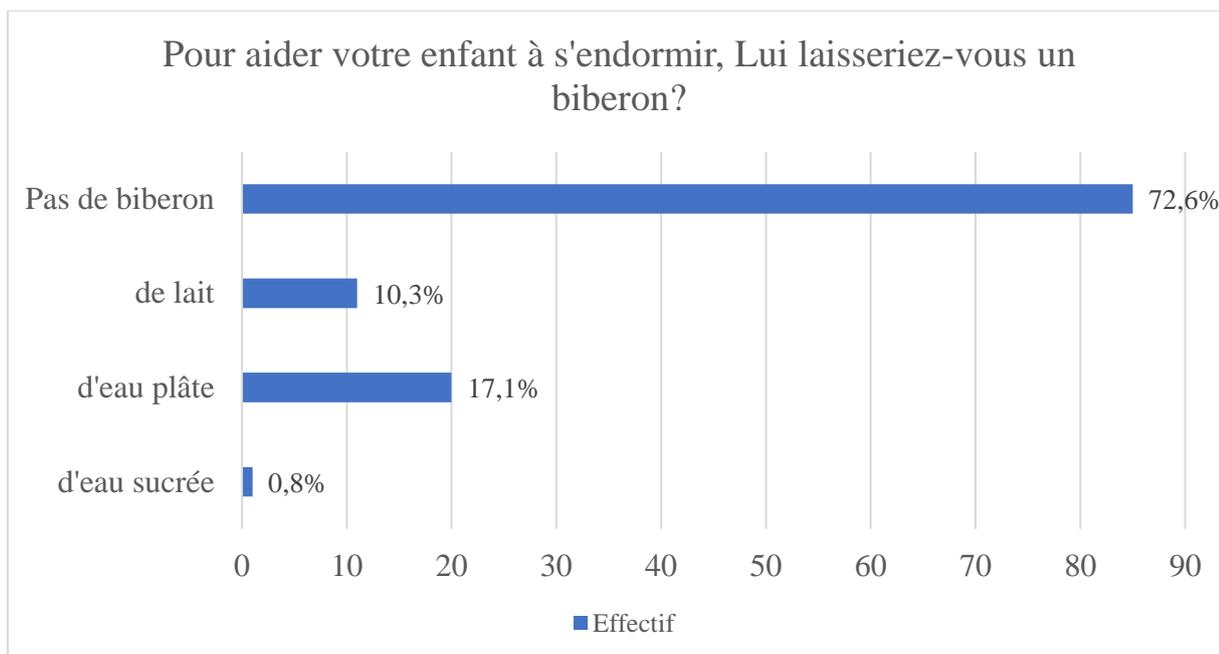


Figure 3 : Aide prévue pour l'endormissement de l'enfant

### 3.6.4 Début des premiers brossages de dents

Soixante-douze participantes sur 117 (61,5%) ont prévu de commencer à nettoyer les dents de leur enfant dès la première dent de lait (figure 3).

Aucune participante n'a retenu la proposition d'un premier brossage à 6 ans. Celle-ci ne figure donc pas sur le graphique ci-après.

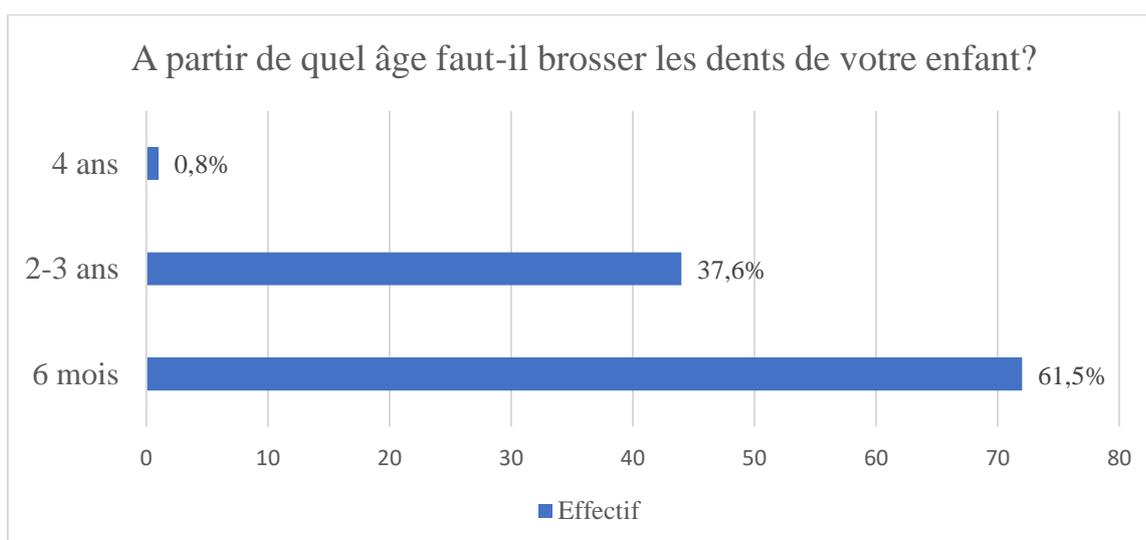


Figure 4: Âge prévu pour commencer à brosser les dents de l'enfant

### 3.6.5 Supervision du brossage

Un quart de notre échantillon, soit 30 participantes, pensait superviser le brossage jusqu'à 8 ans (*figure 4*).

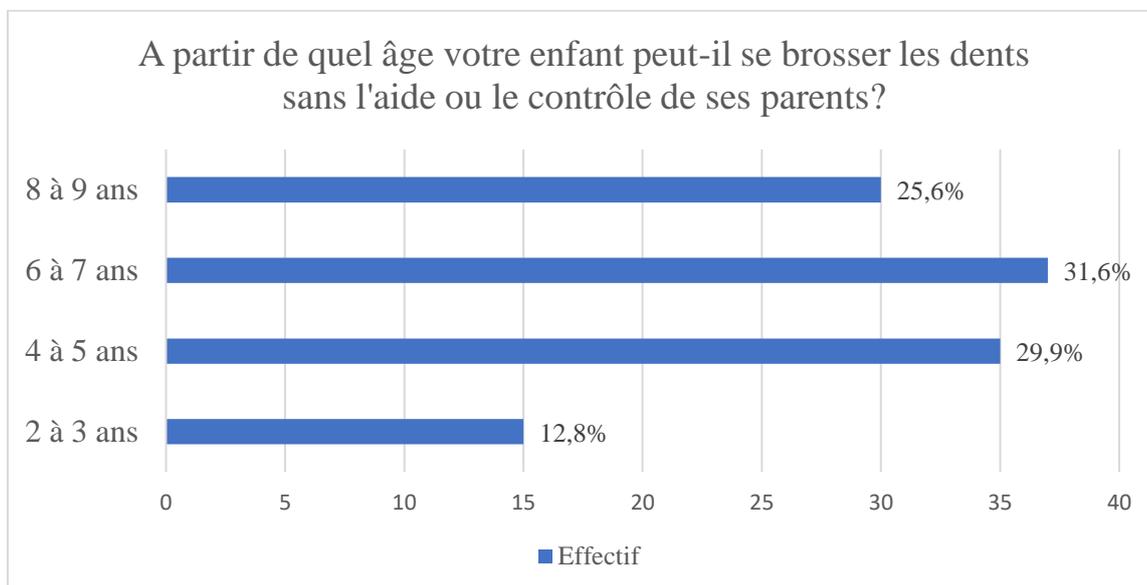


Figure 5 : Âge du brossage autonome de l'enfant

### 3.6.6 Dentifrice de l'enfant

Cent-onze femmes enceintes (94,9%) ont répondu qu'elles utiliseraient un dentifrice spécialement adapté à l'âge de leur enfant.

Six (5,1%) ont répondu que leur enfant utiliserait le même dentifrice qu'elles.

