

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2**

**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

Année de soutenance : 2017

N°:

THESE POUR LE

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 28 MARS 2017

Par Perrine, BRUSSELLE

Née le 08 AVRIL 1991 à Arras (62)

**PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE AU CABINET DENTAIRE :  
CREATION D'UN SITE INTERNET D'INFORMATION DESTINE AUX  
PROFESSIONNELS DE SANTE**

**JURY**

Président :	Monsieur le Professeur COLARD Thomas
Assesseurs :	Madame le Docteur DELFOSSE Caroline
	Monsieur le Docteur TRENTESAUX Thomas
	<u>Madame le Docteur DEHAYNIN-TOULET Emilie</u>
Membre invité :	Monsieur le Professeur SUBTIL Damien

## ACADEMIE DE LILLE

### UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2

\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_

#### FACULTE de chirurgie dentaire

PLACE DE VERDUN

59000 LILLE

\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_

Président de l'Université	:	Pr. X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services	:	P-M. ROBERT
Doyen	:	Pr. E. DEVEAUX
Vice-Doyens	:	Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et Pr. G. PENEL
Responsable des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	L. LECOCQ

\*\*\*\*\*

### PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
<b>E. DELCOURT-DEBRUYNE</b>	Professeur Emerite Parodontologie
E. DEVEAUX	Odontologie Conservatrice – Endodontie <b>Doyen de la Faculté</b>
<b>G. PENEL</b>	Responsable de la Sous-Section des <b>Sciences Biologiques</b>
M.M. ROUSSET	Odontologie Pédiatrique

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

<b>T. BECAVIN</b>	Responsable de la Sous-Section d' <b>Odontologie Conservatrice – Endodontie</b>
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Sante, Odontologie Légale
<b>F. BOSCHIN</b>	Responsable de la sous section de <b>Parodontologie</b>
<b>E. BOCQUET</b>	Responsable de la Sous-Section d' <b>Orthopédie-Dento-Faciale</b>
<b>C. CATTEAU</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale</b>
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice – Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. DE BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
<b>C. DELFOSSE</b>	Responsable de la Sous-Section d' <b>Odontologie Pédiatrique</b>
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Odontologie Conservatrice – Endodontie
<b>J.M. LANGLOIS</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Chirurgie Buccale, Pathologie etThérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation</b>
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, : Anesthésiologie et Réanimation Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin – CHRU Lille
C. OLEJNIK	Sciences Biologiques
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie

**M. SAVIGNAT**

Responsable de la Sous-Section des **Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie**

**T. TRENTESAUX**

Odontologie Pédiatrique

**J. VANDOMME**

Responsable de la Sous-Section de **Prothèse**

***Réglementation de présentation du mémoire de Thèse***

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

*Aux membres du jury...*

## **Monsieur le Professeur Thomas COLARD**

**Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**

*Sous Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques,  
Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie*

Docteur en Chirurgie-Dentaire

Docteur au Museum National d'histoire Naturelle en Anthropologie Biologique

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury, et je vous en suis reconnaissante.*

*Je vous remercie de l'enseignement passionné que vous nous avez dispensé.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect et de ma plus haute considération.*

## **Madame le Docteur Caroline Delfosse**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**

*Sous Section Odontologie Pédiatrique*

Docteur en Chirurgie-Dentaire

Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)

D.E.A. Génie Biologie & Médical (option Biomatériaux)

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Diplôme d'Université Strasbourg I : « Sédation consciente pour les soins bucco-dentaires »

*Vous m'avez beaucoup appris au travers de vos enseignements théoriques et cliniques. J'ai apprécié travailler à vos côtés en sédation consciente.*

*Je tiens également à vous remercier de votre grande disponibilité et vous suis reconnaissante d'avoir accepté de faire partie de ce jury.*

## **Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**  
*Sous Section Odontologie Pédiatrique*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Paris-Descartes – Spécialité Éthique et Droit Médical

Certificat d'Études Supérieures de Pédodontie – prévention – Paris- Descartes

Diplôme d'Université « Soins Dentaires sous Sédation » - Aix-Marseille II Master 2

Éthique Médicale et Bioéthique – Paris-Descartes

Formation Certifiante « Concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient »

Lauréat du prix Jean Bernard de la Société Française et Francophone d'Éthique Médicale

*Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury de thèse.*

*J'ai un très bon souvenir de votre enseignement théorique et clinique, qui a été pour moi très enrichissant.*

*Vous resterez pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de ce métier.*



## **Madame le Docteur Emilie DEHAYNIN-TOULET**

**Maitre de Conférences des Universités (Associée) – Praticien hospitalier des CSERD**

*Sous-section Odontologie Pédiatrique*

Docteur en Chirurgie-Dentaire

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Attestation de formation aux soins dentaires sous inhalation de MEOPA

Ancienne assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD

*Je vous suis reconnaissante de m'avoir confié ce sujet, c'est un projet qui vous tenait à cœur et j'espère que mon travail est à la hauteur de vos espérances...*

*Je tenais à vous remercier infiniment de votre gentillesse, de votre très grande disponibilité et de votre investissement durant ce travail. Ce fut un réel plaisir de travailler à vos côtés.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance et de mes plus sincères remerciements.*

## **Monsieur le Professeur Damien SUBTIL**

**Professeur des universités – Praticien hospitalier**

*Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale*

Gynécologue-Obstétricien

Responsable médical du pôle Femme, mère et nouveau-né à l'hôpital Jeanne de Flandre CHRU Lille

*Je suis honorée et vous remercie infiniment d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury de thèse.*

*C'est un sujet que vous défendez, et je vous suis reconnaissante de l'intérêt que vous portez pour ce travail.*

*Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.*







# Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction</b> .....	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>La santé dentaire des femmes enceintes : un réel problème de santé publique</b> .....	<b>18</b>
2.1	Recommandations concernant la prise en charge bucco-dentaire des femmes enceintes .....	18
2.1.1	Haute Autorité de Santé .....	18
2.1.2	Association Européenne de Dentisterie Pédiatrique .....	19
2.1.3	American Academy of Pediatric Dentistry .....	19
2.2	Une réalité épidémiologique bien différente des recommandations.....	21
2.2.1	Etude MaterniDent (France, 2009).....	21
2.2.2	Etude MIHA (Etats-Unis, 2007) .....	21
2.3	Les causes des renoncements aux soins dentaires chez la femme enceinte.....	22
2.3.1	Les craintes des femmes enceintes .....	22
2.3.2	Les réticences de certains chirurgiens-dentistes .....	23
2.3.3	L'influence des professionnels de santé encadrant la grossesse .....	24
2.4	Comment améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires pour les femmes enceintes ?.....	24
2.4.1	La formation des professionnels de santé .....	24
2.4.1.1	La prévention bucco-dentaire des femmes enceintes, un travail pluridisciplinaire .....	24
2.4.1.2	La formation initiale et continue .....	25
2.4.2	L'information des patientes .....	26
2.4.3	Les moyens mis en place dans la région Nord-Pas-de-Calais .....	26
2.4.3.1	La prévention dentaire en consultation obstétricale .....	26
2.4.3.2	Le développement de la formation initiale .....	27
2.4.3.3	Une initiative de formation continue .....	27
<b>3</b>	<b>Les différents thèmes abordés sur le site internet d'information</b> .....	<b>29</b>
3.1	Quelques rappels de chirurgie dentaire .....	29
3.1.1	L'organe dentaire .....	29
3.1.2	Les douleurs.....	30
3.1.2.1	Les atteintes dentaires .....	30
3.1.2.2	Les pathologies de la pulpe.....	30
3.1.2.3	Les atteintes parodontales .....	31
3.2	Quels messages délivrer aux patientes .....	32
3.2.1	Possibilités de soins.....	32
3.2.2	Les conseils alimentaires .....	33
3.2.3	Une hygiène bucco-dentaire optimale.....	33
3.2.4	Prévention de la Carie Précoce du Jeune Enfant .....	35
3.3	Les risques liés à l'absence de soin.....	36
3.3.1	Altération de l'état bucco-dentaire de la femme enceinte .....	36
3.3.1.1	Les modifications observées .....	36
3.3.1.2	Les pathologies buccales en rapport avec la grossesse .....	37
3.3.2	Les risques encourus par le fœtus.....	38
3.4	Prise en charge de la femme enceinte au cabinet dentaire .....	40

3.4.1	Le syndrome cave .....	40
3.4.2	La radioprotection .....	41
3.4.3	L'anesthésie .....	42
3.4.4	La gestion de l'urgence .....	42
3.5	Quelques rappels sur les prescriptions .....	43
3.5.1	Les antibiotiques .....	43
3.5.2	Les antifongiques .....	43
3.5.3	Les anti-inflammatoires .....	43
3.5.4	Les antalgiques .....	44
3.5.5	Allaitement .....	44
3.6	Présentation du bilan mis en place par l'Assurance Maladie .....	46
<b>4</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>48</b>
	<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>50</b>
	<b>Tables des illustrations .....</b>	<b>55</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>56</b>
	Annexe 1 : Feuillelet d'invitation au bilan bucco-dentaire et documents d'information envoyés aux femmes enceintes page 1 .....	56
	Annexe 1 : Feuillelet d'invitation au bilan bucco-dentaire et documents d'information envoyés aux femmes enceintes page 2 .....	57
	Annexe 1 : Feuillelet d'invitation au bilan bucco-dentaire et documents d'information envoyés aux femmes enceintes page 3 .....	58
	Annexe 1 : Feuillelet d'invitation au bilan bucco-dentaire et documents d'information envoyés aux femmes enceintes page 4 .....	59
	Annexe 1 : Feuillelet d'invitation au bilan bucco-dentaire et documents d'information envoyés aux femmes enceintes page 5 .....	60
	Annexe 2 : Brochure proposée aux chirurgiens-dentistes par l'Assurance Maladie (Février 2016) page 1 .....	61
	Annexe 2 : Brochure proposée aux chirurgiens-dentistes par l'Assurance Maladie (Février 2016) page 2 .....	62
	Annexe 2 : Brochure proposée aux chirurgiens-dentistes par l'Assurance Maladie (Février 2016) page 3 .....	63
	Annexe 2 : Brochure proposée aux chirurgiens-dentistes par l'Assurance Maladie (Février 2016) page 4 .....	64
	Annexe 2 : Brochure proposée aux chirurgiens-dentistes par l'Assurance Maladie (Février 2016) page 5 .....	65
	Annexe 2 : Brochure proposée aux chirurgiens-dentistes par l'Assurance Maladie (Février 2016) page 6 .....	66

# 1 Introduction

Les soins bucco-dentaires chez la femme enceinte sont encore souvent source d'interrogations et de doutes, à la fois du côté des patientes, mais aussi des professionnels de santé.

De peur de nuire au bon déroulement de la grossesse, les patientes et parfois même les professionnels de santé ont tendance à repousser les soins dentaires après l'accouchement, voire après l'allaitement.

Pourtant, les recommandations actuelles vont à l'encontre de cette abstention de soin. Les femmes enceintes, qui sont souvent très réceptives aux conseils formulés par le corps médical et soucieuses d'apporter le meilleur à leur futur enfant, sont donc dans ce contexte très mal informées.

La grossesse entraîne de nombreuses modifications chez la femme, mais ne contre-indique en rien la réalisation des soins dentaires si certaines précautions sont prises. Néanmoins, certains professionnels de santé restent encore hésitants, ce qui témoigne d'un manque de connaissance sur les possibilités thérapeutiques pendant cette période.

La maîtrise de ces informations par l'ensemble des professionnels de santé, travaillant au contact des femmes enceintes, permettrait de sensibiliser les patientes sur l'importance d'une prise en charge bucco-dentaire durant la grossesse, et d'éradiquer les anciennes croyances.

Les connaissances des professionnels de santé, peuvent être développées à différents stades : lors de la formation initiale et durant la formation continue. Les recommandations étant fréquemment réactualisées, notamment concernant les prescriptions, il est donc indispensable de mettre à jour les connaissances des praticiens régulièrement. C'est pourquoi nous avons réalisé un site internet d'information destiné aux professionnels de santé, contenant également des supports vidéos, argumentés par un pharmacien, un gynécologue-obstétricien et deux



chirurgiens-dentistes. L'objectif est de toucher le maximum de professionnels de santé, en facilitant l'accès à la formation continue.

La première partie aborde la santé dentaire des femmes enceintes, les recommandations et les lacunes concernant la prise en charge actuelle, ce qui représente un réel problème de santé publique. Les risques liés à l'absence de soin dentaire pendant la grossesse sont également longuement développés. Ensuite, des solutions sont envisagées, afin de tenter d'améliorer la prise en charge bucco-dentaire des patientes enceintes.

Dans la deuxième partie, les sept items du site internet sont présentés. Des conseils sont bien sûr apportés aux chirurgiens-dentistes, afin d'apporter les clefs d'une prise en charge sereine et adaptée des femmes enceintes au cabinet dentaire. Mais le site est également et surtout destiné à l'ensemble des professionnels de santé encadrant la grossesse, dans le but, qu'ils acquièrent suffisamment de connaissances afin de délivrer les bons conseils à leurs patientes. Ceci est en effet, la condition nécessaire à une prise en charge bucco-dentaire adaptée des femmes enceintes pendant leur grossesse.

