



HAL
open science

Prévention bucco-dentaire chez la femme enceinte : étude pilote auprès des femmes enceintes et réflexions sur une intervention éducative

Deborah Guetta

► **To cite this version:**

Deborah Guetta. Prévention bucco-dentaire chez la femme enceinte : étude pilote auprès des femmes enceintes et réflexions sur une intervention éducative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03440178

HAL Id: dumas-03440178

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03440178v1>

Submitted on 22 Nov 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.



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

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE SANTÉ

UFR D'ODONTOLOGIE
5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2020

N°

**THÈSE pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR
en CHIRURGIE DENTAIRE**

présentée et soutenue publiquement le 10 mars 2020

par **Deborah GUETTA**

**PREVENTION BUCCO-DENTAIRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE :
ETUDE PILOTE AUPRES DES FEMMES ENCEINTES ET
REFLEXION SUR UNE INTERVENTION EDUCATIVE**

Dirigée par Mme. La Docteure Annabelle TENENBAUM

JURY

Mme la Professeure Marie-Laure BOY LEFEVRE	Présidente
Mme la Professeure Sylvie AZOGUY-LEVY	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS	Assesseur
Mme la Docteure Adeline BRAUD	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Gaëlle CAPITAINE	Assesseur
Mme la Docteure Annabelle TENENBAUM	Assesseur

UNIVERSITÉ DE PARIS

Présidente de l'Université : Mme la Professeure Christine CLERICI

Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie Garancière : Mme la Professeure Ariane BERDAL

Directrice Générale des Services : Madame Pascale SAINT-CYR

JURY

Mme la Professeure Marie-Laure BOY LEFEVRE	Présidente
Mme la Professeure Sylvie AZOGUY-LEVY	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS	Assesseur
Mme la Docteure Adeline BRAUD	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Gaëlle CAPITAINÉ	Assesseur
Mme la Docteure Annabelle TENENBAUM	Assesseur

**Mme la Professeure Marie-Laure
BOY-LEFEVRE**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur d'Etat en Odontologie
Professeur des Universités Emérite

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence du jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération.

**Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-
LEVY**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites de siéger au sein de ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire
Diplôme de Doctorat

Pour l'honneur que vous me faites en participant au jury de cette thèse, veuillez recevoir ici toute ma gratitude et ma considération.

Mme la Docteure Adeline BRAUD

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites en participant au jury de cette thèse, veuillez recevoir ici toute ma gratitude et ma considération.

**Mme la Docteure Anne-Gaëlle
CAPITAINE**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire

Pour l'honneur que vous me faites de siéger au sein de ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

**Mme la Docteure Annabelle
TENENBAUM**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de diriger cette thèse. Pour votre gentillesse, votre patience (et je pense qu'il en a fallu avec moi), pour m'avoir suivie tout au long de ce travail, pour le temps conséquent que vous m'avez consacré, pour vos conseils avisés, pour votre disponibilité.

Je vous prie de trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.

Prévention bucco-dentaire chez la femme enceinte : étude pilote auprès des femmes enceintes et réflexion sur une intervention éducative

Table des matières

Table des matières	1
Introduction	3
I. Prévention bucco-dentaire	6
1. Définition	6
1.1 Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).....	6
1.2 Définition de Gordon (1983)	7
1.3 Nouvelle classification du professeur Jean Louis San Marco (2009)	7
2 Programme de prévention bucco-dentaire chez la femme enceinte en France	8
II. Éducation à la santé	10
1 Définition et historique	10
2 Différents moyens d'action : Informer, Modifier les comportements, Éduquer	14
3 Intervention éducative	16
3.1 Définition et objectif.....	16
3.1.1 Autonomisation du patient ou empowerment	16
3.1.2 Prise en compte des connaissances, attitudes et pratiques (CAP)	17
3.2 Facteurs à prendre en compte en vue d'une intervention éducative chez la femme enceinte.....	18
3.2.1 CAP chez la femme enceinte : Revue de littérature	18
3.2.2 Prise en compte de la littérature	29
III. Prévention bucco-dentaire et enquête auprès des femmes enceintes	35
1 Objectifs	35
2 Matériels et méthodes	35
2.1 Schéma de l'étude et population cible.....	35
2.2 Outil de recueil des données	36
2.3 Durée de l'étude.....	37
2.4 Saisie et analyse des données	37
3 Résultats	37
3.1 Répartition de la population par tranches d'âge.....	38
3.2 Répartition de la population d'étude selon son lieu de résidence	39
3.3 Répartition de la population selon le niveau d'étude	40
3.4 Répartition de la population selon leur activité professionnelle.....	41
3.5 Répartition de la population selon leur couverture maladie	42
3.6 Répartition de la population selon leur dernier motif de consultation chez la sage-femme.....	43
3.7 Répartition des femmes enceintes selon leur trimestre de grossesse.....	44
3.8 Répartition des femmes enceintes selon leur nombre de grossesses	45
3.9 Répartition des femmes enceintes selon leur suivi ou non par un dentiste et la fréquence de ce suivi.	46
3.10 Répartition des femmes enceintes ayant consulté leur dentiste pendant la grossesse selon le motif... ..	47
3.11 Répartition des femmes enceintes selon la connaissance du programme M'T Dents.	48
3.12 Répartition des femmes enceintes selon leur disposition à effectuer des soins durant leur grossesse.	49
3.13 Répartition des femmes enceintes selon leur connaissance entre une mauvaise hygiène bucco-dentaire et un lien entre le déroulement de la grossesse.....	50

Graphique 13 :	50
3.14 Répartition des femmes enceintes selon leur sentiment d'information en termes de santé bucco-dentaire	51
3.15 Répartition des principales demandes concernant le type d'informations que les femmes enceintes aimeraient recevoir concernant la santé bucco-dentaire de leur enfant à naître	52
4 Discussion.....	53
4.1 Caractéristiques des patientes ayant répondu à notre questionnaire.....	53
4.2 Analyse des résultats du questionnaire	54
4.3 Les points faibles de l'étude	57
5 Proposition d'intervention éducative chez la femme enceinte	58
5.1 Format d'intervention	58
5.2 Déroulement de l'intervention : proposition d'intervention éducative en 3 temps	59
5.2.1 Interaction de groupe : exemple d'outil pédagogique de dynamique de groupe	59
5.2.2 Atelier pratique : hygiène orale et technique de brossage	61
5.2.3 Synthèse : plaquette	61
5.2.4 Évaluation post-intervention et à distance	62
CONCLUSION.....	63
Bibliographie	64
Annexe 1: L'examen bucco-dentaire à destination des femmes enceintes.....	70
Annexe 2 : Fiche conseil pour conserver son capital dentaire lors de la grossesse.....	71
Annexe 3 : Questionnaire à destination des femmes enceintes	73
Annexe 4 : Brochure proposée aux chirurgiens-dentistes par l'Assurance Maladie (2016)	77

Introduction

Les deux principales pathologies les plus souvent rencontrées dans le domaine bucco-dentaire sont la carie et la maladie parodontale. Ces deux pathologies, d'origine infectieuse, peuvent conduire à une perte précoce des dents si elles ne sont pas prises en charge à temps.

- **La carie** : touche les structures dures de la dent. Il s'agit de la destruction de la dent par la formation d'une cavité causée par des bactéries. Elle évolue de l'extérieur de la dent vers l'intérieur jusqu'à toucher la pulpe pouvant provoquer des douleurs importantes et évoluer vers la formation d'un abcès dentaire (Assurance Maladie, 2019).
- Les principaux facteurs de risque de la carie sont :
 - o *l'alimentation*, en particulier la prise d'aliments ou de boissons sucrés, mais surtout une prise fréquente (grignotage) qui augmente le temps de contact avec les dents et l'acidité en bouche. Or, durant la grossesse, on observe une modification de l'alimentation avec une alimentation plus fractionnée, des grignotages plus importants et une appétence pour des aliments sucrés ;
 - o une *mauvaise hygiène bucco-dentaire* qui favorise l'accumulation de biofilm riche en bactéries cariogènes, la non-utilisation de produits fluorés ;
 - o un *suivi insuffisant* chez le dentiste.
- Les **maladies parodontales** : touchent les tissus de soutien de la dent, entraînant une récession de la gencive qu'on appelle plus communément « déchaussement » et qui, si ne sont pas prises à temps, peuvent mener à la perte de la dent par destruction de l'os alvéolaire. Le stade initial de cette pathologie correspond à une gingivite et est réversible.

Les principaux facteurs de risque de pathologies parodontales sont : des facteurs locaux tels que l'hygiène bucco-dentaire, la consommation de tabac, des facteurs héréditaires, l'âge, le sexe, le stress, des maladies générales comme le diabète par exemple, la prise de certains médicaments (Goldberg M. et al, 1999).

Ces deux affections, en plus de la douleur qu'elles occasionnent, peuvent avoir du fait de leur caractère infectieux des conséquences au niveau général et en particulier chez des personnes fragiles comme les personnes immunodéprimées (VIH, personnes traitées par chimiothérapie...), les patients diabétiques plus fragiles et les patients cardiaques à risque d'endocardite infectieuse.

De plus, un mauvais état bucco-dentaire peut entraîner une gêne fonctionnelle avec des difficultés de mastication pouvant pousser à modifier son alimentation en faveur d'aliments mous, ainsi que des difficultés de phonation.

Chez la femme enceinte, on assiste à des modifications hormonales et immunitaires ainsi que des modifications du comportement alimentaire avec une alimentation plus fractionnée et une appétence plus prononcée pour les produits sucrés.

L'équilibre bucco-dentaire est modifié au cours de la grossesse, la femme enceinte présente un risque de pathologie bucco-dentaire augmenté.

En plus des différentes conséquences que nous venons d'évoquer, il est important de noter que des corrélations modestes mais significatives ont été mises en évidence entre un mauvais état bucco-dentaire et des répercussions concernant la grossesse telles que : accouchement prématuré, bébé de faible poids, pré éclampsie (Offenbacher et al. 1996), (Xiong et al. 2007).

Par ailleurs, la femme enceinte va être l'un des piliers essentiels pour son enfant à naître, notamment concernant les comportements et attitude en santé.

Elle aura, entre autres, un rôle important à jouer sur l'apprentissage des règles d'hygiène bucco-dentaires et les comportements favorisant une bonne santé bucco-dentaire.

Son état de santé bucco-dentaire aura une double portée : aussi bien pour elle-même que pour son futur enfant. Il sera dépendant de ses Connaissances, Attitudes et Pratiques (KAPB : Knowledge Attitude Practice and Beliefs) et de son niveau de littératie.

Sachant que nous pouvons jouer sur certains facteurs de risque de ces pathologies à un stade précoce, car celles-ci sont évitables, il est essentiel de mettre en place un programme d'information auprès des femmes enceintes afin de leur faire prendre conscience de l'importance d'adopter de bonnes habitudes bucco-dentaires. En France, l'Assurance Maladie a étendu en 2014 le programme de prévention bucco-dentaire M'T dents aux femmes enceintes.

Nous nous sommes intéressés au recours des femmes enceintes ou des femmes ayant accouché dans les 6 derniers mois, au programme de prévention bucco-dentaire M'T dents, et aux connaissances, croyances et besoins d'informations sur la santé bucco-dentaire ressentis par ces

femmes. Et ainsi d'objectiver l'intérêt de mettre en place une intervention éducative chez les femmes enceintes.

I. Prévention bucco-dentaire

1. Définition

1.1 Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Selon la définition de l'OMS, « La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 1999).

La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités ;

On distingue 3 niveaux de prévention, en fonction du stade de la maladie : primaire, secondaire et tertiaire (Rapport Flajolet, Annexe1, La prévention : définitions et comparaisons, 2008) :

- ***primaire*** : se situe avant l'apparition de la maladie et pour l'empêcher. C'est par exemple le cas des vaccins. Ici on cherche à réduire l'incidence de la maladie ;
- ***secondaire*** : vise à prévenir l'aggravation de la maladie, quand on n'a pas pu empêcher sa survenue par une intervention précoce à l'aide d'un dépistage. On cherche ainsi à minimiser la gravité ;
- ***tertiaire*** : vise à intervenir pour réduire la survenue des complications et le retentissement de la maladie sur le quotidien des personnes touchées par la maladie. On cherche à diminuer les séquelles de la maladie.

Cette conception est centrée sur la maladie et donc une *image négative de la santé*, et ne prend pas en compte le fait qu'il existe certaines pathologies multi factorielles liées au comportement des individus (Rapport Flajolet, Annexe1, La prévention : définitions et comparaisons, 2008).

Cette classification était davantage adaptée à l'époque où les pathologies étaient le plus souvent aiguës et infectieuses.

1.2 Définition de Gordon (1983)

R.S Gordon a ainsi établi en 1983 une classification de la prévention qui, contrairement à celle de l’OMS qui se base sur le stade de la maladie, *se base sur la notion de population cible*. Il en distingue ainsi 3 catégories (Flajolet, 2009) :

- ***prévention universelle*** : qui *vis*e l’ensemble de la population malade ou non. Il s’agit par exemple de diffusions de messages télévisuels comme des règles d’hygiène et de conseils à appliquer comme lors d’épidémies telles que la grippe et comprenant des informations accessibles à tous et ayant pour objectif de diminuer la transmission. La prévention universelle peut dans certains cas être conçue dans un cadre d’« *éducation pour la santé* » ;
- ***prévention sélective*** : celle-ci s’adresse à des *sous-groupes de populations spécifiques*, en raison des risques spécifiques auxquels ils sont exposés (exemple des boulangers-pâtisseries, travailleurs dans le bâtiment, femmes enceintes...). On peut par exemple retrouver dans cette catégorie les campagnes de dépistage du cancer du côlon chez les plus de 50 ans ;
- ***prévention ciblée*** ou indiquée qui est une prévention sélective mais chez des *individus présentant des facteurs de risques spécifiques* (exemple glycosurie chez les femmes enceintes).

Cette classification, contrairement à celle de l’OMS, fait référence à la population que l’on souhaite protéger mais pas au stade évolutif de la maladie.

Cependant, tout comme la classification de l’OMS, elle a une vision curatrice de la santé.

Avec l’apparition et le poids des maladies chroniques, il est progressivement apparu essentiel d’obtenir la participation du sujet dans la gestion de sa pathologie. L’individu n’est plus considéré comme étant passif dans sa prise en charge, que ce soit au stade de la prévention ou des différentes étapes de traitement.

1.3 Nouvelle classification du professeur Jean Louis San Marco (2009)

Une nouvelle classification, la prévention globale par anticipation positive, a été proposée en 2009 par le Professeur San Marco, directeur du laboratoire de santé publique à la faculté de médecine de Marseille. Cette classification intégrait la prévention dans une politique de promotion de la santé, au lieu de la cantonner à une annexe du soin. Le but étant ainsi pour la population cible *d’adopter une attitude d’anticipation positive par le biais d’une éducation pour la santé et ainsi obtenir une participation active de la part du patient*. En effet, si des conseils

sont donnés sans explication et sans être compris par un patient, celui-ci ne s'y tiendra pas dans la durée. C'est pourquoi, la prévention doit être globale, afin d'atteindre un niveau d'appropriation par chaque personne et ainsi déclencher un effet positif d'un point de vue individuel et collectif sur la santé des populations.

Cette nouvelle classification comporte elle aussi trois parties (Rapport Flajolet, 2008) :

- ***prévention universelle*** : inchangée dans sa cible c'est à dire qu'elle s'adresse à l'ensemble de la population, mais elle devient ici ce que l'on appelle *l'éducation pour la santé*. L'objectif recherché étant d'obtenir sa participation, pour faire en sorte qu'elle s'approprie les informations. C'est donc une allocation de la promotion de la santé.
- ***prévention orientée*** : destinée aux différents sous-groupes en fonction de leurs risques spécifiques. Elle correspond, en fait, au champ classique de la *prévention des maladies* et regroupe les préventions ciblées et sélectives de Gordon ou les préventions primaires et secondaires de l'OMS. Contrairement aux conceptions classiques de la prévention, elle ne se contente pas de mesures destinées à la population cible, mais cherche à mobiliser cette population pour la faire participer à sa santé, par la mise en place d'un apprentissage de chacun à la gestion de ses propres risques, appuyé par des mesures extérieures d'accompagnement.
- ***prévention ciblée*** qui s'adresse aux malades comme pour la prévention tertiaire de l'OMS, à laquelle s'ajoute la notion d'apprendre à gérer affection et traitement : il s'agit en fait de *l'éducation thérapeutique*. Le but recherché étant l'autonomisation du malade et l'établissement d'une alliance thérapeutique entre le médecin et le malade.

Cette classification, contrairement aux deux précédentes, repose sur une gestion globale de la santé, en traitant aussi bien de la promotion de la santé, de la gestion des maladies, et du soin pour les personnes malades.

On cherche à obtenir une *anticipation positive* de la population. Pour cela, on cherche à délivrer une Éducation indispensable s'intégrant dans son environnement social (San Marco et Ferron 2009).

Cette notion de promouvoir la santé est positive et ambitieuse.

2 Programme de prévention bucco-dentaire chez la femme enceinte en France

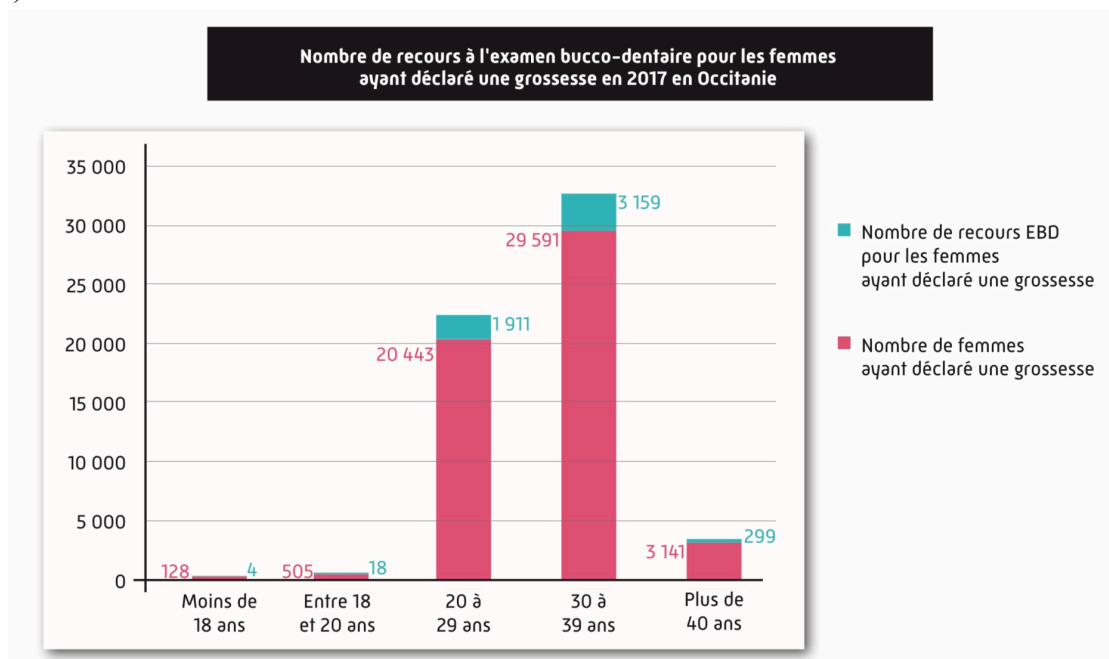
En France, le programme de prévention bucco-dentaire M'T dents a été lancé en 2007.

