

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2017/2018

Habitudes et connaissances bucco-dentaires des femmes enceintes

Enquête auprès des accouchées de trois maternités du
Bas-Rhin

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE FEMME

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

Juliette BENEZECH
Née le 18 avril 1994 à Dole

Directeur de mémoire : Prof. Olivier HUCK
Codirectrice du mémoire : Mme Virginie HAMANN

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2017/2018

Habitudes et connaissances bucco-dentaires des femmes enceintes

Enquête auprès des accouchées de trois maternités du
Bas-Rhin

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE FEMME

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

Juliette BENEZECH
Née le 18 avril 1994 à Dole

Directeur de mémoire : Prof. Olivier HUCK
Codirectrice du mémoire : Mme Virginie HAMANN

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Olivier Huck, directeur de ce mémoire, pour votre intérêt et votre investissement dès notre première rencontre.

À Madame Virginie Hamann, pour vos conseils avisés, vos relectures et votre soutien sans faille.

Aux cadres et leurs équipes des maternités de Schiltigheim, d'Haute-pierre et de Saverne, ainsi qu'aux étudiants sages-femmes, sans qui la distribution des questionnaires n'aurait pas pu se réaliser.

Aux collègues Bisontines que je n'oublie pas, et aux Strasbourgeois pour ces belles années.

À mes parents, Sarah, Pierre-Emmanuel et Marius, Matthieu, Raphaël, mes grands-parents, et tous ceux que je ne cite pas, merci pour votre soutien et votre accompagnement.

À ma nouvelle famille, pour votre accueil chaleureux.

Et à Antoine, pour ce thème de travail, mais surtout pour tes encouragements, ton accompagnement, ton amour invétéré, pour tout ce que tu as déjà fait pour moi. Car la vue est tellement plus belle au sommet de la montagne.

Sommaire

I.	Introduction	3
1.	Santé bucco-dentaire et suivi de grossesse	4
2.	Influence de la grossesse sur la santé bucco-dentaire	5
3.	Influence des pathologies bucco-dentaires sur la grossesse	6
4.	Prévention bucco-dentaire des femmes enceintes.....	7
II.	Matériels et méthodes.....	8
1.	Type d'étude	9
2.	Population.....	9
3.	Questionnaire	10
4.	Analyse des résultats	10
III.	Résultats.....	11
1.	Taux de réponse	12
2.	Caractéristiques générales de la population.....	12
3.	Données concernant le suivi de la grossesse	15
4.	Hygiène buccale.....	16
5.	État bucco-dentaire.....	18
6.	Consultation dentaire.....	19
7.	Connaissances bucco-dentaires et parodontales	22
8.	Importance de la santé bucco-dentaire des femmes enceintes.....	25
9.	Analyses croisées des résultats	26
9.1.	Hygiène bucco-dentaire et santé bucco-dentaire.....	26
9.2.	Cas particulier du suivi parodontal avant la grossesse	27
9.3.	Facteurs associés à la consultation dentaire pendant la grossesse	29
9.4.	Connaissance du lien entre la santé bucco-dentaire et les complications obstétricales	32
9.5.	Influence des différents types de professionnels du suivi de la grossesse.....	33
IV.	Discussion.....	35
1.	Discussion des résultats.....	36
1.1.	Caractéristiques générales de la population.....	36
1.2.	Données concernant le suivi de la grossesse.....	36
1.3.	Hygiène buccale	36

1.4.	État bucco-dentaire.....	38
1.5.	Consultation dentaire.....	38
1.5.1.	Motifs de consultation.....	38
1.5.2.	Traitements.....	39
1.6.	Connaissances en matière de santé bucco-dentaire.....	41
2.	Limites de l'étude.....	43
3.	Comment inclure la santé bucco-dentaire aux consultations prénatales ?	44
V.	Conclusion.....	47
VI.	Bibliographie	50
	Annexes.....	55
	Annexe I.....	56
	Annexe II.....	57
	Annexe III.....	58
	Annexe IV	59
	Annexe V.....	65
	Annexe VI	66

I. Introduction

1. Santé bucco-dentaire et suivi de grossesse

La santé bucco-dentaire est nécessaire à la qualité de vie, tant dans la relation à l'autre que pour le bien-être de la personne. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

« elle se caractérise par l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie [...], de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial » (1).

Concernant l'hygiène quotidienne, l'Union Française de Santé Bucco-Dentaire recommande à tous les adultes d'avoir une alimentation variée et équilibrée, de se brosser les dents deux fois par jour avec un dentifrice fluoré pendant au moins deux minutes, et d'utiliser du fil dentaire ou des brossettes interdentaires chaque soir (Annexe I). La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande à tous les adultes un examen de prévention bucco-dentaire annuel (2). La fréquence des consultations de dépistage doit toutefois être adaptée en fonction des facteurs de risques propres au patient. D'un point de vue épidémiologique, près de 100 % des adultes ont des caries dans leur vie et 15 à 20 % des adultes d'âge moyen (35-44 ans) ont des maladies parodontales sévères pouvant entraîner la perte de dents (1). Concernant les femmes enceintes, 51,6% d'entre elles ont en moyenne trois caries à l'issue de leur grossesse, et 57 % ont déclaré avoir ressenti au moins un problème bucco-dentaire pendant cette période (3,4).

La grossesse est un moment privilégié dans la vie de la femme pour la prévention de sa santé. Ainsi, chaque mois, elle consulte un professionnel de santé qui évalue le bien-être maternel et fœtal. La grossesse n'étant pas en soi une pathologie, outre le suivi obstétrical obligatoire, ces consultations laissent souvent la place à un moment d'échange et de conseils sur les habitudes d'hygiène de vie de la patiente. C'est une période durant laquelle les futures mères sont souvent à l'écoute et avides de conseils pour leur bien-être, leur santé et celle de leur futur enfant. La santé bucco-dentaire fait partie intégrante de la santé en général et constitue un véritable enjeu de santé publique. La grossesse est alors une situation privilégiée pour sensibiliser les patientes sur la santé bucco-dentaire. D'ailleurs, au cours de l'examen du quatrième mois, la HAS recommande que « la problématique de la santé bucco-dentaire de la mère et de l'enfant soit abordée ». Ainsi, les professionnels du suivi de la grossesse doivent « être formés afin de dispenser des conseils d'éducation pour la santé bucco-dentaire » des femmes enceintes et de leur futur enfant. L'avenant numéro trois à la convention nationale des chirurgiens-dentistes a

défini les contours et les modalités d'application pour la mise en place d'un examen de prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes (5). Ce dispositif est opérationnel depuis 2014 et permet aux femmes enceintes de bénéficier d'une consultation de dépistage entre le quatrième mois de grossesse et le 12^{ème} jour du post-partum, prise en charge en totalité par la sécurité sociale. Cet examen comprend une anamnèse, un examen bucco-dentaire et une action de prévention et d'éducation sanitaire pour la femme et son futur enfant. A cette occasion, la patiente doit remettre au praticien le formulaire de prise en charge spécifique qui lui a été adressé par sa caisse d'assurance maladie (Annexe II).

2. Influence de la grossesse sur la santé bucco-dentaire

La grossesse induit des modifications physiques, hormonales, métaboliques et comportementales. C'est un facteur de risque des pathologies bucco-dentaires, en particulier au niveau du parodonte (voir schéma en annexe III). En effet, les œstrogènes et la progestérone augmentent la perméabilité vasculaire des gencives, diminuent la réponse immunitaire et favorisent la croissance bactérienne orale (6). Il est toutefois difficile de différencier les pathologies bucco-dentaires déclenchées par la grossesse et celles préexistantes aggravées par celle-ci. La grossesse influence ainsi le développement des gingivites, des parodontites, des épulis gravidiques, des érosions dentaires ainsi que des lésions carieuses.

Les maladies parodontales concernent 10 % à 40 % des femmes enceintes (7), la prévalence des gingivites gravidiques uniquement variant de 35 % à 100 % en fonction des études (8). Le risque de maladie parodontale des femmes enceintes semble être en lien avec les modifications hormonales de la grossesse (9).

La gingivite est définie comme une inflammation des tissus mous gingivaux induite par les biofilms bactériens. Pendant la grossesse, les gencives sont hypervascularisées avec une tendance œdémateuse. La gencive peut devenir hypertrophique, de couleur rouge vif, douloureuse et saignant au contact. C'est une pathologie qui reste réversible dès lors que le facteur bactérien est contrôlé. Le risque de gingivite est maximal entre le deuxième et le huitième mois de grossesse et disparaît après l'accouchement (10).

La parodontite est le résultat de l'aggravation de la gingivite. C'est une maladie inflammatoire du parodonte d'origine infectieuse entraînant la destruction des tissus parodontaux profonds (ligament alvéolo-dentaire, cément et os alvéolaire). Les signes cliniques de la parodontite sont

la formation de la poche parodontale, la perte osseuse alvéolaire, la présence d'abcès, la mobilité dentaire et dans certains cas la perte dentaire. Contrairement à la gingivite, elle est irréversible car elle implique une perte d'attache de la dent et une destruction osseuse.

L'épulis gravidique est une pathologie fréquente chez la femme enceinte (1 à 5 %) (11). C'est une lésion bénigne hypertrophique localisée de la gencive, d'aspect rouge, nodulaire unique ou polylobée, de consistance ferme et non douloureuse (9). C'est une pathologie dont l'étiologie reste inconnue. Sa croissance est rapide et il régresse à l'accouchement ou à l'arrêt de l'allaitement mais récidive souvent lors des grossesses ultérieures (12). Il peut provoquer des saignements gingivaux et entraîner une gêne esthétique et fonctionnelle pour la patiente.

L'érosion dentaire correspond à la destruction progressive de l'émail. Les vomissements fréquents au premier trimestre de la grossesse puis les reflux gastro-œsophagiens ensuite créent un environnement buccal acide qui attaque l'émail. Cette érosion peut entraîner des sensibilités dentaires et modifier la morphologie de la dent du fait de la perte de substance dentaire (13).

Le lien entre la grossesse et les pathologies carieuses n'est pas clairement établi. Toutefois, d'après la HAS, entre 33 % et 50 % des adultes en France ont au moins une dent cariée (2). La maladie carieuse concerne donc une grande proportion de femmes enceintes. La carie est une maladie multifactorielle d'origine infectieuse. Lorsqu'elles sont en contact avec des sucres particuliers, les bactéries cariogènes (*Streptococcus*, *Lactobacillus*, *Actinomyces*) de la plaque dentaire produisent localement des acides organiques. Cette acidité entraîne une déminéralisation de l'émail puis de la dentine. Grâce au fluor, au calcium et au phosphate qu'elle contient, la salive possède un pouvoir tampon qui permet de reminéraliser l'émail. La carie apparaît lorsqu'il y a un déséquilibre entre la déminéralisation et la reminéralisation de l'émail.

3. Influence des pathologies bucco-dentaires sur la grossesse

Les maladies bucco-dentaires peuvent avoir une influence sur la grossesse. De nombreux auteurs s'accordent à dire que les maladies parodontales sont des facteurs de risque d'accouchement prématuré, de petit poids de naissance et de pré-éclampsie (14–20). Les hypothèses explicatives de la relation entre les parodontopathies et la pré-éclampsie

(OR 3,69 (20)) reposent sur un passage dans la circulation sanguine des bactéries orales parodontopathogènes ou sur la dissémination de médiateurs de l'inflammation à distance de la cavité buccale, et ainsi pouvant atteindre l'unité foeto-placentaire (21). Le petit poids de naissance et la prématurité augmentés en cas de parodontites sont en lien avec la pré-éclampsie. Toutefois certaines études ont également retrouvé la présence de pathogènes spécifiques des maladies parodontales au niveau du placenta, qui expliqueraient également le lien entre les parodontites et l'accouchement prématuré (22–24). Ensuite, les lésions carieuses ont plus récemment été mises en lien avec le risque d'accouchement prématuré (25–27). L'hypothèse explicative repose elle aussi sur le passage dans la circulation maternelle des bactéries cariogènes.

4. Prévention bucco-dentaire des femmes enceintes

Les liens établis entre la santé bucco-dentaire et la grossesse étant mis en évidence, nous pouvons ainsi considérer que la santé bucco-dentaire des femmes enceintes doit faire partie des préoccupations des sages-femmes. La prévention primaire de ces pathologies se réalise au moyen d'une hygiène bucco-dentaire correctement réalisée, un suivi régulier par un chirurgien-dentiste avec un détartrage, lequel est possible, sans risque et pris en charge à 100 % par la sécurité sociale pendant la grossesse. Il semble donc essentiel pour les professionnels de santé effectuant le suivi des grossesses d'inciter ces femmes à consulter leur chirurgien-dentiste ainsi que de prodiguer les conseils d'hygiène bucco-dentaire. Cependant l'hygiène bucco-dentaire n'est que très rarement évoquée lors des consultations prénatales de suivi de grossesse (28). Il est alors intéressant de se demander si les pratiques d'hygiène bucco-dentaires des femmes enceintes sont adaptées et si elles consultent suffisamment leur chirurgien-dentiste. Malgré le manque d'information donné par les professionnels du suivi de la grossesse, nous nous questionnons également sur les connaissances générales des femmes enceintes en matière de santé bucco-dentaire. Notre objectif est d'évaluer les pratiques et les connaissances d'hygiène bucco-dentaire des femmes enceintes. L'objectif secondaire est d'identifier la fréquence des consultations chez le chirurgien-dentiste et leurs motifs pendant la grossesse. Nous supposons que les pratiques et les connaissances d'hygiène bucco-dentaire des femmes enceintes sont généralement insuffisantes. Nous pensons également que malgré l'invitation de la CPAM, seule une minorité des femmes enceintes consultent leur chirurgien-dentiste pendant leur grossesse.