## **2 La santé dentaire des femmes enceintes : un réel problème de santé publique**

### **2.1 Recommandations concernant la prise en charge bucco-dentaire des femmes enceintes**

La prise en charge bucco-dentaire des femmes enceintes représente un réel enjeu de santé publique, les recommandations sur ce sujet sont nombreuses, et régulièrement remises à jour. Celles-ci visent surtout à informer les praticiens et leurs patientes sur la faisabilité des soins dentaires pendant la grossesse. Elles expliquent également aux professionnels de santé les précautions à prendre lors des soins ainsi que les éléments d'éducation sanitaire à apporter aux patientes.

#### **2.1.1 Haute Autorité de Santé**

La Haute Autorité de Santé (HAS) a été dotée, dès 2004, d'une mission d'information « des professionnels de santé et du public sur le bon usage des soins et les bonnes pratiques » (1). Elle travaille entre autres sur les stratégies de prévention de la carie dentaire, avec pour objectifs au niveau national, le dépistage et les soins précoces chez les enfants et les adolescents. Ainsi, a été mis en place le programme de prévention MT'dents avec l'instauration d'un examen bucco-dentaire pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie, proposé aux enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans.

Sur le même modèle, la HAS insiste également sur la santé bucco-dentaire de la maman, avec un dépistage et des soins précoces durant la grossesse : un examen bucco-dentaire systématique, réalisé par un chirurgien-dentiste est recommandé dès le début du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse.

Suivant les recommandations de la HAS, un bilan bucco-dentaire pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie, similaire au MT'dents chez l'enfant, a été mis en place en France, en juin 2014. La patiente reçoit un feuillet pré-identifié, le télécharge sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr), ou le retire dans l'agence de CPAM dont elle dépend et se présente chez le chirurgien-dentiste conventionné de son choix. Le but de la mise en place de ce bilan est de favoriser l'accès aux soins dentaires pour les femmes enceintes (Annexe 1).

La grossesse et la petite enfance sont des moments cruciaux en matière de prévention : en effet les futurs parents sont davantage réceptifs aux conseils donnés en matière d'éducation à la santé. La HAS émet ainsi des recommandations visant à diffuser des messages aux parents sur la santé bucco-dentaire de leur futur enfant, et précise que ces messages doivent être délivrés non seulement par les chirurgiens-dentistes mais également par l'ensemble des professionnels de santé travaillant au contact de la femme enceinte : médecins, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, puéricultrices, personnels des centres de PMI (1).

### **2.1.2 Association Européenne de Dentisterie Pédiatrique**

L'Académie Européenne de Dentisterie Pédiatrique (EAPD) est une organisation dont le but est de promouvoir l'odontologie pédiatrique afin de favoriser la santé bucco-dentaire des enfants.

L'EAPD suggère d'agir en amont ; c'est-à-dire avant la naissance de l'enfant, durant la grossesse. La plupart des futures mères se consacrent entièrement à l'enfant qu'elles attendent et ont tendance à négliger leur propre santé bucco-dentaire.

L'EAPD a donc rédigé un guide, abordant la santé bucco-dentaire des femmes enceintes et de leurs nourrissons à venir, afin de les motiver aux bonnes habitudes d'hygiène, et de les informer sur l'importance de leur santé orale.

L'EAPD recommande de diminuer au maximum les collations sucrées entre les repas. Elle évoque, de plus, très succinctement, les différents problèmes bucco-dentaires possibles pendant la grossesse et rappelle que le brossage des dents reste le meilleur moyen de prévention.

L'EAPD préconise de plus une visite régulière chez le chirurgien-dentiste, en informant le praticien de cet état physiologique de grossesse, afin d'adapter le plan de traitement, ainsi que la prise en charge (2).

### **2.1.3 American Academy of Pediatric Dentistry**

L'American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), fondée en 1947, est une organisation composée de membres représentant la spécialité d'odontologie pédiatrique.

Le fruit de leur travail est un manuel de référence, ou Guideline (3), destiné à tous les chirurgiens-dentistes, aux médecins et autres professionnels de santé, ainsi qu'aux agences gouvernementales et responsables politiques de santé. Le but est

d'encourager les soins dentaires chez les enfants (du nourrisson à l'adolescent) sur le plan préventif mais aussi thérapeutique.

L'AAPD met en avant le risque d'accouchement prématuré, de naissance d'enfant de faible poids et de pré-éclampsie, en cas de mauvaise santé bucco-dentaire. De plus, en cas de présence de réservoirs bactériens bucco-dentaires chez la mère, il existe un réel risque de transmission de bactéries cariogènes de la mère à l'enfant, avec principalement l'implication de streptocoques mutans.

Ainsi, l'AAPD recommande aux femmes enceintes une hygiène bucco-dentaire stricte avec l'utilisation d'un dentifrice fluoré, associé au fil dentaire, et aux bains de bouche sans alcool à base de fluorure de sodium. En cas de vomissements, afin de prévenir les phénomènes d'érosion dentaire, l'AAPD conseille de se rincer la bouche avec de l'eau mélangée à une petite cuillère de bicarbonate de soude et d'attendre environ une heure avant de se brosser les dents.

L'AAPD insiste aussi sur l'éducation des patientes, et considère la grossesse comme un moment opportun pour leur apporter les informations nécessaires au maintien de la bonne santé bucco-dentaire. Ces informations doivent être intégrées aux discours de chaque professionnel de santé travaillant au contact des femmes enceintes.

Elle recommande également d'aborder les habitudes alimentaires avec les patientes, qui sont souvent victimes de fringales, et qui augmentent le nombre de prises alimentaires riches en sucre. Ces apports sucrés réguliers modifient le pH salivaire, et entraînent un déséquilibre du processus de reminéralisation et de déminéralisation, existant à la surface des dents.

En ce qui concerne les visites chez le chirurgien-dentiste, l'AAPD recommande des contrôles réguliers, ainsi que d'effectuer les soins nécessaires, en insistant de nouveau sur la diminution des réservoirs en streptocoques mutans. Elle précise que la majorité des soins dentaires sont possibles pendant la grossesse, avec la possibilité de réaliser des radiographies de diagnostic et l'usage d'anesthésiques locaux. La période idéale de soin correspond au 2<sup>ème</sup> trimestre. Mais toute urgence intervenant à n'importe quel moment de la grossesse, doit être prise en charge le plus rapidement possible, afin d'éviter tout risque d'infection pour la mère, et indirectement pour le fœtus.

## **2.2 Une réalité épidémiologique bien différente des recommandations**

Malgré une évolution constante des progrès de la médecine, on relate encore beaucoup de discordances entre les recommandations et les faits constatés. Les idées reçues sont encore bien ancrées dans les mœurs et les aprioris dominant encore beaucoup. Plusieurs études en témoignent avec des chiffres révélateurs, l'une d'entre elles réalisée en France.

### **2.2.1 Etude MaterniDent (France, 2009)**

L'étude MaterniDent est une étude transversale multicentrique, menée auprès de 904 patientes en suite de couche, entre septembre 2008 et octobre 2009, au sein de 3 pôles de maternité français (2 parisiens et 1 à Toulouse). Les données ont été recueillies à l'aide d'auto-questionnaires.

Les objectifs de cette étude étaient d'étudier la nature et la fréquence des problèmes bucco-dentaires ressentis par les femmes enceintes et d'évaluer la fréquence de visite chez le chirurgien-dentiste pendant la grossesse.

Les résultats de cette étude mettent en évidence des chiffres assez accablants : 57% des femmes ont déclaré avoir ressenti au moins un problème bucco-dentaire pendant la grossesse. Dans 42% des cas, cela concernait des problèmes gingivaux, et dans 20% des douleurs dentaires.

56 % des 904 femmes, soit plus de la moitié des patientes, n'ont pas consulté de chirurgien-dentiste pendant la grossesse, et seules 18 % ont consulté pour un bilan bucco-dentaire. Les femmes enceintes ne possédant pas de couverture complémentaire, ainsi que les patientes les plus jeunes, sont celles qui sollicitent le moins un examen de prévention.

Cette étude révèle que près d'une femme enceinte sur cinq a ressenti des douleurs bucco-dentaires, sans pour autant consulter de chirurgien-dentiste (4). Ces résultats montrent qu'en France, les constatations sont donc bien éloignées des recommandations actuelles.

Qu'en est-il de la situation outre-atlantique, avec l'exemple des Etats-Unis ?

### **2.2.2 Etude MIHA (Etats-Unis, 2007)**

L'étude MIHA (The Maternal Infant Health Assessment) est une enquête californienne réalisée entre 2002 et 2007, sur 21 732 femmes enceintes en suite de couche, dont la

grossesse a abouti à la naissance d'un enfant vivant. L'objectif de cette étude était d'examiner la prévalence des soins dentaires pendant la grossesse, et les raisons liées à l'absence de soin.

La moitié des femmes ont déclaré avoir eu un problème dentaire pendant la grossesse : le plus souvent des douleurs dentaires, douleurs gingivales, et saignements. Les patientes présentant le plus de problèmes dentaires pendant la grossesse étaient autochtones américaines, celles dont la grossesse était non souhaitée, ainsi que les femmes ayant fumé pendant la grossesse.

Deux tiers des femmes ayant accouché en Californie n'ont pas reçu de soin dentaire pendant la grossesse, pourtant 62% d'entre elles présentaient un problème buccal. Les chiffres témoignent d'une absence de soin dentaire pendant la grossesse plus importante chez les femmes appartenant à une ethnie minoritaire, les femmes moins instruites, à faibles revenus, ne possédant pas d'assurance au cours du premier trimestre, ne parlant pas anglais au sein du foyer, ou encore ne bénéficiant pas de soins médicaux réguliers avant la grossesse.

Les résultats obtenus doivent être considérés comme une préoccupation majeure, en raison du risque encouru par la future maman sur sa propre santé, mais aussi sur celle de son futur enfant. Les auteurs encouragent les campagnes à élargir leur champ d'action, en ciblant à la fois les femmes enceintes et leurs entourages, mais également les professionnels de santé travaillant au contact des futures mamans.

Des actions doivent avoir lieu du côté des décideurs politiques afin de réduire les disparités en matière d'accès aux soins. La santé bucco-dentaire doit avoir le même niveau d'importance que la santé générale (5).

## ***2.3 Les causes des renoncements aux soins dentaires chez la femme enceinte.***

### **2.3.1 Les craintes des femmes enceintes**

Les études citées précédemment mettent l'accent sur le fait que les femmes enceintes ne ressentent pas le besoin de consulter, ou de recevoir des soins dentaires. Cela témoigne d'un manque de connaissance sur l'importance que peut avoir une pathologie bucco-dentaire sur le bon déroulement de la grossesse (risque majoré de fausse couche, pré-éclampsie, etc...).

Les raisons financières représentent également un obstacle pour un certain nombre de femmes enceintes, mais cela correspond néanmoins à une plus faible proportion (5).

Beaucoup d'entre elles sont également convaincues, à tort, de la nocivité des produits utilisés pour la réalisation des soins, et craignent de mettre en danger leur futur enfant (4). L'utilisation d'anesthésiques locaux, de rayons X pour les radiographies, de certains matériaux d'obturations inquiètent et effrayent, d'où la volonté de la part des femmes enceintes de reporter les soins après l'accouchement.

D'autres femmes ne consultent pas car elles pensent que la survenue de problèmes dentaires, ainsi qu'un mauvais état bucco-dentaire au cours de la grossesse est normal, et l'acceptent comme une fatalité (6)(7).

### **2.3.2 Les réticences de certains chirurgiens-dentistes**

La réticence aux soins dentaires pendant la grossesse peut provenir des chirurgiens-dentistes eux-mêmes, car beaucoup d'entre eux ne sont pas à jour de leurs connaissances, et préfèrent différer les soins après l'accouchement, voire à la fin de l'allaitement maternel. La peur d'effectuer une faute professionnelle, de déclencher un travail précoce, ou encore d'effectuer un geste pouvant être dangereux pour le fœtus amène certains chirurgiens-dentistes à reporter les soins (4).

En France, 2 études réalisées dans le Nord-Pas-de-Calais en 2014 révèlent qu'environ 10% des chirurgiens-dentistes refusent encore de soigner les patientes enceintes (8)(9).

Il est donc important de continuer à former et à sensibiliser les chirurgiens-dentistes sur ce problème. Une campagne d'information lancée par l'Assurance Maladie a été réalisée en 2016, avec l'envoi d'une plaquette synthétique aux chirurgiens-dentistes de différentes régions françaises (Annexe 2). Un entretien confraternel d'information avec le chirurgien-dentiste conseil était ensuite proposé aux praticiens. Dans la seule région des Hauts de France, cette campagne a permis de réaliser 1740 entretiens confraternels dont 1174 téléphoniques. 294 refus ont été comptabilisés. Ces résultats témoignent de l'intérêt des praticiens pour ce sujet.

### **2.3.3 L'influence des professionnels de santé encadrant la grossesse**

Une étude réalisée aux Etats Unis en 2009, déclare que 49% des obstétriciens ne recommandent que rarement la réalisation d'un examen dentaire pendant la grossesse, voire ne le recommandent jamais (7). D'autres professionnels de santé recommandent même aux patientes de ne pas consulter au cours de la grossesse et d'attendre l'accouchement avant de réaliser les soins dentaires (5).

Ces messages ont un retentissement important chez les patientes, puisqu'ils proviennent du corps médical. Il est donc important de sensibiliser les professionnels de santé encadrant la grossesse aux recommandations actuelles, afin qu'ils apportent les bons conseils à leurs patientes.