Initialement destiné aux enfants et jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, il a été étendu en 2018, aux jeunes de 21 et 24 ans et depuis 2019 également aux enfants de 3 ans. Le programme M'T dents a initialement été mis en place afin de faire venir chez le dentiste des enfants et des jeunes qui ne s'y rendaient pas afin de favoriser un contact précoce avec le dentiste et instaurer des rendez-vous réguliers aux âges les plus exposés au risque carieux (Assurance Maladie, 2019).

Le programme M'T dents comprend un courrier d'invitation envoyé un mois avant la date anniversaire invitant à se rendre à un rendez-vous de prévention dentaire gratuit. Suite à ce bilan, les soins nécessaires seront pris en charge intégralement.

Depuis 2014, le programme national de santé évolue en direction de la promotion de la santé dentaire chez les femmes enceintes. Il comprend *dès le 4ème mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement* : une anamnèse, un examen bucco-dentaire, une action de prévention et d'éducation sanitaire pour la femme et le futur enfant et peut être complété par des radiographies intra-buccales et un programme de soins.

Cet examen de prévention est pris en charge par l'assurance maladie, sans avance de frais par la patiente. Lors de celui-ci, elle devra remettre un formulaire à compléter par son dentiste. Bien que cet examen soit gratuit et recommandé, le taux de recours à cet examen est faible. En Occitanie en 2017, seulement 10 % des femmes enceintes ont réalisé l'examen bucco-dentaire gratuit proposé par l'assurance maladie à partir du 4^{ème} mois de grossesse (Assurance Maladie, 2019).



Source : Assurance Maladie, 2019

II. Éducation à la santé

1 Définition et historique

Au cours de ces dernières décennies, on a observé de nombreuses modifications aussi bien dans le type de pathologies (en effet on trouvait énormément de pathologies aiguës, souvent infectieuses et mortelles, dont l'incidence a diminué avec l'avènement des antibiotiques), les comportements et les habitudes de vie. En revanche, de nouvelles pathologies autrefois peu répandues se sont multipliées telles que les maladies chroniques, le cancer ou encore le VIH. Le fort retentissement de nos habitudes de vie sur notre santé a également été pointé du doigt (Ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative : Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaires, 2008) :

- l'alimentation : la consommation en excès d'aliments sucrés, gras peut conduire à l'obésité et également à des problèmes cardio-vasculaires tels que le diabète dont la gestion est souvent compliquée et demande une rigueur importante de la part du patient ;
- les addictions : la consommation d'alcool autant pour l'effet direct de l'alcool sur la santé que les effets engendrés par la consommation d'alcool en termes d'accidents de la route, la consommation de tabac, de drogues ;
- les pratiques sexuelles avec l'apparition du VIH dans les années 80 et des Maladies Sexuellement Transmissibles.

On observe donc de nouveaux comportements, ayant pour certains des répercussions sur l'état de santé. De nouveaux enjeux de santé émergent avec une vision de 'gestion' tant au point individuel que collectif et avec des répercussions économiques pour le système de santé.

Au niveau dentaire, une mauvaise hygiène ou de mauvaises habitudes bucco-dentaires peuvent entraîner certaines pathologies. Si elles ne sont pas prises en charge à temps, elles conduisent à des soins moins conservateurs, ayant des répercussions plus importantes au niveau fonctionnel, esthétique et en termes de qualité de vie. Ces soins seront souvent plus onéreux pour la personne concernée et amèneront à davantage de prises en charge réalisées par l'assurance maladie.

Sans éducation à la santé, ces pathologies dentaires envisagées dorénavant avec un caractère de chronicité sont vouées à être maintenues dans un cycle de soin à répétition perpétuelle. Il apparaît donc essentiel d'amener le patient à être acteur de sa prise en charge et ceci passe par un temps d'éducation pour la santé. Ce temps permettra d'attirer l'attention du patient sur ses

facteurs de risque, ses comportements dommageables, et d'envisager avec lui sa participation aux différentes étapes de traitement et suivi.

L'éducation pour la santé est définie par l'OMS lors de la 36ème assemblée mondiale de 1986 comme : « la composante des soins de santé qui vise à encourager l'adoption de comportements favorables à la santé (Agence Régionale de la Santé Île-de-France (ARS), 2018).

Selon cette vision, le but de l'éducation pour la santé est d'encourager les personnes à faire leurs propres choix pour une vie plus saine et non de les forcer à changer.

Afin de remplir pleinement son rôle, une mission d'éducation pour la santé doit encourager les gens à participer et à choisir eux-mêmes. Puis cela a été défini dans le *Plan national d'éducation pour la santé* (Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés 2001), « l'éducation pour la santé a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité ».

Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun. Elle aide chaque personne, en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences, à comprendre l'information et à se l'approprier pour être en mesure de l'utiliser dans sa vie. (Ministère de l'emploi et de la solidarité. Direction générale de la santé 2001)

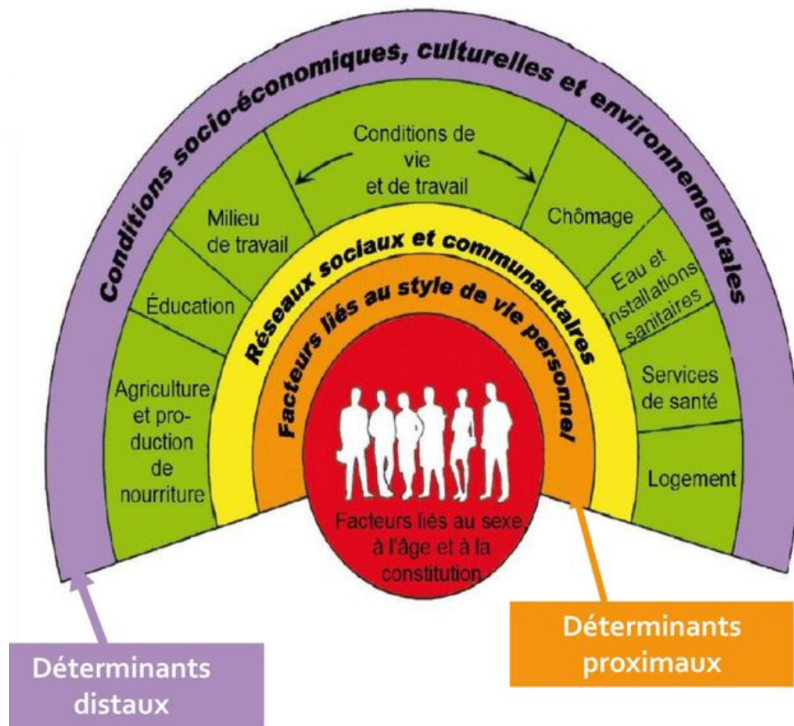
La charte d'Ottawa de 1986 pour la promotion de la santé considère que la santé doit plutôt être considérée comme une ressource de la vie et non comme le but de la vie. Elle complète cette définition par la prise en compte des déterminants de santé et du contexte de vie du patient, à savoir : avoir un logement, un accès à l'éducation, pouvoir se nourrir correctement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable et d'un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1986).

Par déterminant de santé, on entend un facteur qui influence l'état de santé d'une population soit isolément, soit en association avec d'autres facteurs. Selon l'OMS, il s'agit de « circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2005).

En effet, L'État de santé d'un individu dépend de l'interaction de facteurs d'ordres socio-économiques, comportementaux, environnementaux. C'est la combinaison de ces différents facteurs qui influe sur l'état de santé (Institut National de Protection et d'Éducation à la Santé (INPES), 2012) :

1. le niveau de revenu et le statut social ;
2. les réseaux de soutien social ;
3. l'éducation et l'alphabétisme ;
4. l'emploi et les conditions de travail ;
5. les environnements sociaux ;
6. les environnements physiques ;
7. les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle ;
8. le développement de la petite enfance ;
9. le patrimoine biologique et génétique ;
10. les services de santé ;
11. le sexe ;
12. la culture.

Ces déterminants ont été répartis en 4 niveaux et sont représentés dans le schéma de Dahlgreen et Whitehead (Institut National de Protection et d'Éducation à la Santé (INPES), qu'est ce qui détermine notre état de santé, 2012).



Source : Institut National de Protection et d'Éducation à la Santé (INPES), 2012

2 Différents moyens d'action : Informer, Modifier les comportements, Éduquer

L'information comme finalité première de l'éducation pour la santé est la plus ancienne des intentions et s'appuie sur le présupposé que plus les gens sont informés, éclairés, plus les choix se feront en faveur de leur santé. Pourtant, ce n'est pas parce les recommandations sont connues qu'elles sont mises en pratique : par exemple dans le domaine bucco-dentaire, un jeune de moins de 20 ans sur 3 a des habitudes non conformes aux recommandations (Folliguet 2006).

Mais encore faut-il que cette information soit claire et accessible pour tous. En effet, l'enquête « Information et vie quotidienne » menée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) en France en 2011, montre que 16 % des personnes de 18 à 65 ans résidant en France métropolitaine éprouvent des difficultés dans l'un des trois domaines fondamentaux de l'écrit au moins, à savoir la lecture de mots, l'écriture de mots et la compréhension de textes simples (Vallet 2016).

D'autant plus qu'il existe un autre aspect à prendre en considération quand on veut délivrer une information à une population : il existe certains handicaps compliquant la bonne réception d'une information : personnes malentendantes, déficits visuels, barrière de la langue... De plus, de nos jours nous avons accès à une multitude d'informations dont nous ne connaissons pas forcément la source et l'utilité. Les personnes se retrouvent donc noyées avec de nombreuses informations parfois contradictoires sans savoir lesquelles suivre. Le patient a donc besoin d'être accompagné dans sa démarche.

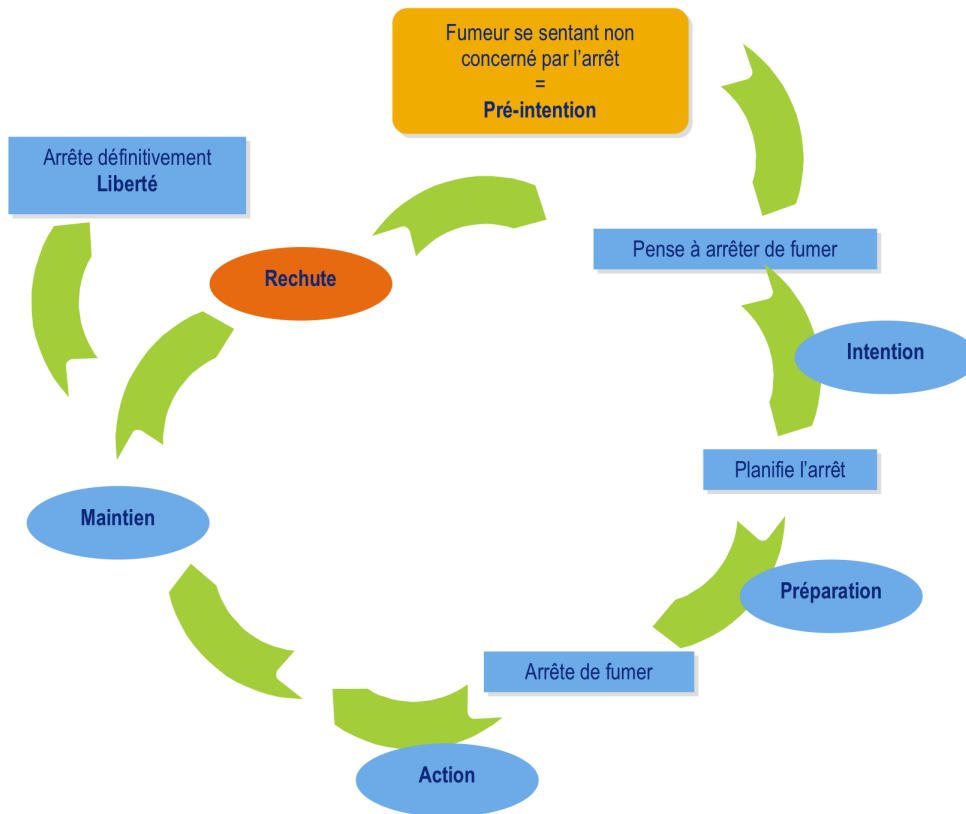
Modifier les comportements : le but recherché étant celui d'obtenir une modification des comportements, par exemple faire diminuer la consommation de tabac voire même l'arrêter. Une théorie de changement comportemental basée sur les étapes ou modèle transthéorique a été développée par Prochaska et DiClemente (Haute Autorité de Santé (HAS), 2014).

Ils considèrent qu'il existe une série d'étapes de motivation avant d'arriver à l'objectif recherché.

Il existe 5 étapes de préparation qui sont les suivantes si l'on reprend l'exemple du tabac :

- Pré-intention : la personne n'a aucune pensée de sevrage tabagique ;
- Intention : il pense à arrêter de fumer ;
- Préparation : prise de décision, il planifie l'arrêt de fumer ;

- o Action : il est activement engagé dans le changement ;
- o Maintien/ liberté : il a fait des changements mais reconnaît qu'il doit rester vigilant afin d'éviter une rechute.



Source : Haute Autorité de Santé (HAS), 2014

Pour accompagner une personne, il serait intéressant de tenir compte du stade où se situe la personne dans son désir de changement, car à chaque étape correspondent des modes d'intervention adaptés.

Selon Didier Jourdan et Dominique Berger, l'apprentissage des comportements favorables à la santé est important mais pas suffisant, il faut également intégrer le développement de l'autonomie, la liberté et la responsabilité. La finalité émancipatrice réside surtout dans l'éducation (Jourdan and Berger 2005).

3 Intervention éducative

3.1 Définition et objectif

3.1.1 Autonomisation du patient ou empowerment

L'intervention éducative définie par Deccache s'exprime ainsi: « L'éducation du patient est un processus par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et les procédures hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie, et destinées à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge son État de santé, et favoriser un retour aux activités normales » (Deccache and Lavendhomme 1989).

Le but de cette intervention éducative sera donc de déclencher chez le patient une prise de conscience afin d'obtenir de sa part de la motivation et acquérir une certaine autonomie dans la gestion de sa santé ou ce que l'on appelle de « l'empowerment ». Ce terme n'a pas de traduction française, mais pourrait être traduit par « pouvoir d'agir » ou « capacité d'agir » voire « autonomisation », définition retenue depuis 2003 par l'Office Québécois de la langue officielle (Bacqué and Biewener 2013).

Un consensus a été trouvé autour d'une définition de l'empowerment en santé mentale : «L'empowerment fait référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie. (...) La clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements » (Chawla et al. 2017).

L'empowerment correspond donc à un processus de transformation et non un état ; désigne donc la succession d'étapes par lesquelles un individu ou une collectivité s'approprie le pouvoir et la capacité d'exercer lui-même de façon autonome (Jouet et al., 2011).

Nina Wallerstein, pionnière sur l'empowerment, a réalisé en 2006 un rapport sur l'empowerment et la santé pour l'Organisation Mondiale de la Santé. Depuis, ce sujet est resté au cœur de ses recherches, et elle explique que « l'efficacité des stratégies d'empowerment ont montré que ces dernières produisaient des effets d'une part au niveau psychologique, organisationnel et communautaire ; d'autre part au sein des foyers et des familles, dans les

programmes et les services (tels que la santé, les systèmes d'approvisionnement en eau et l'éducation), et au niveau économique, politique et juridique ». Bien que « Seuls quelques chercheurs aient mobilisé des méthodes susceptibles de produire des données d'un haut niveau de preuve selon les classifications habituelles... il existe des données probantes issues de protocoles de recherche complexes selon lesquelles les projets visant l'empowerment peuvent produire des résultats en termes de santé et constituer des stratégies valides de santé publique » (Wallerstein et al. 2018).

Afin de mettre en place des interventions les plus efficaces possibles auprès des femmes enceintes, il va être nécessaire de faire un état des lieux sur les connaissances et les comportements de la population étudiée. Ceci nous permettra de faire une intervention la plus adaptée et qui générera un meilleur empowerment.

3.1.2 Prise en compte des connaissances, attitudes et pratiques (CAP)

Cet état des lieux va être fait par une enquête Connaissances Attitudes Pratiques (CAP), qui est un instrument de planification et d'évaluation stratégique permettant d'identifier le besoin éducationnel d'une population spécifique. Aux États-Unis, on parle d'enquête KAPB. « Knowledge, Attitudes Practices and Beliefs » ou Connaissances, Attitudes, Comportements et Croyances.

Ce type d'enquête est centré sur le problème à résoudre, et les moyens pouvant faciliter la compréhension afin d'agir sur ce qui empêche la diminution de mauvaises pratiques (Essi et al, 2013).

Ces études sont faites en s'appuyant sur des questionnaires contenant des questions fermées ou questions à choix multiples. Celles-ci sont prédéfinies et formatées et les questionnaires sont standardisés. Il s'agit d'une méthode donnant aussi bien des informations quantitatives que qualitatives.

Ce questionnaire pourra être répété après l'intervention, soit à t+1 pour pouvoir comparer-mesurer ou évaluer les changements. Le but de ce questionnaire sera de faire ressortir 3 catégories conceptuelles (Essi et al, 2013) :

- Le niveau de connaissance de l'individu : par exemple si l'on prend l'exemple du VIH, est-ce que les personnes interrogées savent comment celui-ci se transmet (par un rapport sexuel non protégé avec un individu porteur, partage d'une seringue avec un sujet contaminé...);
- Les attitudes renforçatrices du comportement : attitudes à l'égard des personnes touchées (ne boivent pas dans le même verre par peur de transmission du virus (croyances) et attitudes de stigmatisation par exemple vis-à-vis d'eux);
- Les compétences pratiques de la population ou le comportement (utilisent-ils des préservatifs lors de leur rapport pour se protéger?).

Les pratiques d'une population dépendent des attitudes, des croyances qui elles-mêmes sont en partie issues du niveau de connaissances.

3.2 Facteurs à prendre en compte en vue d'une intervention éducative chez la femme enceinte

3.2.1 CAP chez la femme enceinte : Revue de littérature

Nous avons rassemblé différents articles étudiant les CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) des femmes enceintes.

Pour cela, nous avons fait nos recherches sur différents moteurs de recherche : Pubmed, DOS (Dentistry and Oral Sciences source) et WOS (World Of Science), ainsi que des recherches sur Google Scholar.

Parmi tous les résultats obtenus, nous avons exclu les articles ne traitant pas de la santé orale, ceux non-centrés sur les femmes enceintes, ceux ne présentant pas de résumés, ceux qui n'étaient pas en anglais et les articles non accessibles à la consultation. De plus, nous avons également limité notre recherche aux 15 dernières années.