II. Matériels et méthodes

1. Type d'étude

Afin de répondre à notre problématique, nous avons décidé de réaliser une étude observationnelle descriptive, transversale, analytique et multicentrique par méthode quantitative. L'outil utilisé était un questionnaire (Annexe IV) constitué de 38 questions destiné aux patientes qui ont accouché dans les hôpitaux publics du Bas-Rhin. Nous avons créé le questionnaire en nous inspirant d'études portant sur la santé bucco-dentaire de la population générale ou celle des femmes enceintes (26–29). Nous nous sommes particulièrement intéressés au questionnaire de l'étude « Maternident » car il a abouti à la création de la consultation systématique d'un chirurgien-dentiste par les femmes enceintes (4).

2. Population

Notre but initial était d'être exhaustif sur le département. Nous avons alors contacté par courriel toutes les cadres des services mère-enfant des hôpitaux publics du Bas-Rhin. Sur les six maternités du département, nous avons reçu trois réponses positives, des hôpitaux de Saverne, Hautepierre à Strasbourg et du Centre Médico-Chirurgical et Obstétrique (CMCO) à Schiltigheim. Les maternités de Sélestat, de Haguenau et Wissembourg ont refusé notre demande car des questionnaires étaient déjà en cours de diffusion. Ainsi, nous n'étions pas exhaustifs sur le département, mais nous avons toutefois obtenu une population recensant chaque type de maternité (niveaux 1, 2 et 3). Nous avons rencontré personnellement la cadre du CMCO, et avons correspondu par courriel avec les deux autres cadres afin d'établir les modalités pratiques de distribution des questionnaires.

Les questionnaires ont été distribués et récupérés par les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes des services mère-enfant. Nous avons décidé de diffuser 100 questionnaires par centre car nous avons estimé ce chiffre assez conséquent pour obtenir des résultats. La distribution a débuté le 1^{er} mai 2017. Les sages-femmes ont distribué les questionnaires aux femmes répondant aux critères d'inclusion après avoir obtenu leur consentement oral. Ont été incluses toutes les patientes majeures qui maîtrisaient le français à l'écrit et qui consentaient à participer à notre étude. Aucun critère d'exclusion n'a été pris en compte. A la fin du mois de juin, nous avons récupérés les questionnaires du CMCO, tandis que ceux distribués à l'hôpital d'Hautepierre ont été récupérés à la fin du mois de juillet et que ceux distribués à l'hôpital de

Saverne ont été récupérés au début du mois de septembre 2017. Notre objectif était d'obtenir un taux de réponse minimum de 30 %.

3. Questionnaire

Nous avons introduit le questionnaire par un texte explicatif présentant le thème et les objectifs de notre étude. La première partie permet de recueillir des informations générales sur les patientes. La deuxième partie se concentre sur le suivi de leur grossesse, puis la troisième partie porte sur les habitudes d'hygiène bucco-dentaire et de consultation d'un chirurgien-dentiste ainsi que la prise en charge bucco-dentaire pour cette grossesse. La dernière partie s'intéresse aux connaissances des accouchées en matière de santé bucco-dentaire à l'issue de leur grossesse. Nous avons joint un message explicatif destiné aux sages-femmes et aux étudiantes sages-femmes présentant les objectifs de notre étude, le mode de diffusion, les critères d'inclusion ainsi que nos coordonnées de messagerie électronique afin que les sages-femmes puissent nous contacter (Annexe V). Un mois avant leur diffusion, les questionnaires ont été testés sur six patientes après leur accouchement lors d'un stage au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon. Cela nous a permis d'évaluer la compréhensibilité des questions et de créer le tableur permettant l'analyse statistique des résultats.

4. Analyse des résultats

Concernant l'analyse statistique des résultats, nous avons dans un premier temps numéroté les questionnaires, puis retranscrit chaque réponse dans une base de données réalisée avec Microsoft Excel. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel GMRC qui est un logiciel basé sur le logiciel R. Pour l'analyse statistique, nous avons considéré un risque d'erreur $p < 0,05$ % comme significatif.

III. Résultats

1. Taux de réponse

Nous avons récupéré 212 questionnaires au total à la fin des périodes de distribution. Aucun questionnaire n'a été exclu. Nous avons récupéré 87 questionnaires au CMCO, 68 à l'hôpital d'Haute-pierre et 57 à l'hôpital de Saverne. Les 300 questionnaires ont été distribués, le taux de réponse global s'élève alors à 70 %.

2. Caractéristiques générales de la population

Nous avons choisi de regrouper les patientes en trois catégories d'âge. Nous avons séparé les âges extrêmes, c'est à dire les grossesses avant 20 ans ou après 35 ans, de l'âge moyen, entre 20 et 35 ans. Nous avons retrouvé que 75 % des patientes étaient d'âge moyen, c'est à dire entre 20 et 35 ans.

Le poids médian des patientes avant leur grossesse était de 63 kg, les valeurs s'étendaient de 40 kg à 102 kg. Leur taille s'étendait de 149 à 185 cm, la taille médiane était de 165 cm. Ces données nous ont permis de calculer l'IMC (Indice de Masse Corporelle = $\frac{\text{Poids en kg}}{(\text{Taille en cm})^2}$).

L'IMC a été exprimé selon les catégories de l'OMS :

- < 18,5 kg/m² = poids insuffisant
- De 18,5 kg/m² à 24,9 kg/m² = poids normal
- De 25 kg/m² à 29,9 kg/m² = surpoids
- De 30 kg/m² à 34,9 kg/m² = obésité modérée
- ≥ 35 kg/m² = obésité morbide

La majorité des patientes (62,7 %) possédait un IMC normal, le taux d'obésité était de 11,8 %. Concernant le mode de prise en charge pour les soins de santé, 38 % de la population bénéficiaient d'une couverture sociale au régime général ou local uniquement, et 39 % de la population bénéficiaient d'une prise en charge par la sécurité sociale au régime général ou local associé à une couverture complémentaire. Nous avons relevé que 18 % de la population bénéficiaient de la PUMA (Protection Universelle Maladie), associée dans 6 % des cas à une couverture complémentaire. Dans un peu plus de 1 % des cas, les patientes étaient prises en charge par une AME (Aide Médicale d'État), et moins de 1 % de la population n'avait aucune prise en charge pour leurs soins de santé (Tableau I).

Dans notre échantillon, nous avons retrouvé 39 % de primigestes et 47 % de primipares. Ainsi 53 % des patientes interrogées accouchaient de leur deuxième enfant au moins. La gestité moyenne était de 2,3 grossesses et la parité moyenne était de 1,8 enfants (Figure 4).

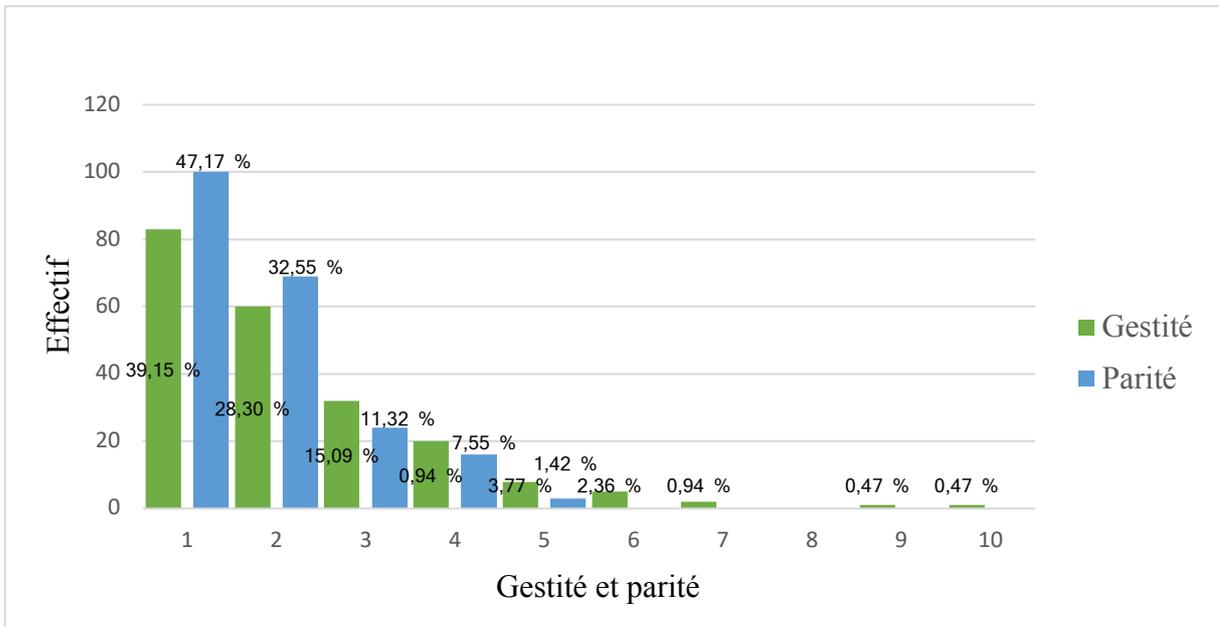


Figure 1 = Répartition des effectifs des patientes selon leur gestité et leur parité.

Tableau I : Caractéristiques démographiques de la population.

	Effectif	Proportion (%)
Âge	212	
< 20	2	0,94
[30 – 35]	159	75,00
> 35	51	24,06
IMC (kg/m²)	212	
< 18,5	11	5,19
[18,5-25]	133	62,74
[25-30[	43	20,28
[30-35[	19	8,96
[35-40[	6	2,83
≥ 40	0	0,00
Catégorie socio-professionnelle	211	
Agriculteur exploitant	1	0,47
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	8	3,79
Cadre et profession intellectuelle supérieure	29	13,74
Profession intermédiaire	42	19,91
Employé	78	36,97
Ouvrier	3	1,42
Retraité	0	0,00
Sans activité professionnelle	49	23,22
Étudiant	1	0,47
Mode de prise en charge des soins de santé	211	
Régime général / local	165	78,20
Protection Universelle Maladie	39	18,48
Aide Médicale d'État	3	1,42
Couverture complémentaire	99	46,92
Aucune prise en charge	1	0,47

3. Données concernant le suivi de la grossesse

Nous pouvons relever que la majorité (65,60 %) des patientes étaient suivies pour leur grossesse par un gynécologue-obstétricien uniquement, et une minorité (16,05 %) des patientes de l'échantillon étaient suivies par une sage-femme exclusivement.

Nous avons étudié certains critères afin d'évaluer le suivi de la grossesse : la déclaration de la grossesse avant 15 semaines d'aménorrhée, la réalisation d'au moins trois échographies, la consultation de suivi de grossesse par mois dès le 4^{ème} mois au moins et l'EPP (entretien prénatal précoce). À noter que l'EPP n'est jamais obligatoire pour les femmes enceintes, le suivi de la grossesse est alors évalué correct (c'est à dire respectant les recommandations de la HAS) si au moins tous les autres critères sont présents.

En ce qui concerne le terme d'accouchement, la majorité (90,39 %) des patientes de notre population a accouché à terme.

Le tableau II exprime les données qui concernent le suivi de la grossesse des patientes de notre échantillon.

Tableau II : Données obstétricales de l'échantillon.

	Effectif	Proportion (%)
Professionnel	212	
Médecin généraliste	10	4,72
Sage-femme	68	32,08
Gynécologue obstétricien	172	81,13
Caractéristiques du suivi	208	
≥ 3 échographies	190	91,35
≥ 1 consultation/mois dès le 4 ^{ème} mois	172	82,69
Déclaration de la grossesse < 15 SA	162	77,88
EPP	64	30,77
3 échographies + ≥ 1 consultation par mois dès le 4 ^{ème} mois + déclaration de grossesse < 15 SA + EPP	55	26,44
3 échographies + 1 consultation par mois dès le 4 ^{ème} mois + déclaration de grossesse < 15 SA ± EPP	138	66,34
Terme d'accouchement (semaines d'aménorrhée)	208	
≥ 37	188	90,39
[32-37[	20	9,62
[28-32[	0	0,00
< 28	0	0,00

4. Hygiène buccale

Nous pouvons relever qu'une minorité de patientes (31,13 % de l'échantillon) utilisaient du fil dentaire ou des brossettes interdentaires, et la moitié de notre échantillon (50,96 %) déclarait utiliser un dentifrice fluoré.

Concernant la consommation de tabac, parmi les 13,68 % de fumeuses de l'échantillon, le nombre de cigarettes médian par jour était de 6, la moyenne était de 7,07.

En combinant plusieurs critères, nous avons relevé que 56 patientes soit 26,42 % de notre échantillon déclaraient se brosser les dents au moins deux fois par jour, pendant au moins deux minutes avec un dentifrice fluoré. Parmi ces 56 patientes, seules 18 déclaraient utiliser du fil dentaire ou des brossettes interdentaires, soit 8,49 % de l'échantillon total.

À travers le tableau III, nous montrons les résultats concernant les pratiques d'hygiène buccale des patientes de notre échantillon.

Tableau III : Données concernant les pratiques d'hygiène buccale de l'échantillon.

	Effectif	Proportion (%)
Consommation de tabac	212	
Fumeuse	29	13,68
Non fumeuse	183	86,32
Fréquence du brossage de dents	211	
Au moins 2 fois par jour	156	73,93
1 fois par jour	51	24,17
Moins d'une fois par jour	3	1,42
Durée du brossage de dents	211	
Au moins 2 minutes	131	62,09
Moins de 2 minutes	80	37,91
Utilisation de fil dentaire et/ou de brossettes interdentaires	212	
Oui	66	31,13
Non	146	68,87
Utilisation d'un dentifrice fluoré	208	
Oui	106	50,96
Non	102	49,04

La figure 2 met en évidence la répartition des effectifs de la population selon une autoévaluation sur 10 de la santé bucco-dentaire générale. Nous pouvons considérer que la santé bucco-dentaire est satisfaisante pour la patiente à partir de 8/10, ce qui représente 62,98 % de l'échantillon.