Une enquête Lilloise, réalisée sur 386 femmes enceintes de l'Hôpital Jeanne de Flandre, met en évidence que lorsqu'un professionnel de santé encadrant la grossesse donne le conseil de consulter un chirurgien-dentiste, il est suivi dans 75% des cas. Pour celles qui n'avaient pas reçu ce conseil, seulement 30% avaient consulté un chirurgien-dentiste (9).

L'information sur les soins bucco-dentaires pendant la grossesse, doit donc être développée à plusieurs niveaux : autant du côté des patientes que de celui des professionnels de santé. Cela implique un travail sur la formation initiale et continue des professionnels de santé au contact de la femme enceinte, ainsi que sur la diffusion des messages de prévention auprès des femmes enceintes.

## **2.4 Comment améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires pour les femmes enceintes ?**

### **2.4.1 La formation des professionnels de santé**

#### ***2.4.1.1 La prévention bucco-dentaire des femmes enceintes, un travail pluridisciplinaire***

L'état de grossesse impose un suivi régulier, ce qui multiplie pour l'équipe médicale les occasions d'informer les patientes sur l'importance d'une bonne santé orale et la nécessité de consulter un chirurgien-dentiste (10).

L'impact de prévention est donc potentiellement énorme, si l'on arrive à convaincre les professionnels de santé encadrant la grossesse, de diffuser les messages de prévention bucco-dentaire aux femmes enceintes.



Comme le recommande l'AAPD, les programmes d'études des professions de santé doivent inclure l'éducation en matière de santé orale (3). Effectivement, cela s'adresse aux médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, infirmiers, pharmaciens et les professions paramédicales. Ces professionnels de santé doivent être en mesure d'apporter des conseils en matière d'éducation sanitaire aux patientes. Il est important de les sensibiliser à ce problème de santé publique, afin qu'ils diffusent les messages de prévention à grande échelle.

#### **2.4.1.2 La formation initiale et continue**

Depuis environ 15 ans, les chirurgiens-dentistes acquièrent des connaissances sur la prise en charge de la femme enceinte, dès leur cursus universitaire, c'est-à-dire pendant leur formation initiale. Cet apprentissage diffère en fonction du lieu d'études, avec un programme plus ou moins développé sur le sujet. Il s'avère néanmoins que les chirurgiens-dentistes ayant obtenu leur diplôme, manquent davantage de connaissances dans ce domaine, ce qui semble s'expliquer par la formation initiale qu'ils ont reçue (11).

Les connaissances évoluant en permanence, notamment en matière de prescriptions, une remise à jour régulière est donc nécessaire, quel que soit le niveau de formation initiale. Il est donc important de conseiller aux praticiens de mettre régulièrement leurs connaissances à jour, lors de formations, en lisant des articles ou en consultant un site internet fréquemment réactualisé. Concernant les prescriptions aux femmes enceintes, le site du Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT), le Vidal, le Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) ou le site du Lactmed doivent être consultés en cas de doute (12)(13)(14)(15).

Les obstétriciens, eux, sont en général bien conscients des risques d'une mauvaise santé bucco-dentaire sur le bon déroulement de la grossesse, même si cela ne figure pas dans leur cursus de formation initiale. En revanche ils reconnaissent, ne pas apporter suffisamment de conseils en matière de santé orale, ni même inciter leurs patientes à consulter de chirurgien-dentiste. Un travail de sensibilisation reste donc encore à faire auprès de ces professionnels de santé.

Ajoutons le cas des sages-femmes, pour lesquelles le cursus universitaire ne comprend en général aucun cours de prévention bucco-dentaire chez la femme enceinte.

Il paraît nécessaire pour l'ensemble des professionnels de santé de participer à une formation continue, ajoutons que la plupart semble demandeurs (11)(16).

Effectivement même si bon nombre d'entre eux possèdent des connaissances, celles-ci paraissent insuffisantes au vu des nombreuses lacunes constatées sur la prise en charge bucco-dentaire des femmes enceintes au quotidien.

## **2.4.2 L'information des patientes**

Les informations sur l'importance de la santé bucco-dentaire pendant la grossesse doivent parvenir jusqu'aux femmes enceintes de façon unanime, c'est-à-dire que tous les professionnels de santé encadrant la grossesse se doivent de tenir un discours clair et identique. Trop de femmes enceintes reçoivent des discours différents et préfèrent alors ne pas prendre de risque et reporter la consultation chez le chirurgien-dentiste après l'accouchement.

Il est bien connu que les patientes pensent s'informer via internet, où les informations sont bien souvent erronées. Les professionnels de santé doivent délivrer les bonnes informations le plus tôt possible afin d'éviter les controverses.

Dans ce domaine, l'Assurance Maladie envoie des documents d'information aux femmes enceintes, avec le feuillet d'invitation à consulter pour un bilan bucco-dentaire. Le but est d'inciter les femmes enceintes à consulter un chirurgien-dentiste et de rassurer les patientes quant à la possibilité de réaliser les soins dentaires, les radiographies et les anesthésies locales pendant la grossesse (Annexe 1 page 4 et 5). Ces fiches d'information apportent de plus, de nombreux conseils concernant la santé bucco-dentaire de l'enfant, en abordant le risque de contamination croisée (Annexe 1 page 2 et 3). La maladie carieuse fait intervenir des bactéries qui peuvent être transmises à l'enfant, pour cela il faut éviter certains comportements, tels que : nettoyer la tétine dans sa bouche, goûter les plats avec la même cuillère que l'enfant, embrasser son enfant sur la bouche, utiliser la même brosse à dent. Les bonnes habitudes à mettre en place dès la naissance sont expliquées : le brossage doit être mis en place dès l'apparition des premières dents, le matériel de brossage doit être adapté et évolue en fonction de l'âge de l'enfant. Avant l'apparition des dents, les gencives peuvent être nettoyées à l'aide d'une compresse humide (17).

## **2.4.3 Les moyens mis en place dans la région Nord-Pas-de-Calais**

### ***2.4.3.1 La prévention dentaire en consultation obstétricale***

Au sein de l'hôpital Jeanne de Flandre de Lille, la question bucco-dentaire a été introduite dans le questionnaire d'entretien du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse du suivi

obstétrique. Cette initiative du Pr Damien Subtil, gynécologue-obstétricien, responsable médical du Pole Femme-Mère et Nouveau Né au CHRU de Lille devrait permettre d'aborder la prévention bucco-dentaire de façon systématique. Elle permet de sensibiliser les futures mères, puisque le sujet est abordé par le professionnel de santé qui suit la grossesse.

Il serait intéressant que cette démarche soit développée dans chaque service de gynécologie-obstétrique. L'abord de la santé bucco-dentaire en consultation obstétricale devrait devenir un réflexe.

#### ***2.4.3.2 Le développement de la formation initiale***

Il faudrait développer la formation initiale des professionnels de santé, concernant les soins dentaires chez la femme enceinte. Une initiative lilloise a été mise en place en 2015 en ce sens : les études de science maïeutique des écoles lilloises, aborde dorénavant la prévention bucco-dentaire chez les femmes enceintes. Une heure de cours est présentée en 4<sup>ème</sup> et dernière année par un chirurgien-dentiste. Quant à la faculté de chirurgie dentaire de Lille, un cours pluridisciplinaire réalisé par un chirurgien-dentiste et un gynécologue-obstétricien, est dispensé aux étudiants de 4<sup>ème</sup> année.

Cette idée est également défendue par l'UFSBD, qui recommande d'intégrer au programme de formation initiale des professionnels médicaux et autres professions de santé (infirmière, aide-soignante paramédicaux), un module sur la santé bucco-dentaire et la prise en charge de l'hygiène. Elle parle de création d'une « culture commune entre professionnels » (18).

Ces initiatives permettent l'acquisition de connaissances, afin d'optimiser la prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte. Il serait bénéfique de poursuivre ce travail de formation initiale, et de l'étendre à d'autres écoles ou facultés de France (18). Il pourrait être intéressant également de mettre en place une formation initiale des gynécologues-obstétriciens sur ce thème. Actuellement, il est regrettable que cela ne fasse pas encore partie de leur programme d'enseignement.

#### ***2.4.3.3 Une initiative de formation continue***

En 2014, un groupe de travail pluridisciplinaire regroupant des médecins (gynécologue-obstétriciens, médecins généralistes), pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes a été créé à l'hôpital Jeanne de Flandre de Lille, à l'initiative de Pr Damien Subtil. Cinq soirées pluridisciplinaires d'information ont été organisées

à travers toute la région Nord-Pas-de-Calais, de septembre à octobre 2014 ; à l'aide des réseaux de périnatalité (Bien naître en Artois, Naître dans le Douaisis, OMBREL, PAULINE, Réseau périnatalité Hainaut) un référentiel a été diffusé, s'adressant aux chirurgiens-dentistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, médecins généralistes et pharmaciens présents. Plusieurs thèmes ont été abordés : les recommandations actuelles, les répercussions de la grossesse sur la sphère orale, les pathologies dentaires et leurs impacts pendant la grossesse, le bilan de prévention dentaire proposé par l'Assurance Maladie, la prise en charge d'une femme enceinte au cabinet dentaire et les prescriptions.

Une étude, menée par le Docteur Sophie Tholliez et le Professeur Damien Subtil a été réalisée au cours de ces soirées, afin d'évaluer l'état des connaissances des professionnels de santé présents sur la prise en charge bucco-dentaire pendant la grossesse. Elle a permis également d'évaluer l'intérêt de ces soirées d'information avec l'évaluation de l'amélioration du niveau de connaissances.

Il en découle que l'état des connaissances actuel reste insuffisant. Chez les professionnels de santé non chirurgiens-dentistes, seuls 10% d'entre eux déclarent avoir reçu une formation sur les soins dentaires auparavant (8). Notamment, les notions étaient insuffisantes concernant la faisabilité des radiographies (panoramique et intra-orales), la possibilité de réaliser les soins dentaires pendant la grossesse et au sujet des prescriptions. Les connaissances à l'issue des soirées s'avèrent nettement améliorées, et témoignent une fois de plus de la nécessité de proposer des formations continues aux professionnels travaillant au contact de la femme enceinte.

Cependant, un gros problème a été révélé lors de ces soirées : très peu de professionnels de santé (en particulier les médecins) n'ont suffisamment le temps pour se déplacer en formation.

Il paraît donc intéressant de faciliter l'accès aux formations continues. C'est pourquoi est venue l'idée de réaliser un site d'information destiné aux professionnels de santé travaillant au contact de la femme enceinte. L'objectif est de toucher le plus grand nombre de professionnels de santé.

### 3 Les différents thèmes abordés sur le site internet d'information

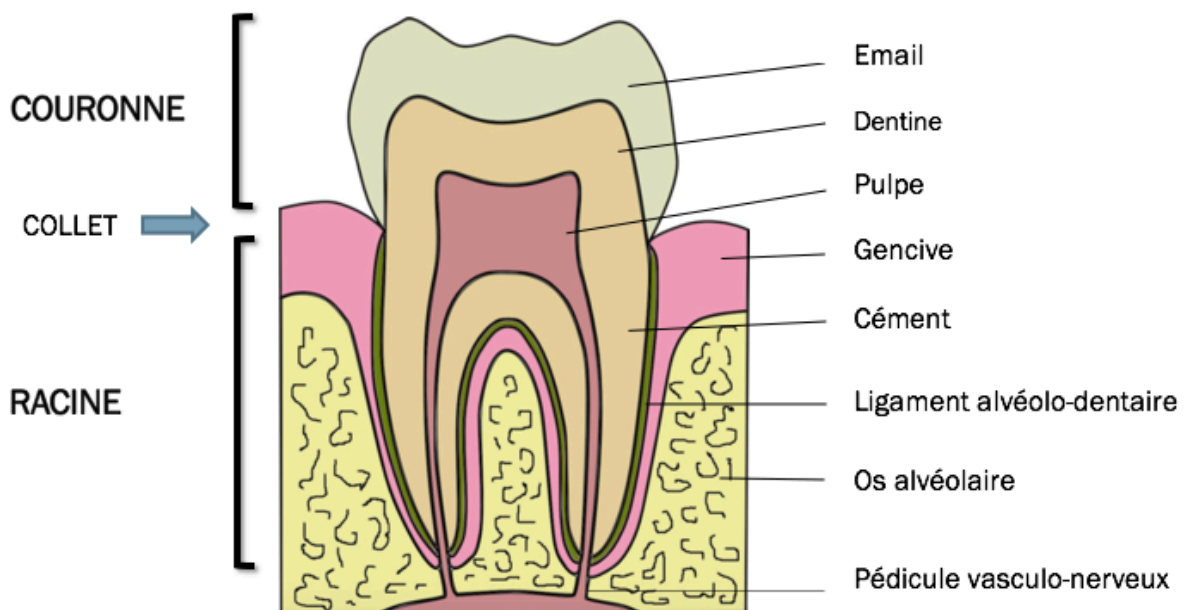
Le site aborde sept thèmes essentiels à la bonne prise en charge de la femme enceinte sur le plan bucco-dentaire. Il comporte des vidéos argumentées par des professionnels de santé : gynécologue-obstétricien, pharmacien et chirurgiens-dentistes.

Il est consultable via l'adresse URL : <http://spin.univ-lille2.fr/fileadmin/ressources/Pedo/index.html>.

#### 3.1 Quelques rappels de chirurgie dentaire

Le but de cette première partie est d'initier les professionnels de santé non odontologistes au vocabulaire bucco-dentaire, afin de pouvoir suivre les vidéos suivantes plus aisément.