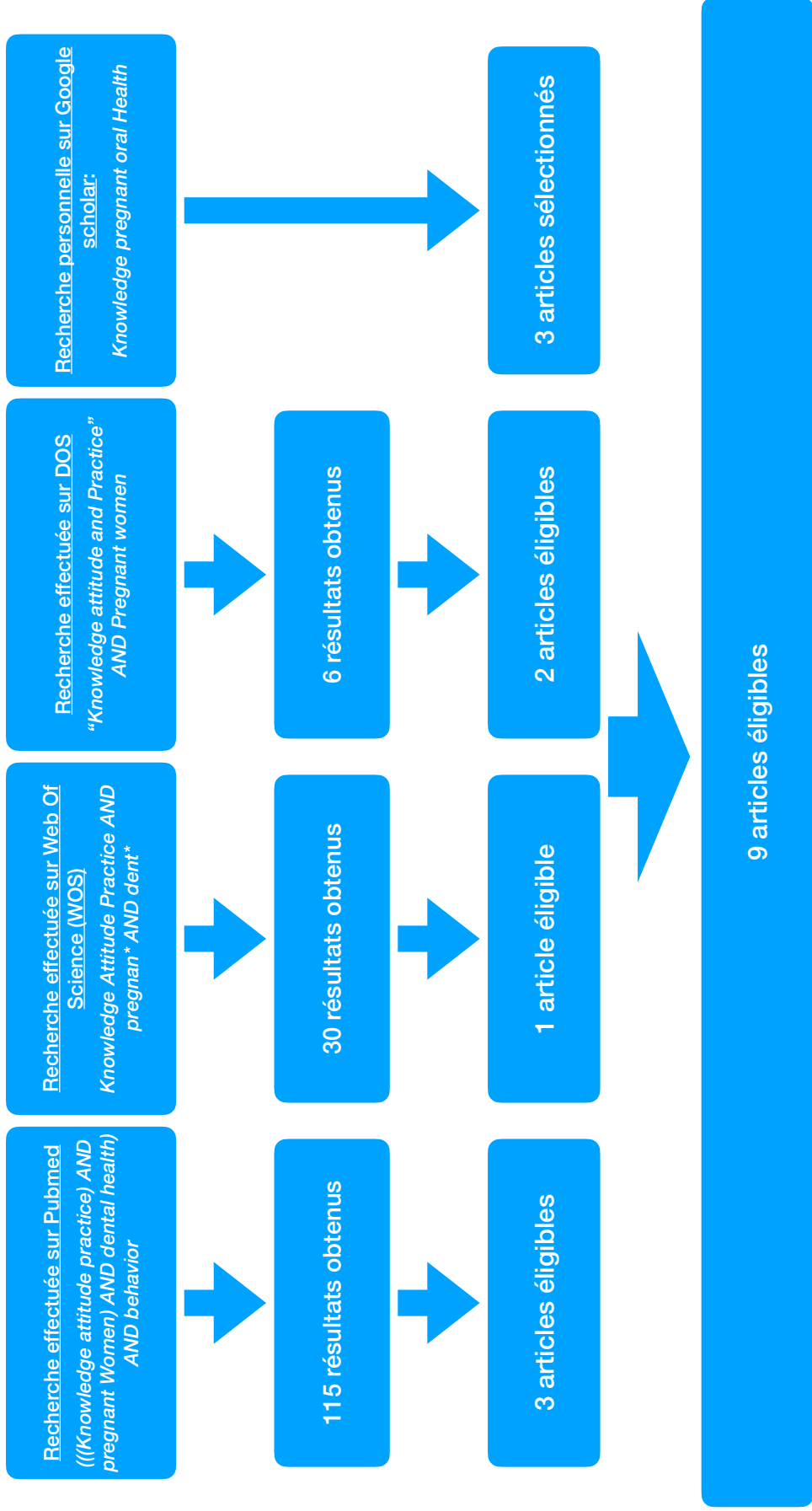
Avec le moteur de recherche pubmed, nous avons entré l'équation suivante : (((Knowledge attitude practice) AND pregnant Women) AND dental health) AND behavior.

Nous avons obtenu 115 résultats que nous avons trié en fonction de la pertinence avec le sujet de notre étude.

Sur ces 115 articles, seuls 9 se rapportaient à la santé bucco-dentaire et seulement 6 à notre requête. Sur ces 6, 3 étaient non accessibles à la consultation. Nous avons donc obtenu 3 articles.

Avec le moteur de recherche Web Of Sciences (WOS) en entrant les termes suivants : Knowledge attitude and practice AND pregnan* AND dent*: sur les 30 résultats obtenus, 3 articles se rapportaient à notre recherche mais deux n'étaient pas accessibles, nous avons ainsi obtenu un article éligible.

Puis sur le moteur de recherche Dentistry and Oral Science (DOS) nous avons entré dans la recherche les termes suivants : « Knowledge Attitude and Practice » AND pregnant women. Nous avons obtenu 6 résultats : seuls 4 étaient en anglais et 2 autres ont été écartés car ne se rapportaient pas à notre sujet. Nous avons donc obtenu 2 articles éligibles.



Titre	Auteur	Année	Pays	Échantillon	Objectifs	Connaissances	Attitudes	Pratique
Knowledge and beliefs regarding oral health among pregnant women	Bogess et al.	2011	Caroline du Sud, USA	599	- Évaluer et comparer les connaissances et les croyances de la mère en matière de santé bucco-dentaire - déterminer si la race et l'origine ethnique de la mère ou d'autres facteurs liés à la maternité contribuaient à la connaissance ou aux croyances de la femme.	- pour 50,8 % des participantes, les caries et les maladies gingivales étaient causées par une infection dans la cavité buccale. - pour 88,1 %, si cette infection n'était pas traitée, elle pouvait conduire à la perte des dents. - pour 54,1 %, il était important de nettoyer les gencives après un biberon ou allaitement. - 50,1 % des participantes pensaient que le fluor était un désinfectant de l'eau.	Dans cette étude, il apparaît que les femmes hispaniques estiment leur santé bucco-dentaire beaucoup moins bonne, comparé aux femmes blanches ou noires ($p<0,001$).	- 50,8 % des femmes interrogées pensent qu'il n'est pas dangereux de faire des soins durant la grossesse.
Oral health knowledge, behavior, and care seeking among pregnant and recently-delivered women in rural Nepal: a qualitative study	Lubon et al.	2018	Népal	39	Étudier les connaissances et les attitudes en matière de santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes des zones rurales du Népal. Articles avec données non chiffrées.	- Certaines participantes pensaient que brosser les dents deux fois par jour pouvait abîmer la gencive - Quand il leur était demandé leurs motivations au brossage, elles répondaient que cela permet la diminution du risque carieux, la prévention des infections et empêcher le développement d'autres maladies.	En cas de douleur les participantes ont souvent indiqué chercher des médicaments (ibuprofène et paracétamol) si le brossage des dents ne réglait pas le problème. Certaines ont indiqué envisager aller dans une clinique ou un hôpital. D'autres ont expliqué qu'elles avaient recours au jhar fuk, une approche traditionnelle où un guérisseur effectue un sort pour chasser les «	Certaines participantes utilisaient du datuwan (une sorte de brindille) à la place de la brosse à dents et du dentifrice. Seule une minorité a déclaré qu'elles cherchaient à obtenir des soins en l'absence de douleurs tels que des tâches noires sur les dents ou des saignements des gencives.

	Ozen et al.	2011	Turquie	351	Évaluer les connaissances et le comportement en matière de soins de santé bucco-dentaires chez les femmes pendant la grossesse.	Articles avec données non chiffrées.	vers » (germes) des dents.	En cas de problème de gencives, certaines déclarent se rincer la bouche avec de l'huile de girofle, de l'eau chaude ou de la boue et d'autres vont à l'hôpital pour se faire traiter.
Turkish Women's self-reported Knowledge and behavior Towards oral Health during pregnancy	Ozen et al.	2011	Turquie	351	Évaluer les connaissances et le comportement en matière de soins de santé bucco-dentaires chez les femmes pendant la grossesse.	75 % ont reporté avoir entendu parler du possible lien entre la grossesse et la santé orale.	- 57 % ont déclaré qu'elles pensaient que le dentiste utiliserait des anesthésiques locaux ou prescrirait des antibiotiques sans consulter leur médecin et/ou qu'aucun type de soins ne pourraient être effectués durant la grossesse. - 43 % croient en l'expression « un enfant, une dent ». - 73 % pensaient que le calcium serait extrait de leurs dents pour le développement du fœtus.	- 57 % brossent leurs dents deux fois par jour et 93 % au moins 1 fois/jour. - 8 % utilisent du fil dentaire. - 3 % du bain de bouche.
A survey of The Oral Health Knowledge and Practices of pregnant women in a Nigerian	Abiola et al.	2011	Nigeria	453	Étudier la connaissance, les attitudes de santé bucco-dentaire, et les habitudes de l'hygiène bucco-dentaire auto signalée par les femmes enceintes	- 7,5 % avaient entendu parler du terme de maladie parodontale mais moins de la moitié de celles-ci savaient que ce terme se réfère à une maladie des gencives - 30,2 % considèrent que le sucre est à la fois	- 23 % pensent que les visites chez un dentiste ne sont pas nécessaires durant la grossesse - 9,5 % pensent que la grossesse prédispose à la perte des dents	Concernant l'hygiène bucco-dentaire : - 94 % utilisent une brosse à dents pour le brossage des dents ; - 65 % se brossent les dents une fois par jour ;

<p>Teaching Hospital</p>				<p>recevant des soins prénatals dans le centre hospitalier de l'université de Lagos.</p>	<p>responsable des caries et des maladies gingivales. - Parmi les autres causes identifiées par les participantes se trouvaient : les boissons froides, le tabac et les facteurs génétiques, alors qu'ils considéraient le déficit en vitamine C et le fait d'utiliser des cure-dents comme une cause probable de maladie gingivale. - 25 % avaient identifié le fluor comme un constituant du dentifrice. - 67 % pensaient que le dentifrice était utile principalement pour avoir une bonne haleine. - 62 % pensaient que la bouche devait être lavée deux fois par jour pour une meilleure hygiène orale.</p>	<p>- Pour 32 % des participantes, toute dent douloureuse doit être extraite.</p>	<p>- 34 % deux fois ou plus.</p>
<p>Oral and dental Health care Practices in pregnant women in Australia: a postnatal survey</p>	<p>Thomas et al.</p>	<p>2008</p>	<p>Australie</p>	<p>- évaluer les connaissances et la pratique de soins bucco-dentaires des femmes enceintes en relation avec leur santé bucco-dentaire.</p>	<p>- 84 % avaient compris que le fil dentaire aidait à prévenir les problèmes de gencive. - 90 % savaient que le fluor dans le dentifrice ou l'eau aidait à prévenir les caries. - 84 % étaient d'accord quant au fait que les</p>	<p>- 65 % des femmes interrogées ont constaté que des problèmes dentaires ou gingivaux avaient provoqué des douleurs et/ ou un inconfort au cours des 12 derniers mois. - 75 % ces problèmes n'entraînaient aucune</p>	<p>- 91 % des femmes déclaraient brosser leurs dents au moins une fois par jour. - 57 % indiquaient utiliser le fil dentaire une fois par semaine ou plus. - 55 % des femmes déclaraient utiliser du</p>

<p>The oral health status, practices and knowledge of pregnant women in South-western Sydney</p>	<p>George et al.</p>	<p>2013</p>	<p>Australie</p>	<p>241</p>	<p>Faire un rapport de l'état de santé bucco-dentaire et des pratiques bucco-dentaires des femmes enceintes dans le sud-ouest de Sydney.</p>	<p>aliments sucrés causaient des caries. - 84 % étaient conscientes que les problèmes dentaires pouvaient être à l'origine d'autres problèmes de santé générale. - 94 % connaissaient la plaque dentaire et 82 % ne connaissait pas les maladies parodontales.</p>	<p>limitation de leurs activités. - 44% ont indiqué qu'elles étaient mal à l'aise à l'idée de manger des aliments à une ou plusieurs occasions, mais cela ne rendait pas leur régime alimentaire insatisfaisant - 73 % des femmes interrogées estiment que les problèmes bucco-dentaire qu'elles ont rencontrés au cours des 12 derniers mois ne leur avaient causé aucun embarras, ni rendu leur vie moins satisfaisante. - 10 % des femmes ont évalué leur santé dentaire comme étant médiocre par rapport à leur santé générale.</p>	<p>bain de bouche plus d'une fois par mois. - 30 % des femmes avaient consulté un dentiste durant leur grossesse.</p>
<p>Parmi les 130 femmes ayant déclaré avoir eu des problèmes dentaires, seulement 58 ont été consulter. La principale barrière à rechercher des soins pour ces femmes était la sécurité quant aux traitements dentaires, le coût et les contraintes de temps.</p> <p>- 30 % ont déclaré avoir vu un dentiste au cours de leur grossesse. - En termes d'habitudes d'hygiène orale, plus de 2/3 des femmes ont déclaré se brosser les dents 2 fois par jour (67,5 %) avec un dentiste fluoré (98,3 %).</p>								

<p>Evaluation of periodontal Health Knowledge, attitude and oral hygiene practice of pregnant women in Yazd in 2011</p>	<p>Rashidi Maybodi et al.</p>	<p>2013</p>	<p>Iran</p>	<p>149</p>	<p>Évaluer les connaissances, l'attitude et la pratique en matière de santé parodontale des femmes enceintes par rapport aux associations entre les maladies parodontales et les issues de grossesse.</p>	<p>Il avait été posé 5 questions pour évaluer les connaissances des femmes enceintes et un score avait été calculé en fonction des réponses. Sur ces 149 femmes 38,9 % avaient un faible score, 48,3 % un score modéré et seulement 12,8 % un score élevé.</p>	<p>Par rapport à l'attitude en santé parodontale : - 2 % des femmes avaient une mauvaise attitude, 85,9 % une modérée et 12,1 % une bonne attitude. Ce score augmentait avec l'âge et avec le niveau d'étude mais pas de façon significative.</p>	<p>- Concernant les autres habitudes bucco-dentaire, les produits d'hygiène incluaient des bains de bouche (40,7 %), du fil dentaire (42,7 %) et des chewing-gums sans sucres (35,7 %). - 49 % des femmes avaient une hygiène orale d'un niveau modéré, 45 % avaient une mauvaise hygiène et 6 % une bonne hygiène. Ce score était plus élevé chez les 25-35 ans mais pas de façon significative. Les femmes avec un haut niveau d'étude montraient des meilleurs scores et celles qui en étaient à plus de 3 grossesses montraient des scores plus faibles mais pas significatifs. La majorité de ces futures mamans se brossaient les dents 1 fois/jour (69 %), 11 % 2 à 3 fois/jour, 19 % de façon</p>
--	-------------------------------	-------------	-------------	------------	---	--	--	---

<p>Oral Health statue, Knowledge and practice among pregnant women attending Omdurman maternity hospital, Sudan</p>	<p>Ibrahim et al.</p>	<p>2016</p>	<p>Soudan</p>	<p>420</p>	<p>Évaluer l'état de santé bucco-dentaire, les connaissances, l'attitude et les pratiques d'un échantillon de femmes soudanaises enceintes afin d'obtenir les données de base nécessaires en vue d'établir un programme de prévention de la santé bucco-dentaire pendant la grossesse.</p>	<p>88,1% des femmes étaient d'accord pour dire que le brossage des dents prévient des caries dentaires, maladies gingivales et d'une mauvaise haleine. -2,6 % des femmes pensaient que le brossage dentaire était juste une habitude. - 69,5 % pensaient que la principale cause des caries était le sucre et 31,9 % les bactéries. - 52,4 % des femmes pensent que les caries peuvent être évitées par le brossage alors que 22,1 % en évitant les aliments sucrés. - 58,3 % pensaient que la cause des maladies gingivales était de ne pas se laver les dents et les débris de nourriture. - Les principales sources d'information étaient la télé, puis la radio, la famille et enfin le dentiste.</p>	<p>Concernant l'attitude en matière de santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes : - 21 % avaient une bonne attitude exprimant une volonté de prendre soin de leur santé bucco-dentaire et d'évoluer vers de meilleurs soins en faisant preuve d'ouverture à de nouvelles pratiques, idées et concepts ; - 20 % des femmes interrogées avaient prévu d'aller consulter un dentiste ; - 26,2 % disaient que la grossesse affectait leur attitude concernant la santé orale. Parmi ces 26,2 % : - 89 % des femmes ont changé leur comportement en brossant leurs dents plus fréquemment ; - 2 % en allant voir un dentiste pour un check-up ; - 3 % en allant voir le dentiste en cas de douleur ; - les 6 % restants ont changé leurs habitudes</p>	<p>exceptionnelle et 1 % jamais. - 66 % des femmes interrogées avaient des mauvaises pratiques et 34 % des pratiques moyennes. 85,5 % des femmes ont reporté se brosser les dents plus d'une fois par jour alors que 14,5 % une fois par jour. - 9,5 % des femmes utilisaient une autre méthode d'hygiène orale telle que le fil dentaire, cure dents, bain de bouche ou la branche de siwak. - 58,1 % ont visité un dentiste avant la grossesse principalement pour une douleur dentaire (84 %). - 42 % des femmes n'avaient jamais été consulter le dentiste de leur vie. - Seulement 10,2 % des femmes enceintes avaient visité un dentiste durant la grossesse : la principale raison étant le mal de dents</p>
--	-----------------------	-------------	---------------	------------	--	---	---	---

<p>Knowledge, attitude and practice of oral Health and adverse pregnancy outcomes among rural and urban pregnant women of Moradabad, Uttar Pradesh, India</p>	<p>Chaitra et al.</p>	<p>2018</p>	<p>Inde</p>	<p>515</p>	<p>Comparer et évaluer les connaissances, attitude et pratiques en santé orale et les issues de grossesse défavorables parmi les femmes enceintes vivant en milieu rural et urbain à Moradabad, Uttar Pradesh, Inde</p>	<p>- 82,9 % des répondantes en zones urbaines connaissaient l'existence de la plaque dentaire et des maladies gingivales alors que seulement 17,1 % pour les femmes en zones rurales (p<0,005). - La connaissance du lien entre la grossesse et la santé orale était également plus élevée chez les répondantes des zones urbaines 94,1 % comparé aux femmes des zones rurales (5,9 %). - Aucune femme vivant en zone rurale n'était au courant qu'une mauvaise santé orale pouvait mener à un bébé de faible poids de naissance alors que 100 % des femmes vivant en zone</p>	<p>en utilisant du bain de bouche, diminuant leur consommation de sucre, ou en buvant du lait. -73,8 % des femmes n'ont pas changé leurs habitudes durant la grossesse</p>	<p>- Sur les 377 femmes n'ayant pas consulté durant leur grossesse, 62,1 % n'y ont pas été parce qu'elles ne pensaient pas avoir besoin de soins dentaires et 27,9 % pensaient que les soins dentaires pourraient faire du mal à elles même et à leurs bébés</p>
						<p>- Lors de douleurs dentaires, 81,7 % des femmes vivant en zone urbaine ont consulté contre seulement 18,3 % des femmes vivant en zone rurale. Il a également été noté que 51,5 % des femmes vivant en milieu urbain et 48,5 % des femmes vivant en milieu rural s'intéressaient à comment garder une bouche saine durant la grossesse et à connaître le lien entre la santé orale entre la mère et le bien-être du bébé.</p>		<p>- 53,2 % des femmes vivant en zone rurale brossent leurs dents 1fois/jour contre 34 % des femmes en zone urbaine. - 51,3 % des femmes en zone urbaine se brossent les dents 2fois/jour contre 43,6 % en zone rurale. - 52,6 % des femmes en zone urbaine et 47,4 % des femmes en zone rurale utilisent pour cela une brosse à dents et du dentifrice. - Aucune des 265 participantes de zone urbaine n'utilisait de dentifrice sous forme de poudre ni ses doigts comme moyen</p>

							urbaine avaient des connaissances à propos de ce lien.		de broissage alors que 7 femmes sur les 250 en zone rurale utilisaient cette technique comme moyen de nettoyage
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

À travers ces études, le poids relatif des KAPB dans la santé bucco-dentaire des femmes enceintes apparaît bien. En effet, il ressort de cette revue de littérature que les femmes connaissent l'importance du brossage pour éviter l'apparition des caries, mais qu'il demeure encore de nombreuses données erronées quant au possible lien entre une mauvaise hygiène bucco-dentaire et le déroulement de la grossesse ou quant à la possibilité de recourir à des soins chez le dentiste durant la grossesse. Il persiste également de nombreuses croyances populaires telles que « un enfant, une dent ».

