

Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- Facteurs influençant la mise en place des recommandations de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes : étude exploratoire auprès des gynécologues-obstétriciens

Auteur : Djabrailova, Léana

Promoteur(s) : GUEDERS, Audrey

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/22374>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**Facteurs influençant la mise en place des recommandations de
prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes :
étude exploratoire auprès des gynécologues-obstétriciens**

Mémoire présenté par **Léana DJABRAILOVA**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique
Année académique 2024 - 2025

**Facteurs influençant la mise en place des recommandations de
prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes :
étude exploratoire auprès des gynécologues-obstétriciens**

Mémoire présenté par **Léana DJABRAILOVA**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique
Promotrice : **Pr. Audrey GUEDERS**
Année académique 2024 - 2025

Remerciements

Je tiens à exprimer ma sincère gratitude envers toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Mes remerciements vont d'abord au Professeur Audrey Gueders, ma promotrice, pour son encadrement et son soutien tout au long de ce travail. Votre expertise, vos conseils avisés et vos encouragements ont été essentiels à l'aboutissement de cette recherche.

Un grand merci à Monsieur Bernard Potelle, mon ancien professeur de français, pour sa lecture attentive et ses précieuses corrections.

Je suis également reconnaissante aux gynécologues qui ont accepté de participer à cette étude malgré un emploi du temps chargé. Votre disponibilité et votre collaboration ont été inestimables pour la réalisation de cette recherche.

Enfin, je souhaite exprimer ma profonde gratitude à ma famille pour leur soutien constant et leur patience tout au long de cette aventure. Votre encouragement et votre compréhension ont été une source de motivation et de réconfort.

À toutes celles et ceux qui ont joué un rôle dans ce travail, je vous adresse mes plus sincères remerciements.

Table des matières

1.	Préambule	1
2.	Introduction.....	2
2.1.	Prévalence des maladies et affections bucco-dentaires et définition de la santé bucco-dentaire	2
2.2.	Conséquences économiques des affections bucco-dentaires	2
2.3.	Les différentes formes de maladies dentaires	3
2.4.	Influence de la grossesse sur la santé bucco-dentaire	4
2.5.	Influence des maladies bucco-dentaires sur la grossesse	5
2.6.	État des lieux des recommandations préventives de la santé bucco-dentaire durant la grossesse.....	6
2.7.	Manque de sensibilisation des femmes enceintes	8
2.8.	Manque de prévention de la santé bucco-dentaire durant la grossesse de la part des professionnels de santé.....	9
2.9.	Compétences des gynécologues-obstétriciens en Belgique.....	10
2.10.	Question de recherche et objectifs de l'étude	10
3.	Matériel et méthode	12
3.1.	Type d'étude et démarche de recherche.....	12
3.2.	Caractéristiques de la population étudiée	12
3.3.	Méthode d'échantillonnage et échantillon.....	12
3.4.	Paramètres étudiés	13
3.5.	Outils de collecte des données	14
3.6.	Organisation et planification de la collecte des données	15
3.7.	Traitement des données et méthode d'analyse	15
3.8.	Aspects éthiques et réglementaires.....	16
4.	Résultats	16
4.1.	Présentation de l'échantillon	16
4.2.	Analyse thématique	17
4.2.1.	Les attitudes influençant le comportement.....	17
A.	La perception de la prévention	17
B.	Les expériences professionnelles sur le terrain	19
C.	La limite des compétences du gynécologue	19
4.2.2.	L'influence des autres : sensibilisation des gynécologues et demande de la patiente	20
A.	La sensibilisation par une gynécologue responsable du service du MIC et une étudiante en hygiène bucco-dentaire.....	20
B.	La demande de la patiente.....	21