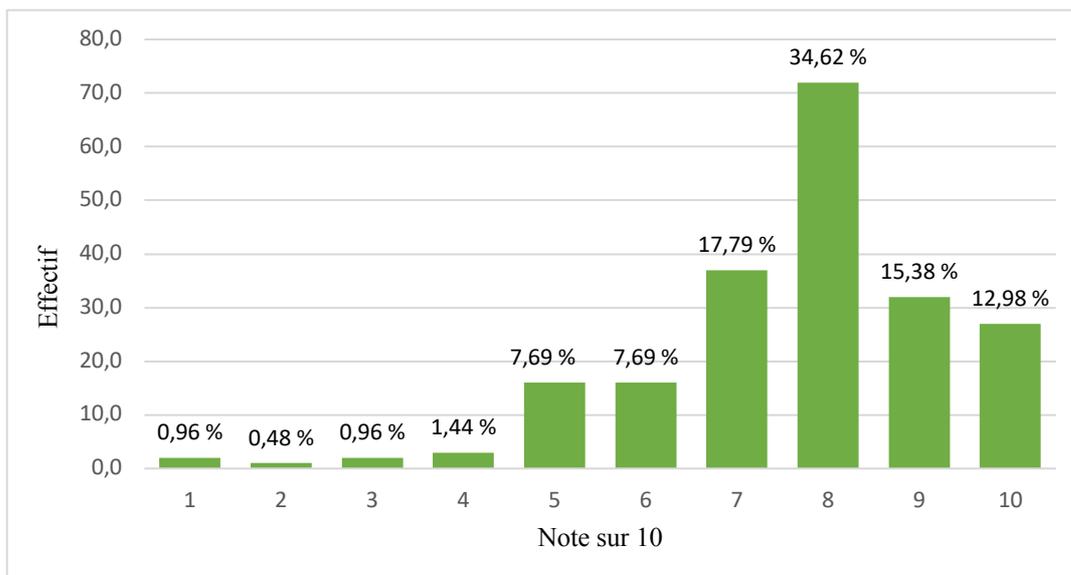


Figure 2 : Autoévaluation de la santé bucco-dentaire générale de la population d'étude.

5. État bucco-dentaire

Avant leur grossesse, seules 3,32 % des patientes bénéficiaient d'un suivi chez leur chirurgien-dentiste pour une pathologie parodontale (Tableau IV).

Pendant leur grossesse, nous avons relevé que 51,51 % des patientes déclaraient avoir souffert d'une pathologie dentaire. La figure 3 détaille les différents types de pathologies connues et communiquées par les patientes (n = 50,47 % de la population totale). Parmi elles, la moitié (49,53 %) déclarait souffrir d'une gingivite gravidique, soit 25,51 % de notre population totale. La section « Autre », a regroupé des patientes qui n'ont pas précisé la pathologie dont elles avaient souffert.

Tableau IV : Suivi parodontal avant la grossesse.

	Effectif	Proportion (%)
Suivi parodontal avant la grossesse	211	
Oui	7	3,32
Non	204	96,68

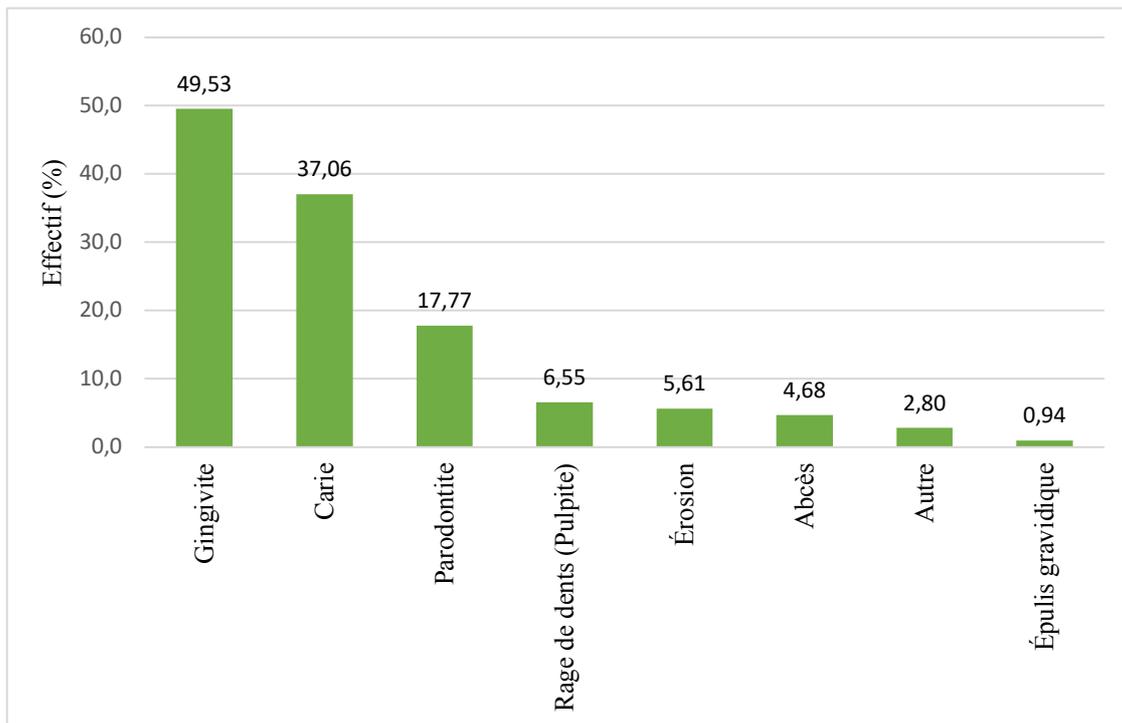


Figure 2 : Répartition des pathologies dentaires des patientes de l'échantillon (%).

6. Consultation dentaire

Nous avons retrouvé que 69,67 % des patientes de l'échantillon consultent leur chirurgien-dentiste une à deux fois par an. 46,91 % des patientes ont déclaré avoir consulté un chirurgien-dentiste pendant leur grossesse. Ces données sont détaillées dans le tableau V. Cette consultation avait été réalisée dans les six derniers mois pour 42,45 % des patientes de l'échantillon, donc nous pouvons considérer que 57,55 % des patientes ont consulté leur chirurgien-dentiste au premier trimestre de la grossesse.

Tableau V : Fréquence de consultation d'un chirurgien-dentiste.

	Effectif	Proportion (%)
Fréquence habituelle de consultation d'un chirurgien-dentiste	211	
2 à 3 fois par an	35	16,59
1 fois par an	112	53,08
Moins d'une fois par an	54	25,59
Jamais	10	4,74
Consultation d'un chirurgien-dentiste pendant la grossesse	211	
Oui (suite à l'invitation par la CPAM)	47	22,27
Oui (autre raison)	52	24,64
Non	112	53,08

Nous pouvons relever que malgré la campagne de prévention systématique effectuée par la CPAM, un quart des patientes (25,94 %) déclarent ne pas avoir reçu d'invitation à une consultation de prévention bucco-dentaire totalement prise en charge par la sécurité sociale.

En général, d'après les patientes, le suivi régulier de contrôle et les douleurs dentaires sont les principales raisons motivant la consultation d'un chirurgien-dentiste. D'après une patiente de l'échantillon, la grossesse est aussi un élément justifiant cette consultation.

Pendant la grossesse, la raison principale de consultation (75,26 %) était un bilan bucco-dentaire. Les patientes nous ont également communiqué d'autres raisons de consulter un chirurgien-dentiste que celles que nous avons proposées : les soins d'orthodontie, l'avulsion de dents de sagesse, ou la perte dentaire.

Les patientes qui n'avaient pas consulté leur chirurgien-dentiste pendant la grossesse expliquaient cette non consultation par une absence de problème bucco-dentaire dans 57,55 % des cas. Dans la section « Autre », une patiente a précisé que cela ne semblait pas nécessaire à son praticien, une autre patiente avait consulté son chirurgien-dentiste peu de temps avant le début de sa grossesse pour un soin de carie.

Les détails concernant les motifs de consultation d'un chirurgien-dentiste sont exposés dans le tableau VI.

Tableau VI : Motifs de consultation d'un chirurgien-dentiste.

	Effectif	Proportion (%)
Invitation à une consultation de prévention bucco-dentaire reçue	212	
Oui	157	74,06
Non	55	25,94
Éléments motivant la consultation d'un chirurgien-dentiste	207	
Suivi régulier de contrôle	127	61,35
Douleurs dentaires	142	68,60
Saignements au brossage	31	14,98
Invitation à une consultation de prévention	38	18,36
Autre	2	0,97
Motifs de consultation d'un chirurgien-dentiste pendant la grossesse	97	
Douleur	25	25,77
Bilan bucco-dentaire	73	75,26
Autre	5	5,15
Raisons de non-consultation d'un chirurgien-dentiste pendant la grossesse	106	
Absence de problème bucco-dentaire	61	57,55
Douleur et/ou saignements non inquiétants	12	11,32
Peur du dentiste	8	7,55
Manque de temps	36	33,96
Coût	2	1,89
Ne savait pas que c'était possible pendant la grossesse	19	17,92
Refus de prise en charge par le chirurgien-dentiste	2	1,89
Autre	3	2,83

Nous avons également recueilli les différents types de traitements dentaires et leur date de prise en charge des patientes, ces données sont détaillées par le tableau VII. Environ un quart des patientes a bénéficié de traitement bucco-dentaire pendant sa grossesse, majoritairement un détartrage ou un soin de carie, et généralement au premier trimestre de la grossesse.

Concernant les autres types de soins, deux patientes ont précisé qu'elles étaient suivies pour un traitement orthodontique tandis qu'une patiente a bénéficié d'un soin esthétique (facette). Nous précisons que la différence d'effectifs retrouvée entre le type de soin et la date de prise en charge s'explique par le fait que certaines patientes avaient donné la date de prise en charge sans indiquer le type de soin.

Tableau VII : Traitements bucco-dentaires des patientes de l'échantillon.

	Effectif	Proportion (%)
Traitement(s) bucco-dentaire(s) pendant la grossesse	211	
Oui	53	25,12
Non	158	74,88
Type de soin	83	
Détartrage	62	74,70
Soins de carie	31	37,35
Extraction dentaire	9	10,84
Pose de couronne ou prothèse	5	6,02
Autre	4	4,82
Date de prise en charge	92	
1 ^{er} trimestre	33	35,87
2 ^{ème} trimestre	57	61,96
3 ^{ème} trimestre	18	19,57

7. Connaissances bucco-dentaires et parodontales

Les dernières questions portaient sur les connaissances des patientes en matière de santé bucco-dentaire. Ces données sont retranscrites dans le tableau VIII. Nous pouvons relever que seules 18,65 % des patientes de notre échantillon déclaraient avoir reçu une information portant sur la santé bucco-dentaire et son implication pendant la grossesse lors des consultations obstétricales. De même, une part non négligeable (19,12 %) de notre population ne savait pas que les femmes enceintes pouvaient consulter un chirurgien-dentiste.

Parmi les conseils donnés par les professionnels de la grossesse et communiqués par les patientes de notre échantillon, nous avons pu relever les réponses suivantes :

- « Les dents sont sensibles pendant la grossesse. »
- « Il faut contrôler l'état général bucco-dentaire pendant la grossesse. »
- « Il existe une consultation de prévention bucco-dentaire pour les femmes enceintes prise en charge en totalité par la sécurité sociale. »
- « Une bonne hygiène bucco-dentaire est importante pour éviter les saignements de gencive. »
- « Les saignements de gencive sont très fréquents pendant la grossesse. »
- « Les pathologies bucco-dentaires pendant la grossesse augmentent le risque de prématurité. »
- « Il faut limiter le sucre pour le bébé, même avant que les dents n'aient percé. Il ne faut pas donner de fluor aux enfants, ne pas mettre la sucette ou la cuiller de l'enfant à la bouche pour éviter la transmission des bactéries cariogènes. »

Nous pouvons relever que 35,64 % de notre échantillon connaissait le lien entre la santé bucco-dentaire et les complications obstétricales, toutefois dans la majorité des cas (45,83 %), ces connaissances étaient issues des médias.

Tableau VIII : Informations données et connaissances des femmes enceintes en matière de santé bucco-dentaire.

	Effectif	Proportion (%)
Informations de santé bucco-dentaire données par le professionnel de la grossesse	193	
Oui	36	18,65
Non	157	81,35
Période de l'information	36	
1 ^{er} trimestre	16	44,44
2 ^{ème} trimestre	18	50,00
3 ^{ème} trimestre	2	5,56
Consultation dentaire possible pendant la grossesse	204	
Oui	165	80,88
Non	39	19,12

	Effectif	Proportion (%)
Connaissance du lien entre la santé bucco-dentaire et les complications obstétricales	202	
Oui	72	35,64
Non	130	64,36
Conséquences obstétricales des pathologies bucco-dentaires	49	
Accouchement prématuré	27	55,10
Chorioamniotite	21	42,86
Hémorragie du post-partum	3	6,12
Pré-éclampsie	11	22,45
Petit poids pour l'âge gestationnel	10	20,41
Extraction instrumentale	1	2,04
Présentation podalique	1	2,04
Césarienne	2	4,08
Moyens de connaissance des liens entre la santé bucco-dentaire et les complications obstétricales	72	
Médecin généraliste	3	4,17
Sage-femme	13	18,06
Gynécologue-obstétricien	4	5,56
Chirurgien-dentiste	19	26,39
Médias : presse, télévision...	33	45,83

La figure 4 présente les mécanismes expliquant les conséquences obstétricales des pathologies bucco-dentaires d'après notre échantillon. Nous rappelons que les réponses correctes sont celles prouvées par la littérature. Ce sont le passage dans la circulation maternelle des bactéries parodontopathogènes ainsi que la libération d'endotoxines, de lipopolysaccharides et de marqueurs de l'inflammation qui induisent une inflammation placentaire suite à une parodontite. Ces explications représentent respectivement 33,95 % et 9,77 % des réponses de notre échantillon.