3.2.2 Prise en compte de la littératie

3.2.2.1 Littératie : définition

Le terme « littératie » ou « literacy » en anglais, provient initialement du Canada. Il s'agit d'une notion complexe car faisant intervenir plusieurs facteurs :

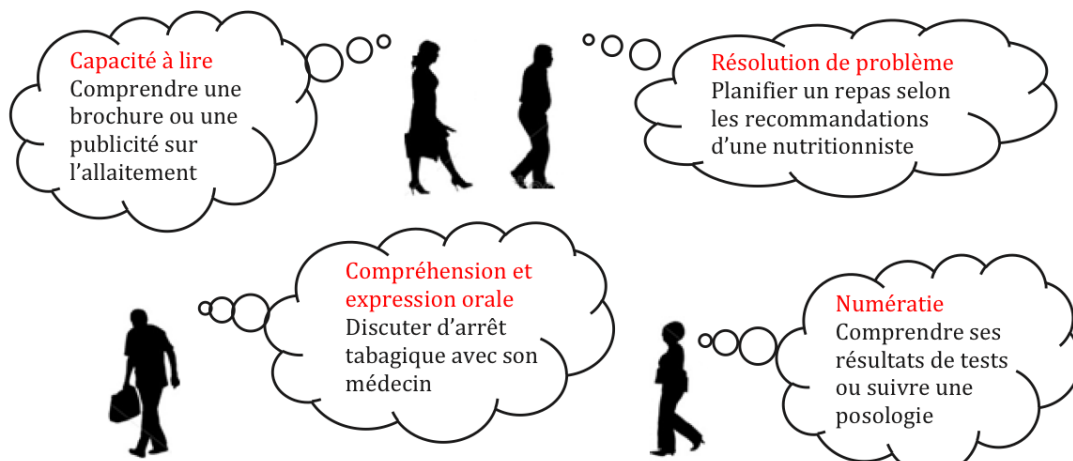
La littératie est l'« aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail, dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités » (Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) 2000).

- Les capacités de lecture et d'écriture sont certes nécessaires mais pas suffisantes.
- La littératie correspond à la façon d'acquérir l'information et de l'intégrer. C'est donc un processus actif et continu débutant à la naissance et qui se poursuit tout au long de la vie, nécessaire aux apprentissages, à la participation à la vie en société et la compréhension du monde qui nous entoure afin de prendre des décisions au quotidien (Alberta education 2015).

Nous faisons donc appel tous les jours à cette notion de littératie sans le savoir, par exemple lorsque nous lisons un mode d'emploi.

3.2.2.2 Littératie en santé

La littératie en santé a été définie par Sørensen comme étant : « la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins



de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie ». (Sørensen et al. 2012)

Schéma: [\(Lemieux et al. 2014\)](#)

On distingue deux types de littératie :

- La littératie orale et qui correspond à la capacité d'écoute et d'expression orale ;
- La littératie écrite, qui elle correspond à la capacité de lecture et d'écriture, mais comporte également une notion de capacité en numératie. En effet, il ne suffit pas de savoir lire une ordonnance pour comprendre comment ajuster une posologie.

Un outil de mesure de la littératie en santé, intitulé le « Health Literacy Questionnaire » a été mis en place et s'interroge sur 9 axes (Osborne et al. 2013) :

- Le fait d'avoir une bonne relation avec les prestataires de santé ;
- Être suffisamment informé afin de gérer sa santé ;
- Bénéficier d'un soutien social et familial ;
- Capacité à évaluer et apprécier l'information en matière de santé ;
- Capacité à s'engager activement avec les prestataires de santé ;
- Avoir une gestion active de sa santé ;
- Savoir trouver la bonne information sur la santé ;
- Comprendre suffisamment l'information afin de l'appliquer correctement ;
- Savoir se repérer dans le système de soins.

Des études ont montré qu'il existait un lien entre un faible niveau de littératie et une prévalence plus élevée des facteurs de risque en termes de santé, une communication plus compliquée avec les professionnels de santé, ainsi qu'une moins bonne compréhension des prescriptions, avec les risques que cela comporte, tel l'accroissement de leurs effets indésirables, plus d'hospitalisations et un coût plus élevé pour la santé (Berkman et al. 2011).

Il existe différents moyens de se rendre compte d'un faible niveau de littératie.

On peut définir 5 niveaux de littératie :

- Niveau 1 : correspond à un très faible niveau de connaissances, l'individu ne comprend pas des choses simples, comme par exemple, une simple instruction à suivre.
- Niveau 2 : correspond à un niveau de connaissances un peu plus élevé que le niveau précédent, avec de faibles aptitudes en lecture, se limitant à lire et comprendre des textes simples et explicites.
- Niveau 3 : capacité à utiliser de la documentation écrite. Il peut donc utiliser plusieurs sources d'informations et ainsi résoudre aux exigences de la vie quotidienne.
- Niveaux 4 et 5 : capacités à combiner diverses sources d'information et à résoudre des problèmes plus complexes.

Il existe des attitudes pouvant laisser supposer que la personne à un faible niveau de littératie, regroupées dans le tableau suivant : (Lemieux et al. 2014).

Interaction avec le clinicien	Gestes de lecture	Répliques
Résiste ou apparaît non observant face aux recommandations ou à la médication prescrite	Approche le texte très près de ses yeux	« J'ai oublié/perdu/brisé mes lunettes »
Ne pose aucune question	Pointe le texte en le lisant	« Mes yeux sont mauvais »
Ne se présente pas ou arrive en retard à ses rendez-vous	Parcourt la page des yeux sans jamais s'arrêter sur une phrase ou un morceau	« Je suis trop fatigué »
Donne une information médicale incomplète ou erronée	Lit très lentement	« Je vais le lire plus tard/à la maison »
Ne remplit pas les formulaires correctement	Lit à voix haute	« Je ne suis pas intéressé »
Identifie ses médicaments par la couleur/forme, plutôt que par son nom/étiquette		« Je suis trop occupé/je n'ai pas le temps »
Évite la nouveauté ou devient nerveux/irrité en cas de changements (nouvelle médication ou plan de traitement, etc.)		« Je préfère la télé »
Apparaît détaché ou nonchalant face à sa situation		« Je vais demander à de me le lire »
Apparaît confus, nerveux ou frustré lors de la discussion		
Ne répond pas correctement aux questions		

3.2.2.3 Littératie et santé orale chez la femme enceinte

L'enfant à naître n'étant pas un être indépendant, c'est aux parents que revient le rôle principal d'éduquer l'enfant en lui donnant les bases concernant l'apprentissage des règles d'hygiène bucco-dentaires en particulier. Différents cercles vont influencer les acquisitions du tout petit : sa famille, la crèche/ l'école, la communauté (ses expériences socio-culturelles). On s'intéresse ainsi à l'étude du niveau de littératie en santé orale. (Benaphtali 2018)

De nombreux instruments de littératie ont été développés dans le domaine bucco-dentaire. Il en existe de différents types. On distingue par exemple :

- **Les tests de reconnaissance de mots de santé bucco-dentaire:** afin d'évaluer les capacités de lecture de mots sans mesurer la compréhension des mots lus. Parmi ces tests de reconnaissance, on peut citer le REALD-30 Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (Lee et al. 2007) ;
- **Les tests de reconnaissance de mot avec une composante de compréhension :** par exemple l'OHLA-S Oral Health Literacy Assessment in Spanish, (Patino 2015). Il s'adresse spécifiquement aux populations hispanophones. Pour chaque mot dont il est question, un mot clé associé à ce terme a été ajouté et un terme de distraction. La notation est similaire à la REALD-30 mais pour obtenir un point il faut une bonne prononciation et en plus bien associer le terme en question au mot clé associé ;
- **Les tests de compréhension et de connaissance :** pour déterminer la compréhension des informations écrites. Parmi ceux-ci, on peut citer :
 - Le TOFHLiD, Test of Functional Health Literacy in Dentistry, est un test de compréhension de la lecture et d'aptitude numérique basé sur le Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) (Patino 2015). Ce test est spécifique à la santé bucco-dentaire. Dans celui-ci, le cinquième, sixième ou septième mot d'une phrase est omis et le participant doit identifier le mot correctement parmi trois autres mots distracteurs ;

- Le DFLD, Determination of Functional Literacy in Dentistry, évalue la compréhension de termes dentaires communs en plus d'évaluer les capacités de lecture de l'individu (Patino, 2015). Le participant doit lire des phrases et doit catégoriser un mot en gras (tiré du REALD-30) dans les différentes catégories proposées.

Une étude a été menée en 2012 sur les connaissances et la littératie en santé orale chez la femme enceinte (Hom et al. 2012).

Les connaissances et la littératie ont été évaluées par le test REALD-30 . Les résultats étaient significativement associés. Selon cette étude, il ressort qu'un faible niveau de littératie serait associé à de faibles connaissances en santé orale pour différentes raisons : un faible niveau de littératie agirait comme une barrière à la recherche d'informations. De plus s'ajoute un manque de technique d'éducation et de communication de la part du praticien envers des patients à faible niveau de littératie.

Certaines études ont souligné le besoin d'une meilleure éducation et communication concernant les soins dentaires, et notamment durant la grossesse (Strafford et al. 2008).

En 2014, l'étude de Divaris et al. a montré qu'une mauvaise santé orale chez les parents ainsi qu'un faible niveau de littératie et une mauvaise santé orale était des prédicateurs significatifs de consultation chez le dentiste uniquement pour des soins d'urgence ou d'une entrée plus tard dans le système de santé des soins bucco-dentaires. La première consultation de l'enfant chez le dentiste serait plus tardive (Divaris et al. 2014).

Bahri et al. ont mis en évidence les effets positifs d'une intervention éducative en santé orale sur les croyances et le comportement en santé des femmes enceintes (Bahri et al. 2015).

Dans cette étude un groupe de femmes enceintes a reçu des soins dentaires de base, des informations concernant la santé orale, une formation à l'hygiène bucco-dentaire. Des outils éducatifs ont également été utilisés tels que la projection de films et de vidéo. Les participantes du groupe témoin n'ont quant à elles reçu aucune information, uniquement les soins de base.

Avant cette étude, les deux groupes avaient rempli des questionnaires concernant les données sociodémographiques, et évaluant le comportement et les croyances concernant la santé bucco-dentaire durant la grossesse. Puis les deux groupes ont à nouveau rempli les questionnaires 2 mois après la session éducative. Le score des croyances qui était

significativement inférieur dans le groupe d'intervention avant l'intervention a augmenté jusqu'à devenir significativement supérieur au groupe témoin.

III. Prévention bucco-dentaire et enquête auprès des femmes enceintes

Notre question de recherche a été de savoir si les femmes enceintes ressentaient un besoin d'intervention éducative sur la santé bucco-dentaire bien que le programme M'T dents existe déjà.

1 Objectifs

Nous nous sommes interrogés sur la connaissance des femmes enceintes du programme de prévention bucco-dentaire M'T dents, du recours à celui-ci, et du besoin ressenti en formation à la santé bucco-dentaire.

2 Matériels et méthodes

2.1 Schéma de l'étude et population cible

Notre étude correspond à une étude transversale observationnelle, utilisant un auto-questionnaire. Ce questionnaire anonyme a été distribué à des femmes enceintes ou ayant accouché récemment (au cours des 6 derniers mois).

Le questionnaire a été :

- A. Distribué chez une sage-femme libérale de Charenton dans le Val-de-Marne en version papier
- B. Posté sur les réseaux sociaux en version docs.google sur différents groupes de mamans ('Les Mamans du 15eme', 'Donna Mamma by Sarrhel', 'Mamans et futures mamans - Les débuts de l'aventure - Groupe d'entraide')

Les critères d'inclusion étaient l'obtention du consentement éclairé, d'être enceinte ou d'avoir accouché récemment (il avait été précisé aux sages-femmes que ce questionnaire pouvait être distribué aux femmes enceintes ou celles vues pour un suivi post accouchement et également celles faisant la rééducation du périnée).

Sur le questionnaire posté sur les réseaux sociaux, il était précisé qu'il s'agissait d'un questionnaire destiné aux femmes enceintes et celles ayant accouché dans les 6 derniers mois.

Une déclaration à la CNIL a été effectuée.

2.2 Outil de recueil des données

Le questionnaire comporte un en-tête expliquant à la patiente le but de ce questionnaire ainsi que le caractère facultatif de sa participation et le respect de son anonymat, et de son consentement.

Nous avons cherché à faire un questionnaire court avec des questions simples afin que la patiente puisse répondre rapidement aux questions.

Le questionnaire a été construit en deux parties :

- Une première partie que nous avons intitulé : « Afin de mieux vous connaître » dans laquelle nous avons récolté des informations concernant le statut socio-économique des patientes telles que l'âge, leur niveau d'étude, si celles-ci avaient un emploi et leur type de couverture maladie.

Dans cette partie, nous avons également demandé aux femmes enceintes s'il s'agissait de leur première grossesse et si ce n'était pas le cas l'âge/ les âges de leur(s) autre(s) enfant(s).

- Une deuxième partie que nous avons intitulé : « concernant la santé bucco-dentaire et la grossesse ».

Dans cette partie nous nous sommes intéressés aux habitudes bucco-dentaires comme le fait d'être suivi ou non par un dentiste, la fréquence et raisons des visites (contrôle, urgence), si elles s'étaient rendues chez leur dentiste pendant la grossesse et pour quelle raison (urgence, contrôle).

Nous leur avons également demandé si elles avaient reçu une invitation à profiter du programme de prévention M'T dents chez le dentiste et si tel était le cas, si elles s'y étaient rendues.

Puis nous avons testé leurs connaissances par des questions ouvertes :

- Afin de savoir si elles seraient prêtes à entreprendre des soins dentaires durant leur grossesse et les raisons invoquées en cas de refus ;
- Afin d'estimer leur niveau de sensibilisation aux liens entre santé la santé bucco-dentaire et le déroulement de la grossesse et en cas de réponse affirmative, nous leur demandions de développer ;
- Afin d'évaluer leur besoin et souhaits d'information concernant la santé bucco-dentaire chez les enfants.

2.3 Durée de l'étude

La durée initiale a été décidé en prenant en compte le temps entre 2 consultations chez la sage-femme dans le cadre du suivi de grossesse, (approximativement 1 consultation par mois), afin de pouvoir récupérer le questionnaire d'une consultation à l'autre.

Notre étude a duré 6 semaines chez la sage-femme.

Puis nous avons continué l'étude les réseaux sociaux. Nous avons arrêté notre étude quand il n'y avait plus de retour au bout de 10 jours.

2.4 Saisie et analyse des données

Les données recueillies ont été saisies et analysées sur le logiciel Microsoft Excel pour Mac.

3 Résultats

Nous avons récupéré 19 questionnaires chez la sage-femme de Charenton.

Le lien que nous avons partagé sur les différents réseaux sociaux a récolté 122 réponses. Cependant 20 questionnaires ont dû être retirés de nos résultats car il s'agissait de patientes ne vivant pas en France et pour qui les questions concernant le programme M'T dents ne pouvaient pas être prises en compte.

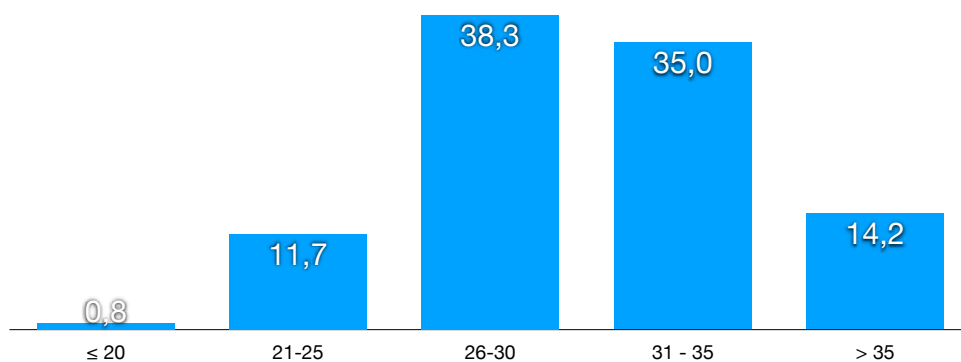
Au total, nous avons donc pu exploiter 121 questionnaires sur les 142 récupérés.

3.1 Répartition de la population par tranches d'âge

Graphique 1 :

Distribution des personnes interrogées par groupe d'âge (en %)

1 personne ne se prononce pas

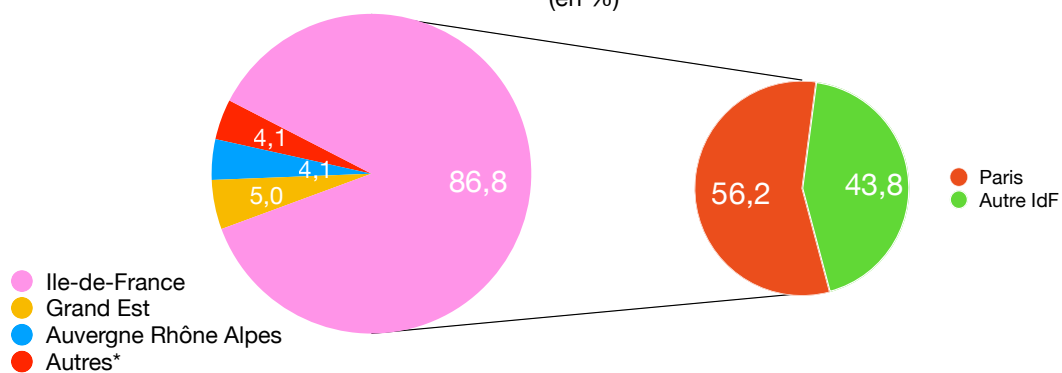


La tranche d'âge comprise entre 26 et 30 ans est la plus représentée, elle représente 38,3 % de la population cible.