### 3.6.7 Carie et dents de laits

Quatre-vingt-dix-sept participantes sur 117 (82,9%) savaient que leur enfant peut développer des caries sur ses dents de lait et 20 ne le savaient pas.

### 3.6.8 Transmissibilité de la carie dentaire

Un quart seulement des 117 participantes (N=30) connaissait le caractère transmissible de la maladie carieuse.

Soixante-quatre participantes (54,7%) ne pensaient pas que la carie dentaire était une maladie que les parents pouvaient transmettre à leur enfant par le partage de brosses à dents ou l'échange de couverts et 23 (19,7%) ne savaient pas.

### 3.6.9 Importance des dents de lait pour la santé future de l'enfant

Cent-quatre participantes au total sur les 117 (88,9%) accèdent à l'idée que les dents de lait sont importantes pour la santé future de leur enfant à naître (*figure 5*).

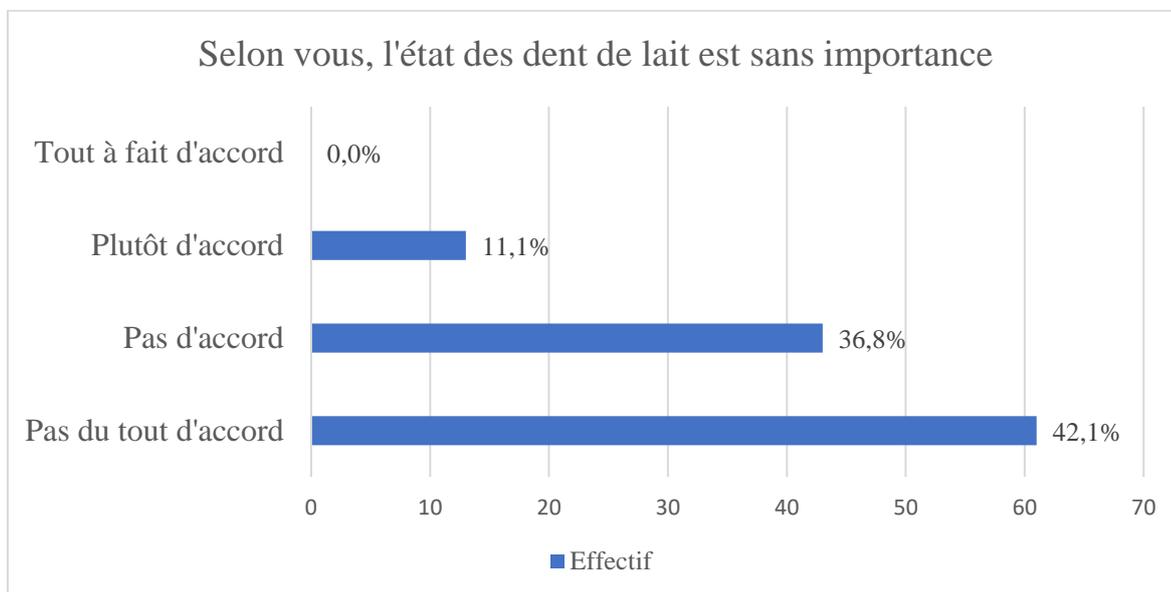


Figure 6 : Importance des dents de lait

## 3.7 Sources d'information

### 3.7.1 Sources d'information sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation au cours de la grossesse

Le chirurgien-dentiste est cité par environ un tiers de notre échantillon comme source des informations obtenues sur la santé bucco-dentaire au cours de la grossesse (*figure 6*). Ce ratio double chez les 28 participantes ayant recouru à l'examen de prévention de l'Assurance Maladie avec 19 mentions (70,4%), ce qui laisserait tout de même près d'un tiers d'entre elles (32,1%) sans information de la part du praticien à la suite de cet examen.

Parmi les autres sources d'information, l'Assurance Maladie (courriers, courriels, brochures) et le bouche à oreille sont les plus cités, respectivement 14 et 13 fois. Puis dans une moindre mesure, les prospectus, les livres, les études et les applications de suivi de grossesse.

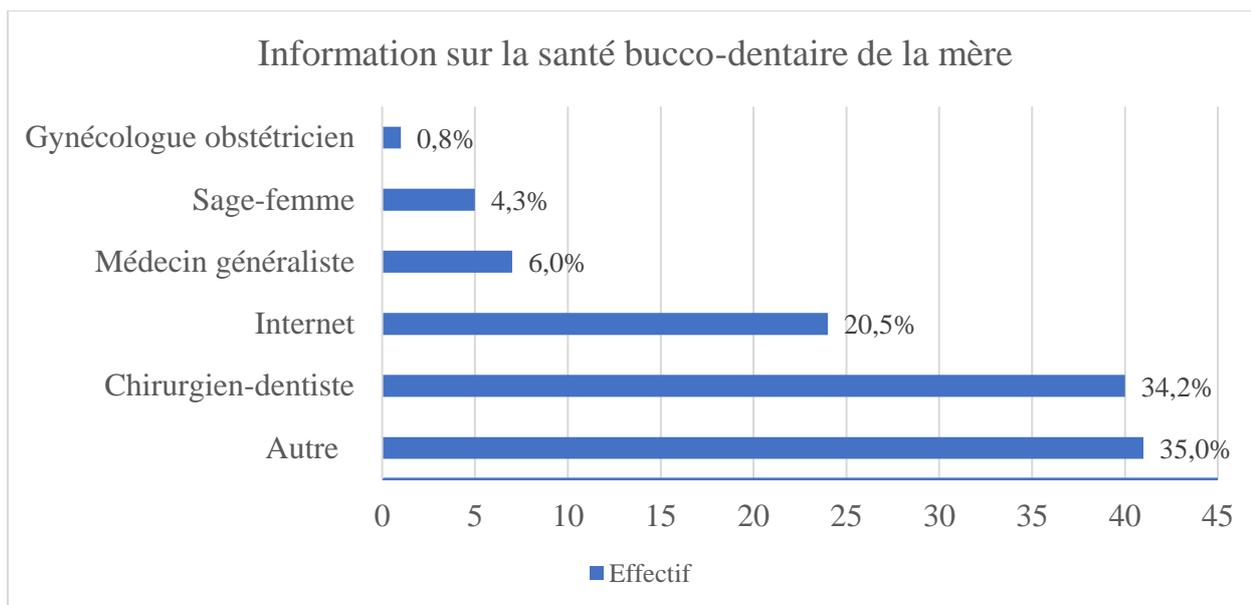


Figure 7 : Sources d'information sur la santé bucco-dentaire de la mère

### 3.7.2 Sources d'information sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation de l'enfant

Le chirurgien-dentiste est cité par un quart des participantes comme source des informations obtenues sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation de l'enfant (figure 7). Parmi les 28 patientes ayant recouru à l'examen de prévention de l'Assurance Maladie, seules 13 (46,4%) citaient le chirurgien-dentiste.

L'expérience personnelle, citée 25 fois et le bouche-à-oreille, évoqué 12 fois étaient les autres sources d'information qui revenaient le plus souvent. Le pédiatre, les livres et magazines de santé, l'Assurance Maladie (compte AMELI, carnet de santé), la télévision ont aussi été cités.