##### 3.1.1 L'organe dentaire



**Figure 1 : Coupe anatomique d'une dent**

Quelques rappels sont tout d'abord apportés sur l'anatomie de la dent, en dissociant les tissus durs (l'émail et la dentine) des tissus de soutien appelés parodonte (l'os alvéolaire, la gencive, le desmodonte, le cément).

La dent est creusée d'une cavité pulpaire où se loge le nerf, appelée également la pulpe dentaire. Cet axe vasculo-nerveux communique avec le reste du système

nerveux et vasculaire par l'intermédiaire des orifices situés à l'apex de chaque dent (19). En cas d'atteinte, il peut alors être responsable de douleurs importantes.

Ainsi, il existe deux grands types de pathologies touchant la femme enceinte :

- Les pathologies de l'organe dentaire : lésions carieuses, érosion dentaire, pulpopathies.
- Les pathologies du parodonte : gingivite, épulis, parodontite.

### **3.1.2 Les douleurs**

Les douleurs peuvent être la conséquence de pathologies atteignant l'odonte ou le parodonte. Les femmes enceintes présentent une certaine susceptibilité face à la survenue de ces pathologies, en raison des modifications qu'entraîne la grossesse.

#### ***3.1.2.1 Les atteintes dentaires***

La carie dentaire représente un véritable fléau mondial. Il s'agit d'une maladie infectieuse multifactorielle d'origine bactérienne. Elle se caractérise par une déminéralisation de l'émail, voire de la dentine liée au développement et à la stagnation du biofilm. L'alimentation souvent plus riche en sucre et plus fragmentée avec des grignotages, et la baisse du pH en cas de vomissement augmentent le risque carieux chez la femme enceinte.

Plusieurs formes cliniques existent :

- La carie de l'émail qui ne provoque pas de douleur.
- La carie de la dentine : la lésion carieuse envahit le tissu dentinaire et la propagation se fait via les tubuli dentinaires. La dentine se ramollit, sur le plan clinique, la sonde s'enfonce dans la cavité. Les douleurs sont plus ou moins modérées et provoquées par le chaud, le froid, le sucre, et les acides.

Ces lésions carieuses peuvent à leur tour provoquer des lésions pulpaires lorsqu'elles ne sont pas prises en charge.

#### ***3.1.2.2 Les pathologies de la pulpe***

Il est important de savoir que la pulpe est contenue dans une cavité close et inextensible, elle réagit au sein de cette cavité face à des agressions microbiennes, traumatiques, thermiques, et mécaniques.

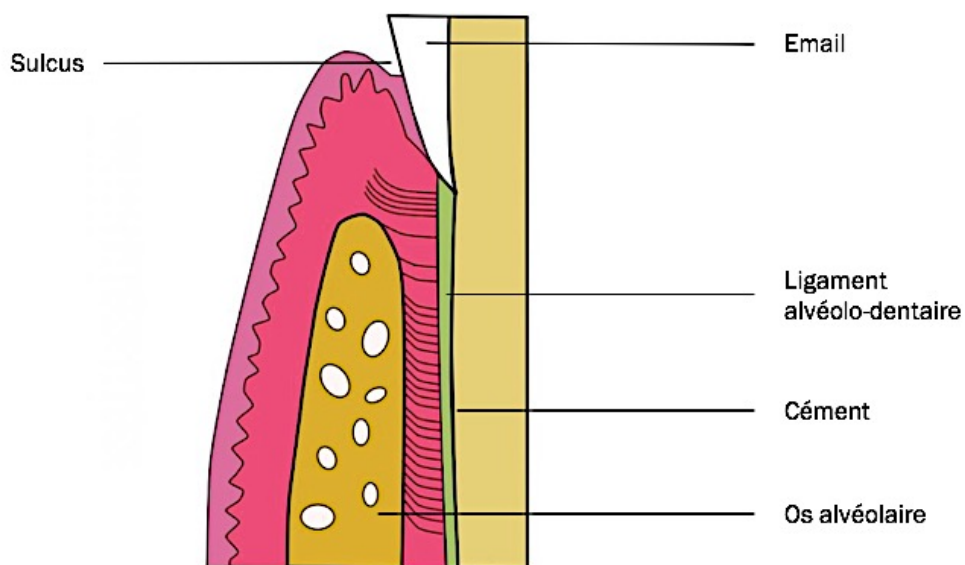
Cela se manifeste par différentes atteintes pulpaires :

- La pulpite réversible : il s'agit d'une irritation pulpaire de faible intensité, les douleurs sont provoquées et réversibles.

- La pulpite irréversible : il s'agit d'une irritation pulpaire permanente, les douleurs sont intenses, spontanées, intermittentes, pulsatiles, réfractaires aux antalgiques.
- La nécrose pulpaire : les douleurs sont spontanées, continues, intenses, localisées, et exacerbées à la mastication (20).

Ces manifestations pulpaires sont bien souvent le motif des consultations en urgence chez la femme enceinte.

### 3.1.2.3 Les atteintes parodontales



**Figure 2 : Coupe anatomique de parodonte**

Les parodontopathies affectent les tissus de soutien de la dent, on parle de gingivite lorsqu'elles touchent le parodonte superficiel, de parodontite lorsqu'elles touchent le parodonte profond (destruction irréversible du tissu de soutien de la dent, avec alvéolyse, c'est-à-dire une destruction de l'os alvéolaire).

Au cours de la grossesse, l'activité endocrinienne du placenta a pour conséquence une augmentation du taux des hormones stéroïdes, entraînant une certaine prédisposition de la femme enceinte aux pathologies du tissu de soutien de la dent. Il faut donc être très vigilant sur les symptômes ressentis et les signes cliniques visibles en bouche.

La gingivite est une inflammation de la gencive induite le plus souvent par l'accumulation de plaque, mais peut également être liée à la modification de certains

facteurs systémiques (puberté, grossesse). La gencive est rouge foncé, œdématiée et saigne abondamment. La gingivite est réversible mais reste évolutive en cas d'absence de soin. Elle évolue alors vers des formes plus sévères, telle que la parodontite. Il s'agit d'une destruction des tissus de soutien, avec la présence de poches parodontales et d'une destruction osseuse. Il faut intervenir le plus tôt possible pour stopper la progression par des traitements spécifiques, tels que : détartrage, surfaçages radiculaires, irrigations sous gingivales, antibiothérapie lorsqu'elle est nécessaire (21)(22).

## **3.2 *Quels messages délivrer aux patientes***

### **3.2.1 Possibilités de soins**

Il faut avant tout rassurer les patientes quant à la possibilité de réaliser les soins dentaires pendant la grossesse, et surtout les informer sur les conséquences possibles en cas d'abstention thérapeutique.

En réalité, aucun soin n'est contre indiqué tant que le bénéfice apporté est supérieur au risque encouru. Il faut néanmoins prendre certaines précautions, notamment concernant la gestion du stress, la prévention du syndrome cave (hypotension maternelle en position allongée), lors des prescriptions (23)...

Les inquiétudes des patientes concernent principalement l'anesthésie, l'amalgame et les radiographies. Il faut rassurer les patientes : l'utilisation d'anesthésiques locaux est tout à fait possible, et ne présente aucun risque pour la future maman et le fœtus si les précautions sont respectées (24)(13). Il en est de même pour la réalisation de radiographies intra-orales, ou panoramique où les doses d'exposition sont bien en dessous du seuil tératogène de 10 cGray (25)(26).

En ce qui concerne la toxicité liée au mercure, l'Assurance Maladie recommande, en cas de grossesse ou d'allaitement, la pose du champ opératoire (ou digue) lors de la dépose d'amalgame et avec une aspiration efficace (pompe à salive et aspiration chirurgicale) (11)(27).

Tous les soins sont donc possibles après évaluation du rapport bénéfice/risque, alors que l'abstention thérapeutique peut être au contraire bien plus préjudiciable pour la maman et le fœtus. L'information quant à la possibilité de réaliser des soins dentaires pendant la grossesse, doit être connue de tous les professionnels de santé et doit être communiquée à chaque patiente enceinte ou envisageant une grossesse.



### **3.2.2 Les conseils alimentaires**

L'hygiène alimentaire fait partie des conseils à apporter aux patientes enceintes lors des consultations. Là encore beaucoup d'idées reçues existent, la grossesse ne justifie pas une alimentation pour deux. Effectivement, selon l'Institut de médecine américain, l'alimentation de la femme enceinte est semblable à celle de tout autre adulte, excepté au 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre, où des besoins supplémentaires sont nécessaires pour le développement du fœtus. Bien entendu, cela diffère en fonction de plusieurs facteurs : âge, activité physique, IMC avant la grossesse, grossesse gémellaire (28)(29). Les besoins journaliers caloriques d'une femme enceinte tournent autour de 2200 à 2900 kilocalories, tandis qu'en dehors de la grossesse, les besoins caloriques quotidiens d'une femme sont de 1900 à 2500 kcal (30).

En France, le programme national nutrition-santé préconise une alimentation équilibrée et variée, afin d'éviter les carences. Il faut être vigilant pour éviter une prise de poids excessive. Les sucreries et les boissons acides doivent être évitées lors des collations. En revanche les fruits, produits laitiers et l'eau doivent être privilégiés. La prévention des carences peut aussi impliquer la prise de suppléments médicamenteux ou de compléments alimentaires, sous contrôle médical.

Ces conseils alimentaires peuvent être complétés par le maintien d'une activité physique régulière (marche, natation, gymnastique légère...) (31)(32)(33).

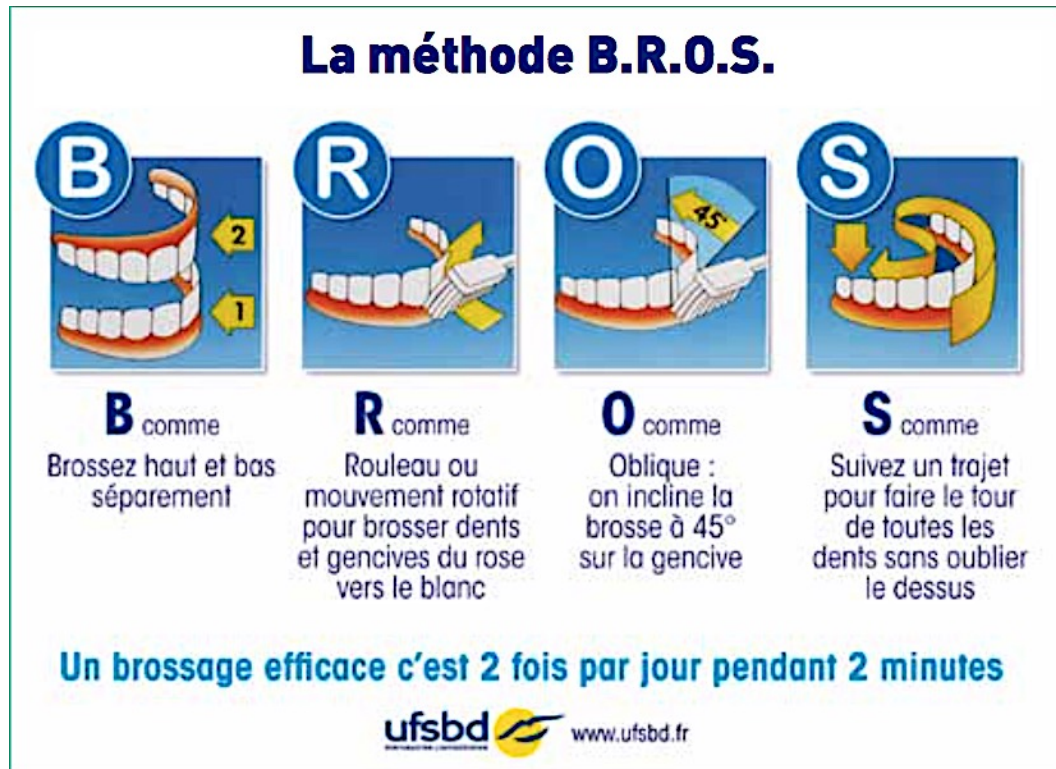
Une bonne alimentation n'intervient pas seulement sur le bon déroulement de la grossesse, mais cela participe également à une bonne santé bucco-dentaire et plus particulièrement à la prévention des lésions carieuses et d'éventuels phénomènes d'érosion dentaire. D'où l'importance pour les professionnels de santé de diffuser ces messages d'informations lors des consultations.

### **3.2.3 Une hygiène bucco-dentaire optimale**

L'hygiène bucco-dentaire reste le moyen le plus efficace pour lutter contre la survenue de pathologies dentaires. Il est donc nécessaire de transmettre aux patientes certaines règles simples, afin d'obtenir une hygiène optimale.

Le brossage des dents doit être effectué après chaque prise alimentaire. En cas d'impossibilité, il est recommandé de mâcher un chewing-gum à base de xylitol ou sorbitol pendant 20 minutes, ce qui permet de stimuler le flux salivaire et donc de neutraliser les attaques acides (34), ou au moins de se rincer la bouche à l'eau.

Le brossage doit être réalisé avec un dentifrice fluoré contenant au moins 1500 ppm de fluor et une brosse à dents à poils souples (diamètre maximum de 15/100<sup>ème</sup> de mm), changée régulièrement (environ tous les 2 à 3 mois). Le geste doit être adapté et respecter la technique de brossage B.R.O.S (35).