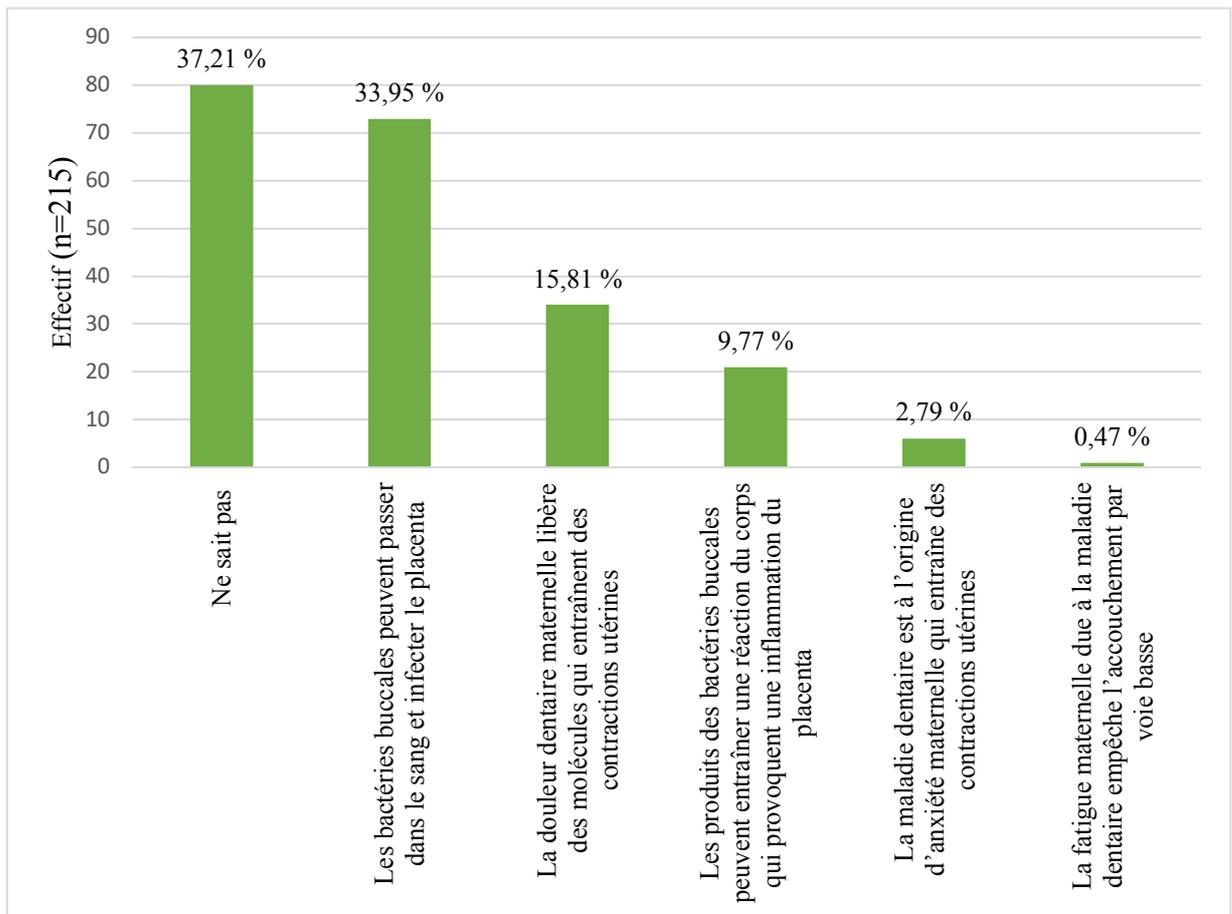


Figure 4 : Mécanisme(s) explicatif(s) des liens entre la santé bucco-dentaire et les complications obstétricales.

8. Importance de la santé bucco-dentaire des femmes enceintes

Nous avons pu relever que la prévention ou la prise en charge des pathologies bucco-dentaires des femmes enceintes était importante pour 92,16 % des répondantes. La dernière question de l'enquête proposait aux répondantes de classer les facteurs de risques relatifs aux complications obstétricales du plus important au moins important. Le facteur de risque le plus souvent exprimé en premier était l'alcool, pour 47,59 % des patientes, tandis que le facteur de risque « maladie parodontale » était celui le moins exprimé en premier (il concerne 0,53 % des répondantes). Les résultats sont relatés dans le tableau IX.

Tableau IX : Importance de la santé bucco-dentaire selon les femmes enceintes.

	Effectif	Proportion (%)
La prévention ou la prise en charge des pathologies bucco-dentaire est importante	204	
Oui	188	92,16
Non	16	7,84
Facteur de risque des complications obstétricales le plus important	187	
Alcool	89	47,59
Hypertension artérielle	32	17,11
Infections sexuellement transmissibles	26	13,90
Tabac	22	11,76
Infections utérines	11	5,88
Antécédents d'accouchement prématuré	4	2,14
Obésité/surpoids	2	1,07
Maladies parodontales	1	0,53

9. Analyses croisées des résultats

9.1. Hygiène bucco-dentaire et santé bucco-dentaire

Nous avons créé un sous-groupe de patientes qui ont une bonne hygiène bucco-dentaire, selon les recommandations de l'Union Française de Santé Bucco-Dentaire (UFSBD). Cela regroupe les patientes se brossant les dents deux fois par jour ou plus, pendant au moins deux minutes, avec un dentifrice fluoré et qui utilisent des brossettes interdentaires ou du fil dentaire. Nous avons développé les facteurs associés à une bonne ou une mauvaise hygiène bucco-dentaire (tableau IX). Il est à noter que nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre une bonne et une mauvaise hygiène bucco-dentaire concernant l'apparition de pathologies ou la réalisation de traitements pendant la grossesse.

Tableau IX : Facteurs associés à l'hygiène bucco-dentaire.

	Hygiène bucco-dentaire satisfaisante (%)	Hygiène bucco-dentaire insatisfaisante (%)	p*
Traitement bucco-dentaire pendant la grossesse (n= 211)			0,16
Oui	7 (3,32)	46 (21,80)	
Non	11 (5,21)	147 (69,67)	
≥ 1 pathologie bucco-dentaire pendant la grossesse (n=212)			0,35
Oui	11 (5,19)	96 (45,28)	
Non	7 (3,30)	98 (46,23)	

* Test du Khi²

9.2. Cas particulier du suivi parodontal avant la grossesse

Nous nous sommes interrogés sur l'influence d'un traitement parodontal avant la grossesse sur la prise en charge des femmes enceintes en matière de santé bucco-dentaire. Ces données sont représentées dans le tableau X. Les patientes qui étaient prises en charge pour un traitement parodontal avant la grossesse avaient significativement plus de traitements dentaires pendant leur grossesse (p=0,01). Toutefois, l'existence d'une prise en charge pour parodontite antérieure à la grossesse n'a pas eu d'influence significative sur le terme de l'accouchement, la connaissance des liens entre la santé bucco-dentaire et les complications obstétricales et la conscience de l'importance de l'hygiène bucco-dentaire chez la femme enceinte.

Tableau X : Facteurs associés au traitement parodontal antérieur à la grossesse.

	Traitement parodontal antérieur à la grossesse (%)	Pas de traitement parodontal antérieur à la grossesse (%)	p
Catégorie socio- professionnelle (n=210)			0,71*
Agriculteur exploitant	0 (0,00)	1 (0,48)	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	0 (0,00)	8 (3,81)	
Cadre et profession intellectuelle supérieure	0 (0,00)	29 (13,81)	
Profession intermédiaire	2 (0,95)	40 (19,05)	
Employé	2 (0,95)	76 (36,19)	
Ouvrier	0 (0,00)	0 (0,00)	
Retraité	0 (0,00)	3 (1,43)	
Sans activité professionnelle	3 (1,43)	45 (21,43)	
Étudiant	0 (0,00)	1 (0,48)	
Terme d'accouchement (n=207)			0,39**
≥ 37 SA	7 (3,38)	181 (87,44)	
[32 SA - 36 SA + 6 jours]	0 (0,00)	19 (9,18)	
Traitement bucco-dentaire pendant la grossesse (n=210)			0,01*
Oui	5 (2,38)	48 (22,86)	
Non	2 (0,95)	155 (73,81)	
Connaissance des liens entre la santé bucco-dentaire et les complications obstétricales (n=202)			0,67*
Oui	3 (1,49)	69 (34,16)	
Non	3 (1,49)	127 (62,87)	

	Traitement parodontal antérieur à la grossesse (%)	Pas de traitement parodontal antérieur à la grossesse (%)	p
Pensent que la prise en charge de la santé bucco-dentaire de la femme enceinte est importante (n=204)			0,44*
Oui	6 (2,94)	182 (89,22)	
Non	1 (0,49)	15 (7,35)	

* Test exact de Fisher

** Test du Khi^2

9.3. Facteurs associés à la consultation dentaire pendant la grossesse

Nous avons comparé les pratiques de consultation dentaire des femmes enceintes pendant leur grossesse en fonction de différents facteurs. Les résultats sont transcrits dans le tableau XI. Concernant les pratiques d'hygiène dentaire, les patientes qui ont consulté un chirurgien-dentiste pendant la grossesse utilisaient significativement plus de fil et de brossettes interdentaires ($p=0,01$) que celles qui n'avaient pas consulté leur chirurgien-dentiste. Par contre, elles n'avaient ni une fréquence ni une durée de brossage dentaire significativement différentes. Ensuite, nous avons comparé les pratiques de consultation en fonction des connaissances des femmes enceintes. Nous avons retrouvé que les patientes qui avaient consulté un chirurgien-dentiste pendant la grossesse avaient significativement une meilleure connaissance des liens entre l'hygiène bucco-dentaire et les complications de la grossesse ($p=0,04$).

Nous pouvons ensuite relever que lorsque le professionnel de santé qui suit la grossesse a évoqué le suivi bucco-dentaire en consultation, les patientes étaient significativement plus nombreuses à consulter un chirurgien-dentiste pendant la grossesse ($p < 0,01$). De même, les femmes enceintes avaient significativement plus consulté un chirurgien-dentiste pendant leur grossesse lorsqu'elles avaient reçu des informations sur les liens entre la santé bucco-dentaire et les complications obstétricales par une sage-femme ($p=0,05$), un chirurgien-dentiste ($p<0,01$) ou un médecin généraliste ($p=0,03$). Par contre, lorsque cette explication a été donnée par un

gynécologue obstétricien ou par les médias, elles n'avaient significativement pas plus consulté un chirurgien-dentiste pendant leur grossesse.

Tableau XI : Comparaison de facteurs en fonction de la présence d'une consultation dentaire des femmes enceintes.

	Consultation d'un chirurgien- dentiste pendant la grossesse (%)	Non consultation d'un chirurgien- dentiste pendant la grossesse (%)	p
Catégorie socio-professionnelle (n=210)			0,27*
Agriculteur exploitant	1 (0,48)	0 (0,00)	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	5 (2,38)	3 (1,43)	
Cadre et profession intellectuelle supérieure	16 (7,62)	13 (6,19)	
Profession intermédiaire	23 (10,95)	18 (8,57)	
Employé	37 (17,62)	41 (19,52)	
Ouvrier	2 (0,95)	1 (0,48)	
Retraité	0 (0,00)	0 (0,00)	
Sans activité professionnelle	15 (7,14)	10 (4,76)	
Étudiant	0 (0,00)	0 (0,00)	
Fréquence de brossage (n=210)			0,29**
2 fois par jour ou plus	76 (36,19)	80 (38,10)	
1 fois par jour	22 (10,48)	29 (13,81)	
Moins de 2 fois par jour	0 (0,00)	3 (1,43)	
Durée du brossage (n=210)			0,70*
Au moins 2 minutes	62 (29,52)	68 (32,38)	
Moins de 2 minutes	36 (17,14)	44 (20,45)	

	Consultation d'un chirurgien- dentiste pendant la grossesse (%)	Non consultation d'un chirurgien- dentiste pendant la grossesse (%)	p
Utilisation de fil ou de brossettes interdentaires (n =211)			
Oui	41 (19,43)	25 (11,85)	0,01*
Non	58 (27,49)	87 (41,23)	
≥ 1 pathologie bucco-dentaire pendant la grossesse (n=212)			
Oui	51 (24,06)	55 (25,94)	0,68*
Non	48 (22,64)	58 (27,36)	
Connaissance du lien entre la santé bucco-dentaire et les complications obstétricales (n=202)			
Oui	43 (21,29)	29 (14,36)	0,04**
Non	56 (27,72)	74 (36,63)	
Le professionnel du suivi de la grossesse a évoqué la santé bucco- dentaire en consultation (n=192)			
Oui	29 (15,10)	87 (45,31)	< 0,01*
Non	70 (36,46)	6 (3,13)	
Période de l'information (n=36)			
Premier trimestre	15 (41,67)	1 (2,78)	0,25**
Deuxième trimestre	13 (36,11)	5 (13,89)	
Troisième trimestre	2 (5,56)	0 (0,00)	
Informations de santé bucco- dentaire donnés par une sage- femme (n=183)			
Oui	9 (4,92)	4 (2,19)	0,05**
Non	81 (44,26)	89 (48,63)	

	Consultation d'un chirurgien- dentiste pendant la grossesse (%)	Non consultation d'un chirurgien- dentiste pendant la grossesse (%)	p
Informations de santé bucco- dentaire donnés par un médecin- généraliste (n=183)			
Oui	3 (1,64)	0 (0,00)	0,03**
Non	87 (47,54)	93 (50,82)	
Informations de santé bucco- dentaire donnés par un gynécologue-obstétricien (n=183)			
Oui	2 (1,09)	2 (1,09)	0,55**
Non	88 (48,09)	91 (49,73)	
Informations de santé bucco- dentaire donnés par un chirurgien- dentiste (n=183)			
Oui	16 (8,74)	3 (1,64)	<0,01**
Non	74 (40,44)	90 (49,18)	
Informations de santé bucco- dentaire procurées par les médias (n=183)			
Oui	20 (10,93)	13 (7,10)	0,29**
Non	70 (38,25)	80 (43,72)	

* Test du Chi²

** Test exact de Fisher

9.4. Connaissance du lien entre la santé bucco-dentaire et les complications obstétricales

Nous nous sommes demandés si la connaissance du lien entre la santé bucco-dentaire et les pathologies obstétricales par les femmes enceintes avait un impact sur leur prise en charge bucco-dentaire pendant la grossesse. Les résultats sont transcrits dans le tableau XII. Nous avons alors remarqué que les patientes qui connaissaient l'existence de ce lien avaient

significativement reçu plus de traitements sur le plan bucco-dentaire pendant la grossesse que celles qui l'ignoraient ($p=0,05$).