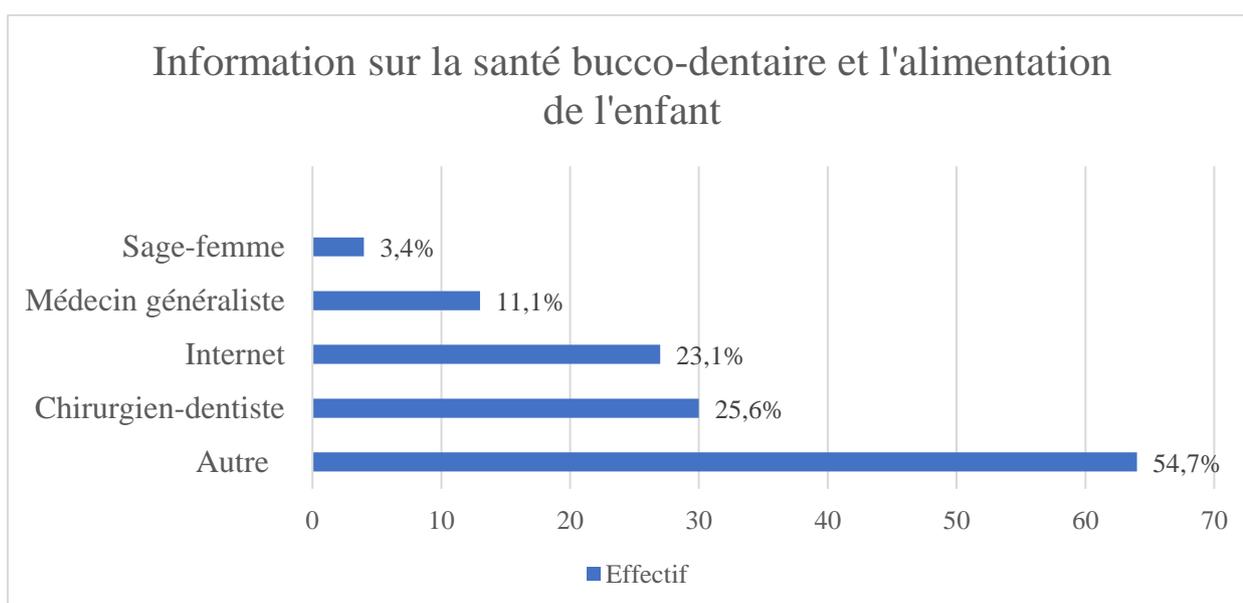


Figure 8: Sources d'information sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation de l'enfant

### 3.8 Associations avec le recours à l'examen de prévention

#### 3.8.1 Effet sur la connaissance des effets de la grossesse sur la santé bucco-dentaire

Nous avons voulu savoir si les femmes enceintes qui avaient recouru à l'examen de prévention grossesse savaient plus souvent que la grossesse pouvait avoir des effets sur la santé bucco-dentaire (*tableau 6*).

L'un des effectifs étant inférieur à 5, nous avons utilisé le test exact de Fisher. Celui-ci ne permettait pas de mettre en évidence un lien significatif entre les deux variables ( $p = 0,06$ ).

Les femmes enceintes qui ont eu recours à l'examen de prévention de l'Assurance Maladie pensaient plus fréquemment que la grossesse pouvait avoir des effets sur la santé bucco-dentaire (85,7% vs 66,3%), la différence n'était pas statistiquement significative.

---

<b>Pensez-vous que la grossesse puisse avoir des effets sur votre santé bucco-dentaire ?</b>				
	<b>Oui</b>		<b>Non/Ne sait pas</b>	
<b>Recours</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Oui</b>	24	85,7	4	14,3
<b>Non</b>	59	66,3	30	33,7

---

*Tableau 6 : Connaissance du lien entre grossesse et santé bucco-dentaire en fonction du recours à l'examen de prévention*

#### 3.8.2 Effet sur la perception des soins dentaires durant la grossesse

Contrairement à notre hypothèse de départ, les femmes enceintes qui avaient recouru à l'examen de prévention ne pensaient pas plus souvent que des soins dentaires pouvaient être réalisés pendant la grossesse (*tableau 7*) : 46,4% vs 50,6% ( $p = 0,7$ ).

---

<b>Pensez-vous que les soins dentaires pendant la grossesse sont sans risque ?</b>				
	<b>Oui</b>		<b>Non/Ne sait pas</b>	
<b>Recours</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Oui</b>	13	46,4	15	53,6
<b>Non</b>	45	50,6	44	49,4

---

*Tableau 7 : Perception des soins dentaires sur la grossesse en fonction du recours à l'examen de prévention*

### 3.8.3 Effet sur les connaissances perçues à propos de la santé bucco-dentaire et l'alimentation de l'enfant à naître

Les femmes enceintes qui ont recouru à l'examen de prévention ne déclaraient pas plus fréquemment avoir les connaissances nécessaires à propos de la santé bucco-dentaire et l'alimentation de leur enfant à naître que celle qui n'y ont pas recouru (*tableau 8*) : 35,7% vs 31,5% ( $p = 0,68$ ).

<b>Pensez-vous avoir les connaissances nécessaires sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation de votre enfant à naître ?</b>				
<b>Recours</b>	<b>Oui</b>		<b>Non/Ne sait pas</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Oui</b>	10	35,7	18	64,3
<b>Non</b>	28	31,5	61	68,5

*Tableau 8 : Connaissances perçues sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation de l'enfant en fonction du recours à l'examen de prévention*

### 3.8.4 Effet sur les intentions de laisser un biberon sucré comme aide à l'endormissement

Nous avons voulu savoir si l'examen de prévention de l'Assurance Maladie prévenait le recours aux biberons sucrés comme aide à l'endormissement du bébé (*tableau 9*).

Les femmes enceintes ayant eu recours à l'examen de prévention n'avaient pas moins souvent l'intention de donner un biberon sucré pour favoriser l'endormissement que les femmes n'y ayant pas eu recours : 7,1% vs 11,2% ( $p = 0,53$ ).

<b>Laisseriez-vous un biberon sucré à votre enfant pour l'aider à s'endormir ?</b>				
<b>Recours</b>	<b>Oui</b>		<b>Non</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Oui</b>	2	7,1	26	92,9
<b>Non</b>	10	11,2	79	88,8

*Tableau 9: Intentions de laisser un biberon sucré en fonction du recours à l'examen de prévention*

### 3.8.5 Effet sur l'âge du début du brossage des dents de l'enfant

Les femmes enceintes qui avaient eu recours à l'examen de prévention ne connaissaient pas plus souvent l'âge recommandé de début de brossage des dents de leur enfant (*tableau 10*) : 64,3% vs 60,7% ( $p = 0,73$ ).

---

<b>A partir de quel âge faut-il commencer à brosser les dents de votre enfant ? Dès l'apparition des premières dents</b>				
	<b>Oui</b>		<b>Non</b>	
<b>Recours</b>	N	%	N	%
<b>Oui</b>	18	64,3	10	35,7
<b>Non</b>	54	60,7	35	39,3

---

*Tableau 10: Connaissance de l'âge de début de brossage des dents en fonction du recours à l'examen de prévention*

### 3.8.6 Effet sur l'âge de la première visite chez le dentiste

Les femmes enceintes qui avaient recouru à l'examen de prévention grossesse avaient plus souvent l'intention d'emmener leur enfant chez le dentiste dès l'âge de 6 mois, apparition des premières dents (*tableau 11*) : 21,4% vs 12,4% mais ce n'était pas statistiquement significatif ( $p = 0,23$ ).

---

<b>Quand pensez-vous emmener votre enfant chez le dentiste pour la première fois ? Dès l'apparition des premières dents</b>				
	<b>Oui</b>		<b>Non</b>	
<b>Recours</b>	N	%	N	%
<b>Oui</b>	6	21,4	22	78,6
<b>Non</b>	11	12,4	78	87,6

---

*Tableau 11: Intentions d'emmener l'enfant chez le dentiste dès 6 mois en fonction du recours à l'examen de prévention*

### 3.8.7 Effet sur la connaissance de la vulnérabilité à la carie des dents déciduales

Les participantes qui avaient recouru à l'examen de prévention ne connaissaient pas plus souvent la vulnérabilité des dents déciduales à la carie dentaire que celles qui n'y avaient pas recouru (*tableau 12*) : 85,7% vs 82,0% (test de Fisher ;  $p = 0,78$ ).