**Figure 3 : Méthode de brossage B.R.O.S (35).**

Afin d'obtenir une hygiène bucco-dentaire optimale, il est nécessaire de compléter le brossage avec l'utilisation du fil dentaire voire de brossettes inter-dentaires quand elles sont nécessaires. Les bains de bouche fluorés et à base de chlorhexidine viennent compléter les mesures d'hygiène de la femme enceinte.

Pour contrer l'acidité des vomissements du 1<sup>er</sup> trimestre et les reflux gastro-œsophagiens du 3<sup>ème</sup> trimestre, il est important de recommander aux patientes de se rincer la bouche avec de l'eau pure ou en y ajoutant du bicarbonate de soude, ceci permet ainsi la remontée du pH intra-buccal. Il faut également attendre au minimum 30 minutes avant de se brosser les dents, car l'action mécanique du brossage couplé à l'acidité gastrique provoque une agression importante de l'émail (36)(23)(37).

Il s'agit d'éléments simples à intégrer dans nos discours face aux patientes. Ces règles doivent être maîtrisées, afin d'instaurer une hygiène bucco-dentaire stricte, et ainsi limiter la survenue de problèmes bucco-dentaires.

### 3.2.4 Prévention de la Carie Précoce du Jeune Enfant

La grossesse est un moment privilégié pour sensibiliser les futurs parents à la santé bucco-dentaire de l'enfant à naître. Le but de cet item est de permettre aux professionnels de santé encadrant la femme enceinte, d'acquérir des connaissances sur la carie précoce du jeune enfant (CPJE). Il s'agit d'informer les patientes, avant la naissance, afin que celles-ci appliquent les bonnes habitudes



**Figure 4 :** Enfant atteint de caries précoces sévères (avec la courtoisie du Dr Delfosse)

d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire dès l'arrivée du nouveau né.

La CPJE est un fléau mondial, aux conséquences dévastatrices pour les enfants qui en souffrent. Elle se définit par la présence d'une ou plusieurs dents temporaires cariées (lésions cavitaires ou non), absentes (pour cause de carie), ou obturées chez un enfant d'âge préscolaire (âgé de 0 à 60 mois) (38). Selon les données épidémiologiques de la HAS, 20 à 30% des enfants âgés de 4 à 5 ans auraient au moins 1 carie non traitée (39).

Afin de prévenir la CPJE, plusieurs points doivent être abordés avec la patiente. Tout d'abord les biberons sucrés doivent être bannis (eau avec sirop, lait chocolaté, jus de fruit, sodas...), il en est de même pour les tétines trempées dans le miel ou dans tout autre produit sucré. Les biberons ne doivent pas être donnés en continu, ni à l'endormissement, excepté s'ils contiennent de l'eau pure. L'allaitement est une prise alimentaire, et doit être considéré comme tel, c'est à dire faire partie intégrante des repas, et être suivi d'un brossage dentaire le plus souvent possible. De même qu'il faut éviter les grignotages répétés, les prises alimentaires au sein multipliées tout au long de la journée, voire de la nuit, favorisent l'apparition de CPJE. Il est donc recommandé d'arrêter l'allaitement à répétition (plus de 5 fois en 24 heures) dès l'apparition des premières dents. Il faut être vigilant également avec les médicaments en sirop qui contiennent souvent beaucoup de sucre, et qui doivent donc être administrés avant le brossage des dents.

L'hygiène bucco-dentaire peut commencer avant l'apparition des premières dents avec le passage d'une compresse humide sur les gencives. Le brossage doit être mis en

place dès l'éruption des premières dents, la HAS recommande un brossage 2 fois par jour avec une brosse à dent et un dentifrice fluoré adapté à l'âge de l'enfant (inférieur ou égal à 500 ppm entre 0 et 3 ans, 500 ppm entre 3 et 6 ans). Il doit être réalisé par les parents avant 3 ans et supervisé par les parents entre 3 et 6 ans (1).

Il faut également informer les patientes du risque de contamination croisée (cf 2.4.2), afin de repousser le plus tard possible la contamination de l'enfant aux bactéries cariogènes, et en particulier le streptocoque mutans (37).

Pour prévenir le plus tôt possible le risque de CPJE, il est recommandé d'effectuer la première consultation chez le chirurgien-dentiste vers l'âge d'un an (3). Cette consultation permettra au chirurgien-dentiste d'évaluer le risque carieux de l'enfant, de prodiguer des conseils d'hygiène adaptés et d'établir un programme de soin si nécessaire.

Plus ces messages seront diffusés par l'ensemble des professionnels de santé, meilleur sera leur impact.

### **3.3 Les risques liés à l'absence de soin**

Afin de mieux comprendre les enjeux d'une prise en charge adéquate de la santé bucco-dentaire pendant la grossesse, nous avons consacré deux items aux répercussions qu'entraîne la grossesse sur la cavité buccale et aux risques encourus par le futur enfant en l'absence de soin.

#### **3.3.1 Altération de l'état bucco-dentaire de la femme enceinte**

##### **3.3.1.1 Les modifications observées**

Pour de nombreuses femmes, la grossesse rime avec problèmes dentaires, lésions carieuses, gencives qui saignent... Il est vrai que la grossesse provoque plusieurs modifications au sein de la cavité buccale, mais en ayant une hygiène bucco-dentaire et alimentaire stricte, ainsi que des contrôles réguliers chez le chirurgien-dentiste, cela n'apparaît plus comme une fatalité.

Des modifications hormonales avec une augmentation du taux d'œstrogènes et de progestérone due à l'activité placentaire provoque une hypervascularisation gingivale, une hydratation et un relâchement des tissus, une vasodilatation des capillaires et une virulence des bactéries parodontopathogènes (40). Ces phénomènes prédisposent la femme enceinte aux pathologies des tissus de soutien de la dent.

On observe également une diminution des cellules T Helper et lymphocytes B, engendrant une diminution des immunoglobulines. Cette diminution des défenses

immunitaires rend la femme enceinte plus vulnérable au développement d'infections et notamment au sein de la cavité buccale.

On retrouve des modifications quantitatives et qualitatives de la salive. Le débit salivaire subit une diminution au cours du premier trimestre. Le pH salivaire évolue également vers une diminution en passant de 6,7 à 6,2 (41). Cette acidité provoque une baisse du pouvoir tampon, et favorise la survenue de lésions carieuses d'autant plus si elle est couplée aux vomissements, nausées, mauvaises habitudes alimentaires et une hygiène bucco-dentaire non rigoureuse.

Toutes ces modifications sont responsables de plusieurs pathologies buccales pouvant être rencontrées au cours de la grossesse.

### **3.3.1.2 Les pathologies buccales en rapport avec la grossesse**

D'après une étude réalisée par l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) en 2012 en France, 51,6% des femmes présentent en moyenne 3 caries à l'issue de leur grossesse (42). En effet, la baisse du pH intra-oral engendrée par les vomissements du premier trimestre, les reflux gastro-œsophagiens du dernier trimestre, et une mauvaise hygiène alimentaire, entraîne une saturation du pouvoir tampon, et un processus d'érosion des tissus dentaires peut se mettre en place (43). Ces déminéralisations favorisent les sensibilités dentaires et le développement de lésions carieuses.

L'évolution des lésions carieuses peut être très rapide, et provoquer des douleurs liées à une atteinte pulpaire. Il est essentiel de traiter ces pathologies au plus vite pour éviter des consultations en urgence.

En ce qui concerne les pathologies du tissu de soutien de la dent, les variations hormonales en l'absence d'une hygiène bucco-dentaire stricte, peuvent entraîner des gingivites et parodontites gravidiques, ainsi que des épulis.

La gingivite gravidique est une réponse inflammatoire régulièrement observée lors de la grossesse, exacerbée par la présence de plaque dentaire et par les changements hormonaux. Elle débute généralement vers le deuxième mois de la grossesse, la gencive marginale devient rouge, œdématisée, et saigne de façon spontanée ou provoquée.

Si elle n'est pas prise en charge, la gingivite évolue vers des formes plus sévères, telle que la parodontite qui se caractérise par une perte d'attache plus ou moins importante

du tissu de soutien de la dent. Elle s'accompagne d'une lyse de l'os alvéolaire pouvant aller jusqu'à des mobilités et déchaussements dentaires. Il s'agit de destructions irréversibles, d'où l'importance d'une prise en charge rapide.

L'épulis gravidique correspond à une hyperplasie gingivale localisée le plus souvent en regard des espaces inter-proximaux des incisives maxillaires (41)(44). Il s'agit d'une tuméfaction molle et rouge d'une taille inférieure ou égale à 2cm. L'épulis est très caractéristique de la grossesse, et lié à la présence de plaque dentaire et à l'augmentation de la progestérone. On parle également de « granulome pyogénique » ou « granulome gravidique ».

Il apparaît au cours du 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse, et régresse spontanément après l'accouchement, ou en fin d'allaitement (45).



**Figure 5 : Gingivite gravidique (23)**



**Figure 6 : Epulis gravidique (23)**

Là encore l'hygiène bucco-dentaire doit être de rigueur afin d'éviter ou de limiter ce type de pathologies. Il faut insister pour que les patientes consultent le plus tôt possible un chirurgien-dentiste afin de réaliser un dépistage bucco-dentaire précoce.

### **3.3.2 Les risques encourus par le fœtus**

Ces pathologies orales peuvent entraîner des complications obstétricales, préjudiciables pour le bon déroulement de la grossesse.

La contamination placentaire a fait l'objet de nombreuses études et plusieurs hypothèses ont été émises parmi lesquelles, les voies hématogènes directe et indirecte seraient en cause.

En effet, concernant la voie hématogène directe, l'augmentation du taux de progestérone aurait une double action au niveau de la cavité buccale. D'une part, elle sélectionnerait les bactéries progestérone-dépendantes, essentiellement des bacilles

gram négatif présentes au sein de la cavité buccale, en les rendant plus agressives. D'autre part, elle provoquerait une vasodilatation capillaire avec une hyper vascularisation gingivale. L'ensemble de ces facteurs permettrait la diffusion des bactéries dans le sang induisant une bactériémie systémique avec une contamination de l'unité fœto-placentaire.

La voie hématogène indirecte, quant à elle, impliquerait des médiateurs de l'inflammation en réponse à la virulence des bactéries progestérone-dépendantes. Ainsi, la production locale de molécules pro-inflammatoires telle que la CRP par exemple, passerait dans la circulation systémique maternelle avec une atteinte de l'unité fœto-placentaire et une stimulation utérine pouvant aboutir à un accouchement prématuré (46)(47).

Le premier auteur ayant mis en évidence un lien entre prématurité et maladie parodontale est Offenbacher, en 1996 (48). Depuis, la littérature abonde d'articles mettant ou non en évidence ce lien.

Le sujet est très difficile à étudier. Tout d'abord, il n'existe pas de consensus international pour définir précisément la maladie parodontale rendant la comparaison des études difficiles entre elles (49). Par ailleurs, la prématurité dépend de très nombreux facteurs comme par exemple l'ethnie, le niveau socio économique ou encore la consommation de tabac durant la grossesse. Ces facteurs n'ont pas tous été pris en compte lors de la réalisation de méta-analyses.

De même, pour le risque de pré-éclampsie, de fausse couche ou de naissance d'enfant hypotrophe (c'est-à-dire né à terme mais de poids inférieur à 2,5 Kg à la naissance), le lien avec la maladie parodontale reste très discuté. Néanmoins nous pouvons citer une étude datant de 2010, décrivant un cas de mort fœtale in utero secondaire à une infection bucco-dentaire. Les auteurs ont mis en évidence la migration de bactéries présentes dans la cavité buccale de la mère (*Fusobactérium Nucleatum*), vers le complexe fœto-placentaire responsables de l'infection (50).

Une étude plus récente a été menée sur des souris, sur lesquelles on a reproduit l'état de parodontite chronique. Les résultats mettent en évidence chez les souris infectées un détachement précoce des membranes, des changements dégénératifs des cellules endothéliales, une augmentation significative des PMNLs, des macrophages dans les tissus du placenta (51).

Même si d'autres études doivent encore être menées sur le sujet, nous ne pouvons pas négliger ce facteur de risque présumé pour nos patientes.

### **3.4 *Prise en charge de la femme enceinte au cabinet dentaire***

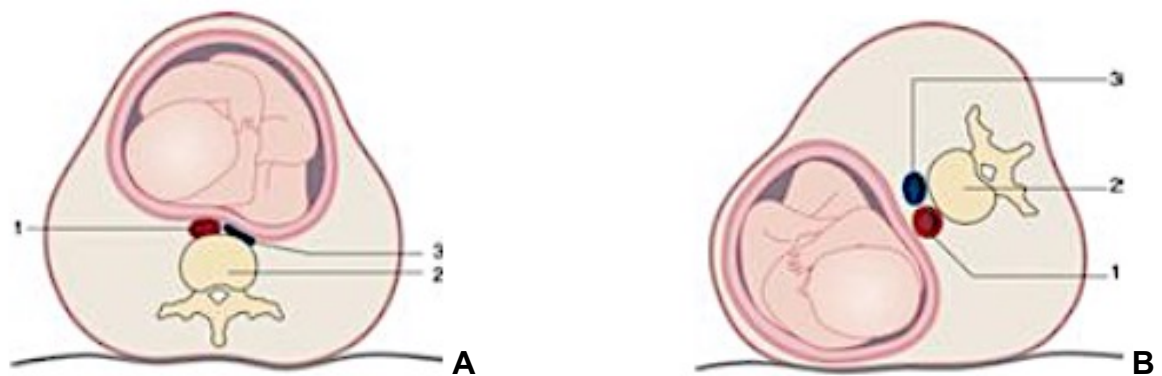
Que ce soit du côté des professionnels de santé ou des patientes, beaucoup d'interrogations existent sur la possibilité de réaliser des soins dentaires durant la grossesse. Cette partie a pour but d'aider les chirurgiens-dentistes à prendre en charge sereinement les patientes enceintes au cabinet dentaire, en leur indiquant les précautions à prendre. Elle s'adresse également aux autres professionnels de santé travaillant au contact des femmes enceintes, afin de renforcer leurs connaissances pour être en mesure de répondre le plus précisément aux questions des patientes.