Tableau XII : Influence de la connaissance du lien entre la santé bucco-dentaire des femmes enceintes et les complications obstétricales.

	Connaissance du lien entre la santé bucco-dentaire et les complications obstétricales (%n)	Non connaissance du lien entre la santé bucco-dentaire et les complications obstétricales (%n)	p
Traitement bucco-dentaire pendant la grossesse (n=202)			0,05*
Oui	25 (12,38)	28 (13,86)	
Non	47 (23,27)	102 (50,50)	

* Test du χ^2

9.5. Influence des différents types de professionnels du suivi de la grossesse

Nous avons analysé les liens potentiels entre le type de professionnel qui a effectué le suivi de grossesse et la conscience des patientes quant à l'importance de l'hygiène bucco-dentaire. Ces données sont retranscrites dans le tableau XIII. Ainsi, lorsque le suivi de grossesse a été effectué par une sage-femme, les femmes enceintes avaient significativement plus conscience de l'importance de l'hygiène bucco-dentaire pendant la grossesse ($p=0,05$). Les patientes suivies par un gynécologue-obstétricien ou un médecin généraliste avaient aussi tendance à penser que la santé bucco-dentaire de la femme enceinte était importante, mais ce résultat n'était pas significatif.

Tableau XIII : Évaluation des liens entre le type de professionnel qui a suivi la grossesse et la conscience de l'importance de la santé bucco-dentaire de la femme enceinte (n=204).

Professionnel qui a effectué le suivi de la grossesse	La santé bucco-dentaire de la femme enceinte est importante (%n)	La santé bucco-dentaire de la femme enceinte n'est pas importante (%n)	p
Gynécologue-obstétricien			0,09*
Oui	154 (93,90)	10 (6,10)	
Non	34 (85,00)	6 (15,00)	
Médecin généraliste			0,57*
Oui	9 (90,00)	1 (10,00)	
Non	179 (92,27)	15 (7,73)	
Sage-femme			0,05*
Oui	58 (86,57)	9 (13,43)	
Non	130 (94,89)	7 (5,11)	

* Test exact de Fisher

IV. Discussion

1. Discussion des résultats

1.1. Caractéristiques générales de la population

Notre échantillon était constitué de 39 % de primigestes et 47 % de primipares. La parité des patientes de notre étude est comparable à celle retrouvée dans l'enquête périnatale de 2016, qui est la référence actuelle des statistiques françaises de périnatalité. Dans cette enquête, la primiparité était de 42,5 %. Concernant l'âge des patientes, 0,94 % des patientes de notre échantillon avaient entre 18 et 20 ans, 75,00 % avaient entre 20 et 35 ans et 24,06 % avaient plus de 35 ans, contre respectivement 2 %, 78 % et 21 % dans l'enquête périnatale de 2016. Dans notre étude, le taux d'obésité était de 11,80 % et il était de 12 % dans l'enquête périnatale (30). La catégorie socio-professionnelle et les modes de prise en charge pour les soins de santé des parturientes ne sont pas prises en compte de la même façon que dans notre étude dans l'enquête périnatale de 2016, nous ne pouvons pas comparer ces données. Face à ces données proches de celles de l'enquête périnatale de 2016, nous pouvons considérer que notre groupe de patientes est comparable à la population générale des femmes enceintes en 2016.

1.2. Données concernant le suivi de la grossesse

Dans notre échantillon, 90,39 % des patientes ont accouché à terme, ce taux est également comparable à celui de l'enquête périnatale de 2016, puisqu'il était de 94 % (30). Nous ne pouvons comparer ni le type de professionnel qui a suivi la grossesse ni les caractéristiques du suivi car ils n'étaient pas étudiés dans l'enquête périnatale de 2016.

1.3. Hygiène buccale

Dans notre étude, nous avons retrouvé 13,68 % de fumeuses, contre 17 % dans l'enquête périnatale de 2016. Ces chiffres, bien que comparables, pourraient s'expliquer par des variabilités régionales, ou par la présence d'un biais vers l'estime de soi, que nous développerons dans la deuxième partie de notre discussion.

Nous avons retrouvé que seules 8,49 % de notre échantillon déclarait se brosser les dents deux fois par jour, pendant au moins deux minutes, avec un dentifrice fluoré, et utilisaient des brossettes interdentaires ou du fil dentaire. En enlevant l'utilisation de brossettes ou de fil dentaire, ce chiffre passe à 26,42 %. Ces chiffres sont particulièrement bas, alors que nous interrogeons seulement les patientes selon les recommandations d'hygiène bucco-dentaire. En étudiant plus particulièrement l'usage de brossettes interdentaires ou de fil dentaire uniquement, dans notre étude nous avons relevé que 19,45 % des patientes déclaraient en utiliser sans détermination de fréquence. Si on compare avec une étude américaine sur 592 patientes enceintes, 23,65 % de cet échantillon déclarait un usage du fil dentaire au moins une fois par jour (31). La population française semble peu sensibilisée à ce type d'hygiène, pourtant essentiel puisqu'il permet d'éliminer la plaque dentaire et les restes d'aliments dans les zones inaccessibles à la brosse à dents. Nous avons également relevé que lorsque les patientes avaient consulté un chirurgien-dentiste pendant leur grossesse, elles utilisaient significativement plus de brossettes ou de fil dentaire. Ainsi, le discours du chirurgien-dentiste a une influence positive sur les pratiques des patientes. Nous pouvons alors considérer qu'il existe un souci majeur d'éducation des patients à la santé bucco-dentaire, la prévention primaire étant un volet essentiel en matière de santé publique.

Concernant l'utilisation d'un dentifrice fluoré plus particulièrement, 50,96 % des patientes déclaraient en avoir l'usage. Nous avançons que ce résultat a pu être sous-évalué, principalement car les patientes ne savaient pas forcément que leur dentifrice contenait du fluor. Toutefois, il existe également certains débats sur les potentiels effets néfastes du fluor sur la santé, ou sur la pollution des cours d'eau, et une part de la population française utilise probablement des dentifrices « maison » ou achetés dans des magasins spécialisés donc qui ne contiennent pas de fluor. Il aurait été judicieux d'insérer une case « ne sait pas » dans notre questionnaire afin de déterminer ce dernier pourcentage. Nous pouvons néanmoins en conclure que les patientes de notre échantillon possédaient une mauvaise connaissance des différents types de dentifrices existants et de l'intérêt du fluor pour la prévention des caries.

Lorsque nous avons évalué la perception du niveau de santé bucco-dentaire des patientes, 62,98 % possédaient une note supérieure ou égale à huit sur dix, note à partir de laquelle nous la considérons bonne et satisfaisante. Lorsque nous comparons avec l'étude américaine de Boggess et al. 59 % de leur échantillon évaluaient leur propre santé bucco-dentaire bonne ou excellente (31). Ces chiffres très proches semblent alors comparables.

1.4. État bucco-dentaire

Dans notre étude, seules 3,32 % des patientes étaient suivies pour un traitement de parodontologie avant leur grossesse. Or, nous rappelons que les maladies parodontales concernent 15 à 20 % des adultes d'âge moyen. D'ailleurs, dans notre étude, 25,51 % de notre population avait souffert d'une gingivite gravidique. Nous pouvons ainsi considérer qu'une certaine proportion de notre population n'avait pas bénéficié d'une prise en charge pour leur gingivite ou parodontite au cours de leur grossesse. Les parodontites étant un facteur de risque reconnu de pré-éclampsie, de petit poids pour l'âge gestationnel et de prématurité, leur traitement semble important avant de débiter une grossesse.

Nous avons également remarqué que la moitié (51,51 %) de notre population avait souffert de pathologies bucco-dentaires pendant la grossesse, ce chiffre souligne ici encore l'importance de la prise en compte de la santé bucco-dentaire par les professionnels de la grossesse.

1.5. Consultation dentaire

1.5.1. Motifs de consultation

Nous avons retrouvé que la moitié (49,91 %) des patientes de notre échantillon avaient consulté un chirurgien-dentiste pendant la grossesse, dont 57,55 % d'entre-elles au premier trimestre. Si on compare avec l'étude « Maternident » de 2013 effectuée auprès des accouchées de trois maternités françaises, 44 % des patientes avaient consulté un chirurgien-dentiste pendant leur grossesse (4). Cette étude ne prenait pas en compte la période de cette consultation. La consultation systématique d'un chirurgien-dentiste est pourtant recommandée à toutes les femmes-enceintes. Toutefois, dans notre étude, 25,94 % de notre échantillon déclarait ne pas avoir reçu d'invitation à une consultation de prévention de leur CPAM. Ce chiffre est à mettre en relation avec les résultats concernant la déclaration de grossesse, puisque la CPAM ne peut envoyer de courrier aux femmes enceintes que si la grossesse a été déclarée. Ainsi, la déclaration de la grossesse des patientes de l'échantillon n'avait pas été réalisée avant 15 semaines d'aménorrhée dans 22,12 % des cas.

Nous nous sommes intéressés aux éléments justifiant la consultation d'un chirurgien-dentiste selon les patientes. Les saignements au brossage seraient un motif de consultation pour 14,97 %

des patientes seulement. Or c'est un signe quasiment certain d'affection parodontale. L'invitation à une consultation de prévention prise en charge en totalité par la Sécurité-Sociale motiverait quant à elle 18,35 % des patientes de notre échantillon à consulter leur chirurgien-dentiste. Nous remarquons donc que les patientes semblaient peu concernées par la prévention bucco-dentaire.

Ensuite, nous avons questionné les motifs de consultation réels des femmes enceintes pendant leur grossesse. Nous avons retrouvé que 75,26 % des patientes qui ont consulté l'ont fait pour la réalisation d'un bilan bucco-dentaire alors que dans l'étude « Maternident » cela ne concernait que 32,14 % des patientes qui avaient bénéficié d'une consultation chez leur chirurgien-dentiste pendant la grossesse. Toutefois, l'étude « Maternident » a été réalisée plus d'un an avant la mise en place de la consultation de prévention pour les femmes enceintes, il est donc possible que cette campagne ait eu un impact positif sur la sensibilisation des femmes enceintes en matière de santé bucco-dentaire. Cette étude concernait les accouchées de deux maternités parisiennes et une maternité Toulousaine, l'offre de soins régionale a pu également avoir un impact sur la prévalence de ces consultations de prévention.

Lorsque nous nous sommes penchés sur les raisons pour lesquelles les patientes de notre échantillon n'avaient pas consulté leur chirurgien-dentiste pendant la grossesse, nous avons relevé que 57,55 % d'entre elles le justifiait par l'absence de problème bucco-dentaire. Nous n'avons pas retrouvé d'élément de comparaison dans la littérature, toutefois cette donnée reflète là encore le déficit d'information des patientes sur l'importance de la prévention en matière de santé bucco-dentaire.

1.5.2. Traitements

Concernant la prise en charge par un chirurgien-dentiste, nous avons retrouvé que 25,12 % des patientes avaient bénéficié d'un traitement pendant leur grossesse. Or nous avons également relevé que 51,51 % de notre échantillon avait souffert d'au moins une pathologie bucco-dentaire pendant la grossesse. Ainsi, la moitié des patientes qui auraient pu être prises en charge sur le plan bucco-dentaire pendant la grossesse n'en ont pas bénéficié. La majorité des traitements réalisés étaient des détartrages (74,70 % des patientes prises en charge ont bénéficié de ce soin de prévention) et des soins de caries qui concernaient 37,35 % des patientes prises en charge. De plus, les patientes qui ont souffert d'une pathologie bucco-dentaire pendant la grossesse

n'étaient pas significativement plus allées consulter un chirurgien-dentiste que les autres. Nous pouvons comparer ce résultat avec celui de l'étude « Maternident » dans laquelle la perception de douleurs dentaires étaient significativement associée à la visite chez le dentiste pendant la grossesse (OR=5,75) (32). La différence avec notre étude était que seule la composante « douleurs dentaires » était prise en compte, alors que certains symptômes peuvent ne pas être douloureux, et donc peuvent être à l'origine d'un retard de consultation bucco-dentaire.

Il est à noter que dans notre étude, les patientes qui étaient prises en charge pour un traitement parodontal avant la grossesse avaient significativement plus de traitements dentaires pendant leur grossesse. Cela semble logique car elles avaient au début de la grossesse déjà plus de pathologies bucco-dentaires et plus de risque d'aggravation de leurs pathologies parodontales que les autres. Mais il est aussi possible que les patientes prises en charge antérieurement pour des traitements de parodontologie, ceux-ci n'étant pas pris en charge par la sécurité-sociale, puissent être de catégorie socio-professionnelle plus favorisée. Toutefois nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre la catégorie socio-professionnelle et les traitements parodontaux avant la grossesse. Ces femmes enceintes pouvaient également être plus sensibilisées aux problématiques de santé bucco-dentaire que les autres, notamment grâce aux conseils du praticien qui les avaient prises en charge. Les conséquences obstétricales des maladies parodontales n'étant plus à démontrer, plusieurs auteurs ont étudié l'influence éventuelle du traitement de ces lésions pendant la grossesse sur l'apparition des complications obstétricales. L'étude de Jeffcoat et al. démontrait qu'un traitement efficace de ces lésions permettait de diminuer la prématurité, alors qu'un traitement inefficace n'avait pas d'incidence sur la prématurité (33). Une méta-analyse de Schwendicke et al. avançait qu'un traitement efficace diminuerait l'apparition de prématurité et de petit poids pour l'âge gestationnel (34). Néanmoins, une méta-analyse de 2015 considère ce lien de manière plus prudente, en avançant qu'un traitement pourrait diminuer les facteurs de risques de prématurité, de pré-éclampsie et de petit poids pour l'âge gestationnel (35). Devant ces résultats, le traitement semble indiqué pendant la grossesse, mais il est encore plus primordial d'effectuer une prévention primaire en matière de santé bucco-dentaire.