---

**Pensez-vous que votre enfant peut avoir des caries sur ses dents de lait ?**

<b>Recours</b>	<b>Oui</b>		<b>Non/Ne sait pas</b>	
	N	%	N	%
<b>Oui</b>	24	85,7	4	14,3
<b>Non</b>	73	82,0	16	18,0

*Tableau 12: Connaissance de la vulnérabilité des dents déciduales en fonction du recours à l'examen de prévention*

### 3.8.8 Effet sur la connaissance de la transmissibilité de la carie dentaire

Les femmes enceintes qui avaient eu recours à l'examen de prévention connaissaient plus souvent le caractère transmissible de la maladie carieuse : 39,3% vs 21,4% mais ce n'était pas statistiquement significatif ( $p = 0,058$ ).

---

**Pensez-vous que vous pouvez transmettre des caries à votre enfant ?**

<b>Recours</b>	<b>Oui</b>		<b>Non/Ne sait pas</b>	
	N	%	N	%
<b>Oui</b>	11	39,3	17	60,7
<b>Non</b>	19	21,4	70	78,7

*Tableau 13: Connaissance de la transmissibilité de la carie dentaire en fonction du recours à l'examen de prévention*

## 4 DISCUSSION

## 4.1 État des lieux des connaissances, attitudes et pratiques

### 4.1.1 Profil socio-démographique de l'échantillon

La moyenne d'âge de nos participantes (31 ans) coïncide avec l'âge moyen national de maternité, tous rangs de naissance confondus. Ce dernier était évalué à 30,6 ans en 2018 par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) (37).

Les participantes qui ont accepté de participer à notre étude bénéficiaient globalement d'un niveau d'éducation favorable à la compréhension des messages de santé publique. Ce niveau d'instruction relativement élevé est en cohérence avec la part importante de candidats aux baccalauréats sur les générations qui nous intéressent : stable à environ 62% de la population jusqu'en 2010 puis en forte augmentation jusqu'à 78% en 2012 (37).

Le niveau socio-économique global reflété par les catégories socio-professionnelles semblait globalement favorable, malgré une part de femmes se déclarant sans activité au moment de l'étude. Nous notons une sous-représentation nette des ouvrières et des professions intermédiaires en comparaison des données de l'INSEE pour l'année 2019 (37). Cela est peut-être dû à une méconnaissance de la nomenclature qui aurait pu conduire à des déclarations erronées.

Une proportion faible de participantes déclarait donc une situation sociale défavorable (recherche d'emploi, monoparentalité, décrochage scolaire).

### 4.1.2 Recours au chirurgien-dentiste

La visite de contrôle était de loin le premier motif de la dernière consultation dentaire. Ce résultat suggère une attitude globalement favorable à la prévention dans notre échantillon. A priori, ceci aurait dû se traduire par un taux plus important de recours à l'examen de prévention de l'Assurance Maladie que celui que nous avons observé.

En revanche, le recours spontané au chirurgien-dentiste reste très faible chez les patientes ayant eu des douleurs dentaires.

### 4.1.3 Pratiques d'hygiène bucco-dentaire

La grossesse semble peu modifier les habitudes d'hygiène bucco-dentaire. Dans quelques cas, des facteurs comme l'état parodontal ou la dysgueusie ont entraîné une dégradation des pratiques d'hygiène.

Nous avons relevé un défaut de nettoyage interdentaire dans notre échantillon de participantes. Il semble que la promotion de l'usage du fil dentaire et des brossettes interdentaires soit insuffisante et/ou inefficace. Pourtant l'élimination de la plaque bactérienne interdentaire est utile à l'amélioration de l'état parodontal et la prévention de caries proximales.

L'usage de bain de bouche semble être encore peu répandu. Compte tenu des données de la littérature sur l'efficacité des bains de bouche quotidiens au fluor (200 à 550 ppm F) dans la prévention des caries dentaires (14)(38), il semble utile d'encourager davantage cette pratique, en particulier en période de grossesse.

L'usage d'un dentifrice fluoré lors des brossages reste la norme. Cependant il est apparu que beaucoup de femmes enceintes ignoraient si leur dentifrice contenait ou non du fluor. Les comportements d'achat semblent donc dépendre des normes des fabricants tandis que la promotion du fluor auprès de la population ne fait plus effet.

#### 4.1.4 Alimentation et tabac

Comme attendu, nous avons observé fréquemment des modifications dans le mode d'alimentation de nos participantes consécutivement à la grossesse. Cependant ces changements alimentaires étaient souvent protecteurs vis-à-vis des affections bucco-dentaires, ce qui infirme en partie nos hypothèses de départ. Il semblerait, d'après nos entretiens et les réponses obtenues, que la grossesse soit l'occasion d'une prise de conscience des mères sur l'importance d'une alimentation de qualité pour leur santé et celle de leur futur enfant. C'est donc une période où les patientes sont particulièrement réceptives aux recommandations alimentaires.

L'abstinence totale d'alcool en période de grossesse semble être respectée, si l'on en croit les déclarations de nos participantes. L'unanimité des réponses laisse au moins penser que l'impact de l'alcool sur le développement du fœtus est largement connu dans la population.

Les consommations de tabac que nous avons observées sont en deçà des données nationales pour les femmes disponibles sur le site [tabac-info-service.fr](http://tabac-info-service.fr). Le fait que la grossesse provoque ou consolide des efforts de sevrage est une hypothèse à explorer. Nos résultats seuls ne permettent pas de la valider.

#### 4.1.5 Connaissance sur la santé bucco-dentaire en période de grossesse

Le lien entre la grossesse et la santé bucco-dentaire semble mal connu. En effet, plus d'un quart de notre échantillon l'ignorait, et les participantes qui le soupçonnaient étaient rarement en mesure de le décrire avec précision.

Il semble les femmes enceintes redoutent encore des effets délétères des soins dentaires sur le fœtus. Rappelons que plus d'un quart de notre échantillon craignait de tels effets, l'anesthésie étant l'acte évoqué le plus souvent.

Il apparaît que le chirurgien-dentiste reste le principal vecteur d'informations concernant la santé bucco-dentaire en période de grossesse, suivi des recherches sur l'internet. Les autres professionnels de santé sont très peu représentés en la matière. La communication de l'Assurance Maladie est un vecteur d'information également important.

#### 4.1.6 Connaissances sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation de l'enfant à naître

Les connaissances relatives à l'enfant semblent se transmettre largement à travers l'entourage et l'expérience personnelle. Les recherches sur internet sont un autre vecteur d'information important. Le chirurgien-dentiste, qui devrait être la principale source d'information dans le domaine de la santé bucco-dentaire de l'enfant, n'a été cité que par un quart de notre échantillon total, et à peine la moitié de celles qui avaient recouru à l'examen de prévention.

L'importance des dents déciduales dans le développement de l'enfant semble comprise. Pourtant, nous avons mis en évidence un manque d'information sur l'âge des premiers nettoyages dentaires qui pourrait induire un risque de carie précoce. Le caractère transmissible de la maladie carieuse est quant à lui très mal connu.

La nécessité d'utiliser un dentifrice fluoré adapté à l'âge de l'enfant est apparu comme largement acquise, mais l'unanimité de ce résultat peut être dû à la formulation de la question (biais méthodologique). L'ignorance des participantes concernant la présence de fluor dans leur dentifrice plaide en ce sens.

L'ignorance de l'existence de la carie infantile et/ou des dangers du biberon sucré existent mais se sont révélées rares dans notre étude.

Enfin, les intentions déclarées en matière d'allaitement montrent qu'une femme sur deux environ compte allaiter son enfant au sein pendant une période trop courte. Ceci laisse penser que les bienfaits d'un allaitement au sein d'au moins 6 mois sont peut-être mal connus.