#### **3.4.1 Le syndrome cave**

Il s'agit d'un état de malaise, se traduisant par des sensations de vertiges lorsque la patiente se trouve en position allongée. Il est appelé également syndrome de compression aorto-cave (52). Il peut apparaître à partir de la 24<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée. Le développement du fœtus au troisième trimestre provoque une compression de la veine cave inférieure lorsque la patiente est en décubitus dorsal. Cela peut avoir pour conséquences une réduction du retour veineux et de ce fait du volume d'éjection systolique, entraînant une hypotension maternelle, une diminution de la perfusion utéro-placentaire, qui à son tour peut entraîner un ralentissement du rythme cardiaque fœtal (23).

Pour éviter cette situation stressante pour la patiente, il est important de privilégier son confort en adaptant les positions de travail. Il convient de placer la patiente en position semi-assise, ou en décubitus dorsal gauche en plaçant par exemple un coussin sous la fesse droite de la patiente (45).





**Figure 7 : Le syndrome cave et son traitement (53).**

**1 : Aorte / 2 : 5<sup>ème</sup> vertèbre lombaire / 3 : Veine cave inférieure.**

**A. Décubitus dorsal**

**B. Décubitus latéral gauche.**

Il est important également de privilégier des rendez vous de courtes durées et plutôt l'après-midi pour éviter les nausées du matin. Les soins dentaires étant bien souvent source d'anxiété, il faut donc que le praticien réussisse à établir une relation de confiance avec la patiente. Le rôle du chirurgien-dentiste est de rassurer avec un discours et des gestes adaptés.

### **3.4.2 La radioprotection**

L'utilisation des rayonnements ionisants pendant la grossesse inquiète. Néanmoins, les doses reçues en chirurgie-dentaire sont très faibles. Le risque lié aux rayonnements ionisants est l'effet tératogène qu'ils peuvent induire sur le fœtus. Le seuil tératogène est de 10 cGy, en dessous ils ne présentent pas de risque. Or, lors de la réalisation d'une radiographie intrabuccale, la dose délivrée au fœtus est d'environ 0,3 à 1  $\mu$ Sv, alors que l'exposition naturelle quotidienne reçue par le fœtus est d'environ 7  $\mu$ Sv (26).

Même si l'utilisation des rayonnements ionisants à ces doses d'exposition ne présente aucun risque, il reste important de respecter quelques précautions. Le but est d'optimiser au maximum les clichés, c'est-à-dire délivrer la dose la plus faible tout en ayant un cliché exploitable. Pour cela, les clichés inutiles doivent être systématiquement évités, les radiographies doivent être justifiées et apporter un bénéfice au diagnostic. On préconise d'avoir recours à la radiographie numérisée, dix fois moins exposante que la radiographie argentique, ainsi que l'utilisation d'angulateurs et d'un tube long cône, afin de bien cibler la projection du rayonnement.

En ce qui concerne l'usage d'un tablier de protection plombé, il est fortement recommandé mais pas obligatoire, en raison des faibles doses délivrées et de leur localisation. Néanmoins son port rassure la grande majorité des patientes (54).

Il faut donc rassurer et convaincre sur l'innocuité des rayonnements ionisants au cabinet dentaire, et insister auprès des patientes sur le bénéfice apporté.

### **3.4.3 L'anesthésie**

L'anesthésie locale au cabinet dentaire est bien entendu possible, mais certaines précautions sont à respecter. De nos jours, personne ne souhaiterait se faire soigner les dents sans anesthésie ! Plusieurs molécules existent, et le choix doit s'orienter vers celle ayant le taux de fixation aux protéines le plus élevé, ce qui permet d'éviter au maximum son passage trans-placentaire (26). Trois molécules sont principalement utilisées et ce quel que soit le terme de la grossesse : la lidocaïne pour les Etats-Unis, l'articaine pour les pays européens et la mépivacaïne. Leur utilisation en chirurgie-dentaire peut être associée aux vasoconstricteurs (adrénaline ou noradrénaline), pour lesquels il n'existe pas de contre-indication chez la femme enceinte et allaitante. Au contraire, ils permettent d'augmenter l'efficacité de la molécule anesthésiante et de diminuer sa toxicité (55).

Il est recommandé d'utiliser une seringue à aspiration afin d'éviter les injections intravasculaires, même si le risque est extrêmement faible. Les doses injectées doivent être limitées en optimisant la technique opératoire.

### **3.4.4 La gestion de l'urgence**

La grossesse est divisée en trimestres : le 1<sup>er</sup> trimestre correspond à l'embryogénèse et l'organogénèse, le 2<sup>ème</sup> et début du 3<sup>ème</sup> trimestre sont des périodes idéales pour réaliser les soins dentaires. Toute situation d'urgence doit être prise en charge quel que soit le terme de la grossesse (douleur, problème infectieux d'origine dentaire...). La prise en charge précoce des urgences permet d'éviter l'automédication. Le report du soin après la grossesse présente un risque bien plus important pour la mère et le fœtus. Les actes de prévention et de parodontologie non chirurgicale (débridement, détartrage, polissage...) sont possibles et même fortement recommandés tout au long de la grossesse.

Chaque acte doit être réalisé, dès lors qu'il présente plus de bénéfice que de risque pour la future mère et le fœtus.

Le but ultime de nos démarches est d'éviter autant que possible la survenue des consultations en urgence, en préconisant davantage aux femmes enceintes de consulter régulièrement un chirurgien-dentiste.

### **3.5 Quelques rappels sur les prescriptions**

Les prescriptions médicamenteuses peuvent être source d'hésitations. En chirurgie-dentaire, la plupart des antibiotiques, antalgiques et antifongiques peuvent être utilisés pendant la grossesse. Néanmoins, il faut être clair avec les patientes pour s'assurer de la bonne compréhension des prescriptions, car il existe un risque pour la maman et le futur enfant, en période embryonnaire et fœtale.

Les phénomènes d'automédication sont également à bannir (56).

#### **3.5.1 Les antibiotiques**

Les molécules anti-infectieuses pouvant être utilisées pendant la grossesse sont : les pénicillines, les céphalosporines, l'érythromycine, l'azythromycine, la spiramycine, la clindamycine et le métronidazole. La molécule de choix reste la pénicilline, cependant il faut être vigilant quant aux allergies.

Les tétracyclines sont formellement contre-indiquées, car elles sont responsables de dyschromies dentaires chez le nouveau né, de cataractes et d'anomalies congénitales des membres (57).

D'autres molécules sont plutôt à éviter telles que : les fluoroquinolones, le bactrim®, les aminosides et tout nouvel antibiotique sur lequel nous manquons de recul et d'informations.

#### **3.5.2 Les antifongiques**

L'utilisation du miconazole par voie gingivale et l'amphotéricine B est possible pendant la grossesse. En revanche, le fluconazole est contre indiqué en raison de données insuffisantes.

#### **3.5.3 Les anti-inflammatoires**

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont à proscrire car ils sont responsables de la fermeture prématurée du canal artériel provoquant des détresses cardiaques chez le nouveau-né. Ils sont également à éviter au 1<sup>er</sup> trimestre en raison du risque de fausse couche spontanée (58)(59).

Les corticoïdes, quant à eux, peuvent être administrés à n'importe quel moment de la grossesse, le traitement doit être de courte durée et à faibles doses.

### **3.5.4 Les antalgiques**

Pour les antalgiques de palier I, le paracétamol reste la molécule de choix, néanmoins le respect des posologies doit être strict. L'aspirine et les AINS sont à proscrire car, ils provoquent du 1<sup>er</sup> trimestre jusqu'à la 24<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée un risque de fausse couche spontanée ; et un risque rénal, cardiaque et hémorragique après la 24<sup>ème</sup> semaine.

Pour les antalgiques de palier II et III, il est possible de les prescrire pendant la grossesse même si leur utilisation reste moins fréquente. La codéine seule ou en association avec du paracétamol ne pose pas de problème, il en est de même pour le tramadol (utilisé en deuxième intention) et la morphine (59). Il existe néanmoins pour ces trois molécules une possible imprégnation qui nécessitera le suivi du nouveau-né.

### **3.5.5 Allaitement**

La période d'allaitement doit bien être différenciée de la période de grossesse pour les prescriptions, car il existe certaines différences (60)(13).

	GROSSESSE	ALLAITEMENT
<b>ANTIBIOTIQUES</b>		
Pénicillines : Amoxicilline, Amoxicilline + Acide clavulanique / Erythromycine / Azythromycine	Oui	Oui
Clarithromycine	Oui	Oui
Clindamycine	Oui	Contre-indiqué
Céphalosporines	Oui (attention aux allergies)	Oui
Cyclines (doxycycline, tétracycline)	Contre-indiqué	Contre-indiqué
Métronidazole	À utiliser avec prudence	À utiliser avec prudence
<b>ANTIFONGIQUES</b>		
Fluconazole	Contre-indiqué	Envisageable si le bénéfice/risque est positif
<b>ANTALGIQUES</b>		
Paracétamol	Oui	Oui
Aspirine	À éviter au 1 <sup>er</sup> trimestre et jusqu'à la 24 <sup>ème</sup> semaine (risque de FCS) Contre-indiqué après la 24 <sup>ème</sup> semaine (risque rénal, cardiaque et hémorragique)	Possible en prise ponctuelle
Codéine	Oui	Contre-indiqué
Tramadol	Oui (en 2 <sup>ème</sup> intention)	Oui dans les 2 à 4 jours <i>post- partum</i> , et CI au delà
<b>ANTI-INFLAMMATOIRES</b>		
Ibuprofène / Kétoprofène / Flurbiprofène	À éviter au 1 <sup>er</sup> trimestre et jusqu'à la 24 <sup>ème</sup> semaine (risque de FCS) Contre-indiqué après la 24 <sup>ème</sup> semaine (risque rénal, cardiaque et hémorragique)	Oui
<b>CORTICOIDES</b>		
Prednisolone	Oui	Oui
<b>AUTRES</b>		
Acyclovir / Chlorhexidine	Oui	Oui

**Figure 8 : Prescriptions médicamenteuses durant la grossesse et l'allaitement (13)(15)(23).**

La patiente doit être informée de la nécessité d'interrompre temporairement l'allaitement si des signes sont observés chez le nouveau-né (somnolence, troubles digestifs, signes cutanés...). De plus, lorsque les tétées sont espacées, il est préférable de réaliser la prise médicamenteuse juste avant ou juste après la tétée, de façon à éviter le moment où la concentration est à son maximum.

Il est important de souligner que la réalisation précoce des soins dentaires chez la femme enceinte précoce permet en général d'éviter le recours aux médicaments. Ces prescriptions doivent bien entendu être utilisées avec beaucoup de précautions : respect strict des posologies, des voies d'administration et de la durée des traitements. Les recommandations évoluent constamment d'où l'importance de mettre à jour ses connaissances et d'insister sur la formation continue des professionnels de santé tout au long de leur exercice.

En cas de doute, il est recommandé de se référer à l'un des 31 centres de pharmacovigilance de France ou de consulter le Vidal ou le site du CRAT (12)(13)(61).

### ***3.6 Présentation du bilan mis en place par l'Assurance Maladie***

Sur le même modèle que le MT'Dents chez les enfants, l'Assurance Maladie propose aux femmes enceintes depuis juin 2014, un bilan bucco-dentaire pris en charge à 100% et sans avance de frais.

A compter du premier jour du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse et jusqu'au 12<sup>ème</sup> jour après l'accouchement, les futures mamans bénéficient d'un examen de prévention bucco-dentaire, chez le chirurgien-dentiste conventionné de leur choix. Le but est de sensibiliser toutes les femmes enceintes, y compris celles qui ont des difficultés d'accès aux soins (raison socio-économique, démographique...).

Dès réception de leur déclaration de grossesse, l'Assurance Maladie envoie aux patientes le formulaire d'invitation au bilan bucco-dentaire, également téléchargeable sur [ameli.fr](http://ameli.fr).

Ce courrier doit être remis au praticien lors du rendez vous et est accompagné de fiches d'information (Annexe 1). Ces fiches informent les patientes sur la possibilité de réaliser des soins dentaires au cours de la grossesse, et abordent également les bonnes habitudes en matière d'hygiène bucco-dentaire à adopter chez le futur enfant.

Il s'agit d'un examen complet, comprenant : une anamnèse, un examen bucco-dentaire, des éléments d'éducation sanitaire, et si besoin des radiographies intrabuccales et l'établissement d'un plan de traitement.

Ce rendez vous est l'occasion pour le chirurgien-dentiste d'apporter l'ensemble des conseils de prévention s'adressant tant aux femmes enceintes qu'aux futurs enfants.