3.2 Répartition de la population d'étude selon son lieu de résidence

Graphique 2

Distribution des personnes interrogées par région de résidence
(en %)



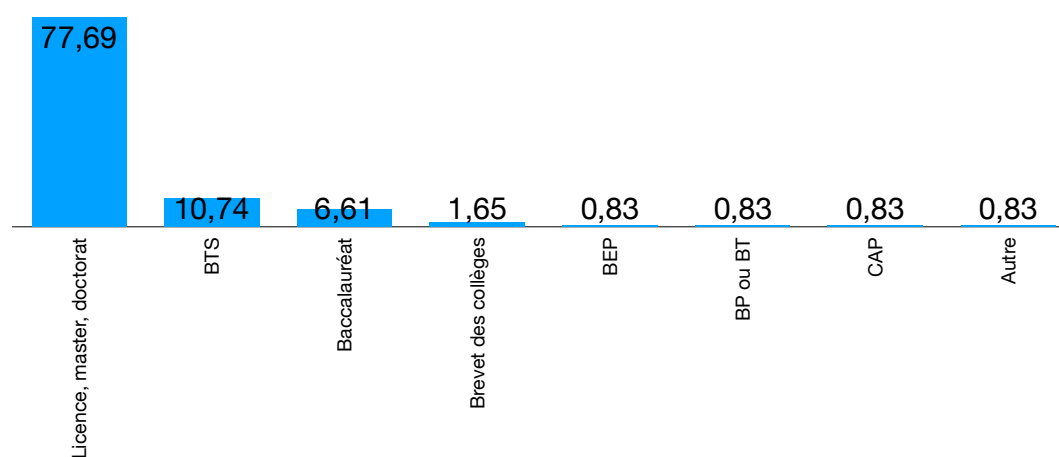
*Autres: Normandie, Bourgogne Franche-Comté, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie

C'est en Ile-de-France que nous avons récupéré le plus grand nombre de questionnaires : 87 % des réponses et sur ces 87 %, 56 % vivent à Paris.

3.3 Répartition de la population selon le niveau d'étude

Graphique 3

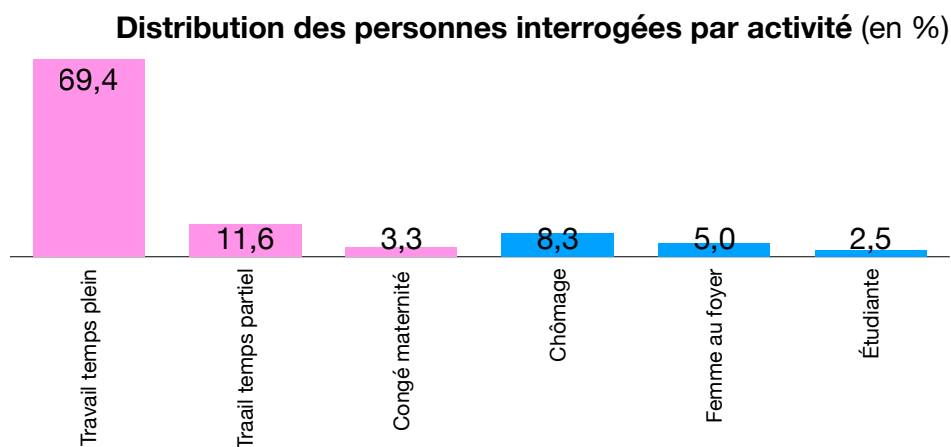
Distribution des personnes interrogées par dernier diplôme obtenu (en %)



77,6 % des interrogées ont un niveau supérieur au baccalauréat (DUT, licence, master, doctorat). Si on compte la part baccalauréat ou plus cela représente 84,2 % des personnes sondées soit 102 femmes.

3.4 Répartition de la population selon leur activité professionnelle

Graphique 4

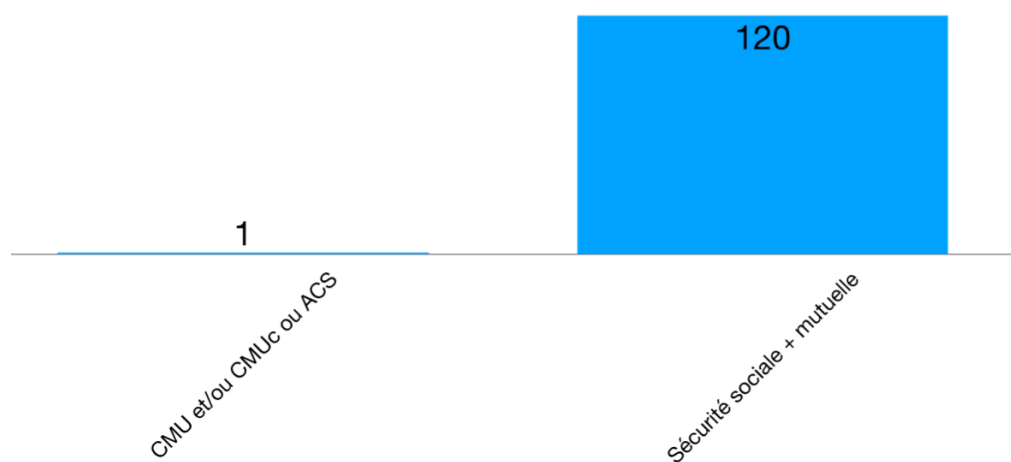


Sur toutes les femmes interrogées, 15 % ne travaillaient pas (8 % au chômage, 5 % de femmes au foyer et 2 % n'ayant pas encore fini leurs études).

3.5 Répartition de la population selon leur couverture maladie

Graphique 5 :

Distribution des personnes interrogées par couverture maladie

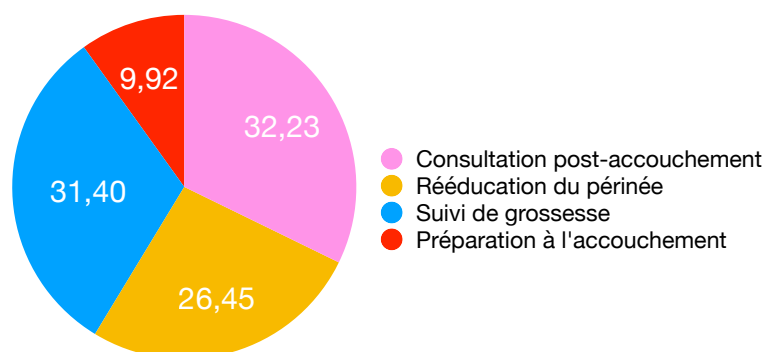


Dans notre population d'étude, seule une personne avait la CMU et/ou ACS.

3.6 Répartition de la population selon leur dernier motif de consultation chez la sage-femme

Graphique 6

Distribution des personnes interrogées par motif de consultation sage-femme (en %)



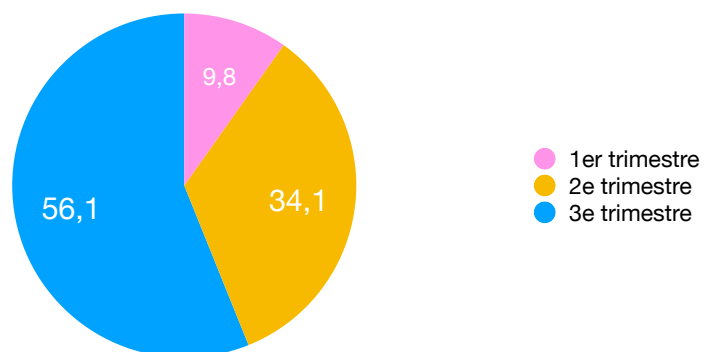
Dans notre population, les femmes suivant une préparation à l'accouchement ou en suivi de grossesse représentaient 41,3 %.

Pour plus de la moitié des femmes (58,7 %), leur dernière consultation avec une sage-femme avait eu lieu après leur accouchement que ce soit pour un suivi post-accouchement ou une rééducation du périnée (à commencer au moins 2 mois après l'accouchement).

3.7 Répartition des femmes enceintes selon leur trimestre de grossesse

Graphique 7

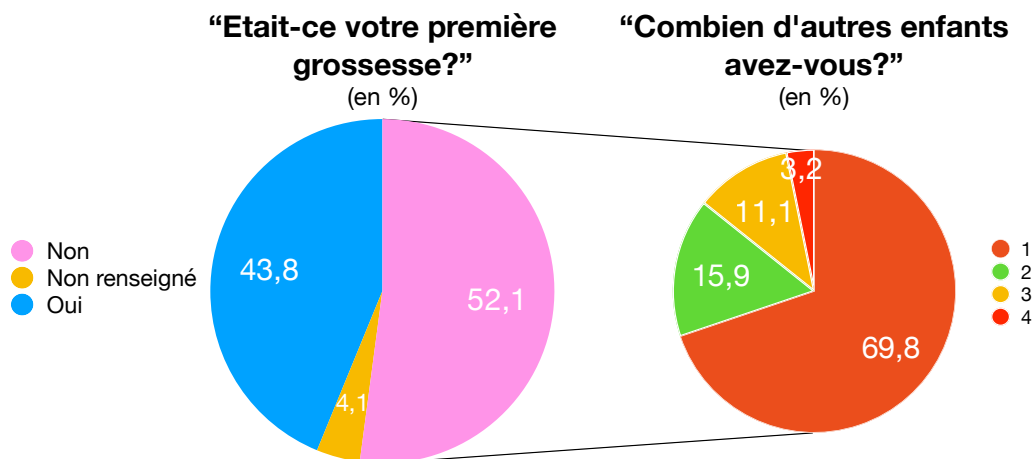
Distribution des personnes interrogées enceintes (41) par stade de grossesse (en %)



Plus de la moitié des femmes enceintes en étaient au dernier trimestre de leur grossesse.

3.8 Répartition des femmes enceintes selon leur nombre de grossesses

Graphique 8

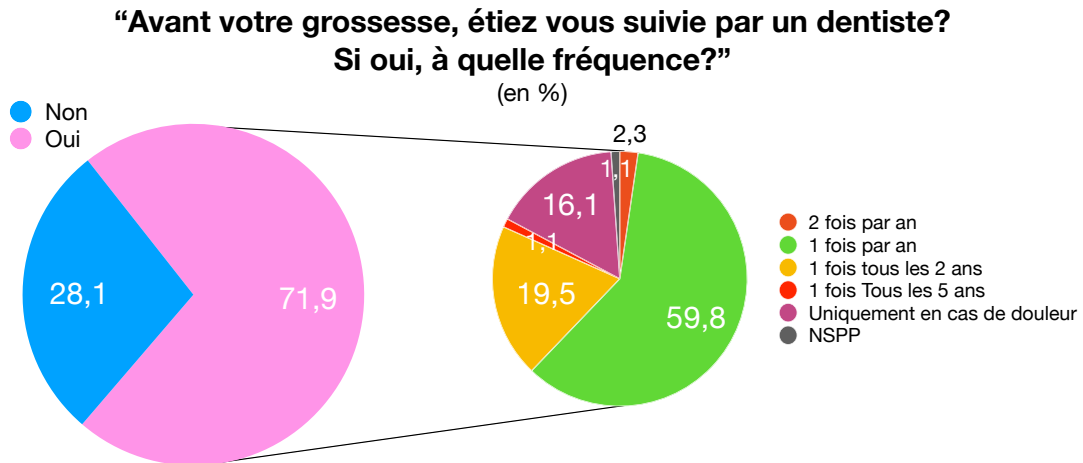


Pour plus de la moitié des femmes ayant rempli notre questionnaire (au moins 52,1 % des femmes), il ne s'agissait pas de la première grossesse.

Et parmi ces 52,1 % ayant répondu au questionnaire, pour près de 70 % d'entre elles, il s'agit de la 2ème grossesse.

3.9 Répartition des femmes enceintes selon leur suivi ou non par un dentiste et la fréquence de ce suivi

Graphique 9

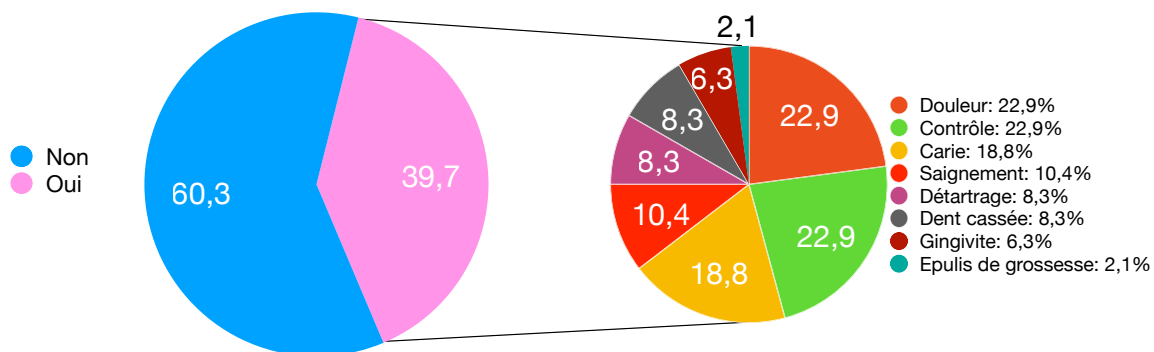


28,1 % des femmes interrogées n'étaient pas suivies par un dentiste avant leur grossesse. Et sur les 71,9% des femmes enceintes qui étaient suivies par un dentiste avant la grossesse, 62,1 % s'y rendaient au moins une fois par an.

3.10 Répartition des femmes enceintes ayant consulté leur dentiste pendant la grossesse selon le motif

Graphique 10

“Avez-vous eu besoin de consulter un dentiste durant votre grossesse?, si oui pourquoi?”
(en %)

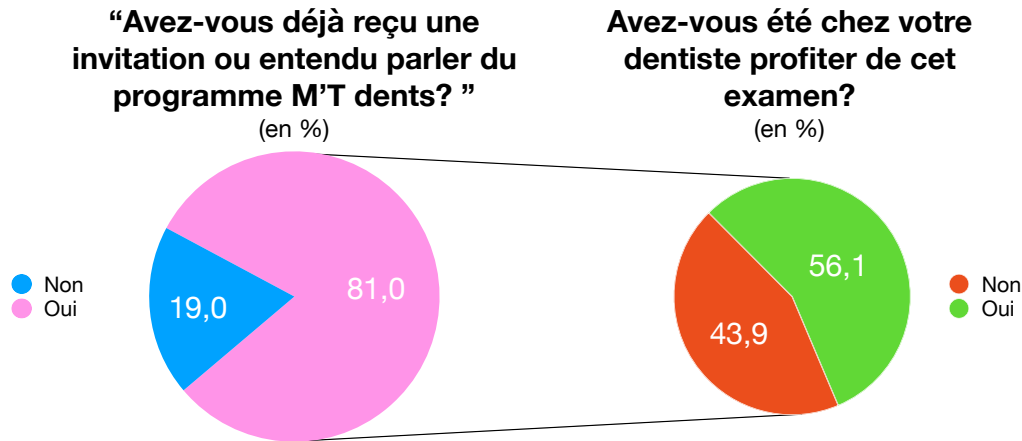


Près de 40 % des femmes interrogées disent avoir consulté un dentiste durant leur grossesse :

- 22,9 % dans le cas d'une visite de contrôle ;
- 22,9 % pour une douleur et parmi les autres causes évoquées : dent cassée, carie, épulis, saignement. Ces intitulés semblent être des urgences.

3.11 Répartition des femmes enceintes selon la connaissance du programme M'T Dents.

Graphique 11

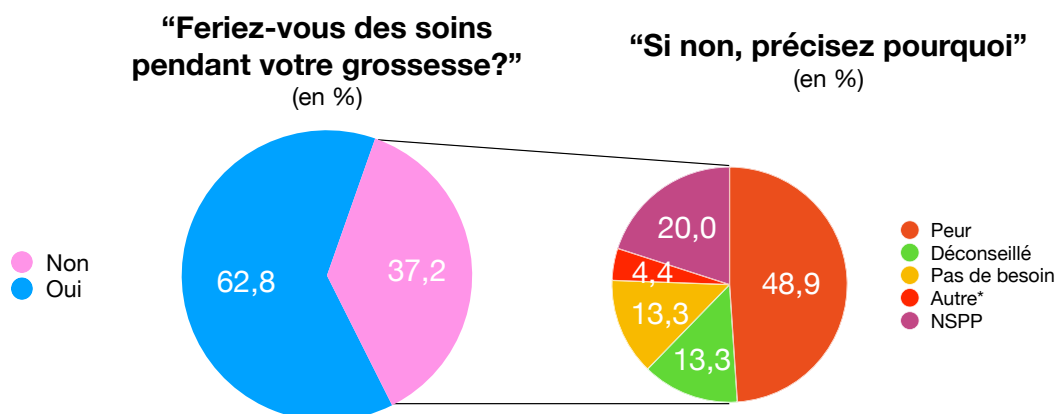


Parmi nos répondantes, près de 20 % des femmes ne connaissaient pas l'existence du programme M'T Dents qui est proposé à toutes les femmes enceintes dès le 4^{ème} mois de grossesse.

Sur les 81 % des femmes informées de cet examen, 43,9 % n'en ont pas profité.

3.12 Répartition des femmes enceintes selon leur disposition à effectuer des soins durant leur grossesse

Graphique 12



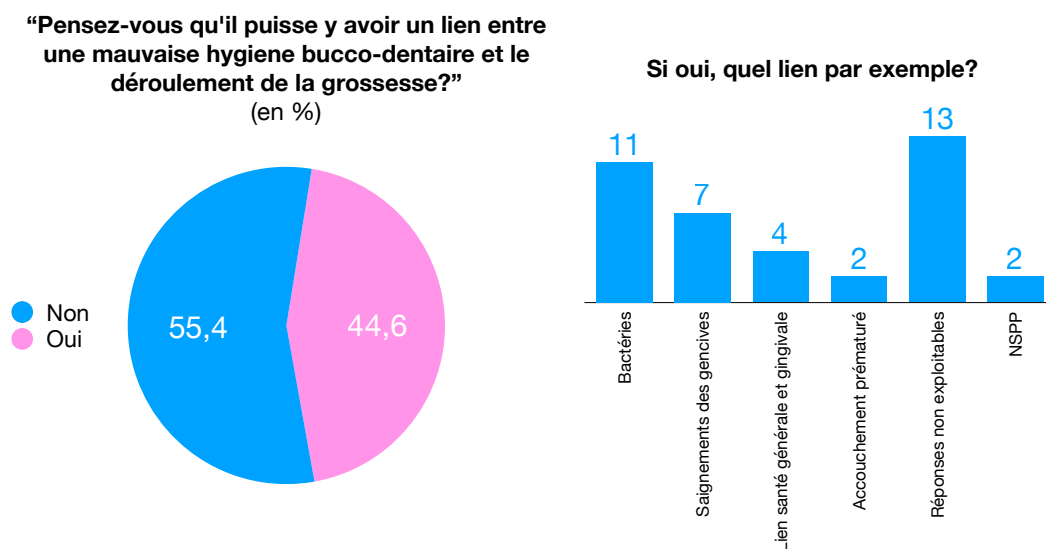
*Allègement pendant grossesse, autres priorités...