## 4.2 Observations sur le dispositif de prévention de l'Assurance Maladie

### 4.2.1 Portée

La plupart des femmes enceintes semblait donc connaître le dispositif de prévention de l'Assurance Maladie, mais un quart des participantes ignoraient qu'elles avaient droit à un examen de prévention : sa promotion paraît donc à améliorer.

### 4.2.2 Réception

Le dispositif semble avoir une attractivité limitée auprès des femmes enceintes. Il ressort de nos entretiens que les visites médicales obligatoires en période de grossesse dissuadent le recours à un nouvel examen de prévention. En outre, son utilité, surtout après l'accouchement, semble mal comprise.

Les patientes qui ont participé à l'examen de prévention sont le plus souvent satisfaites des informations qu'elles ont reçues à propos de leur santé bucco-dentaire. Toutefois d'autres ne partagent pas cet avis, dénonçant une absence d'information par manque de temps au cours de la visite.

### 4.2.3 Effets observés sur les connaissances

Le dispositif de prévention semble contribuer à une meilleure connaissance des femmes enceintes à propos de la santé bucco-dentaire, mais notre échantillon n'offrait pas la puissance statistique suffisante pour établir un lien significatif entre le recours à l'examen et les connaissances.

La communication autour du dispositif, notamment le courrier d'invitation de l'Assurance Maladie, contribue à sensibiliser au lien entre la grossesse et la santé bucco-dentaire.

## 4.3 Limites de l'étude

### 4.3.1 Biais de sélection

La participation aux entretiens se faisant sur la base du volontariat et dans des services spécifiques, c'est pourquoi notre étude est susceptible de présenter un biais de sélection. On peut suspecter que les personnes volontaires étaient plutôt favorables aux démarches de prévention alors que celles qui ont refusé de participer l'étaient moins.

### 4.3.2 Biais déclaratif

La fiabilité de nos résultats repose en grande partie sur la sincérité des participantes. En outre, le déroulement des entretiens en face-à-face introduisait un biais de désirabilité sociale qui a pu biaiser certaines réponses.

### 4.3.3 Biais de recueil

Certaines questions, par une mauvaise formulation, ont pu induire un biais méthodologique. Par exemple, la présence du mot « toutes » dans les questions 26) et 36) relatives aux connaissances a pu minorer les réponses positives. La présence de l'adjectif « adapté » dans la proposition relative au dentifrice de l'enfant explique peut-être le fort taux de réponses positives enregistrées dans notre étude et dans celles de J Carrique et M Letort. (24)(25)

La classification des professions et catégories socio-professionnelles s'est révélée peu apte à refléter efficacement la situation socio-économique des participantes. Le revenu annuel du ménage pourrait représenter une meilleure alternative.

### 4.3.4 Taille de l'échantillon

La taille de notre échantillon a constitué une limite car la puissance statistique qu'elle offrait était souvent insuffisante dans la recherche de lien entre nos différents paramètres. En particulier, l'effectif du groupe des participantes ayant recouru à l'examen de prévention était souvent trop faible pour évaluer le dispositif de manière significative.

### 4.3.5 Choix méthodologiques

Nous avons fait le choix de recueillir une grande diversité de données dans le but de repérer des tendances, tout en administrant le questionnaire en face-à-face pour augmenter la qualité du recueil. En contrepartie, il a fallu limiter le nombre de questions pour éviter de surcharger les entretiens.

En particulier, nous n'avons pas posé de questions concernant les intentions des femmes enceintes à proposer et/ou laisser des habitudes de succion non-nutritives à leur enfant à naître mais cela aurait été un sujet intéressant à aborder. Nous avons tout de même pu échanger avec les participantes à ce sujet

et les informer de l'importance d'un suivi dentaire régulier afin de détecter et d'intercepter le développement des malocclusions au plus tôt chez l'enfant. En effet, les habitudes de suctions non-nutritives qui se développent initialement en réponse à l'envie instinctive de succion, et semblent persister d'autant plus fréquemment que l'allaitement au sein est court, peuvent présenter des effets délétères sur les caractéristiques occlusales (21).

## 4.4 Mise en perspective

### 4.4.1 Comparaison des connaissances sur la santé bucco-dentaire

Les résultats de nos participantes étaient globalement meilleurs que ceux rapportés par Carrique (24) et par Letort (25) en ce qui concerne la santé bucco-dentaire de l'enfant à naître.

Nous avons enregistré deux fois moins de réponses favorables à l'utilisation du biberon sucré comme aide à l'endormissement que Carrique (23%) et Letort (20%).

Alors que 61% de notre échantillon répondait de manière appropriée à la question du premier brossage, leurs travaux enregistraient seulement 33 et 39% de réponses juste.

L'ignorance de la possibilité de transmettre des bactéries cariogènes, qui touchait 75% de notre échantillon, était un peu plus importante au cours de leurs travaux, de 79 et 83%.

Seule la supervision insuffisante du brossage enregistrée dans notre étude à 43% était encadrée par leurs chiffres (37 et 47%).

Ces différences de résultats évoquent une tendance à l'amélioration des connaissances des femmes enceintes à propos de la santé bucco-dentaire de leur enfant à naître.

### 4.4.2 Comparaison des pratiques d'hygiène et attitude de prévention

Nos résultats relatifs à la fréquence de brossage étaient cohérents avec les données relevées dans les études de Thomas (26), Boggess (27), et Bamanikar (28). L'utilisation régulière du bain de bouche nous est apparue plus rare que dans ces mêmes travaux puisqu'elle ne concernait qu'un quart environ des participantes dans notre étude. En revanche, le manque de nettoyage interdentaire que nous avons observé contraste fortement avec les résultats des autres études.

### 4.4.3 Comparaison du dispositif de prévention avec les programmes étrangers

En Allemagne, un programme de prévention individuelle a été mis en place dès 1991. Des bilans de prévention sont proposés de 0 à 6 ans, une analyse des risques est établie et une information sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation est prodiguée aux parents.

L'État suédois quant à lui, a institué des réformes en matière de prévention bucco-dentaire à destination des enfants à partir de 1999. L'éducation à la prévention est faite dès la grossesse. Les premières visites ont lieu à 3 ans et à 6 ans, puis un suivi individuel est mis en place par le praticien traitant.

Aux Pays-Bas, la prévention est essentiellement adressée aux moins de 18 ans. Cependant, le programme de prévention instauré en 2009, reposant sur le bénévolat, peine à recueillir l'adhésion des praticiens (39).

Le dispositif « M'T dents » est donc plus récent que les programmes de prévention allemands et suédois. Aujourd'hui, le retard semble avoir été largement rattrapé grâce aux extensions successives du dispositif français aux enfants de 3 ans, aux jeunes adultes et aux femmes enceintes.

L'exemple hollandais démontre l'importance de rémunérer les praticiens à la hauteur des actes de prévention qui leur sont demandés pour qu'ils adhèrent à la démarche.

#### 4.4.4 Prise en charge des femmes enceintes par les chirurgiens-dentistes

Le manque d'information au cours des examens de prévention maternité rapporté dans notre étude, ainsi que la fréquence importante de patientes qui en ressortent craintives vis-à-vis des soins dentaires pourrait résulter d'un manque de formation de certains praticiens.

L'étude de Caspar réalisée sur un échantillon de 200 dentistes révélant des lacunes de connaissances et des pratiques ne respectant pas toujours les données acquises de la science, tend à accréditer cette hypothèse. (40)

### 4.5 Pistes d'action en santé publique

#### 4.5.1 Promotion de la santé

Nos résultats donnent des pistes de thèmes à aborder avec les femmes enceintes concernant leur propre santé bucco-dentaire, comme le nettoyage interdentaire, levier important dans la prévention de la maladie parodontale et des caries proximales, particulièrement compliquées à soigner. Également, les messages de santé devraient rappeler l'intérêt du fluor qui semble avoir été oublié par la population. Enfin, les éducateurs et les professionnels de santé devraient informer les parents de leur risque de transmettre des bactéries cariogènes à l'enfant.