## 4 Conclusion

Les soins dentaires pendant la grossesse ne doivent plus être source d'angoisse pour les praticiens et les patientes. Les données scientifiques rassurent et encouragent à prendre en charge la santé bucco-dentaire des femmes enceintes sans crainte. Les risques encourus lorsque les pathologies dentaires ne sont pas soignées sont à prendre en compte, et ne peuvent plus être ignorés par le corps médical. L'évolution des problèmes bucco-dentaires des patientes enceintes peut en effet être rapide et surtout provoquer des dommages irréversibles pour la maman et le fœtus.

Les prescriptions, les anesthésies, les radiographies intra-orales sont tout à fait possibles pendant les périodes de grossesse et d'allaitement, à conditions de prendre certaines précautions. Lorsque celles-ci sont connues des professionnels de santé, la prise en charge des patientes au cabinet dentaire peut alors se faire de façon sereine. Néanmoins, même si la majorité des actes sont possibles, l'objectif est d'éviter les situations d'urgence et donc de favoriser la prévention. Pour cela, les conseils en matière d'hygiène bucco-dentaire doivent être connus et délivrés par chaque professionnel de santé travaillant au contact des femmes enceintes (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, infirmières, pharmaciens...). D'autant que cette période représente une occasion particulière pour diffuser des conseils, puisque les femmes sont souvent plus attentives, soucieuses du bien être de leur futur enfant.

L'implication de tous les professionnels de santé dans la prise en charge de la santé bucco-dentaire de la femme enceinte est primordiale. Leur discours doit être unanime et apporter l'ensemble des informations permettant ainsi de répondre aux interrogations des patientes.

De nos jours, la formation continue est indispensable. La création du site internet est un bon moyen de réactualiser les connaissances des professionnels de santé. Il facilite l'accès aux données scientifiques, et ne pose aucune contrainte de temps ou de distance, contrairement aux formations, ou congrès. Il peut également être utilisé comme support de formation initiale des professionnels de santé travaillant au contact des femmes enceintes.



Néanmoins, il présente certaines limites : se pose tout d'abord le problème de réactualisation des données, en fonction de l'évolution scientifique. Il faudrait donc réactualiser régulièrement le site, ou envisager une date de fin de mise en ligne, afin de ne pas diffuser de données dépassées.

Se pose également le problème de diffusion : quel moyen utiliser pour atteindre les professionnels de santé concernés ? Nous pourrions faire appel aux réseaux de périnatalité, à l'Assurance Maladie ou encore à l'ARS afin de promouvoir ce site d'information.

## Références bibliographiques

1. has-sante.fr. Stratégies de prévention de la carie dentaire : Synthèse et Recommandations [Internet]. 2010 [consulté le 24 août 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges\\_synthese\\_carie\\_dentaire\\_version\\_postcollege-10sept2010.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf)
2. eapd.eu. European Academy of Pediatric Dentistry [Internet]. [consulté le 9 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.eapd.eu/D72A894E.en.aspx>
3. aapd.org. Guideline on Perinatal Oral Health Care [Internet]. 2011 [consulté le 9 juin 2016]. Disponible sur: [http://www.aapd.org/media/Polices\\_Guidelines/G\\_PerinatalOralHealthCare.pdf](http://www.aapd.org/media/Polices_Guidelines/G_PerinatalOralHealthCare.pdf)
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. 6 août 2013;25(3):281-92.
5. Marchi KS, Fisher-Owens SA, Weintraub JA, Yu Z, Braveman PA. Most Pregnant Women in California Do Not Receive Dental Care: Findings from a Population-Based Study. Public Health Rep. 2010;125(6):831-42.
6. Ressler-Maerlender J, Krishna R, Robison V. Oral health during pregnancy: current research. J Womens Health 2002. déc 2005;14(10):880-2.
7. Wrzosek T, Einarson A. Dental care during pregnancy. Can Fam Physician. juin 2009;55(6):598-9.
8. Tholliez-Beauquesne S. Etat des connaissances des professionnels de santé du Nord-Pas-de-Calais sur les soins dentaires pendant la grossesse [Thèse d'exercice]. [ChirDent]: Université du droit et de la santé de Lille 2; 2015.
9. Mollet E. Grossesse et Santé Bucco-Dentaire : Étude prospective des connaissances, habitudes d'hygiène orale et fréquence de consultation chez le chirurgien dentiste des femmes enceintes [Mémoire sage-femme]. [École de sages-femmes]: Université du droit et de la santé de Lille 2; 2015.
10. Hajjar E. Rôle des sages-femmes dans la prévention en santé bucco-dentaire chez la femme enceinte [Mémoire sage-femme]. [Ecole de sages-femmes]: Université Victor Segalen-Bordeaux 2; 2012.
11. Egea L. La prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte: enquête auprès des professionnels de la grossesse, des chirurgiens dentistes et des femmes enceintes [Thèse d'exercice]. [ChirDent]: Université de Nantes, Unité de Formation et de Recherche d'Odontologie; 2011.
12. ansm.sante.fr. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [consulté le 29 oct 2016]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacovigilance/Centres-regionaux-de-pharmacovigilance/\(offset\)/4](http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacovigilance/Centres-regionaux-de-pharmacovigilance/(offset)/4)

13. lecrat.fr. Centre de Références des Agents Tératogènes [Internet]. [consulté le 29 oct 2016]. Disponible sur: <http://lecrat.fr>
14. vidal.fr. La base de données en ligne des prescripteurs libéraux [Internet]. [consulté le 29 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr>
15. Lactmed [Internet]. [consulté le 29 oct 2016]. Disponible sur: <https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>
16. Schramm SA, Jacks ME, Prihoda TJ, McComas MJ, Hernandez EE. Oral Care for Pregnant Patients: A Survey of Dental Hygienists' Knowledge, Attitudes and Practice. *J Dent Hyg.* avr 2016;90(2):121-7.
17. ameli.fr. L'assurance Maladie [Internet]. [consulté le 30 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/chirurgiens-dentistes/exercer-au-quotidien/l-examen-bucco-dentaire-ebd/l-ebd-a-destination-des-femmes-enceintes.php>
18. UFSBD. Stratégie nationale de santé: Une stratégie de santé bucco-dentaire pour une stratégie « globale » de santé [Internet]. [consulté le 22 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/06/Contribution-UFSBD-Stratégie-Nationale-de-Santé-10-avril-2014.pdf>
19. Woelfel JB, Scheid RC. Anatomie dentaire: application à la pratique de la chirurgie dentaire. Paris, France: Maloine, 2007; 2007. ix+396 p.
20. Carpentier A. La première consultation en odontologie: aide aux révisions du C.S.C.T. [Thèse d'exercice]. [ChirDent]: Université du droit et de la santé de Lille 2; 2012.
21. Barron G. Communication et prévention en parodontologie au cabinet dentaire [Thèse d'exercice]. [ChirDent]: Université du droit et de la santé de Lille 2; 2015.
22. Langlard P. Fiches pédagogiques de parodontologie: diagnostic et prise en charge non chirurgicale des parodontopathies [Thèse d'exercice]. [ChirDent]: Université du droit et de la santé de Lille 2; 2016.
23. Kacet L, Jollant B, Dehaynin E. Grossesse et chirurgie dentaire. Rueil-Malmaison: Éd. CdP; 2015.
24. Michalowicz BS, DiAngelis AJ, Novak MJ, Buchanan W, Papapanou PN, Mitchell DA, et al. Examining the safety of dental treatment in pregnant women. *J Am Dent Assoc* 1939. juin 2008;139(6):685-95.
25. Roche Y. Risques médicaux au cabinet dentaire en pratique quotidienne: identification des patients. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2010. xxi+722 p.
26. Association dentaire française, Commission des dispositifs médicaux. Risques médicaux: guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste. Paris, France: ADF Association dentaire française; 2013. 135 p.
27. Minozzi F, Chipaila N, Unfer V, Minozzi M. Odontostomatological approach to the pregnant patient. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* déc 2008;12(6):397-409.

28. Ayoubi J-M, Hirt R, Badiou W, Hininger-Favier I, Favier M, Zraik-Ayoubi F, et al. Nutrition et femme enceinte. EMC - GynécologieObstétrique. 2012;(5-042-A-10).
29. Luke B. Nutrition and multiple gestation. *Semin Perinatol.* oct 2005;29(5):349-54.
30. nap.edu. Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements [Internet]. [consulté le 8 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.nap.edu/read/11537/chapter/1>
31. Ancellin R, Baelde D, Barthélémy L, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. La santé vient en mangeant: Document d'accompagnement du guide alimentaire pour tous destiné aux professionnels de santé. Vanves, France: INPES; 2002. 95 p.
32. inpes.santepubliquefrance.fr. Le guide nutrition de la grossesse: la santé en mangeant et en bougeant [Internet]. 2015 [consulté le 11 août 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1059.pdf>
33. Noirot L. Le guide nutrition pendant et après la grossesse: la santé vient en mangeant et en bougeant. Saint-Denis, France: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2007. 49 p.
34. Burt BA. The use of sorbitol- and xylitol-sweetened chewing gum in caries control. *J Am Dent Assoc.* févr 2006;137(2):190-6.
35. UFSBD. Nouvelles recommandations L'UFSBD réactualise ses stratégies de prévention [Internet]. [consulté le 22 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2013/11/Recos-espace-PRO.pdf>
36. Kacet L. Grossesse et chirurgie dentaire : Tome 2, élaboration d'un livret pédagogique destiné à la femme enceinte et à son nourrisson [Thèse d'exercice]. [ChirDent]: Université du droit et de la santé de Lille 2; 2013.
37. Association Dentaire Française. Nutrition et santé bucco-dentaire: Femme enceinte, bébé, enfant, adolescent, adulte, personne âgée NUTRITION ET SANTE BUCCO-DENTAIRE A TOUS LES AGES DE LA VIE QUELS RISQUES, QUELS CONSEILS ? [Internet]. [consulté le 22 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.pressevnews.fr/nutrition.pdf>
38. Delfosse C, Trentesaux T. La carie précoce du jeune enfant: du diagnostic à la prise en charge globale. Rueil-Malmaison, France: Éditions CdP, DL 2015; 2015. ix+125 p.
39. has-sante.fr. Stratégies de prévention de la carie dentaire : Argumentaire [Internet]. 2010 [consulté le 15 janv 2017]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges\\_rapport\\_cariedentaire\\_version\\_postcollege-10sept2010.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_rapport_cariedentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf)
40. Agbo-Godeau S. Stomatologie et grossesse. EMC - GynécologieObstétrique. 2002;(22-050-F-10 ; 5-045-A-10).
41. Cordier G, Lézy J-P, Vacher C. Stomatologie et grossesse. EMC - GynécologieObstétrique. 2013;(5-045-A-10).
42. Vergnes J-N, Kaminski M, Lelong N, Musset A-M, Sixou M, Nabet C, et al. Frequency and Risk Indicators of Tooth Decay among Pregnant Women in France: A Cross-Sectional Analysis. *PLOS ONE.* mai 2012;7(5):e33296.

43. Hemalatha V, Manigandan T, Sarumathi T, Aarthi Nisha V, Amudhan A. Dental Considerations in Pregnancy-A Critical Review on the Oral Care. *J Clin Diagn Res JCDR*. mai 2013;7(5):948-53.
44. Jafarzadeh H, Sanatkhani M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sci*. déc 2006;48(4):167-75.
45. Laczny E, Mercier T, Clément C. Santé buccodentaire : chez la femme enceinte et la femme qui allaite. *EMC - Rev Sage-Femme*. 2016;15(6):270-6.
46. Sanz M, Kornman K, working group 3 of the joint EFP/AAP workshop. Periodontitis and adverse pregnancy outcomes: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Periodontol*. avr 2013;84(4 Suppl):S164-9.
47. Madianos PN, Bobetsis YA, Offenbacher S. Adverse pregnancy outcomes (APOs) and periodontal disease: pathogenic mechanisms. *J Periodontol*. avr 2013;84(4 Suppl):S170-80.
48. Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G, et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol*. oct 1996;67(10 Suppl):1103-13.
49. Ide M, Papapanou PN. Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes--systematic review. *J Clin Periodontol*. avr 2013;40 Suppl 14:S181-94.
50. Han YW, Fardini Y, Chen C, Iacampo KG, Peraino VA, Shamonki JM, et al. Term stillbirth caused by oral *Fusobacterium nucleatum*. *Obstet Gynecol*. févr 2010;115(2 Pt 2):442-5.
51. Ao M, Miyauchi M, Furusho H, Inubushi T, Kitagawa M, Nagasaki A, et al. Dental Infection of *Porphyromonas gingivalis* Induces Preterm Birth in Mice. *PloS One*. 2015;10(8):e0137249.
52. Amine EM, Rackelboom T, Tesniere A, Mignon A. Arrêt cardio-respiratoire chez la femme enceinte. *EMC - Anesth-Réanimation*. 3 oct 2015;1(1):19-25.
53. Rozenberg A, Leonetti P. Traumatismes chez la femme enceinte. *EMC - Médecine Urgence*. 2009;(25-200-H-10).
54. Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN). FAQ Radiologie dentaire [Internet]. [consulté le 12 juin 2016]. Disponible sur: [http://www.irsn.fr/FR/professionnels\\_sante/faq/Pages/faq\\_radiologie\\_dentaire.aspx#haut](http://www.irsn.fr/FR/professionnels_sante/faq/Pages/faq_radiologie_dentaire.aspx#haut)
55. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Anesthésie dentaire- Grossesse et allaitement [Internet]. 2016 [consulté le 13 déc 2016]. Disponible sur: [http://lecrat.fr/spip.php?page=article&id\\_article=876](http://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=876)
56. Larcher C. Médicaments: anges ou démons ? : médicaments et grossesse : à propos de l'effet tératogène : de la prescription à l'auto-médication. Nancy, France; 1993. 168 p.
57. Jeanmougin P, Le Bel J. Antibiothérapie chez la femme enceinte et allaitante. *EMC - AKOS Traité Médecine*. 2014;(5-0190).