Sur toutes nos femmes interrogées, 37,2 % déclarent qu'elles ne feraient pas de soins durant leur grossesse.

On leur a ensuite demandé pourquoi, il s'agissait d'une question ouverte : 48,9 % ont répondu par peur ou que cela leur avait été déconseillé. 20 % des répondantes n'ont pas précisé pourquoi.

3.13 Répartition des femmes enceintes selon leur connaissance entre une mauvaise hygiène bucco-dentaire et un lien entre le déroulement de la grossesse

Graphique 13 :



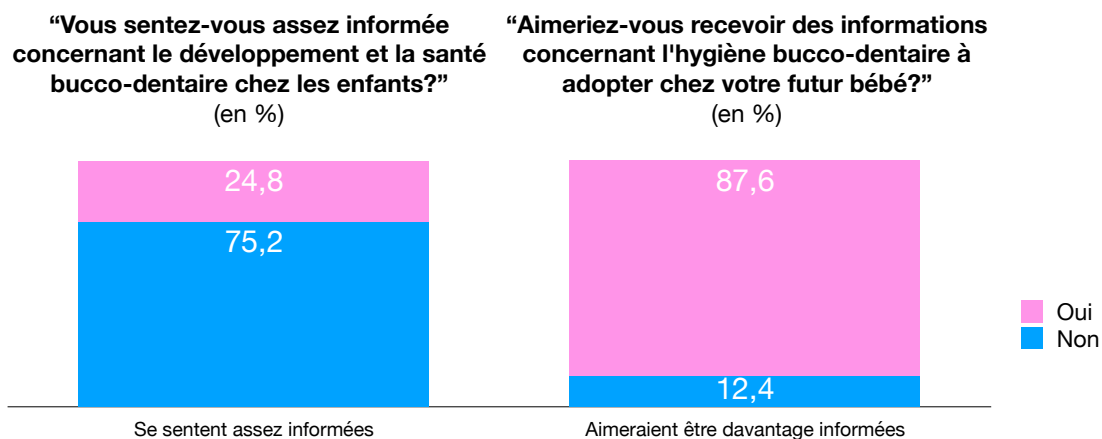
Plus de la moitié des femmes interrogées (55,4 %) pensent qu’il n’y a aucun lien entre une mauvaise hygiène bucco-dentaire et le déroulement de la grossesse.

Celles qui répondent positivement à un lien entre mauvaise hygiène et déroulement de la grossesse invoquent majoritairement le rôle des bactéries, le lien entre la santé bucco-dentaire et la santé générale d’une manière générale, les saignements des gencives et les accouchements prématurés.

Les autres réponses obtenues concernaient le rôle des bactéries, le lien entre la santé bucco-dentaire et la santé générale, les saignements des gencives et les accouchements prématurés.

3.14 Répartition des femmes enceintes selon leur sentiment d'information en termes de santé bucco-dentaire

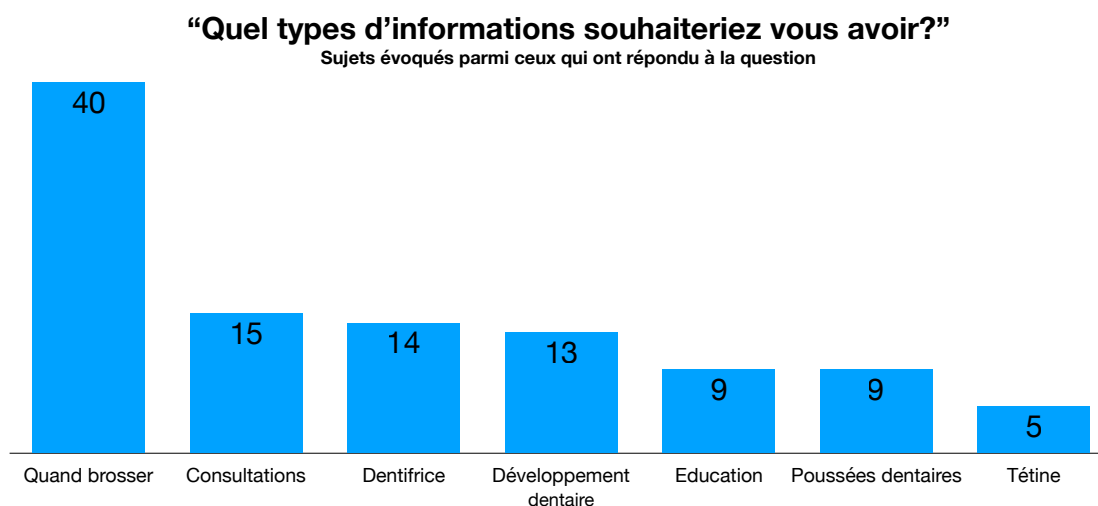
Graphique 14



Plus de trois quarts des femmes enceintes ne se sentent pas suffisamment informées concernant la santé bucco-dentaire chez leur enfant à naître (75,2 %) et près de 9 femmes sur 10 (87,6%) souhaiteraient recevoir des informations sur les comportements à adopter concernant la santé bucco-dentaire de leur bébé à naître.

3.15 Répartition des principales demandes concernant le type d'informations que les femmes enceintes aimeraient recevoir concernant la santé bucco-dentaire de leur enfant à naître

Graphique 15



Il s'agissait d'une question ouverte, à laquelle on pouvait donner plusieurs propositions.

Voici les sujets dont elles aimeraient être informées :

- À partir de quand brosser les dents ;
- Quand consulter le dentiste pour la première fois et les âges auxquels faire des visites de contrôle chez le dentiste ;
- Quel type de dentifrice utiliser, certaines évoquaient la composition controversée de certains dentifrices ;
- Le développement dentaire : les âges d'éruption dentaire et perte des dents ;
- Comment leur apprendre à se brosser les dents, à se brosser les dents seuls ;
- Que faire en cas de poussée dentaire, comment les soulager, y'a-t-il des médicaments homéopathiques spécifiques ;
- Effet de la tétine sur le développement dentaire.

4 Discussion

4.1 Caractéristiques des patientes ayant répondu à notre questionnaire

Notre questionnaire a la caractéristique d'avoir été distribués de deux façons.

Une cinquantaine de questionnaires papier ont été distribués chez une sage-femme libérale. Il lui avait été précisé de les distribuer à toutes les patientes enceintes et prenant des cours de préparation à l'accouchement, à celles en suites de couches ou celles prenant des cours de rééducation du périnée.

Il est vite apparu que la sage-femme ne disposait pas d'une salle d'attente permettant de faire remplir le questionnaire sur place en attendant le rendez-vous. Les questionnaires ont donc été distribués lors des séances, en proposant à la patiente de les rapporter au prochain rendez-vous. De cette façon, seulement 19 questionnaires ont été récupérés.

Le questionnaire a également été posté sur les réseaux sociaux à différents groupes destinés aux femmes enceintes et /ou ayant déjà des enfants en bas âge. Il était précisé dans le texte explicatif précédant le questionnaire que celui-ci s'adressait aux femmes enceintes ou ayant accouché dans les 6 derniers mois.

L'essentiel des questionnaires récupérés venait de Paris et d'île de France, les résultats ne reflètent pas les résultats qui seraient retrouvés au plan national. Il serait intéressant de comparer l'accès aux informations ou au programme de prévention des femmes habitant Paris comparées aux femmes habitant en Province (ville de taille différentes, densité de praticien...)

Les femmes ayant répondu à notre questionnaire avaient un niveau d'étude relativement élevé :

- 6,6 % ayant au moins le bac ;
- 10,7 % un BTS ;
- 77,6 % ayant un niveau licence, master ou doctorat.

Cela correspond à un niveau d'étude relativement élevé notamment par rapport à la moyenne nationale. Il s'agissait d'une question fermée, de ce fait nous ne connaissons pas le niveau d'étude exact. Il aurait peut-être été utile de demander aux répondantes de préciser plutôt s'il s'agissait d'une licence, d'un master ou d'un doctorat.

Nos répondantes ont donc un niveau d'étude relativement élevé par rapport à la moyenne nationale. Nous avons donc un échantillon non représentatif et trop homogène.

1. Diplôme le plus élevé obtenu selon l'âge et le sexe en 2015

en %

	25-34 ans		35-44 ans		45-54 ans		55-64 ans	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Aucun diplôme (ou CEP)	8,1	10,2	10,7	12,8	18,2	17,9	29,5	23,8
Brevet des collèges	3,7	4,5	3,6	3,8	7,1	5,0	8,8	6,8
CAP, BEP ou équivalent	16,6	21,9	17,5	24,8	28,7	37,0	25,2	35,4
Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent	22,3	22,6	20,4	20,8	16,6	13,1	14,0	11,7
Supérieur court (niveau bac + 2)	18,0	14,4	22,1	15,7	15,0	11,7	11,4	8,2
Supérieur long (supérieur à bac + 2)	31,3	26,4	25,7	22,1	14,4	15,3	11,1	14,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Part de bacheliers ou plus	71,6	63,4	68,2	58,6	46,0	40,1	36,5	34,0

Champ : France métropolitaine, population des ménages, personnes de 25 à 64 ans.

Source : Insee, enquête Emploi 2015.

Source : Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), 2016

En revanche, le taux de femmes au chômage correspond au taux national qui est également de 8,3 %.

Source : Centre d'observation de la Société, 2019

De plus, 120 de nos 121 femmes disposaient de la sécurité sociale et d'une mutuelle. Et une personne disposait soit de la CMU ou de l'ACS.

4.2 Analyse des résultats du questionnaire

Parmi nos répondantes, 28,1 % n'étaient pas suivies par un dentiste avant leur grossesse et parmi celles suivies par leur dentiste, 16,1 % l'étaient uniquement en cas de douleur, et non pour un suivi régulier, ce qui donne 40,8 % de femmes ne consultant pas leur dentiste avant la grossesse ou uniquement en cas de douleur : $28,1 + (79,1 \times 0,161) = 40,8$.

Les femmes suivies par un dentiste avant leur grossesse, au moins une fois par an, ne représentent que 44,7 % soit moins de la moitié des femmes interrogées (la somme des pourcentages des femmes enceintes étant suivies une fois par an et 2 fois par an par un dentiste multiplié par le pourcentage de femmes enceintes étant suivies par un dentiste avant leur grossesse soit : $(59,8+2,3) \times 0,719 = 44,65 \%$).

À la question avez-vous eu besoin de consulter un dentiste durant votre grossesse, 60,3 % n'y ont pas été et parmi celles ayant été chez leur dentiste, pour seulement 22,9 % la cause de cette visite était un contrôle et 8,3 % pour un détartrage. Donc 12,4 % du total des participantes ont été consulter leur dentiste pour un acte à caractère non urgent/ examen de routine : $(22,9 + 8,3) \times 39,7 = 12,4$.

Les autres causes de visites revêtent un caractère urgent : douleur, dent cassée, saignement, épulis, dent cassée, gingivite.

À propos du programme M'T dents, parmi nos répondantes, près de 20 % des femmes ne connaissaient pas l'existence du programme M'T Dents qui est proposé à toutes les femmes enceintes dès le 4^{ème} mois de grossesse.

À la question avez-vous reçu l'invitation M'T dents, 19 % des femmes déclarent ne pas l'avoir reçue.

Sur les 81 % des femmes informées de cet examen, 43,9 % n'en ont pas profité.

45,4 % ont profité de cet examen durant leur grossesse : $0,81 \times 0,561$. Ce chiffre reste cependant supérieur à la moyenne retrouvée en Occitanie en 2017 de 10 % (voir I. 2).

Cet examen est pourtant recommandé par la sécurité sociale qui prend en charge sans avance de frais la partie soins qui en découle. De plus elle envoie également une plaquette explicative avec des conseils utiles concernant l'hygiène bucco-dentaire à adopter pendant la grossesse.

Le frein financier serait donc davantage la conséquence d'un manque d'information qu'un frein réel.

Quand on demande aux femmes enceintes si elles feraient des soins durant leur grossesse, plus d'un tiers (37,2 %) des femmes affirment qu'elles n'en feraient pas, ce qui pourrait être une des raisons expliquant le faible taux obtenu pour le recours au programme M'T dents lors de notre étude. Les principales causes évoquées sont la peur et de croire que les soins sont déconseillés durant la grossesse. Cela montre qu'il existe encore certainement des croyances erronées concernant les soins dentaires chez la femme enceinte et son entourage.

À la question pensez-vous qu'il existe un lien entre une mauvaise hygiène bucco-dentaire et le déroulement de la grossesse, la majorité des femmes ont répondu par la négative (55,4 %). Les autres réponses étaient : lien entre santé bucco-dentaire et santé générale, lien avec les bactéries, saignement des gencives, accouchement prématuré. Il apparaît donc que très peu de femmes connaissent le lien possible, ce qui semble inquiétant, d'autant plus que notre échantillon avait un niveau d'étude plus élevé que la moyenne nationale.

On observe donc un décalage, une incohérence entre ce qu'elles pensent savoir et ce qu'elles savent réellement car la majorité des réponses concernant le lien entre grossesse et santé bucco-dentaire étaient erronées.

À la question vous sentez-vous assez informée concernant le développement et la santé bucco-dentaire chez les enfants, trois quarts des femmes ont répondu par la négative et 85,6 % aimeraient recevoir des informations, soit un pourcentage encore plus élevé. On observe donc dans notre population d'étude un manque d'information et une envie d'être informée.

Il apparaît donc premièrement que même les femmes ayant été consulter leur dentiste durant la grossesse ont encore des questions et ne se sentent pas assez informées et deuxièmement que les femmes ayant déjà des enfants, donc censées avoir déjà des connaissances sur ce

sujet, ressentent encore des besoins d'informations (plus de la moitié de notre échantillon n'en étaient pas à leur première grossesse). Ces résultats reflètent la nécessité de mener une réflexion sur le type d'intervention éducative à initier auprès des femmes enceintes tant sur le fond que sur la forme, et soulève également des questions de temporalités (à quel moment de la grossesse) et par quels acteurs ?

À propos des thèmes que les participantes voudraient aborder : quand brosser les dents, quand consulter le dentiste, comment apprendre à son enfant à se brosser les dents, quel dentifrice utiliser, les éruptions dentaires et chute des dents, les poussées dentaires, les suctions : tétine et pouce et les problèmes orthodontiques.

4.3 Les points faibles de l'étude

- Notre population recrutée était trop homogène, certainement dû à un biais de recrutement. Une partie des questionnaires provient de la sage-femme qui avait peut-être une patientèle spécifique. Il est également possible que les femmes ayant répondu à notre questionnaire sur les réseaux, l'aient rempli, justement, car elles possédaient un niveau d'éducation plus élevé et que le sujet les ait intéressées d'elles-mêmes. Les femmes avec un niveau d'éducation plus important auraient davantage tendance à participer à ce genre d'études car elles se sentent plus concernées par de tels sujets que des personnes avec un niveau d'éducation plus faible.

Il aurait d'ailleurs été intéressant dans notre questionnaire de détailler nos propositions concernant le niveau d'étude : licence, master, doctorat pour pouvoir mieux analyser les résultats. Cela nous aurait permis d'affiner nos résultats notamment concernant le recours des femmes enceintes à l'examen bucco-dentaire.

- Pour 52,1% des femmes, il ne s'agissait pas de leur 1^{ère} grossesse, donc elles avaient peut-être pour certaines déjà été sensibilisées à ces messages de prévention bucco-dentaire. Pourtant, au vu du pourcentage élevé de participantes disant ne pas se sentir assez informées (75,2%) et celles souhaitant recevoir des informations concernant l'hygiène bucco-dentaire à adopter chez leur futur bébé (87,6%), il semble que les informations dispensées n'aient pas

été suffisamment développées. On peut s'interroger sur la réelle compréhension par la femme enceinte du type de message transmis et si un temps dédié a été pris pour vérifier cette compréhension.

Cela met en lumière la nécessité d'avoir un autre format d'information qui soit plus adapté pour être mieux compris par les femmes enceintes et ainsi mieux retenu et appliqué.

5 Proposition d'intervention éducative chez la femme enceinte

5.1 Format d'intervention

Une intervention éducative peut être (HAS 2007):

- Individuelle : il s'agit par exemple de l'examen proposé par l'assurance maladie dès le 4^{ème} mois de grossesse (programme M'T dents) ;
- Collective : il s'agit d'une intervention avec un ou plusieurs intervenants et de nombreux participants. L'intérêt de cette méthode est de favoriser l'échange entre les différents participants.

Une intervention éducative peut également être (Tiberghien 2017), (HAS, INPES 2007):

- Directe : c'est-à-dire en face à face avec les personnes concernées par notre étude. Il peut par exemple s'agir d'une présentation orale, un échange entre les différents participants, présentation avec support informatique-ou encore d'un atelier pratique ;
- Indirecte : il s'agit par exemple de la distribution de brochures, visualisation d'un DVD ;
- Combinée : associant à la fois une méthode d'éducation en face à face et la distribution d'une brochure par exemple. Ce type d'intervention permet de multiplier les moyens de toucher le public concerné et faire en sorte qu'il retienne un maximum d'informations.

Selon certaines études, il apparaît important que l'intervention proposée comprenne une intervention en face à face avec les femmes enceintes qui confère les meilleurs résultats en termes de connaissances et de comportement et qu'elle soit appuyée par une méthode

indirecte, comme une brochure qui reprendrait les différentes informations délivrées oralement afin de servir de rappel et que les patientes gardent une trace écrite de ce qui aura été dit et à laquelle se référer si besoin. (Ramzani et al. 2014). (Vasiliauskiene et al. 2007), (Tiberghien 2017).

5.2 Déroulement de l'intervention : proposition d'intervention éducative en 3 temps

Tout d'abord, pour qu'une séance d'animation soit réussie, il est important que l'animateur choisisse un outil pédagogique en adéquation avec ses connaissances et avec lequel il se sente à l'aise. Il devra avoir une attitude positive et ne pas être dans le jugement afin de ne pas mettre mal à l'aise les participants ce qui pourrait les bloquer et les inhiber dans leur participation.

Il devra plutôt avoir une capacité d'écoute et de valorisation de son public pour le pousser à s'exprimer. Il devra favoriser un climat de confiance afin de permettre l'échange (Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes (CRIPS), 2020).

Avant tout, il s'agira d'évaluer le niveau de littératie des femmes auxquelles l'intervention sera proposée afin d'adapter contenu et forme. Pour ce faire, un questionnaire de littératie en santé orale, adaptée à la femme enceinte serait utilisé.

5.2.1 Interaction de groupe : exemple d'outil pédagogique de dynamique de groupe

La mise en œuvre de notre intervention va entraîner la création d'une communauté qui pourra partager ses préoccupations. Le type de résultat qu'on peut espérer avec ce type d'intervention est la prise de conscience de la capacité à influencer sur sa propre santé et les différentes circonstances de la vie.