Les femmes enceintes seraient d'ailleurs probablement demandeuses car près de 2/3 de notre échantillon déclaraient avoir des connaissances insuffisantes sur la santé bucco-dentaire et l'alimentation de leur enfant à naître.

Tout cela nécessite une formation adéquate des intervenants, y compris des chirurgiens-dentistes.

Devant l'importante quantité d'informations nouvelles que doivent assimiler les futures mères, il paraît utile de regrouper un ensemble de savoirs pluridisciplinaires ciblés, par exemple dans un livret de référence à destination des femmes enceintes. Le travail de Letort a montré qu'une plaquette d'information améliorerait significativement les connaissances sur le caractère transmissible de la carie dentaire et le brossage dès l'apparition des premières dents déciduales (25).

Les recommandations nutritionnelles que reçoivent les patientes diabétiques semblent bien respectées et entraînent l'adoption de modes d'alimentation moins cariogènes. Il serait intéressant d'étendre ces

recommandations à une population plus large dans un objectif de prévention pluridisciplinaire des affections bucco-dentaires.

#### 4.5.2 Actions de dépistage

Les femmes enceintes doivent effectuer 7 visites médicales et faire réaliser des examens obligatoires. Ceci rend peu attractif le recours aux examens de prévention bucco-dentaire. Ainsi, des examens de dépistage bucco-dentaire pourraient être mis en place dans les maternités pour répondre à cette problématique en impliquant les étudiants en odontologie des centres hospitaliers universitaires.

#### 4.5.3 Pistes de recherche

La poursuite des études auprès des femmes enceintes est nécessaire pour évaluer les mesures de santé publique et actions de prévention. Il serait intéressant de mener notre étude à plus large échelle, avec une meilleure représentativité et une meilleure puissance, pour pouvoir évaluer l'impact de l'examen de prévention bucco-dentaire sur les connaissances et pratiques des femmes enceintes en santé bucco-dentaire. Un suivi des participantes après la naissance permettrait de mettre en perspective les intentions en matière de santé bucco-dentaire de l'enfant à naître et les pratiques une fois l'enfant né, et les comparer avec des participantes n'ayant pas bénéficié du dépistage réalisé à la maternité.

#### 4.5.4 Améliorations du dispositif de l'Assurance Maladie

Le prolongement de la durée de validité de l'examen de prévention en mettant l'accent sur son utilité même après l'accouchement paraît utile. En effet, encourager les recours, même tardifs, et inciter les parents à observer une visite de contrôle à un an, permettrait d'inclure le nourrisson dans le système de prévention.

L'amélioration de la qualité de l'éducation à la santé prodiguée au cours des examens de prévention est un levier d'amélioration important du dispositif. Elle passe par une meilleure formation initiale et continue des praticiens sur les spécificités de la grossesse et l'odontologie pédiatrique, sur la posture éducative mais aussi une rémunération suffisante des actes de prévention.

# Conclusion

Les futures mères sont particulièrement réceptives aux messages de prévention qui concernent leur futur enfant. Cependant l'importante quantité d'informations nouvelles qu'elles doivent assimiler à l'aube de la maternité peut être accablante. De plus, les nombreuses visites médicales pré et post natales qui sont nécessaires, rendent peu attractifs de nouveaux dispositifs de prévention.

Les actions de santé publique devraient donc viser la simplification des parcours en privilégiant l'amélioration des dispositifs existants, l'approche pluridisciplinaire et la formation des professionnels de santé.

Le dispositif de prévention « M'T Dents », s'il reste perfectible, représente une base solide autour de laquelle peut s'articuler la stratégie de prévention des affections bucco-dentaires chez les jeunes.

Les connaissances des femmes enceintes en matière de santé bucco-dentaire peuvent encore être améliorées en favorisant le recours aux examens de prévention. En parallèle, une meilleure formation des praticiens augmenterait la qualité de l'éducation à la santé transmise au cours de ces examens.

Les pratiques d'hygiène bucco-dentaire, par ailleurs correctes, souffrent d'un défaut important de nettoyage interdentaire qui devrait être adressé à l'avenir.

Les efforts de santé publique menés jusqu'à présent doivent se poursuivre pour conserver les progrès acquis.

# Annexes

## Examen de prévention bucco-dentaire

articles L. 2132-2-1 du Code de la santé publique et L. 162-1-12 du Code de la sécurité sociale  
arrêté du 14 juin 2006 (J.O. du 18 juin 2006)

date limite de réalisation de l'examen : . . / . . / . . . .

*partie à adresser  
à l'organisme d'affiliation*

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : NIR <input style="width: 100%;" type="text"/> bénéficiaire : date de naissance <input style="width: 100%;" type="text"/>	

Identification du praticien	et Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement...)
<b>Praticien remplaçant</b> identifiant <input style="width: 100%;" type="text"/> nom et prénom : <input style="width: 100%;" type="text"/>	n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET) <input style="width: 100%;" type="text"/>

Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)	
date de réalisation de l'examen <input style="width: 100%;" type="text"/> pas de radiographie réalisée <input type="checkbox"/> 1 ou 2 radiographies réalisées <input type="checkbox"/> 3 ou 4 radiographies réalisées <input type="checkbox"/> montant des honoraires :                      euros	signature du praticien attestant la réalisation de l'examen <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>

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

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

↳ **schéma dentaire à compléter**  
(reporter le code correspondant dans chaque case du schéma dentaire)

**C** : dent cariée    **A** : dent absente pour cause de carie    **O** : dent obturée    **S** : scellements de sillons réalisés

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

↳ **état parodontal**  
 ■ parodontopathie : oui  non

↳ **besoins de soins dans le cadre du dispositif** : oui  non   
*si oui* :  
 ■ détartrage   
 ■ scellement(s) de sillon(s) - dent(s) n° :  
 ■ dent(s) à soigner

↳ **besoins de soins hors du cadre du dispositif** : oui  non   
*si oui* :  
 ■ ODF                       ■ prothèse(s)

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

date de réalisation de l'examen <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : NIR <input style="width: 100%;" type="text"/> bénéficiaire : date de naissance <input style="width: 100%;" type="text"/>	

## examen de prévention bucco - dentaire (maternité)

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

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

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

Identification du praticien	et Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement...)
<b>Praticien remplaçant</b> identifiant : _____ nom et prénom : _____	n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET) : _____

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

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

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

☞ **schéma dentaire à compléter**  
(reporter le code correspondant dans chaque case du schéma dentaire)

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

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

- ☞ **santé parodontale**
- inflammation gingivale    oui     non
- ☞ **besoins de soins**
- prothèse(s)     ▪ soins conservateurs     ▪ avulsions     ▪ soins de gencives
- ☞ **acte exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention**    oui     non

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

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

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

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

Syndrôme du biberon     Risque de contamination croisée

Fluor     Hygiène bucco-dentaire chez l'enfant

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

Annexe 3: Questionnaire

<b>BUCCOMATER</b> Code participant _____	<b>HABITUDES BUCCO-DENTAIRES</b>	Fiche HABITUDES Version n°1.0 du <21/03/2019> Page 5/13
--	----------------------------------	---

## QUESTIONNAIRE

1. Avez-vous déjà des enfants ? <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non  
 1.1. Si oui, combien ?
2. A quel terme de grossesse êtes-vous (en semaines d'aménorrhée)?
3. Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?
 

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Agriculteurs exploitants	
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Cadres et professions intellectuelles supérieures	
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Professions Intermédiaires	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Employés
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Ouvriers	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Autre
4. Quel est votre niveau d'étude le plus haut ?
 

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Pas de scolarisation	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> CAP/ BEP
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Primaire, collègue	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Bac Professionnel
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Lycée	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Etudes supérieures
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> BTS	
5. Quel est votre situation familiale ? <sub>1</sub> en couple <sub>2</sub> célibataire, divorcé, veuve
6. Quelle est votre langue maternelle ? <sub>1</sub> français <sub>2</sub> autre, précisez.....