4.2.3. Le contrôle perçu à l'égard de la mise en œuvre de la prévention de la santé bucco-dentaire	22
A. Le temps de la consultation prénatale.....	22
B. Le niveau de connaissance	22
C. Le manque d'intégration de la prévention dans la pratique quotidienne.....	25
D. Le dépassement des autorités publiques belges	26
E. Le manque de collaboration interprofessionnelle.....	26
4.2.4. L'équilibre entre la norme professionnelle, l'attitude et le contrôle perçu	27
5. Discussion des résultats	28
5.1. Discussion et perspectives	28
5.2. Biais, forces et limites de l'étude	33
6. Conclusion	34
7. Références bibliographiques.....	36
8. Annexes	42
Annexe 1 : Demande d'avis au Collège des Enseignants	42
Annexe 2 : Réponse du Collège des Enseignants	46
Annexe 3 : Mail d'invitation envoyé aux gynécologues-obstétriciens.....	47
Annexe 4 : Consentement libre et éclairé.....	48
Annexe 5 : Guide d'entretien	52
Annexe 6 : Questionnaire sur les données sociodémographiques.....	55
Annexe 7 : Modèle d'analyse de la théorie du comportement planifié d'Ajzen ajusté en fonction de l'étude	56
Annexe 8 : Arbre thématique.....	57

Résumé

Introduction : Les maladies bucco-dentaires, qui touchent 45% de la population mondiale, constituent un enjeu majeur de santé publique. Pendant la grossesse, les variations hormonales exacerbant des problèmes tels que la gingivite gravidique et les caries. Ces pathologies peuvent compliquer la grossesse, augmentant les risques d'accouchement prématuré et de prééclampsie. Cependant, des études soulignent un manque de connaissances sur ce sujet et un besoin urgent de sensibiliser les professionnels de santé et les femmes enceintes à l'importance de la santé bucco-dentaire durant la grossesse. Malgré les directives mondiales, le manque de prévention de la santé bucco-dentaire dans les soins de grossesse persiste, soulignant la nécessité d'étudier les facteurs qui influencent les gynécologues-obstétriciens à adopter ces pratiques.

Matériel et méthode : Cette étude adopte une approche qualitative exploratoire. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés en suivant un guide d'entretien pour collecter les données. En tout, 12 gynécologues-obstétriciens, dont 2 assistantes en gynécologie ont été interrogés. Les données récoltées ont été analysées à travers une analyse thématique.

Résultats : Les résultats révèlent une variété de facteurs influençant l'intégration de la prévention de la santé bucco-dentaire dans le suivi de grossesse. L'absence de formation initiale et continue chez les praticiens émerge comme un facteur clé, contribuant à une connaissance insuffisante du sujet. À cela s'ajoute le manque de collaboration interprofessionnelle, qui limite la coordination nécessaire entre les différents acteurs de la santé périnatale. Enfin, les croyances, telles que la perception de la prévention comme secondaire ou réservée aux sages-femmes, jouent également un rôle important. Par ailleurs, les besoins et attentes en matière de formation et de sensibilisation rapportés par les gynécologues-obstétriciens sont également mis en évidence.

Conclusion : La prévention bucco-dentaire demeure insuffisamment intégrée dans le suivi de grossesse, malgré son rôle essentiel pour la santé des femmes enceintes et la prévention des complications obstétricales. Pour combler cette lacune, il est crucial de renforcer la formation des professionnels de santé, de favoriser une collaboration interprofessionnelle accrue et de concevoir des stratégies de sensibilisation adaptées. L'intégration de cette prévention assurerait une prise en charge complète durant la grossesse.

Mots clés : prévention de la santé bucco-dentaire, gynécologues-obstétriciens, femmes enceintes, grossesse, complications obstétricales

Abstract

Introduction : Oral diseases, affecting 45% of the global population, represent a major public health challenge. During pregnancy, hormonal variations exacerbate issues such as pregnancy gingivitis and cavities. These conditions can complicate pregnancy, increasing the risks of preterm delivery and preeclampsia. However, studies highlight a lack of knowledge on this subject and an urgent need to raise awareness among healthcare professionals and pregnant women about the importance of oral health during pregnancy. Despite global guidelines, the lack of oral health prevention in prenatal care persists, underscoring the need to study the factors influencing gynecologists-obstetricians to adopt these practices.

Material and method : This study employs an exploratory qualitative approach. Semi-directed interviews were conducted using an interview guide to collect the data. In total, 12 gynecologists-obstetricians, including 2 gynecology assistants, were interviewed. The collected data were analyzed through thematic analysis.