Pour ce faire, nous avons pensé à développer un **quizz** avec des questions de type « vrai ou faux » à certaines affirmations et croyances populaires ainsi que des questions ouvertes. Les participantes pourraient dans un premier temps réfléchir individuellement, puis confronter,

2 à 2 puis 4 à 4, et avec le groupe entier, leurs réponses aux questions. Ainsi les femmes pourraient participer de façon simple et confronter leur point de vue à celui des différentes participantes. Cela leur permettrait d'expliquer pourquoi elles ont choisi cette réponse et ensemble d'approfondir les connaissances et comportements de santé.

Voici différentes questions de connaissances et croyances populaires sur lesquelles il serait intéressant d'échanger avec les participantes. Elles concerneront aussi bien la femme enceinte que l'enfant à naître dont elle sera en charge :

- Les soins dentaires sont interdits durant la grossesse
- Il vaut mieux attendre l'après grossesse pour faire soigner ses dents
- Une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut avoir des conséquences graves sur le déroulement de la grossesse
- Les anesthésies ne sont pas recommandées pendant la grossesse
- Il est interdit de faire des radios pendant la grossesse
- L'état dentaire se détériore durant la grossesse, la femme enceinte étant plus à risque de caries, c'est pourquoi on emploie l'expression, « un bébé, une dent »
- Quelles modifications observe-t-on pendant la grossesse et comment celles-ci peuvent influencer l'état bucco-dentaire ?
- Il vaut mieux se supplémenter en fluor durant la grossesse et chez les enfants afin de renforcer les dents ?
- À partir de quand peut-on commencer à brosser les dents à un enfant ? Quelle méthode, quel matériel ?
- Les caries dentaires sont-elles transmissibles de la mère à l'enfant ?
- Si c'est le cas, que faut-il faire pour éviter cette transmission ?
- Des caries dentaires sur dents temporaires peuvent-elles affecter les dents permanentes ?
- Comment se forment les caries ?
- Y'a-t-il des moyens simples de diminuer le risque d'apparition de caries chez l'enfant à naître depuis l'apparition de sa première dent ?

Nous pourrions également proposer des '**situations cliniques**' avec une femme enceinte présentant des problématiques dentaires. Ces situations auraient comme but de soulever des débats sur les interactions entre santé bucco-dentaire et grossesse et les possibilités des soins pendant la grossesse.

Ces situations pourraient également faire l'objet de questions sur la santé orale des enfants et aborder les comportements favorables à une bonne santé dentaire par exemple en termes d'alimentation et d'hygiène et également sur le recours aux soins.

5.2.2 Atelier pratique : hygiène orale et technique de brossage

En complément du temps de transfert de connaissance 'théorique', il serait intéressant de mettre en place un atelier pratique pour montrer et permettre d'apprendre les bonnes techniques de brossage.

La mise en pratique des gestes permet un meilleur apprentissage et que ceux-ci soient bien retenus.

Cet atelier permettrait de créer un lien différent avec les participantes.

Lors de cet atelier, nous pourrions en profiter pour expliquer l'importance d'utiliser une brosse à dents adaptée à l'âge (que celle-ci soit manuelle ou électrique) et aborder la question des dentifrices et du fluor (expliquer l'importance du fluor pour son rôle protecteur contre les caries, les différents types d'apport de fluor et leur concentration, en fonction de l'âge et du risque carieux).

Lors de cet atelier, nous allons revenir sur les différentes méthodes de brossage, la fréquence recommandée et le temps du brossage.

5.2.3 Synthèse : plaquette

Nous pourrions ensuite envisager de faire une plaquette récapitulative que la femme enceinte pourrait consulter à leur gré. Celle-ci reprendrait les différentes idées que nous avons évoqué ci-dessus sur la santé orale de la femme enceinte et sur celle de l'enfant à venir. Elle devra être conçue de façon à être compréhensible même pour des femmes ayant un faible niveau de littératie. Dans cette plaquette les messages clés devront être mis en évidence et les différentes idées bien visibles individuellement.

5.2.4 Évaluation post-intervention et à distance

Avant de réaliser cette intervention, il faudrait faire remplir un questionnaire aux femmes enceintes pour évaluer leur niveau de connaissance et le répéter après l'intervention.

L'évaluation post-intervention pourrait également se concevoir sur le pourcentage de recours au programme de prévention et le suivi de leurs enfants.

CONCLUSION

La prolongation du programme M'T dents auprès des femmes enceintes en 2014 est une avancée, car il existait un besoin de prévention bucco-dentaire auprès des femmes enceintes. De notre étude, il ressort que 19% des femmes ne connaissaient pas l'existence de ce programme.

Sur les 81% qui avaient reçu une invitation ou connaissaient ce programme, 43,9% n'avaient pas profité de cet examen durant leur grossesse. De plus, même celles ayant consulté seraient en demande d'informations complémentaires.

Nous pouvons nous interroger sur l'efficacité du programme à M'T dents à amener les femmes enceintes à consulter pendant leur grossesse et la pertinence de son contenu et déroulement en termes de prévention et d'éducation.

Comme elle est organisée aujourd'hui, la consultation M'T dents au 4^e mois de grossesse est peut-être davantage tournée vers le soin et pas suffisamment vers la prévention.

Différents axes pourraient être envisagées pour accompagner davantage ce programme :

- Un guide éducatif pour le praticien, réalisé par l'assurance maladie existe :
Annexe 4 (Assurance Maladie 2016) : simple et synthétique, il reprend les différents points à aborder lors d'une visite (aussi bien sur la prévention et les soins pour la femme enceinte et les enfants). Il serait intéressant d'évaluer en quoi ce guide est un outil pertinent pour les praticiens et dans quelle mesure il est utilisé ;
- Nous pourrions envisager d'intervenir à un niveau plus collectif par exemple avec la mise en place d'interventions collectives dans le cadre d'un suivi prénatal des femmes enceintes en collaboration avec les sages-femmes ;
- Il faudrait réussir à améliorer le recours au programme M'T dents. La question sera de savoir si le format de distribution de l'invitation, à récupérer personnellement sur le site ameli.fr est adapté et permet de toucher le maximum de femmes ? Cet accès est, en effet, dépendant de la capacité de la personne à naviguer et recourir à internet, à savoir accéder à son compte personnel sur le site de l'assurance maladie et également d'avoir une imprimante à disposition. Nous pourrions envisager que l'invitation au programme M'T dents soit également relayée lors du suivi de grossesse par les sages-femmes.

Bibliographie

Abiola A, Olayinka A, Mathilda B, Ogunbiyi O, Modupe S, Olubunmi O. A survey of the oral health knowledge and practices of pregnant women in a Nigerian teaching hospital. *Afr J Reprod Health*. 2011;15(4):14–9.

Agence Régionale de la Santé Île-de-France (ARS). L'intervention en prévention et en promotion de la santé en Ile-de-France 2018-2022. Guide d'orientation à l'intention des partenaires. [Internet] iledefrance.ars.sante. 2018. [Consulte le 8 janvier 2020]. Disponible sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-05/Guide-interventions-partenaires-EPS-2018_1.pdf

Alberta Education. Littératie et numératie. À quoi ressemblent la littératie et la numératie ? [Internet]. education.alberta. 2015 [Consulté le 8 janvier 2020]. Disponible sur : [https://education.alberta.ca/littératie-et-numératie/aperçu/everyone/littératie-et-numératie/](https://education.alberta.ca/litteratie-et-numeratie/aperçu/everyone/litteratie-et-numeratie/).

Assurance maladie. Comprendre les caries dentaires. ameli [Internet]. 2019, [Consulté le 19 janvier 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/comprendre-caries-dentaires>

Assurance Maladie. De l'examen de prévention bucco- dentaire à la prise en charge au cabinet dentaire. ameli.fr [Internet]. [consulté le 30 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/chirurgiens-dentistes/exercer-au-quotidien/l-examen-bucco-dentaire-ebd/l-ebd-a-destination-des-femmes-enceintes.php>

Assurance Maladie. Fiche conseil pour conserver son capital dentaire lors de la grossesse. [Internet]. Ameli. 2019. [Consulté le 9 janvier 2020]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4869/document/ebd-femmes-enceintes_assurance-maladie.pdf

Assurance Maladie. L'examen bucco-dentaire à destination des femmes enceintes [Internet]. 2019 [Consulté le 9 janvier 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/prescription-prise-charge/soin-ebd-femmes-enceintes/soin-ebd-femmes-enceintes>

Assurance Maladie, M'T Dents : l'examen bucco-dentaire à destination des enfants et des jeunes [Internet]. Ameli. 2019. [Consulté le 19 janvier 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/services-patients/dents>

Assurance Maladie. Une prévention bucco-dentaire adaptée aux différents cycles de la vie. Dossier de presse 25 juin 2019 [Internet]. 2019. [Consulte le 9 janvier 2020]. Disponible sur le site : <https://occitanie.mutualite.fr/content/uploads/sites/41/2019/06/Dossier-presse-bucco-dentaire-v4.pdf>

Bacqué M-H, Biewener C. L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? *Idées Econ Soc*. 2013;173(3):25–32.

Bahri N, Tohidinik HR, Bahri N, Iliati HR, Moshki M, Darabi F. Educational intervention to improve oral health beliefs and behaviors during pregnancy: a randomized-controlled trial. *J Egypt Public Health Assoc.* 2015 Jun;90(2):41–5.

Benaphtali S. Femmes enceintes, littératie et qualité de vie liée à la santé orale: élaboration d'un questionnaire. [Thèse d'exercice: Chirurgie dentaire]. [Paris] : Université Paris Diderot- Paris 7. UFR d'Odontologie; 2018

Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(2):97–107.

Bogges KA, Urlaub DM, Moos M-K, Polinkovsky M, El-Khorazaty J, Lorenz C. Knowledge and beliefs regarding oral health among pregnant women. *J Am Dent Assoc* 1939. 2011;142(11):1275–82.

Brusselle P. Prise en charge de la femme enceinte au cabinet dentaire : création d'un site internet d'information destiné aux professionnels de santé [Thèse d'exercice : chirurgie dentaire]. [Lille] : Université de Lille. UFR d'Odontologie. 2017.

Centre d'observation de la société. Chômage : femmes et hommes désormais à égalité [Internet]. Observation société. 2019 [Consulte le 8 janvier 2020]. Disponible sur : <http://www.observationsociete.fr/hommes-femmes/emploi/chomage-femmes-hommes.html>

Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes (CRIPS). Choisir et utiliser un outil lors d'une animation en éducation pour la santé [Internet]. .lecrips-idf. 2020 [Consulté le 10 janvier 2020]. Disponible sur : https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:U-fub_HANXEJ:https://www.lecrips-idf.net/miscellaneous/choisir-un-outil-education-sante.htm+%&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-d

Chaitra TR, Wagh S, Sultan S, Chaudhary S, Manuja N, Sinha AA. Knowledge, Attitude and Practice of Oral Health and Adverse Pregnancy Outcomes among Rural and Urban Pregnant Women of Moradabad, Uttar Pradesh, India. *J Interdiscip Dent.* 2018;8(1):5.

Deccache A, Lavendhomme E. Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes [Internet]. 1989 [cited 2020 Jan 9]. Available from: http://www.bib-bop.org/base_bib/bib_detail.php?ref=4273&titre=information-et-education-du-patient-des-fondements-aux-methodes

Divaris K, Lee JY, Baker AD, Gizlice Z, Rozier RG, DeWalt DA, et al. Influence of Caregivers and Children's Entry Into the Dental Care System. *Pediatrics.* 2014;133(5):e1268–76.

Essi M-J, Oudou N, L'Enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) en Recherche Médicale. Enquête CAP en recherche médicale. *Health Sci. Dis,* 2013 ; 14(2) :1-3

Flajolet A, Ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative [Internet]. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. Rapport présenté par Monsieur André Flajolet, député du Pas-de-

Calais. solidarites-sante.gouv. 2009 [Consulté le 8 janvier 2020]. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf

Flajolet A. Rapport Flajolet. Annexe1 : La prévention : définitions, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales. [Internet]. solidarites-sante.gouv. 2008 [Consulté le 7 janvier 2020]. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>

Folliguet M. Prévention de la carie dentaire chez les enfants avant 3 ans [Internet]. 2006, [Consulté le 8 janvier 2020]. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_de_la_carie_dentaire_chez_les_enfants_avant_3_ans.pdf

George A, Johnson M, Blinkhorn A, Ajwani S, Bhole S, Yeo AE, et al. The oral health status, practices and knowledge of pregnant women in south-western Sydney. Aust Dent J. 2013;58(1):26–33.

Goldberg M., Ardouin J.L, Barrandon Y., Bernimoulin J.P, Bonnaure-Mallet M., Bouvet J.P et al. Maladies parodontales: thérapeutiques et prévention, 1999, [Internet], 1999, [Consulté le 19 janvier 2020], Disponible sur : <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570658/document>

Haute Autorité de Santé (HAS). Annexe. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence. [Internet]. has-santé, 2014. [Consulté le 8 janvier 2020]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf

Haute Autorité de Santé (HAS). Education thérapeutique du patient. comment la proposer et la réaliser? Recommandations. [Internet]. 2007. [Consulté le 20 janvier 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf

Haute Autorité de Santé- Institut National de Prévention et d'Education à la Santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. [Internet]. 2007. [Consulté le 20 janvier 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf

Hom JM, Lee JY, Divaris K, Baker AD, Vann WF. Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time. J Am Dent Assoc 1939. 2012;143(9):972–80.

Ibrahim HME-M, Mudawi AM, Ghandour IA. Oral health status, knowledge and practice among pregnant women attending Omdurman maternity hospital, Sudan. East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit. 2017;22(11):802–9.

Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Niveau d'éducation de la population. Fiches. Qualité de vie [Internet]. Insee Références. 2016 [Consulte le 8 janvier 2020]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2492222/FPORSOC16m5_F5.5_education.pdf

Institut National de Protection et d'Éducation à la Santé, qu'est ce qui détermine notre état de santé (INPES). [Internet]. 2012. [Consulté le 8 janvier 2020]. Disponible sur <https://www.maisonmedicale.org › docrestreint.api>

Jouet E., Luigi F., Empowerment et santé mentale : le contexte et la situation en France. La santé en action. n°413, 2011 ;(4-13) : 12-5.

Jourdan D, Berger D. De l'utilité de clarifier les référents théoriques de l'éducation pour la santé. Santé Homme. 2005;(377):17–20.

Lee JY, Rozier RG, Lee S-YD, Bender D, Ruiz RE. Development of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD-30--a brief communication. J Public Health Dent. 2007;67(2):94–8.

Lemieux V, Mouawad R, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Secteur services préventifs en milieu clinique. Pour qu'on se comprenne: guide de littératie en santé [Internet]. 2014 [cited 2020 Jan 7]. Available from: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2326351>

Lubon AJ, Erchick DJ, Khattry SK, LeClerq SC, Agrawal NK, Reynolds MA, et al. Oral health knowledge, behavior, and care seeking among pregnant and recently-delivered women in rural Nepal: a qualitative study. BMC Oral Health [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2020 Jan 6];18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5984796/>

Ministère de l'emploi et de la solidarité. Direction générale de la santé. -Circulaire n° DGS/SD6/2001/504 du 22 octobre 2001 [Internet]. bdoc.ofdt. 2001. [Consulte le 8 janvier 2020]. Disponible sur : https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=24977

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés. Plan national d'éducation pour la santé. [Internet]. reseau-asteria. 2001. [Consulte le 8 janvier 2020]. Disponible sur <http://www.reseau-asteria.fr/Documents/pneps2001>

Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G, et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. J Periodontol. oct 1996;67(10 Suppl):1103-13

Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE), La littératie à l'ère de l'information, Rapport final de l'enquête internationale sur la littératie des adultes. [Internet], 2000, [Consulté le 20 janvier 2020]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/fr/education/innovation-education/39438013.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. [Internet]. coreps.npd.c.fnes. 1986 [Consulté le 8 janvier 2020]. Disponible sur : http://coreps.npd.c.fnes.fr/presentation/pdf/charte_ottawa.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Déterminants sociaux de la santé [Internet]. Who. 2005 [Consulté le 8 janvier 2020]. Disponible sur : https://www.who.int/social_determinants/fr/

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Glossaire de la promotion de la santé [Internet]. apps.who.1999 [Consulté le 7 janvier 2020]. Disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf

Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013;13(1):658.

Ozen B, Ozer L, Başak F, Altun C, Açikel C. Turkish women's self-reported knowledge and behavior towards oral health during pregnancy. *Med Princ Pract Int J Kuwait Univ Health Sci Cent*. 2012;21(4):318–22.

Patino D. Oral health knowledge and dental utilization among Hispanic adults in Iowa [Master of Science thesis : Dental Public Health]. [Iowa City]: University of Iowa; 2015

Ramazani N, Ladez MAR, Zareban I, Bagheri E. Oral Health Care Education Regarding the Gingival Health, Knowledge, Attitude, and Behavior of the Pregnant Women. *Health Scope* [Internet]. 2014 [Consulté le 9 janvier 2020];3(4). Disponible sur: http://jhealthscope.com/?page=article&article_id=19446

Rashidi Maybodi F. Evaluation of Periodontal Health Knowledge, Attitude and Oral Hygiene Practice of Pregnant Women in Yazd in 2011. *J Periodontol Implant Dent*. 2013;5:71.

San Marco JL, Ferron C. *Traité de sante publique*. 3ème édition. Sqint Denis: Lavoisier; 2009.

Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80.

Strafford KE, Shellhaas C, Hade EM. Provider and patient perceptions about dental care during pregnancy. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. 2008;21(1):63–71.

Thomas NJ, Middleton PF, Crowther CA. Oral and dental health care practices in pregnant women in Australia: a postnatal survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008;8:13.

Tiberghien M, *Intervention en éducation pour la Santé bucco- dentaire chez la femme enceinte*. [Thèse d'exercice: chirurgie dentaire]. [Paris]: Université Paris Diderot- Paris 7. UFR d'Odontologie; 2017

Vallet L-A. L'enquête Information et vie quotidienne 2011 parmi les dispositifs nationaux et internationaux de mesure des compétences des adultes. *Econ Stat*. 2016;490(1):5–15.

Vasiliauskiene I, Milciuviene S, Bendoraitiene E, Narbutaite J, Slabsinskiene E,

Andruskeviciene V. Dynamics of pregnant women's oral health status during preventive programme. *Stomatologija*. 2007;9(4):129–36.

Vasseur-Bacle S, Roelandt J-L, Noel C, Empowerment en santé mentale : recommandations et perspectives, *Eur. Psychiatry*, 2015; 30(8): 89-90.

Wallerstein N, Wiggins N. "L'empowerment améliore l'état de santé de la population », *La Santé en action*. 2018 ; (446) : 10-4

Xiong X, Buekens P, Vastardis S, Yu SM. Periodontal disease and pregnancy outcomes: state-of-the-science. *Obstet Gynecol Surv*. 2007;62(9):605-15

Annexe 1: L'examen bucco-dentaire à destination des femmes enceintes

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 : (si différent de l'assuré) Date de naissance :	

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

Praticien remplaçant

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

Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)

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

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

schéma dentaire à compléter

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

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

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 : (si différent de l'assuré) Date de naissance :	

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

723 CNAM EBD mater 2017

Source : Assurance Maladie, 2019

Annexe 2 : Fiche conseil pour conserver son capital dentaire lors de la grossesse.