58. Fardet L, Nizard J, Génereau T. Anti-inflammatoires non stéroïdiens sélectifs et non sélectifs, utilisation au cours de la grossesse et de l'allaitement. *Presse Médicale*. 2002;31(31):1462-8.
59. Keïta-Meyer H, Faitot V, Comité douleur et anesthésie Loco-Régionale de la SFAR. Analgésie en situation particulière : femme enceinte. *EMC - Ann Fr Anesth Réanimation*. 2007;26(11):1020-3.
60. Vauzelle C, Beghin D, Elefant E. Médicaments et allaitement maternel. *EMC - AKOS Traité Médecine*. 2013;(8-0410).
61. Vidal 2016: le dictionnaire. - 92e édition. Issy-les-Moulineaux, France: Vidal, DL 2016; 2016.

## Tables des illustrations

<b>FIGURE 1</b> : COUPE ANATOMIQUE D'UNE DENT.....	29
<b>FIGURE 2</b> : COUPE ANATOMIQUE DE PARODONTE.....	31
<b>FIGURE 3</b> : METHODE DE BROSSAGE B.R.O.S (35). ....	34
<b>FIGURE 4</b> : ENFANT ATTEINT DE CARIES PRECOCES SEVERES (AVEC LA COURTOISIE DU DR DELFOSSE) .....	35
<b>FIGURE 5</b> : GINGIVITE GRAVIDIQUE (23).....	38
<b>FIGURE 6</b> : EPULIS GRAVIDIQUE (23) .....	38
<b>FIGURE 7</b> : LE SYNDROME CAVE ET SON TRAITEMENT (53).....	41
<b>FIGURE 8</b> : PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES DURANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT (13)(15)(23) ..	45

# Annexes

## Annexe 1 : Feuille d'invitation au bilan bucco-dentaire et documents d'information envoyés aux femmes enceintes page 1

**examen  
de prévention bucco-dentaire (maternité)**  
(art. L. 162-9 du Code de la sécurité sociale  
- avenant n° 3 à la convention nationale des chirurgiens dentistes)

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

assuré(e) - bénéficiaire	organisme d'affiliation																																																
assuré(e) : NIR : bénéficiaire : <i>(si différent de l'assuré)</i> Date de naissance :																																																	
Identification du praticien	et Identification de la structure <small>(raison sociale du cabinet, de l'établissement...)</small>																																																
Praticien remplaçant identifiant : nom et prénom :	n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)																																																
Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)																																																	
date de réalisation de l'examen : pas de radiographie réalisée <input type="checkbox"/> 1 ou 2 radiographies réalisées <input type="checkbox"/> 3 ou 4 radiographies réalisées <input type="checkbox"/> montant des honoraires :                      euros	signature du praticien attestant la réalisation de l'examen																																																
document télétransmis : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <i>renseignements à conserver par le praticien</i>																																																	
renseignements médicaux à compléter et à conserver <b>impérativement</b> dans le dossier - papier ou informatique - de la patiente (renseignements nécessaires à l'évaluation du programme et à communiquer au service médical à sa demande).																																																	
➤ <b>schéma dentaire à compléter</b> <i>(reporter le code correspondant dans chaque case du schéma dentaire)</i> C : dent cariée    A : dent absente pour cause de carie    O : dent obturée																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																		
➤ <b>santé parodontale</b> ■ inflammation gingivale    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																																																	
➤ <b>besoins de soins</b> ■ prothèse(s) <input type="checkbox"/> ■ soins conservateurs <input type="checkbox"/> ■ avulsions <input type="checkbox"/> ■ soins de gencives <input type="checkbox"/>																																																	
➤ <b>acte exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																																																	
<b>Conseils personnalisés à la patiente</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <b>si oui</b> , complétez ci-dessous : En matière d'hygiène bucco-dentaire et technique de brossage <input type="checkbox"/> En matière de nutrition <input type="checkbox"/> Sur les méfaits du tabac, de l'alcool et autres substances <input type="checkbox"/>																																																	
<b>Conseils spécifiques relatifs au jeune enfant</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <b>si oui</b> , complétez ci-dessous : Syndrome du biberon <input type="checkbox"/> Risque de contamination croisée <input type="checkbox"/> Fluor <input type="checkbox"/> Hygiène bucco-dentaire chez l'enfant <input type="checkbox"/>																																																	
date de réalisation de l'examen :																																																	
assuré(e) - bénéficiaire	organisme d'affiliation																																																
assuré(e) : NIR : bénéficiaire : <i>(si différent de l'assuré)</i> Date de naissance :																																																	

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

723Cnamts\_EBD mater 2013



**Annexe 1 : Feuillelet d'invitation au bilan bucco-dentaire et documents d'information envoyés aux femmes enceintes page 2**



Conseils pour le bébé

« Ce qui est  
à Bébé  
n'est pas à vous. »

L'Assurance Maladie et les Chirurgiens-Dentistes vous accompagnent pour préserver le capital dentaire de votre enfant.

- La carie et les maladies des gencives (gingivites et parodontites) sont des maladies bactériennes, il est donc important de ne pas les transmettre à votre bébé (ne pas goûter ses plats, ne pas lécher sa cuillère, ne pas nettoyer sa tétine dans votre bouche, ...). Votre enfant peut avoir des caries dès qu'il a des dents. Il est donc impératif, dès l'apparition de ses premières dents, de surveiller son alimentation et son hygiène bucco-dentaire.



## **Annexe 1 : Feuillelet d'invitation au bilan bucco-dentaire et documents d'information envoyés aux femmes enceintes page 3**

### **→ Le brossage**

L'enfant doit avoir sa propre brosse à dents, dont la taille doit être adaptée à son âge et les poils souples. Elle sera changée au moins tous les deux mois.

- Avant l'apparition de la première dent, vers 6 mois : nettoyage des gencives avec une compresse humide enroulée sur l'index.
- De 6 mois à 2-3 ans : apprentissage du brossage avec l'aide de papa ou de maman, sans utiliser de dentifrice.
- De 3 à 6 ans, c'est-à-dire dès que l'enfant sait recracher, un dentifrice faiblement fluoré pourra être utilisé, le brossage sera encore supervisé par les parents.
- A partir de 6 ans : utilisation d'un dentifrice fortement fluoré.

### **→ L'hygiène alimentaire**

- Les biberons qui calment si bien au coucher ou pendant la journée, et qui contiennent autre chose que de l'eau (jus de fruit ou boisson sucrées) sont à proscrire. En effet, le sucre qu'ils contiennent est mauvais pour les dents et la santé.
- Privilégiez dès que possible une alimentation solide pour favoriser la mastication.

### **→ Le fluor**

- Le chirurgien-dentiste saura évaluer le risque carieux et les besoins en fluor de votre enfant.
- A partir de 6 mois, une prescription de fluor pourra être faite. Elle sera réservée aux enfants qui présentent un risque de caries élevé et sera toujours précédée d'un bilan personnalisé des apports journaliers en fluor (eau de boisson, sel, alimentation, ...).

### **→ Les bonnes habitudes à avoir**

- Essayez de limiter dans la mesure du possible le recours à la tétine ou au pouce.



**Annexe 1 : Feuille d'invitation au bilan bucco-dentaire et documents d'information envoyés aux femmes enceintes page 4**



# « un enfant, une dent »

**Le dicton n'est plus vrai !**

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

- **N'hésitez pas à consulter votre Chirurgien-Dentiste dès réception de votre invitation. Il saura évaluer si des soins bucco-dentaires s'imposent pendant votre grossesse et vous donnera tous les conseils nécessaires.**  
Il saura vous informer, notamment, sur les anesthésies dentaires et la réalisation d'examens radiographiques, qui, contrairement aux idées reçues, ne sont pas contre indiquées pendant la grossesse.



## **Annexe 1 : Feuillelet d'invitation au bilan bucco-dentaire et documents d'information envoyés aux femmes enceintes page 5**

### **Conseils utiles pendant la grossesse**

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

#### **→ Les caries**

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

#### **→ Les attaques acides**

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

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

#### **→ L'alimentation**

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

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

#### **→ Les gencives**

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

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

#### **→ Les comportements à risque**

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

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

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

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

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

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

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



**mémo**

**La femme  
enceinte**

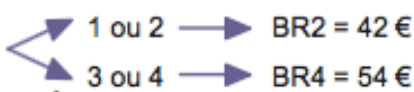


## Prise en charge administrative

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

Examen de prévention seul → BDC = 30 €

Complété si nécessaire par :

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

- soins réalisés du 1<sup>er</sup> jour du 4<sup>e</sup> mois au dernier jour du 5<sup>e</sup> mois de grossesse  
→ pris en charge à 70% (au titre de l'Assurance Maladie)

- soins réalisés du 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>e</sup> mois de grossesse au 12<sup>e</sup> jour après l'accouchement  
→ pris en charge à 100% (au titre de l'Assurance Maternité)

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

## Prise en charge odontostomatologique

### Radiographie dentaire

Pas de contre-indication

Recommandations

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

### Santé parodontale

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

### Anesthésie dentaire

Pas de contre-indication


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

### Prémédication sédatrice

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



## Prise en charge odontostomatologique

 1<sup>er</sup> et 3<sup>es</sup> trimestres : uniquement les soins d'urgence

### Matériaux d'obturations coronaires

#### Recommandations :

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

### Antibiotiques

#### Recommandations :

Possibilité de prescrire à tous les stades de la grossesse :

En 1<sup>er</sup> intention : Amoxicilline.

En 2<sup>es</sup> intention : Amoxicilline + Acide clavulanique.

#### Contre-indications-Précautions :

Cyclines CONTRE-INDIQUÉES.

Josamycine et Clarithromycine DECONSEILLÉES.

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

### Antalgiques-AINS-Corticoïdes

#### Antalgiques non opiacés (palier 1)

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

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

#### Antalgiques opioïdes faibles (palier 2)

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

#### Antalgiques opioïdes mixtes ou forts (palier 3)

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

#### AINS

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

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

#### Corticoïdes

Les corticoïdes peuvent être utilisés chez la femme enceinte.

## Conseils personnalisés à la patiente

### En matière d'hygiène buccodentaire et techniques de brossage

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

### En matière de nutrition

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

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

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

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



## Conseils spécifiques relatifs au jeune enfant

### Prévention de la carie de la petite enfance

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

### Hygiène buccodentaire

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

Source : UFSBD

### Protection des dents

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

## Annexe 2 : Brochure proposée aux chirurgiens-dentistes par l'Assurance Maladie (Février 2016) page 6

### Pour plus de précisions, sites à consulter

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

### Les services en ligne

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

***annuaire.sante.ameli.fr*** : trouver un professionnel de santé ou un établissement de soins

***ameli-sante.fr*** : la référence santé

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

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

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



**mémoexamenfemmeenceinte**

Prise en charge de la femme enceinte au cabinet dentaire : Création d'un site internet d'information destiné aux professionnels de santé / **BRUSSELLE Perrine.**- p.67 : ill.8 ; réf.61

**Domaines** : ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE, PREVENTION

**Mots clés Rameau**: Soins dentaires - Femmes enceintes ; Prise en charge personnalisée du patient ; Site Web – Conception ; Formation professionnelle

**Mots clés FMeSH**: Prise en charge personnalisée du patient ; Soins dentaires – Femmes enceintes ; Internet – Ressources et distribution ; Formation continue

**Mots clés libres** : Formation continue

La grossesse ne contre-indique pas la réalisation de soins dentaires et ne justifie pas leur report après l'accouchement. La majorité de ceux-ci peuvent être réalisés si certaines précautions sont prises. Les prescriptions, les anesthésies, et les radiographies intra-orales sont tout à fait possibles, mais requièrent certaines connaissances de la part des praticiens.

De nombreuses recommandations existent sur ce sujet, et rassurent quant à la possibilité de réaliser des soins dentaires pendant la grossesse. Néanmoins, elles ne sont pas toujours suivies et la réalité constatée est bien éloignée de ces recommandations.

La prévention reste le meilleur moyen d'éviter les situations d'urgence, pour cela les conseils d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire doivent être connus et délivrés par les professionnels de santé travaillant au contact des femmes enceintes.

Dans le cadre de la formation continue, un site internet d'information sur la prise en charge de la femme enceinte au cabinet dentaire et destiné aux professionnels de santé, est créé, ayant pour objectif d'aider les professionnels à la réactualisation de leurs connaissances et de faciliter l'accès aux données scientifiques actuelles.

**JURY** :

**Président : Monsieur le Professeur COLARD Thomas**

**Assesseurs : Madame le Docteur DELFOSSE Caroline**

**Monsieur le Docteur TRENTESAUX Thomas**

**Madame le Docteur DEHAYNIN-TOULET Emilie**

**Membre invité : Monsieur le Professeur SUBTIL Damien**