### **VOS HABITUDES BUCCO-DENTAIRES et ALIMENTAIRES**

7. Avez-vous un dentiste traitant ? <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non
8. A quand remonte votre dernière visite chez le chirurgien-dentiste (en mois) ?
9. Quel était le motif de la visite ?
 

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Contrôle	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Suite de soins	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Urgence
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> 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 ?
 

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non
---	---
11. Connaissez-vous l'examen de prévention à destination des femmes enceintes proposé par l'Assurance Maladie gratuit ?
 

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non
---	---
- 11.1. Si oui, y avez-vous eu recours ? <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non
  - 11.1.1. Si non à la question 11.1, pourquoi ?
 

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Pas au courant	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Pas envie	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Pas besoin
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Peur		
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Autre, précisez : .....		
  - 11.1.2. Si non à la question 11.1, pensez-vous le faire ? <sub>1</sub> Oui <sub>0</sub> Non



<b>BUCCOMATER</b> Code participant _____	<b>HABITUDES BUCCO-DENTAIRES</b>	<i>Fiche HABITUDES</i> <i>Version n°1.0 du &lt;21/03/2019&gt;</i> <i>Page 7/13</i>
--	----------------------------------	--

- |                      |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bain de bouche       | <input type="checkbox"/> |
| Bicarbonate de soude | <input type="checkbox"/> |
| Autre, précisez :    | <input type="checkbox"/> |
| .....                |                          |                          |                          |                          |                          |

19. Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous changé vos habitudes d'hygiène bucco-dentaire ?  
<sub>1</sub> Oui      <sub>0</sub> Non

19.1. Si oui, comment ? .....

20. Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous changé vos habitudes alimentaires ?  
<sub>1</sub> Oui      <sub>0</sub> Non

20.1. Si oui, comment ? .....

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Jamais  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> De temps en temps |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Souvent | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Quotidiennement   |

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Jamais  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> De temps en temps |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Souvent | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Quotidiennement   |

23. Avez-vous actuellement des vomissements ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Jamais  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> De temps en temps |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Souvent | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Quotidiennement   |

23.1. Que faites-vous en cas de vomissement ? <sub>9</sub> Non applicable

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Rien           | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Rinçage à l'eau |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Bain de bouche | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Brossage        |

24. Est-ce que vous fumez ou avez fumé (cigarettes/cigares/joints/chicha/narguilé) ?

- <sub>1</sub> Non, jamais
- <sub>2</sub> Oui, dans le passé mais je ne fume plus, préciser la date de l'arrêt  
 \_\_\_\_\_
- <sub>3</sub> Oui actuellement

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

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

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

25.1. Si oui, à quelle fréquence ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Tous les jours    | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> au moins une fois par semaine                |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> De temps en temps | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Je buvais dans le passé mais je ne bois plus |

<b>BUCCOMATER</b> Code participant _____	<b>HABITUDES BUCCO-DENTAIRES</b>	Fiche <b>HABITUDES</b> Version n°1.0 du <21/03/2019> Page 8/13
--	----------------------------------	--

25.2. Combien de verres buvez-vous \_\_\_\_\_ par <sub>1</sub> jour / <sub>2</sub> semaines / <sub>3</sub> mois

26. Vous pensez avoir toutes les connaissances nécessaires à propos de votre santé bucco-dentaire au cours de votre grossesse :

- <sub>1</sub> Pas du tout d'accord      <sub>2</sub> Pas d'accord  
<sub>3</sub> Plutôt d'accord      <sub>4</sub> Tout à fait d'accord

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

- <sub>1</sub> Sage-femme      <sub>2</sub> Gynécologue  
<sub>3</sub> Médecin généraliste      <sub>4</sub> Chirurgien-dentiste  
<sub>5</sub> Internet      <sub>6</sub> 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 ? <sub>1</sub> Oui      <sub>0</sub> 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 ?

- <sub>1</sub> Quand il se plaindra de douleurs  
<sub>2</sub> Pas avant l'âge du premier bilan bucco-dentaire proposé par l'Assurance Maladie  
<sub>3</sub> A partir de l'apparition de la première dent de lait (à 6 mois)  
<sub>4</sub> 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) :

- <sub>1</sub> d'eau sucrée      <sub>2</sub> de jus de fruit      <sub>3</sub> de soda      <sub>4</sub> d'eau plate  
<sub>5</sub> pas de biberon      <sub>6</sub> De lait

30. Selon vous, à partir de quel moment faudrait-il commencer à brosser les dents de votre enfant ?

- <sub>1</sub> A partir de l'apparition de la première dent de lait (à 6 mois)  
<sub>2</sub> A partir de l'apparition de la totalité des dents de lait (à 2-3 ans)  
<sub>3</sub> A 4 ans  
<sub>4</sub> A partir de l'apparition en bouche de la première dent définitive (à 6 ans)

<b>BUCCOMATER</b> Code participant   _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>HABITUDES BUCCO- DENTAIRES</b>	<i>Fiche HABITUDES</i> <i>Version n°1.0 du &lt;21/03/2019&gt;</i> <i>Page 9/13</i>
---	---------------------------------------	--

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 ?

- 1 Oui   
 0 Non   
 9 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 :

- 1 Pas du tout d'accord                     
 2 Pas d'accord  
 3 Plutôt d'accord                             
 4 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 ?

- 1 Pas du tout d'accord                     
 2 Pas d'accord  
 3 Plutôt d'accord                             
 4 Tout à fait d'accord

36.1. 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 : .....

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

.....

## Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. Santé Bucco-Dentaire. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Synthèse du plan de prévention bucco-dentaire. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/le-plan-de-prevention-bucco-dentaire>
3. Berkowitz RJ. Causes, traitement et prévention de la carie de la petite enfance : perspective microbiologique. Journal de l'Association Dentaire Canadienne. 2003 ;69 :6.
4. Laine MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. Acta Odontologica Scandinavica. 2002 ;60(5) :257-264.
5. L'Assurance Maladie. Prévention bucco-dentaire. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/prevention-bucco-dentaire>
6. Pirie M, Cooke I, Linden G, Irwin C. Dental manifestations of pregnancy. The Obstetrician & Gynaecologist. 2007 ;9(1) :21-26.
7. Lukacs JR, Largaespada LL. Explaining sex differences in dental caries prevalence: Saliva, hormones, and "life-history" etiologies. American Journal of Human Biology. 2006 ;18(4) :540-555.
8. Fairburn CG, Stein A, Jones R. Eating habits and eating disorders during pregnancy. Psychosomatic Medicine. 1992 ;54(6) :665-672.
9. Bürki N, Meier R. Nausée, vomissements et hyperémèse gravidique. Forum Med Suisse. 2010 ;10(13).
10. Richter JE. Review article: the management of heartburn in pregnancy. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2005 ;22(9) :749-757.
11. Barron RP, Carmichael RP, Marcon MA, Sàndor GKB. Érosion dentaire et reflux gastro-œsophagien pathologique. 2003 ;69 :6.
12. Xiong X, Buekens P, Fraser WD, Beck J, Offenbacher S. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2006 ;113(2) :135-143.
13. AAPD. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. The Reference Manual Of Pediatric Dentistry. 2016 ; 71-73.
14. Haute Autorité de Santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_991247/fr/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_991247/fr/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire)
15. Droz D, Guéguen R, Bruncher P, Gerhard J-L, Roland E. Enquête épidémiologique sur la santé buccodentaire d'enfants âgés de 4 ans scolarisés en école maternelle. Archives de Pédiatrie. 2006 ;13(9) :1222-1229.
16. Destin A. La carie précoce de l'enfance : prévalence et point de vue des professionnels de santé de la petite enfance en Martinique. Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire : Université de Bordeaux : 2017 ; 92.
17. Madrid C, Abarca M, Bouferrache K, Pop S, Bodenmann P, Gehri M. Carie du biberon : un caillou dans la chaussure de la santé. Rev Med Suisse 2012; 8 :764-768.
18. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet. 2016;387(10017):475-490.
19. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;(8).