« un enfant, une dent »

Le dicton n'est plus vrai !

L'Assurance Maladie et les Chirurgiens-Dentistes ont souhaité placer les femmes enceintes au cœur d'un nouveau dispositif de prévention bucco-dentaire : les femmes enceintes ont désormais la possibilité, à compter du 4^{ème} mois de grossesse, de bénéficier d'un examen de dépistage bucco-dentaire entièrement pris en charge sans avance de frais.

→ N'hésitez pas à consulter votre Chirurgien-Dentiste dès réception de votre invitation. Il saura évaluer si des soins bucco-dentaires s'imposent pendant votre grossesse et vous donnera tous les conseils nécessaires.

Il saura vous informer, notamment, sur les anesthésies dentaires et la réalisation d'examens radiographiques, qui, contrairement aux idées reçues, ne sont pas contre indiquées pendant la grossesse.



Conseils utiles pendant la grossesse

Des difficultés à maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire favorisent l'accumulation de plaque dentaire et donc l'apparition des caries et des problèmes de gencives. Des études* ont suggéré que des maladies bucco-dentaires pourraient augmenter le risque d'accouchement prématuré.

→ Les caries

- Ne négligez pas votre brossage (après chaque prise alimentaire pendant 2 minutes).
- Évitez de grignoter entre les repas et suivez attentivement les conseils alimentaires qui vous sont donnés.
- Utilisez un dentifrice fluoré (1500 à 5000 ppm).
- Utilisez une brosse à dents souple, renouvelée tous les 3 mois.

→ Les attaques acides

L'émail est attaqué par l'acide provenant des vomissements quelquefois fréquents des premières semaines et des reflux gastriques des dernières semaines.

- Évitez de vous brosser les dents immédiatement après des vomissements, l'émail étant alors fragilisé. Il est plus judicieux de faire un rinçage soigneux à l'eau ou au bain de bouche sans alcool (bicarbonaté ou fluoré).

→ L'alimentation

Les habitudes alimentaires sont souvent bouleversées (grignotage, envie d'une alimentation plus sucrée) entraînant un fractionnement de vos prises alimentaires.

- En cas d'impossibilité de brossage efficace et régulier, il est conseillé de mastiquer des chewing-gums sans sucres ou d'effectuer un simple rinçage à l'eau.
- Limitez les boissons sucrées et privilégiez la consommation d'eau.

→ Les gencives

Très souvent, pendant la grossesse, les gencives sont rouges, gonflées, douloureuses et saignent facilement. Ces saignements ne doivent pas être négligés car non traités ils peuvent avoir une répercussion sur le déroulement de votre grossesse.

- Le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire associé à l'utilisation de bains de bouche sans alcool vous aidera à retrouver une gencive saine.

→ Les comportements à risque

Alcool : Il est recommandé de vous abstenir de toute consommation d'alcool dès le début de votre grossesse et pendant toute sa durée. Les risques de malformations et de déficiences mentales pour votre futur bébé sont importants.

Tabac : Outre les problèmes inhérents à la consommation de tabac (mauvaise haleine, altération du goût, risques de cancer, problèmes de gencives ...), les dangers pour votre futur enfant sont prouvés (retard de croissance, altération du développement cérébral, ...).

Drogues et antidépresseurs : la consommation de ces produits peut être responsable de malformations chez le fœtus. Chez vous, une sécheresse buccale, des mycoses peuvent facilement apparaître.

(*) : Vergnes Jean-Noël et al., Revue de Santé Publique 2013/3 vol. 25 - p.281-292.

« un enfant,
une dent »
Le dicton n'est plus vrai !

Annexe 3 : Questionnaire à destination des femmes enceintes

Questionnaire concernant la santé bucco-dentaire durant la grossesse:

Madame,

Dans le cadre de ma thèse d'exercice en chirurgie-dentaire, je mène un travail sur les femmes enceintes et la santé bucco-dentaire. Ce travail nous permettra d'améliorer nos actions menées auprès des femmes durant leur grossesse.

Votre participation est précieuse mais elle reste facultative.

Si vous souhaitez y participer, nous vous serions très reconnaissants de bien vouloir renseigner ce questionnaire lors de votre suivi chez votre sage-femme et de lui remettre une fois rempli.

L'exploitation de ce questionnaire est strictement anonymisée.

En vous remerciant par avance de votre participation.

Deborah Guetta (étudiante en chirurgie dentaire, Université Paris Diderot).

Consentement

J'ai été informée du travail de recherche et j'accepte d'y participer

- Oui
- Non

Fait à, le

Signature. ¹

Afin de mieux vous connaître:

1. Quel âge avez-vous?
2. Quel est votre dernier diplôme obtenu?
 - Brevet des collèges
 - Brevet d'études professionnelles (BEP)
 - Baccalauréat
 - Diplôme universitaire: DUT, licence, master, doctorat
 - Certificat d'aptitude professionnelle (CAP)
 - Brevet professionnel (BP) ou technicien (BT)
 - Brevet de technicien supérieur (BTS)
 - Autre. Préciser:
3. Avez-vous un emploi?
 - Oui, à temps plein
 - Oui, à temps partiel
 - Je suis étudiante
 - Non, je suis femme au foyer
 - Non, je suis au chômage
4. Quelle couverture maladie avez-vous?
 - Sécurité sociale + mutuelle
 - Sécurité sociale seulement (pas de mutuelle)
 - CMU et/ou CMUc ou ACS
 - Aide médicale d'Etat (AME)
 - Pas de couverture maladie
5. Consultez vous votre sage-femme aujourd'hui pour:
 - Suivi de grossesse
 - Oui (indiquez le mois de grossesse)
 - Consultation post accouchement
 - Autre, précisez:
6. Est-ce votre première grossesse?
 - Oui
 - Non (si vous avez d'autres enfants merci d'indiquer leur(s) âge(s)):

2

Concernant la santé bucco-dentaire et la grossesse.

Avant votre grossesse, étiez vous suivie par un dentiste?

- Oui
- Non

Si oui, à quelle fréquence (entourez la bonne réponse):

1 fois/ an. 1 fois tous les 2 ans. 1 fois Tous les 5 ans. Uniquement en cas de douleur

Autre: précisez:

- Avez-vous eu besoin de consulter un dentiste durant votre grossesse?
 - Oui
 - Non
 - Si oui, merci de précisez pourquoi:
- Avez-vous déjà reçu une invitation ou entendu parler du programme M'T dents (examen de dépistage bucco-dentaire pour les femmes enceintes, pris en charge par la sécurité sociale dès le 4ème mois de grossesse)?
 - Oui
 - Non
 - Si vous l'avez reçue, avez-vous été chez votre dentiste profiter de cet examen?
 - Oui
 - Non
- Feriez-vous des soins pendant votre grossesse
 - Oui
 - Non (précisez pourquoi):
- Selon vous, pensez vous qu'il puisse y avoir un lien entre une mauvaise hygiène bucco-dentaire et le déroulement de la grossesse?
 - Oui
 - Non
 - Si oui, quel lien par exemple?
- Vous sentez-vous assez informée concernant le développement et la santé bucco-dentaire chez les enfants?
 - Oui
 - Non

- Aimeriez-vous recevoir des informations concernant l'hygiène bucco-dentaire à adopter chez votre futur bébé?
 - Oui
 - Non
 - Si oui, quels types d'informations aimeriez vous avoir?
 -
 -
 -

Merci de votre participation.

Nous tenons également à remercier Mme Demit Dorothée pour sa gentillesse et d'avoir accepté et pris le temps de mettre ce questionnaire à votre disposition.

Deborah Guetta.

Annexe 4 : Brochure proposée aux chirurgiens-dentistes par l'Assurance
Maladie (2016)

**De l'examen
de prévention bucco-dentaire...**

**... à la prise en charge
au cabinet dentaire**



mémo

**La femme
enceinte**

**L'Assurance
Maladie**
Service Médical
Nord Pas-de-Calais Picardie

Prise en charge administrative

Les femmes enceintes bénéficient d'un examen de prévention pris en charge à **100 % avec dispense d'avance de frais**, à compter du 1^{er} jour du 4^e mois de grossesse jusqu'au 12^e jour après l'accouchement.

Examen de prévention seul → BDC = 30 €

Complété si nécessaire par :

- Des radiographies intrabuccales → 1 ou 2 → BR2 = 42 €
→ 3 ou 4 → BR4 = 54 €
- L'établissement d'un programme de soins

- soins réalisés du 1^{er} jour du 4^e mois au dernier jour du 5^e mois de grossesse

→ pris en charge à 70% (au titre de l'Assurance Maladie)

- soins réalisés du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse au 12^e jour après l'accouchement

→ pris en charge à 100% (au titre de l'Assurance Maternité)

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser, celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention.

Prise en charge odontostomatologique

Radiographie dentaire

Pas de contre-indication

Recommandations

- Principe de **justification médicale** (modestie de la dose délivrée, utérus en dehors du faisceau de rayonnement, principe d'optimisation).
- **Rassurer** la femme enceinte (information, tablier de plomb).
- **Différer** si possible Cone Beam, téléradiographie et scanner après l'accouchement.

Santé parodontale

- La **gingivite gravidique** est aggravée par les taux d'œstrogènes et de progestérone.
- L'**épulis gravidique** (angiogranulome) disparaît généralement après l'accouchement.
- **Association** maladie parodontale-naissance prématurée/petit poids nourrisson fortement suspectée mais pas totalement établie.

Anesthésie dentaire

Pas de contre-indication

Possibilité d'utiliser la Lidocaïne, l'Articaïne, la Mépivacaïne au cours de la grossesse et de l'allaitement avec ou sans vasoconstricteur.

Prémédication sédatrice

L'**hydroxyzine** peut être prescrite quel que soit le stade de la grossesse.

mémoexamenfemmeenceinte

Prise en charge odontostomatologique

⚠ 1^o et 3^o trimestres : uniquement les soins d'urgence

Matériaux d'obturations coronaires

Recommandations :

- Évaluer en fonction de chaque situation clinique la nécessité de pose d'un amalgame ou d'un autre matériau adhésif.
- Réaliser le fraisage et le repolissage de l'amalgame sous irrigation/aspiration et autant que possible avec un champ opératoire (digue).
- Éviter la pose des amalgames chez la femme enceinte et allaitante.

Antibiotiques

Recommandations :

Possibilité de prescrire à tous les stades de la grossesse :

En 1^o intention : Amoxicilline.

En 2^o intention : Amoxicilline + Acide clavulanique.

Contre-indications-Précautions :

Cyclines CONTRE-INDIQUÉES.

Josamycine et Clarithromycine DECONSEILLÉES.

Pas de contre-indication à la prescription de Spiramycine + Métronidazole.

Antalgiques-AINS-Corticoïdes

Antalgiques non opiacés (palier 1)

- On préférera le **paracétamol**, quel que soit le terme de la grossesse.

- **L'aspirine** peut être utilisée ponctuellement pendant les cinq premiers mois de grossesse (24 semaines d'aménorrhée). Au-delà de 24 SA, l'aspirine ≥ 500 mg/jr est formellement contre-indiquée jusqu'à l'accouchement.

Antalgiques opioïdes faibles (palier 2)

On préférera la codéine quel que soit le terme de la grossesse.

Antalgiques opioïdes mixtes ou forts (palier 3)

On préférera la **morphine** quel que soit le terme de la grossesse.

AINS

Formellement contre-indiqués à partir de 24 SA (5 mois de grossesse révolus).

Avant 24 SA, on évitera si possible les traitements prolongés.

Corticoïdes

Les corticoïdes peuvent être utilisés chez la femme enceinte.

mémOexamenfemmeenceinte

Conseils personnalisés à la patiente

En matière d'hygiène buccodentaire et techniques de brossage

- **Éviter les caries** : brossage 2 min après chaque prise alimentaire + conseils (*brosse souple renouvelée tous les 3 mois, méthode de brossage, fil dentaire, brossette...*).
- **Atténuer les effets des attaques acides** : rinçage (eau, bain de bouche) après les vomissements pour la remontée du pH buccal (attendre une heure).
- **Atténuer les effets du fractionnement alimentaire** : chewing-gum édulcoré au Xylitol, au minimum rinçage à l'eau.
- **Atténuer les problèmes gingivaux** : nettoyage professionnel régulier, bain de bouche Chlorhexidine 0,12 % (sur une durée maximum de 15 jours).

En matière de nutrition

- **Avoir une alimentation saine et équilibrée.**
- **Spécificités alimentaires de la femme enceinte** : attention aux sucres d'absorption rapide, augmenter l'apport en eau, diminuer la caféine, éviter les grignotages et éviter la cuisine industrielle.
- **Attention aux risques infectieux alimentaires** : conseils pour éviter toxoplasmose, salmonellose et listériose.

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

Toute femme enceinte doit être informée des dangers d'une consommation même modérée de tabac, d'alcool ou de drogues (HAS).

- **Tabac** : arrêt complet du tabagisme actif et passif pendant et après la grossesse (...mais ne pas culpabiliser la femme enceinte).
- **Alcool** : ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse. Il est impossible de déterminer ce qu'est une consommation d'alcool sans risque pour l'enfant à naître. Mais ne pas dramatiser : il n'est jamais trop tard pour arrêter.
- **Drogues** : la consommation de tous les toxiques est également déconseillée.

Conseils spécifiques relatifs au jeune enfant

Prévention de la carie de la petite enfance

- **Eau = boisson UNIQUE**
 - Éviter les boissons sucrées en dehors des repas.
 - Éviter les aliments collants très sucrés.
 - Ne pas tremper la tétine dans du miel ou du sirop.
 - Limiter l'ajout de sucre dans les mets préparés pour le nourrisson.
- Il faut **soigner les dents de l'entourage du futur enfant** pour diminuer le risque de transmission de bactéries cariogènes (Streptocoques Mutans).
- Éviter les **gestes sources d'échange salivaire** : partage de couverts, tétines, brosse à dents, baisers sur la bouche.

Hygiène buccodentaire

- **Avant l'éruption des dents (6 mois)** : compresse humide enroulée sur l'index sur les gencives.
- **De 6 mois à 2 ans** : brosse à dents douce, sans dentifrice / brossage réalisé par un adulte.
- **Vers 2 ans** quand l'enfant sait recracher : 1 brossage/jr avec un dentifrice fluoré (entre **250 et 600 ppm**) / brossage réalisé par un adulte.
- **Vers 3 ans** : 2 brossages/jr avec un dentifrice fluoré (entre **500 et 1000 ppm**) pendant 2 minutes, sous le contrôle d'un adulte.

Source : UFSBD

Protection des dents

- **Consultation au 12^e mois de l'enfant puis tous les ans pour vérifier la santé buccodentaire.**
- **Évaluer le risque carieux et mettre en place des stratégies de prévention**
 - Aucune supplémentation systémique en fluor (gouttes, comprimés) n'est requise tant que le nourrisson n'a pas de dent.
 - Prescription de fluor possible mais pas avant 6 mois en fonction du risque carieux et de l'apport journalier (eau, sel) : **0,05 mg de fluor/kg/jour** sans dépasser 1 mg par jour toutes sources fluorées confondues.
 - Application de vernis fluoré 2 fois/an pour les enfants à risque carieux élevé.

mémoexamenfemmeenceinte

Pour plus de précisions, sites à consulter

- <http://www.ameli.fr>
- <http://www.lecrat.org>
- <http://ansm.sante.fr>
- <http://www.ufsbd.fr/>
- <http://www.has-sante.fr/portail>
- www.irsn.fr
- <http://www.inpes.sante.fr>

Les services en ligne

- L'Assurance Maladie en ligne, c'est un ensemble de services innovants adaptés aux besoins et accessibles 24 H / 24 et 7 j / 7.

annuaresante.ameli.fr : trouver un professionnel de santé ou un établissement de soins

ameli-sante.fr : la référence santé

ameli-sophia.fr : l'accompagnement du diabète et de l'asthme

servicemedicalnordpicardie.fr : le site du Service Médical Nord Pas-de-Calais Picardie

Direction Régionale du Service Médical
Nord Pas-de-Calais Picardie
11, allée Vauban - CS 60254
59665 Villeneuve d'Ascq cedex



mémOexamenfemmeenceinte

Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ni improbation de la Faculté de Chirurgie Dentaire.

GUETTA Deborah. PREVENTION BUCCO-DENTAIRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE : ETUDE PILOTE AUPRES DES FEMMES ENCEINTES ET REFLEXION SUR UNE INTERVENTION EDUCATIVE. 2020. 82 p. : ill., graph., tabl. Réf. Biblio. : (64-69).

Sous la direction de Mme la Docteure Annabelle TENENBAUM

Th : Chir Dent. : Université de Paris : 2020

Résumé : La grossesse est une période particulière au cours de laquelle la femme présente un état physiologique modifié et durant laquelle elle doit d'autant plus prêter attention à son hygiène et à sa santé orale. En effet, une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut avoir de graves conséquences sur le déroulement de la grossesse. De plus, du fait de son futur rôle de mère, elle va avoir un rôle dans la transmission des bonnes habitudes d'hygiène bucco-dentaire à son futur enfant. C'est pourquoi, en France, l'assurance maladie a étendu le programme de prévention bucco-dentaire appelé M'T dents aux femmes enceintes en 2014. Le but de notre étude a consisté en la création d'un questionnaire afin d'évaluer les connaissances et les comportements des femmes enceintes ou ayant accouché dans les 6 derniers mois, et les points sur lesquels elles aimeraient être plus informées en vue de mettre en place une intervention éducative chez cette population.

Discipline : Santé publique

Mots clés français (fMeSH et Rameau) : Education pour la santé (FMesh) ; femmes enceintes (FMeSH) ; Santé bucco-dentaire (FMeSH) ; Littératie ; intervention éducative ; Connaissances, attitudes et pratiques en santé (FMesh)

TITRE en anglais : Oral prevention in pregnant women: pilot study with pregnant women and reflection on an educational intervention.

RESUME en anglais : Pregnancy is a special period during which the woman presents a modified physiological state and during which she must all the more pay attention to her hygiene and her oral health. In fact, poor oral hygiene can have serious consequences on the course of pregnancy. In addition, due to her future role as a mother, she will have a role in the transmission of good oral hygiene habits to her future child. This is why health insurance in France extended the oral prevention program called « M'T dents » to pregnant women in 2014. The aim of our study was to create a questionnaire to assess knowledge and behavior of pregnant women or women who have given birth over the last 6 months and the points on which they would like to be more informed in order to set up an educational intervention for this population.

English keywords (MeSH) : Health Education (MeSH) ; pregnant women MeSH) ; Oral Health (MeSH) ; Literacy, educational intervention; Health knowledge, attitudes, practice (MeSH)

Université de Paris
UFR d'odontologie
5, rue Garancière
75006 Paris