Il se pose ensuite la question de la période la plus propice à chaque type de soin. Les urgences ne doivent toutefois pas être repoussées, car les conséquences ultérieures risquent d'être plus graves que la pathologie initiale. Il convient alors de d'utiliser des méthodes de diagnostic et des traitements médicaux adaptés, c'est à dire aux meilleurs rapports bénéfice-risque attendus,

et de veiller au risque de fatigue et de compression aorto-cave lors du traitement. Il est à noter qu'il n'y a pas de contre-indication ni à la réalisation d'une radiologie de dépistage ni à l'utilisation de la plupart des anesthésiques locaux. Pour les autres soins, la période la plus propice aux soins bucco-dentaires est le deuxième trimestre de la grossesse, ce qui est en rapport avec nos résultats puisque la majorité des patientes (61,96 %) avaient été prises en charge au deuxième trimestre (36).

1.6. Connaissances en matière de santé bucco-dentaire

La dernière partie de notre questionnaire s'intéressait aux connaissances des femmes enceintes en matière de santé bucco-dentaire. Nous avons pu relever qu'une partie non négligeable de notre échantillon soit 19,12 %, ne savait pas que la consultation d'un chirurgien-dentiste était possible pendant la grossesse.

De plus, la majorité, soit 64,36 % des patientes ne connaissaient pas le lien entre la santé bucco-dentaire et les complications obstétricales. Toutefois, pour celles qui connaissaient ce lien, les complications les plus souvent évoquées étaient correctes puisqu'elles étaient l'accouchement prématuré (55,10 %), la chorioamniotite (42,86 %), la pré-éclampsie (22,45 %) et le petit poids pour l'âge gestationnel (20,41 %). Néanmoins ces réponses concernaient très peu de patientes, soit 23,11 % de l'échantillon total.

La prévention ou la prise en charge des problèmes bucco-dentaire est tout de même importante pour 92,16 % des répondantes. Lorsque nous avons demandé aux patientes de classer les facteurs de risques obstétricaux selon leur importance, la santé bucco-dentaire et plus particulièrement les maladies parodontales étaient les plus importantes pour 0,53 % des patientes. Ce chiffre est à relativiser puisque l'impact des autres facteurs de risques tels que le tabac, l'alcool, l'obésité ou l'hypertension artérielle ont des conséquences reconnues bien plus défavorables que la mauvaise santé parodontale. La santé bucco-dentaire ne semble donc pas forcément prioritaire dans la hiérarchie des facteurs de risques à prendre en compte par les professionnels de santé.

Nous nous sommes tout de même également intéressés aux conseils et aux informations de santé bucco-dentaire délivrés par les professionnels de santé. D'abord, les conseils donnés par les professionnels de la grossesse semblaient corrects, les patientes nous ont majoritairement

rapporté la particulière sensibilité des gencives des femmes enceintes. Toutefois seules 18,65 % des patientes de notre échantillon avaient reçu des informations concernant la santé bucco-dentaire lors de consultations prénatales. Cette information avait été délivrée au deuxième trimestre dans 94,44 % des cas. De plus, nous avons retrouvé que lorsque le professionnel du suivi de la grossesse avait évoqué le suivi bucco-dentaire en consultation, les patientes étaient significativement plus nombreuses à consulter un chirurgien-dentiste pendant la grossesse. Ensuite, lorsque les patientes avaient consulté un chirurgien-dentiste pendant la grossesse, elles avaient significativement une meilleure connaissance des liens entre la santé bucco-dentaire et les complications de la grossesse. Par contre, nous avons enquêté sur les moyens de connaissance de la santé bucco-dentaire des femmes enceintes, et 43,83 % d'entre elles avaient obtenu des informations par les médias. De plus, cette information délivrée par les médias n'a pas eu d'influence significative sur la constatation bucco-dentaire des femmes enceintes, contrairement à celle donnée par les chirurgiens-dentistes ou les professionnels de la grossesse. Les professionnels de santé ont donc plus d'influence que les médias et sont susceptibles de communiquer des informations plus complètes, plus fiables et de répondre directement aux interrogations de leurs patientes. L'information des femmes enceintes en matière de santé bucco-dentaire est alors importante car elle a une influence positive sur leurs connaissances et leur prise en charge. Afin de prévenir au maximum les risques bucco-dentaires et leurs éventuelles conséquences, il serait alors judicieux d'effectuer cette information dès le début de la grossesse, lors d'un entretien prénatal du quatrième mois par exemple, voir en consultation préconceptionnelle. Le problème de défaut d'information des patientes peut alors se situer à plusieurs niveaux, tels que la formation des professionnels de l'obstétrique et/ou le défaut de transmission à leurs patientes pour de diverses raisons. Une étude française de 2012 effectuée auprès de professionnels de la grossesse et de chirurgiens-dentistes avait démontré que les professionnels de l'obstétrique n'avaient pas reçu d'enseignement lors de leur formation initiale sur les liens entre la santé bucco-dentaire et les complications obstétricales. L'ensemble des professionnels soulignait également l'absence de formation continue dans ce domaine (28). Une thèse d'exercice de chirurgie-dentaire réalisée en 2017 auprès d'étudiants sages-femmes et de sages-femmes porte sur la formation des sages-femmes en santé bucco-dentaire durant leur cursus initial (37). Les éléments qui ressortaient de ce travail sont que le domaine bucco-dentaire était très peu intégré dans la formation initiale voire parfois inexistant. Il s'avérait alors que peu d'étudiants sages-femmes et de sages-femmes connaissaient les principales maladies parodontales, mais aussi leurs liens avec la grossesse. Toutefois les étudiants et professionnels interrogés se considéraient comme des personnes ressources dans le domaine de la prévention

et souhaiteraient pouvoir prodiguer davantage de conseils à leurs patients notamment sur les règles d'hygiène bucco-dentaire et alimentaires (37). Afin d'informer au mieux les patientes, l'étape de formation des professionnels est alors essentielle.

2. Limites de l'étude

Notre taux de réponse global s'élevait à 70 %. En considérant notre type d'étude, nos moyens mis en place et la durée de distribution réduite, nous souhaitions obtenir un taux de réponse supérieur à 30 %, qui a été atteint. Cet effectif nous a permis d'obtenir certains résultats statistiquement significatifs. Nous pouvons toutefois relever les différences d'effectifs obtenus entre les hôpitaux d'Haute-pierre, du CMCO et de Saverne alors que tous les questionnaires avaient été distribués. Le service de maternité de l'hôpital d'Haute-pierre étant séparé en deux étages, il est possible qu'une plus grande proportion des questionnaires ait été perdue par rapport au CMCO. Quant au service de Saverne, il est géré par des infirmiers, ces professionnels pouvaient être moins sensibilisés aux problématiques obstétricales, ce qui expliquerait peut-être également notre taux de réponse plus faible que dans les deux autres maternités.

Concernant notre méthodologie nous regrettons de ne pas avoir pu être exhaustif au niveau du département, car deux des maternités se situaient à Strasbourg, où l'offre de soin dentaire est plus importante que dans des milieux ruraux.

Ensuite notre étude comporte plusieurs biais. Elle s'expose à un risque de biais de sélection. D'abord la distribution par les sages-femmes et la réponse des patientes se basait sur le volontariat des deux parties. Du côté des sages-femmes, elles pouvaient choisir de distribuer ou non les questionnaires à certaines patientes, et nous pouvons supposer que les patientes en situation de vulnérabilité psychologique, sociale ou médicale ont été plus souvent épargnées. Il est aussi possible que les caractéristiques des patientes volontaires aient été différentes de celles qui ne souhaitaient pas participer à notre étude. Il est à noter que notre étude excluait les patientes mineures et les patientes non francophones, ce qui correspond à une partie de la population au contexte psycho-social pouvant être défavorisé et dont l'état bucco-dentaire peut être plus altéré. Pour neutraliser ces biais, nous aurions pu utiliser des méthodes avant la distribution telles que la randomisation ou le tirage au sort des patientes qui reçoivent le questionnaire. La présence d'un interprète permettrait également d'éviter un biais de sélection.

L'auto-questionnaire est un outil qui peut être à l'origine d'un biais de mesure, puisqu'il a l'avantage de recueillir un grand nombre de réponses, mais les résultats relèvent de l'appréciation et de la compréhension personnelles du répondant. Ainsi, il aurait été judicieux de réaliser une étude associant un auto-questionnaire et un examen clinique par un chirurgien-dentiste. Ensuite, cet outil statistique peut aussi être à l'origine d'un effet d'attente. En effet, puisque les objectifs de notre étude étaient communiqués dans le texte introductif, la patiente pouvait répondre ce qu'elle croyait que nous attendions d'elle plutôt que son propre avis, notamment dans les questions sur l'importance de la santé bucco-dentaire. Pour contrecarrer cet effet, nous pourrions ne pas préciser les objectifs de notre étude, au risque d'obtenir moins de réponses par manque d'intérêt des patients pour le questionnaire.

Concernant les réponses des patientes, notre questionnaire a pu induire un biais vers l'estime de soi, et notre enquête a pu traduire un idéal de réponses plutôt que la vérité. Ceci a pu se traduire dans les réponses qui concernaient les habitudes hygiène bucco-dentaire ou de tabagisme. Enfin, un certain biais « vers le oui », c'est à dire une tendance à l'acquiescement, est toujours à prendre en compte dans la réalisation d'un questionnaire. Cela concerne à nouveau plus particulièrement la question qui interroge les femmes sur l'importance de la santé bucco-dentaire. Nous nous attendions alors à faire face à une faible proportion de réponses négatives (7,84 % dans notre étude), ces chiffres sont donc à étudier en considérant la manière de poser la question. Pour neutraliser ce type de biais, il pourrait être plus judicieux de limiter ces questions, ou de les formuler positivement.

Malgré les limites de notre étude, il apparaît que la santé bucco-dentaire semble avoir sa place dans les consultations prénatales. Toutefois, il n'est pas toujours aisé pour les professionnels de délivrer des conseils et des informations en dehors de leur domaine habituel d'exercice. Nous proposons alors plusieurs méthodes qui permettraient d'inclure la santé bucco-dentaire aux consultations prénatales.

3. Comment inclure la santé bucco-dentaire aux consultations prénatales ?

Il apparaît que les consultations prénatales, d'une durée moyenne de 15 à 30 minutes permettent à la fois le suivi médical de la grossesse et de la femme en général, mais doivent également

laisser place à des messages de prévention. Les sujets à aborder sont alors souvent vastes pour un temps réduit. Toutefois, nous avons relevé que la santé bucco-dentaire des femmes enceintes faisait partie des points importants à évoquer pendant la grossesse, mais elle n'était que très peu souvent abordée pour les patientes de notre étude.

Nous proposons alors plusieurs idées qui permettraient d'impliquer la santé bucco-dentaire dans la pratique professionnelle du suivi obstétrical. Afin de sensibiliser les patientes directement, il serait possible de proposer des auto-questionnaires de prévention en salle d'attente, qui aborderaient à la fois les signes de pathologie bucco-dentaires mais aussi les pratiques d'hygiène quotidienne et de consultation. Des affiches de prévention délivrant des messages de sensibilisation à la santé bucco-dentaire pourraient être installées en salle d'attente également, ou dans les lieux communs d'un hôpital. Il serait également judicieux de sensibiliser les professionnels de l'obstétrique à la thématique de la santé bucco-dentaire. Pour cela, les chirurgiens-dentistes pourraient intervenir plus longuement qu'actuellement dans les écoles de sages-femmes et les facultés de médecine. Il faudrait également multiplier les séances de rencontre interprofessionnelles entre les chirurgiens-dentistes, les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes, ou éventuellement impliquer des chirurgiens-dentistes dans les réseaux de périnatalité. Afin que les questions sur la santé bucco-dentaire soient systématiquement évoquées en consultation de grossesse, il pourrait être intéressant d'insérer un item du type « information sur la visite de prévention du chirurgien-dentiste proposée et conseils donnés » dans les logiciels informatiques obstétricaux ou les dossiers papiers des hôpitaux. Il pourrait également être judicieux de proposer un document qui servirait de guide aux sages-femmes, aux gynécologues-obstétriciens et aux médecins généralistes, qui leur permettrait à la fois de conseiller mais aussi de détecter les signes d'appels préoccupants des femmes enceintes en matière de santé bucco-dentaire.

Nous avons choisi de proposer ce document, qui est à retrouver en annexe VII. Pour sa création nous nous sommes inspirés des recommandations de l'UFSBD que nous avons adaptées aux femmes enceintes, et nous avons détaillé la technique « du rouleau » qui est une méthode simple et efficace de brossage des dents. Nous avons également énoncé les signes d'appels des maladies parodontales. Ainsi, leur détection par les professionnels de la grossesse puis leur prise en charge pourraient avoir une influence positive sur la prévention de leurs complications obstétricales. Cette fiche informative pourrait permettre à la fois une meilleure prévention

bucco-dentaire et une éventuelle prise en charge précoce des femmes enceintes mais aussi une prise de conscience des professionnels quant à la santé bucco-dentaire de leurs patientes.