20. Callaghan A, Kendall G, Lock C, Mahony A, Payne J, Verrier L. Association between pacifier use and breast-feeding, sudden infant death syndrome, infection and dental malocclusion. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2005;3(6):147-167.
21. Chen X, Xia B, Ge L. Effects of breast-feeding duration, bottle-feeding duration and non-nutritive sucking habits on the occlusal characteristics of primary dentition. *BMC Pediatrics*. 2015;15:46.
22. Comité interministériel pour la santé. Dossier de presse de Matignon du 26 mars 2018. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2018/sante-publique-france-a-accueilli-le-comite-interministeriel-de-la-sante-le-26-mars-2018>
23. Réponse du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes publiée dans le JO Sénat du 26/11/2015:2741.
24. Carrique J. État des connaissances des femmes enceintes sur la santé bucco-dentaire de leur futur enfant : étude expérimentale sur 614 femmes enceintes de la région aquitaine. Thèse de Doctorat : Université Bordeaux 2, UFR Odontologie : 2010.
25. 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 pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie dentaire : Université de Bordeaux : 2013;8.
26. Thomas N, Middelton P, Crowther C. Oral and dental health care practices in pregnant women in Australia: a postnatal survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2008;8:3.
27. Boggess K, Urlaub D, Massey K, Moos M, Mathesson M, Lorenz C. Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women. *J Am Dent Assoc*. 2010;141(5):553-561.
28. Bamanikar S, Kok Kee L. Knowledge, Attitude and Practice of Oral and Dental Healthcare in Pregnant Women. *Oman Medical Journal*. 2013;28(4):288-291
29. Jusot F. Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2013;61:S163-S169.
30. Levieux J. Étude rétrospective du devenir des enfants soignés sous anesthésie générale dans le service d'odontologie de l'hôpital St André. Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire : Université de Bordeaux : 2017;2.
31. Gendel MH, Brooks E, Early SR, Gundersen DC, Dubovsky SL, Dilts SL, et al. Self-prescribed and other informal care provided by physicians: scope, correlations and implications. *J Med Ethics*. 2012;38(5):294-8.
32. Lee JM, Shin TJ. Use of local anesthetics for dental treatment during pregnancy; safety for parturient. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*. 2017;17(2):81-90.
33. Robinson PG, Deacon SA, Deery C, Heanue M, Walmsley AD, Worthington HV, et al. Manual versus powered toothbrushing for oral health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD002281.
34. Position de l'ACP sur la Méthode de Keyes. Disponible sur : <https://www.cap-acp.ca/fr/public/keyes.html>
35. Taylor GW, Manz M, Borgnakke W. Diabetes, periodontal diseases, dental caries, and tooth loss: a review of the literature. *Compend Contin Educ Dent*. 2004;25(3):179-84, 186.
36. Blanchon B, Parmentier M, Colau J-C, Dautzenberg B, Blum-Boisgard C. Tabac et grossesse : Étude de l'Assurance maladie des professions indépendantes en Ile-de-France. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2004;33(1, Part 1):21-9.
37. Institut national de la statistique et des études économiques. Statistiques et études. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques>

38. Zero D. Dentifrices, mouthwashes, and remineralization/caries arrestment strategies. *BMC Oral Health*. 2006;6:S9.
39. D et Consultants. L'organisation des soins dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas. Document de travail de la DREES, série études et recherche. 2018;136:9-70
40. Caspar A. Prise en charge des femmes enceintes par les Chirurgiens-Dentistes : étude des pratiques professionnelles. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme : Université Grenoble Alpes, UFR de Médecine : 2016.

## 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.

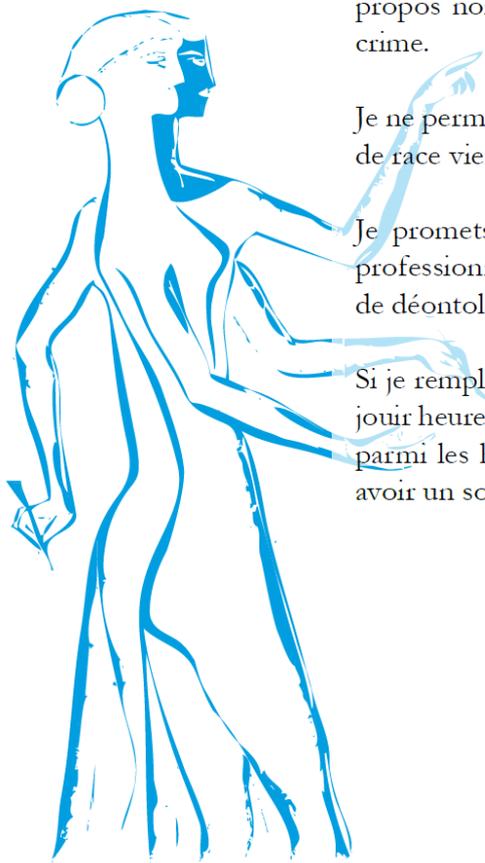
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

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



**Axel TOUSSAY**

Thèse pour l'obtention du DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR en CHIRURGIE DENTAIRE

**Discipline** : Santé Publique

**Connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes sur leur santé bucco-dentaire et celle leur enfant à naître : étude transversale à la maternité du CHU de Bordeaux**

**Résumé** : Les changements physiologiques qui accompagnent la grossesse exposent davantage la femme enceinte aux affections bucco-dentaires. De plus la santé bucco-dentaire de l'enfant demande une attention dès les premiers mois de vie. L'objectif était de décrire les connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes sur leur santé bucco-dentaire et celle de leur enfant à naître.

Une étude épidémiologique transversale a été conduite à la maternité du CHU de Bordeaux auprès de 117 femmes enceintes.

Parmi les participantes, 78,6% se brossaient les dents au moins deux fois par jour, mais seules 9,2% utilisaient régulièrement le fil dentaire. Seules 23,9% ont eu recours à l'examen de prévention pour les femmes enceintes. Elles savaient que la grossesse affectait la santé bucco-dentaire mais en connaissaient mal les effets. Les connaissances sur la santé bucco-dentaire de l'enfant étaient globalement adaptées et n'était pas associées à leur recours ou non à l'examen de prévention. Les connaissances en santé bucco-dentaire des femmes enceintes pourraient être améliorées mais le recours à l'examen de prévention bucco-dentaire est faible.

**Mots-clés** : Attitudes ; Connaissances ; Femmes enceintes ; Pratiques ; Santé bucco-dentaire

**Knowledge, attitudes and practices of pregnant women on their oral health and that of their future child: cross-sectional study in the maternity ward of Bordeaux University Hospital**

**Summary** : The physiological changes that occur during pregnancy make pregnant women more susceptible to oral diseases. Moreover, the child's oral health requires attention from the first months of life. The objective was to describe the knowledge, attitudes and practices of pregnant women about their oral health and that of their unborn child.

A cross-sectional epidemiological study was carried out at the Bordeaux University Hospital maternity unit with 117 pregnant women.

Of the participants, 78.6% reported brushing at least twice a day, but only 9.2% flossed regularly. Only 23.9% had a preventive dental check-up during pregnancy. They knew that pregnancy impacted oral health but knew little about its effects. Basic knowledge about the child's oral health was generally good and was not associated with the use or not of the preventive dental check-up. The oral health knowledge of pregnant women could be improved but the use of the preventive dental check-up is low.

**Key words**: Attitudes ; Knowledge ; Dental health ; Practices ; Pregnant women

UFR des Sciences Odontologiques

146 rue Léo Saignat

33076 BORDEAUX