V. Conclusion

Nous avons plusieurs objectifs pour notre travail, qui étaient d'évaluer les pratiques et les connaissances d'hygiène bucco-dentaire des femmes enceintes, et d'identifier les fréquences et les motifs de consultation d'un chirurgien-dentiste pendant la grossesse. Nous supposons que les pratiques et les connaissances d'hygiène bucco-dentaire des femmes enceintes étaient généralement insuffisantes. Nous pensions également que malgré l'invitation de la CPAM, seule une minorité des femmes enceintes consultaient leur chirurgien-dentiste pendant leur grossesse.

Afin d'y répondre, nous avons réalisé une enquête auprès des accouchées de trois maternités puis nous avons discuté les résultats en les confrontant aux données de la littérature. Nous avons mis en évidence que moins d'une femme enceinte sur dix possède des habitudes d'hygiène bucco-dentaire totalement adaptées et plus d'un tiers considère sa santé bucco-dentaire générale insatisfaisante. Concernant les pratiques de consultation, malgré une invitation a priori systématique par la CPAM, seule la moitié des femmes enceintes consulte un chirurgien-dentiste pendant la grossesse. Il est tout de même à noter que les trois quarts des patientes qui consultent un chirurgien-dentiste pendant la grossesse, le font dans une démarche de prévention, c'est à dire pour un bilan bucco-dentaire. Nous avons également relevé un déficit dans la prise en charge des patientes en matière de santé bucco-dentaire. En effet, une femme sur deux souffre d'au moins une pathologie bucco-dentaire pendant sa grossesse, mais seul un quart des femmes enceintes bénéficient d'un traitement dentaire. De plus, les femmes souffrant d'une pathologie bucco-dentaire pendant la grossesse ne consultent pas significativement plus un chirurgien-dentiste que les autres. Il apparaît également que les connaissances des femmes enceintes en matière de santé bucco-dentaires sont généralement insuffisantes. En effet, deux femmes sur dix ne savent pas que la consultation bucco-dentaire est possible pendant la grossesse et deux tiers des femmes ne connaissent pas les liens entre la santé bucco-dentaire et les complications de la grossesse. De plus, les informations reçues par les femmes sont majoritairement issues des moyens de « vulgarisation scientifique » plutôt que des professionnels de santé. Par contre, seuls les professionnels de santé ont un impact significatif et positif sur les pratiques et les connaissances des femmes enceintes en matière de santé bucco-dentaire.

Pour conclure, la santé bucco-dentaire a une influence certaine sur la santé systémique et plus particulièrement obstétricale mais les pratiques et les connaissances des femmes enceintes dans ce domaine sont encore insuffisantes. Malgré la mise en place d'une consultation bucco-

dentaire de dépistage des femmes enceintes prise en charge en totalité par la sécurité sociale, seule la moitié des femmes enceintes consultent leur chirurgien-dentiste pendant la grossesse. Nos hypothèses sont alors validées. Il est ainsi nécessaire qu'elles bénéficient d'informations justes et complètes de la part du professionnel qui suit la grossesse et de leur chirurgien-dentiste. Afin de pallier ce déficit, nous avons alors proposé plusieurs axes d'amélioration qui permettraient d'inclure de manière plus systématique la santé bucco-dentaire au suivi de la grossesse et d'informer au mieux les femmes enceintes en matière de santé bucco-dentaire. L'instauration ou l'approfondissement des cours magistraux ou des travaux pratiques lors de la formation initiale de tous les professionnels de santé en lien avec cette problématique pourrait être bénéfique. La formation continue et les échanges interprofessionnels axés sur la prévention bucco-dentaire des femmes enceintes pourraient également avoir leur place. Aussi, nous proposons une fiche pratique destinée aux professionnels de la grossesse, qui leur permettrait d'évoquer cette problématique lors des consultations prénatales par exemple.

Les traitements bucco-dentaires étant majoritairement réalisables chez la femme enceinte, il serait intéressant de réaliser une étude sur les enseignements donnés aux étudiants de chirurgie-dentaire sur la possibilité des soins et les conseils de prise en charge destinés à ce type de patient.

Malgré les conséquences obstétricales potentiellement néfastes des pathologies bucco-dentaires de la femme, la prévention ne s'arrête pas à l'accouchement, et l'information des professionnels de l'obstétrique sur la santé bucco-dentaire de l'enfant pourrait être lui-aussi un axe d'étude pertinent.

VI. Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. Santé bucco-dentaire [Internet]. World Health Organisation. 2012 [cité 2 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.who.fr>
2. Haute Autorité de Santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire [Internet]. 2010 [cité 28 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
3. INSERM, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Caries dentaires : améliorer la prévention au cours de la grossesse [Internet]. INSERM, Institut national de la santé et de la recherche médicale. 2012 [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr>
4. Vergnes J-N, Pastor-Harper D, Constantin D, Bedos C, Kaminski M, Nabet C, et al. Santé bucco-dentaire perçue et recours aux soins pendant la grossesse: étude MaterniDent. *Santé Publique*. 2013;25(3):281–292.
5. Les avenants à la convention nationale des chirurgiens- dentistes [Internet]. [cité 27 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr>
6. Zachariassen RD. The Effect of Elevated Ovarian Hormones on Periodontal Health: Oral Contraceptives and Pregnancy. *Women Health*. 28 juin 1993;20(2):21-30.
7. Mascarenhas P, Gapski R, Al-Shammari K, Wang H-L. Influence of sex hormones on the periodontium. *J Clin Periodontol*. août 2003;30(8):671-81.
8. Løe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy I. Prevalence and severity. *Acta Odontol Scand*. 1963;21(6):533–551.
9. Laine MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand*. 2002;60(5):257–264.
10. Thoulon J-M. Petits maux de la grossesse. *EMC - Gynécologie-Obstétrique*. 1 août 2005;2(3):227-37.

11. Bouchard P, Collectif, Sanz M. Parodontologie & dentisterie implantaire : Volume 1, Médecine parodontale. Paris: Médecine Sciences Publications; 2014. 682 p.
12. Laczny E, Mercier T, Clément C. Santé buccodentaire : chez la femme enceinte et la femme qui allaite. *Rev Sage-Femme*. déc 2016;15(6):270-6.
13. Buxeraud J. Érosion dentaire : réduisons les facteurs de risque. *Actual Pharm*. 1 sept 2015;54(548):45-8.
14. Nabet C, Lelong N, Colombier M-L, Sixou M, Musset A-M, Goffinet F, et al. Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the case-control Epipap study. *J Clin Periodontol*. janv 2010;37(1):37-45.
15. Vergnes J-N, Sixou M. Preterm low birth weight and maternal periodontal status: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. févr 2007;196(2):135.e1-135.e7.
16. Offenbacher S, Boggess KA, Murtha AP, Jared HL, Lieff S, McKaig RG, et al. Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. *Obstet Gynecol*. 2006;107(1):29–36.
17. Xiong X, Buekens P, Vastardis S, Yu SM. Periodontal disease and pregnancy outcomes: state-of-the-science. *Obstet Gynecol Surv*. sept 2007;62(9):605-15.
18. Boggess KA, Beck JD, Murtha AP, Moss K, Offenbacher S. Maternal periodontal disease in early pregnancy and risk for a small-for-gestational-age infant. *Am J Obstet Gynecol*. mai 2006;194(5):1316-22.
19. Guimarães AN, Silva-Mato A, Siqueira FM, Cyrino RM, Cota LOM, Costa FO. Very low and low birth weight associated with maternal periodontitis. *J Clin Periodontol*. nov 2012;39(11):1024-31.
20. Soucy-Giguère L, Tétu A, Gauthier S, Morand M, Chandad F, Giguère Y, et al. Periodontal Disease and Adverse Pregnancy Outcomes: A Prospective Study in a Low-Risk Population. *J Obstet Gynecol Can JOGC*. avr 2016;38(4):346-50.

21. Pratiques dentaires. La santé parodontale de la femme enceinte. *Pratiques dentaires*. avr 2015;(18):30;32.
22. Barak S, Oettinger-Barak O, Machtei EE, Sprecher H, Ohel G. Evidence of Periopathogenic Microorganisms in Placentas of Women With Preeclampsia. *J Periodontol*. avr 2007;78(4):670-6.
23. Katz J, Chegini N, Shiverick KT, Lamont RJ. Localization of *P. gingivalis* in Preterm Delivery Placenta. *J Dent Res*. juin 2009;88(6):575-8.
24. León R, Silva N, Ovalle A, Chaparro A, Ahumada A, Gajardo M, et al. Detection of *Porphyromonas gingivalis* in the amniotic fluid in pregnant women with a diagnosis of threatened premature labor. *J Periodontol*. juill 2007;78(7):1249-55.
25. Vergnes J-N, Kaminski M, Lelong N, Musset A-M, Sixou M, Nabet C. Maternal dental caries and pre-term birth: Results from the EPIPAP study. *Acta Odontol Scand*. juill 2011;69(4):248-56.
26. Vergnes J-N, Kaminski M, Lelong N, Musset A-M, Sixou M, Nabet C, et al. Frequency and Risk Indicators of Tooth Decay among Pregnant Women in France: A Cross-Sectional Analysis. Harvey N, éditeur. *PLoS ONE*. 7 mai 2012;7(5):e33296.
27. Durand R, Gunselman E, Hodges J, DiAngelis A, Michalowicz B. A pilot study of the association between cariogenic oral bacteria and preterm birth. *Oral Dis*. sept 2009;15(6):400-6.
28. Egea L, Le Borgne H, Samson M, Boutigny H, Philippe H-J, Soueidan A. Infections buccodentaires et complications de la grossesse : connaissances et attitudes des professionnels de santé. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. nov 2013;41(11):635-40.
29. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived Oral Health Status, Psychological Well-being, and Life Satisfaction in an Older Adult Population. *J Dent Res*. avr 2000;79(4):970-5.

30. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Enquête nationale périnatale 2016. 2017 oct.
31. Boggess KA, Urlaub DM, Massey KE, Moos M-K, Matheson MB, Lorenz C. Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women. *J Am Dent Assoc.* 2010;141(5):553–561.
32. Vergnes J-N, Pastor-Harper D, Constantin D, Bedos C, Kaminski M, Nabet C, et al. Santé bucco-dentaire perçue et recours aux soins pendant la grossesse: étude MaterniDent. *Santé Publique.* 2013;25(3):281–292.
33. Jeffcoat M, Parry S, Sammel M, Clothier B, Catlin A, Macones G. Periodontal infection and preterm birth: successful periodontal therapy reduces the risk of preterm birth. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* janv 2011;118(2):250-6.
34. Schwendicke F, Karimbux N, Allareddy V, Gluud C. Periodontal treatment for preventing adverse pregnancy outcomes: a meta- and trial sequential analysis. *PloS One.* 2015;10(6):e0129060.
35. López NJ, Uribe S, Martinez B. Effect of periodontal treatment on preterm birth rate: a systematic review of meta-analyses. *Periodontol 2000.* févr 2015;67(1):87-130.
36. Orale SF de C. Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires. *Médecine Buccale Chir Buccale.* 2012;18(3):251–314.
37. Charlotte Crepin-Leblond. Formation des sages-femmes en santé bucco-dentaire durant leur cursus initial. Université de Strasbourg; 2017.

Annexes

LES RECOMMANDATIONS DE L'UFSBD À ADOPTER AU QUOTIDIEN POUR UNE BONNE SANTÉ DENTAIRE

Pour vous assurer une bonne santé bucco-dentaire tout au long de votre vie, rien ne vaut la mise en œuvre au quotidien des bons gestes d'hygiène.

L'UFSBD vous accompagne au travers de 5 recommandations fondamentales et incontournables complétées par deux recommandations complémentaires.

A vous de jouer maintenant... et n'hésitez pas à diffuser ces recommandations autour de vous : enfants, famille élargie, amis, collègues... !

LES RECOMMANDATIONS DE L'UFSBD POUR UNE BONNE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

 **2 brossages par jour**
matin et soir
pendant **2 minutes**

 L'utilisation d'un
dentifrice fluoré

 L'utilisation du **fil**
dentaire ou de
brossettes chaque soir

 Une visite au moins **1 fois**
par an chez le **dentiste**,
et ce dès l'âge de 1 an

 Une **alimentation**
variée et équilibrée

ET EN COMPLÉMENT

 La mastication d'un
chewing-gum sans
sucres après chaque
prise alimentaire

 Le **bain de bouche**
comme complément
d'hygiène

Annexe III

Le parodonte (étymologie grecque *para* = « à côté de » et *odontos* = « dent ») est l'ensemble des tissus qui entourent et soutiennent la dent. Le parodonte superficiel est constitué par la gencive, le sulcus et l'attache épithéliale qui permet l'adhésion de la gencive à la dent. Le parodonte profond est constitué par le cément (couche la plus externe des racines des dents), le ligament alvéolodentaire ou desmodonte et l'os alvéolaire (*Figure 1*).

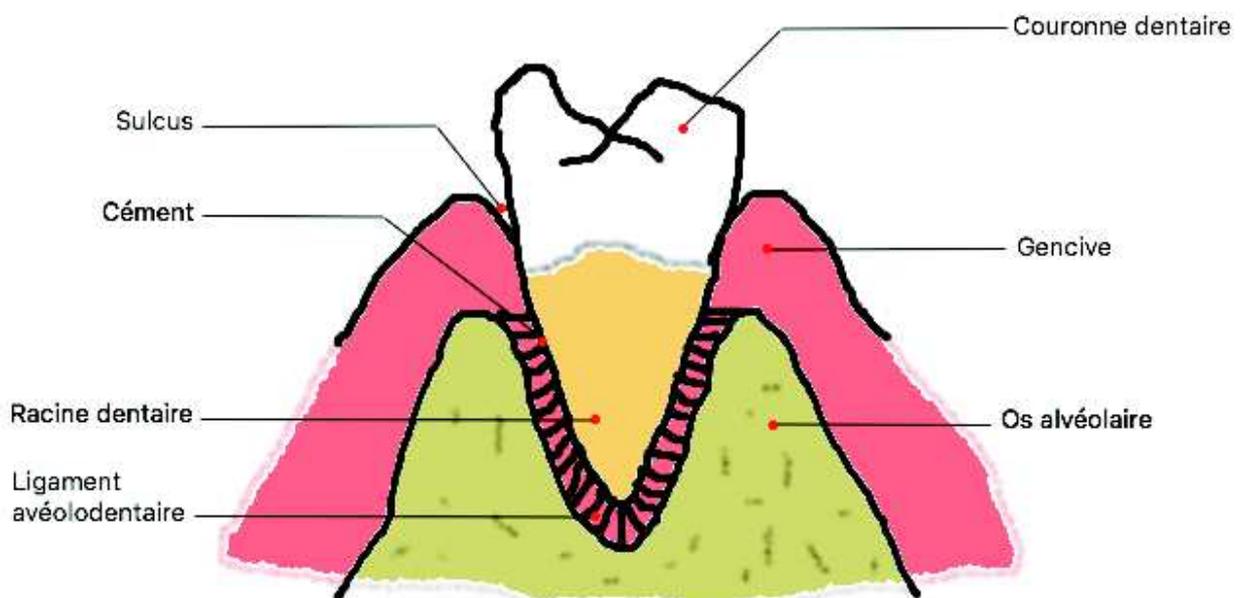


Figure 4 = structure du parodonte.

Annexe IV

Auto-questionnaire destiné aux patientes de suites de naissance

Madame,

Vous venez d'accoucher, félicitations !

Je m'appelle Juliette Bénézech et je suis étudiante sage-femme à l'école de Strasbourg.

Je réalise un mémoire portant sur le **suivi bucco-dentaire des femmes enceintes**. Mon premier objectif est d'évaluer les pratiques d'hygiène bucco-dentaire et de consultation auprès d'un chirurgien-dentiste des femmes enceintes. L'objectif secondaire est d'identifier les informations d'hygiène bucco-dentaire données par les sages-femmes et les médecins en consultation prénatale.

Vous pouvez m'aider dans ce travail.

Je vous serais très reconnaissante de bien vouloir remplir le questionnaire anonyme ci-joint.

Je vous remercie par avance du temps que vous m'aurez accordé.

Juliette Bénézech

1. Quel est votre âge ? :

- Moins de 20 ans
- Entre 20 et 35 ans
- Plus de 35 ans

2. Quel était votre poids avant la grossesse ? :

3. Quelle est votre taille :

4. Combien de fois avez-vous été enceinte à ce jour ?

5. Combien avez-vous eu d'enfants à ce jour ?

6. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ? :

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire (*professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés, professions administratives et commerciales des entreprises, technicien, contremaîtres et agents de maîtrise, clergé, religieux*)
- Employé
- Ouvrier
- Retraité
- Sans activité professionnelle
- Etudiante

7. Modes de prise en charge pour les soins de santé :

- Régime général / local
- PUMA (Protection universelle maladie)
- Couverture complémentaire
- AME (Aide médicale d'Etat)
- Aucune prise en charge

8. Votre grossesse a été suivie par :

- Un médecin généraliste
- Une sage-femme
- Un gynécologue-obstétricien
- Aucun suivi

9. Concernant le suivi de votre grossesse, vous avez réalisé (plusieurs réponses possibles) :

- 3 échographies ou plus
- Une consultation de suivi de grossesse tous les mois à partir du 4^{ème} mois ou plus
- La déclaration de votre grossesse avant 15 semaines d'aménorrhée (début du 4^{ème} mois de grossesse)
- Un entretien prénatal ou « entretien du 4^{ème} mois »
- Aucune de ces quatre réponses

10. Vous avez accouché :

- Après 37 semaines d'aménorrhée
- Entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée
- Entre 28 et 32 semaines d'aménorrhée
- Avant 28 semaines d'aménorrhée

11. Etes-vous fumeuse ?

- Oui
 - Si oui combien de cigarettes par jour actuellement ? :
- Non

12. Quelle note donneriez-vous à votre santé générale bucco-dentaire actuellement ?

De 1 = très mauvaise à 10 = excellente :

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> |

13. Vous vous brossez les dents :

- 2 fois par jour ou plus
- 1 fois par jour
- Moins d'une fois par jour

14. Durée moyenne du brossage de dents :

- 2 minutes ou plus
- Moins de 2 minutes

15. Vous utilisez du fil dentaire ou des brossettes interdentaires :

- Oui, parfois ou plus
- Non, jamais

16. Utilisez-vous un dentifrice fluoré ?

- Oui
- Non

17. Habituellement, vous consultez un chirurgien-dentiste :

- Deux à trois fois par an
- Une fois par an
- Moins d'une fois par an
- Jamais

18. A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ?

- Moins de 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- Plus de 1 an

19. Quelle(s) raison(s) vous pousseraient à consulter un chirurgien-dentiste ?

- Suivi régulier de contrôle
- Mal aux dents
- Saignements au brossage
- Invitation à une consultation de prévention gratuite
- Autre (préciser) :

20. Avant votre grossesse, étiez-vous suivie pour une pathologie de gencives (parodontite) ?

- Oui
- Non

21. Pendant votre grossesse, avez-vous souffert des problèmes bucco-dentaires suivants ?

- Erosion (perte de l'émail des dents)
- Carie
- Parodontite (inflammation des tissus qui soutiennent la dent)
- Gingivite (inflammation de la gencive)
- Epulis (tumeur généralement sans gravité de la muqueuse de la bouche)
- Rage de dent
- Abscess
- Autre (précisez) :

22. Avez-vous reçu un courrier de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) vous invitant à consulter un dentiste pendant votre grossesse ?

- Oui
- Non

23. Pendant votre grossesse, avez-vous consulté un chirurgien-dentiste ?

- Oui après avoir reçu l'invitation de la CPAM
- Oui, pour une autre raison
- Non

24. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

- Douleur
- Bilan bucco-dentaire
- Autre (préciser) :

25. Si non, pour quelle(s) raison(s) :

- Absence de problème bucco-dentaire
- Douleur et/ou saignements non inquiétants
- Peur du dentiste
- Manque de temps
- Coût
- Je ne savais pas que c'était possible pendant la grossesse
- Refus de prise en charge par le chirurgien-dentiste
- Autre (préciser) :

26. Avez-vous été traitée sur le plan bucco-dentaire pendant votre grossesse ?

- Oui
- Non

27. De quel type de soins dentaires avez-vous bénéficié pendant votre grossesse ?

- Détartrage
- Soins de carie
- Extraction dentaire
- Couronne / prothèses
- Autres :

28. A quel moment de votre grossesse ?

- Au premier trimestre
- Au deuxième trimestre
- Au troisième trimestre

29. Le professionnel qui a suivi votre grossesse a évoqué votre suivi bucco-dentaire en consultation :

- Oui
- Non

30. Si oui, à quel moment de votre grossesse ? (Plusieurs réponses possibles)

- Au premier trimestre
- Au deuxième trimestre
- Au troisième trimestre

31. Si oui, qu'en avez-vous retenu ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

32. Saviez-vous que vous pouviez consulter votre dentiste pendant votre grossesse ?

- Oui
- Non

33. Saviez-vous qu'il pourrait y avoir un lien entre l'hygiène bucco-dentaire ou les pathologies de gencives et les complications de la grossesse ?

- Oui
- Non

34. Si oui, laquelle ou lesquelles ?

- Accouchement prématuré
- Hémorragie du post-partum
- Pré-éclampsie (hypertension artérielle, œdèmes, protéines dans les urines résultants d'une insuffisance placentaire)
- Petit poids de naissance
- Accouchement par ventouse ou forceps ou spatules
- Accouchement par le siège
- Césarienne
- Infection du liquide amniotique

35. Selon vous, quel(s) mécanisme(s) expliqueraient ce lien ?

- Les bactéries buccales peuvent passer dans le sang et infecter le placenta
- La douleur dentaire maternelle libère des molécules qui entraînent des contractions utérines
- Les produits des bactéries buccales peuvent entraîner une réaction du corps qui provoquent une inflammation du placenta
- La maladie dentaire est à l'origine d'anxiété maternelle qui entraîne des contractions utérines
- La fatigue maternelle due à la maladie dentaire empêche l'accouchement par voie basse
- Ne sait pas

36. Par quel(s) moyen(s) avez-vous eu connaissance du lien entre l'hygiène bucco-dentaire et les complications de la grossesse ? :

- Lors d'une visite de suivi chez mon médecin généraliste
- Lors de l'entretien avec une sage-femme
- Lors d'un rendez-vous chez mon gynécologue
- Par mon dentiste
- Par la presse, télévision, ...
- Autre
- Aucun, je ne savais pas que ce lien existait

37. Pensez-vous que la prise en charge ou la prévention des problèmes dentaires chez la femme enceinte est importante ?

- Oui
- Non

38. Selon vous, quels sont les facteurs de risque les plus importants relatifs à des complications de grossesse ? (Classez les du plus important (N°1) à prendre en compte au moins important (N°8)) :

- Le tabac
- L'alcool
- Les infections sexuellement transmissibles
- Les infections utérines
- Les maladies de gencive
- L'obésité / le surpoids
- L'hypertension
- Des antécédents d'accouchement prématuré

...

Merci pour votre participation. Veuillez remettre ce questionnaire à la sage-femme.

Annexe V

Santé bucco-dentaire des femmes enceintes, Questionnaire à l'intention des patientes de suites de naissance

Je réalise mon mémoire de fin d'étude de sage-femme sur la santé bucco-dentaire des femmes enceintes.

Merci de bien vouloir diffuser ce questionnaire aux patientes du service, au début de leur séjour, puis de les déposer une fois complétés dans la boîte prévue à cet effet.

Il est destiné à toutes les accouchées :

- Majeures
- Parlant, lisant et comprenant le français
- Qui consentent de participer à l'étude

Je vous remercie par avance pour l'intérêt que vous porterez à mon étude,

Cordialement,

Juliette BENEZECH
Etudiante sage-femme en 4^{ème} année à l'école de Strasbourg
Pour plus de renseignements : juliettebenezech@gmail.com

Santé bucco-dentaire des femmes enceintes

Quels conseils donner aux patientes ?

Brossage de dents selon la **méthode du « rouleau »** * ou à l'aide d'une brosse à dents électrique

- **2 à 3 fois par jour** après les repas
- Pendant **2 minutes**
- Avec un **dentifrice fluoré** (de 1000 à 1500 ppm de fluor)

Passage de **fil dentaire** ou de **brossettes interdentaires** dans chaque espace interdentaire **tous les soirs**

En cas de **vomissements** : **rinçage** immédiat de la bouche à **l'eau** puis brossage des dents au minimum **10 minutes après** les vomissements

Consultation d'un chirurgien-dentiste pendant la grossesse recommandée **pour toutes les patientes dès la déclaration de grossesse**. Attention, les caries peuvent passer inaperçues !

Consultation d'un chirurgien-dentiste vivement encouragée quel que soit le terme de la grossesse en cas de **douleurs** ou de **signes d'appels évoquant une maladie parodontale**.



* Méthode du « rouleau »

Brosse à dents orientée à 45° vers la gencive
De la gencive vers la dent
Plusieurs passages sur chaque face
Avec une faible pression sur la brosse

Comment reconnaître les maladies parodontales ?

Présence de **tartre** = *dépôt rugueux jaune ou brun*

Halitose = *haleine malodorante*

Inflammation gingivale = *gencives rouges, gonflées*

Saignements spontanés et/ou provoqués au brossage

Récessions gingivales = les *gencives se rétractent et les dents paraissent plus longues*

Migrations dentaires

Mobilités dentaires

Présence d'un seul de ces signes : **Encourager vivement la consultation d'un chirurgien-dentiste**

RÉSUMÉ :

Introduction : De nombreuses études ont prouvé le lien entre la santé bucco-dentaire et les complications obstétricales. Les maladies parodontales plus particulièrement sont un facteur de risque de pré-éclampsie, de petit poids pour l'âge gestationnel et de prématurité. L'objectif principal de ce travail était d'évaluer les pratiques et les connaissances d'hygiène bucco-dentaire des femmes enceintes. L'objectif secondaire était d'identifier la fréquence des consultations chez le chirurgien-dentiste et leurs motifs pendant la grossesse.

Méthodologie : Nous avons effectué une étude observationnelle descriptive, transversale, analytique et multicentrique par méthode quantitative. L'outil utilisé était un auto-questionnaire.

Résultats : Nous avons retrouvé que moins de 10 % des femmes enceintes avaient des habitudes d'hygiène bucco-dentaire adaptées et qu'une femme sur deux consultait leur chirurgien-dentiste pendant la grossesse. De plus, les pathologies bucco-dentaires concernaient 51 % de notre population, mais seules 25 % des femmes enceintes avaient bénéficié d'un traitement. À noter que 20 % des femmes enceintes ne savaient pas que la consultation d'un chirurgien-dentiste était possible pendant la grossesse. Moins de 20 % des femmes enceintes déclaraient avoir reçu des informations concernant la santé bucco-dentaire lors des consultations prénatales. Toutefois, la santé bucco-dentaire pendant la grossesse est importante pour la très grande majorité de notre échantillon.

Conclusion : Notre travail a mis en évidence que peu de femmes enceintes avaient des pratiques d'hygiène bucco-dentaires adaptées. Malgré l'invitation par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de toutes les femmes enceintes a priori, toutes ne consultent pas leur chirurgien-dentiste pendant la grossesse. Nous avons également retrouvé un déficit dans l'information et la prise en charge bucco-dentaire des femmes enceintes. Nous avons alors émis quelques idées d'amélioration qui permettraient de pallier à ces déficits, notamment une fiche pratique destinés aux professionnels du suivi de grossesse.

Mots clefs : Sage-femme, santé bucco-dentaire, grossesse, pathologies parodontales