Results : The results reveal a variety of factors influencing the integration of oral health prevention into pregnancy care. The lack of initial and ongoing training for practitioners emerges as a key factor, contributing to insufficient knowledge on the subject. Additionally, the lack of interprofessional collaboration limits the necessary coordination between the various actors in perinatal healthcare. Finally, beliefs, such as perceiving prevention as secondary or reserved for midwives, also play a significant role. Moreover, the needs and expectations regarding training and awareness reported by gynecologists-obstetricians are also highlighted.

Conclusion : Oral health prevention remains insufficiently integrated into pregnancy care, despite its essential role in ensuring the health of pregnant women and preventing obstetric complications. To address this gap, it is crucial to enhance the training of healthcare professionals, promote increased interprofessional collaboration, and develop tailored awareness strategies. Integrating this prevention would ensure comprehensive care during pregnancy.

Key words : dental health prevention, gynecologists-obstetricians, pregnant women, pregnancy, obstetrical complications

Listes des abréviations

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists (Collège Américain des Obstétriciens et des Gynécologues)

AMAP : Association pour le Maintien d'une Agriculture Paysanne

CRGOLFB : Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique

GLEM : Groupe Local d'Évaluation Médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

MIC : Maternal Intensive Care (Soins intensifs maternels)

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

NIIOH : National Interprofessional Initiative on Oral Health

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance

TCP : Théorie du Comportement Planifié

1. Préambule

Avant d'entreprendre un Master en Sciences de la Santé publique, j'ai suivi un bachelier Sage-femme. Au cours de cette formation, j'ai effectué un stage au sein du service des soins intensifs maternels, où une situation m'a particulièrement marquée. Il s'agissait d'une patiente ayant accouché prématurément en raison d'un abcès dentaire non traité. Cet incident m'a interpellée et m'a fait prendre conscience qu'un problème apparemment anodin, comme un « simple abcès dentaire », pouvait avoir des répercussions majeures sur le déroulement d'une grossesse. Suite à cette expérience, j'ai été étonnée de constater, au cours de mes stages en consultations prénatales avec les gynécologues, l'absence totale de discussions concernant la santé bucco-dentaire. Cette observation a retenu en moi une interrogation profonde sur les raisons pour lesquelles ce sujet n'était pas abordé. Elle a également renforcé mon intérêt pour cette thématique dans le cadre de mon master en santé publique.

J'ai choisi cette thématique, car la promotion de la santé m'a toujours tenue à cœur et je suis profondément motivée par l'idée d'accompagner les patients dans la gestion et l'amélioration de leur santé. De plus, ce sujet représente un enjeu de santé publique majeur : les maladies bucco-dentaires sont en forte progression, tout comme les accouchements prématurés, dont certains pourraient être évités grâce à une meilleure prise en charge bucco-dentaire.

Mon mémoire s'inscrit dans une démarche visant à mieux intégrer la santé bucco-dentaire dans le suivi de grossesse, afin de réduire les complications obstétricales liées à cette problématique et d'assurer une prise en charge plus complète des femmes enceintes. En interrogeant les gynécologues, je cherche à comprendre les facteurs qui influencent leur engagement dans la prévention de la santé bucco-dentaire pendant la grossesse et à cerner leurs besoins en formation pour renforcer l'efficacité des actions préventives. Ce travail ambitionne de contribuer à une évolution des pratiques, permettant d'élargir et d'améliorer le suivi prénatal grâce à une approche plus globale et multidimensionnelle.

2. Introduction

2.1. Prévalence des maladies et affections bucco-dentaires et définition de la santé bucco-dentaire

Les maladies et affections bucco-dentaires sont un véritable problème de santé publique mondial. En effet, selon le Rapport de situation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la santé bucco-dentaire dans le monde, réalisé en 2022, leur prévalence a fortement augmenté durant les 30 dernières années. Actuellement, 45% de la population mondiale est atteinte d'une maladie bucco-dentaire, avec une prédominance dans le pays à revenu intermédiaire. Elles représentent les maladies non transmissibles les plus courantes dans le monde (1).

L'OMS définit la santé bucco-dentaire comme « l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie, de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles » (2). La santé bucco-dentaire fait partie de la santé générale (3). Il est important de maintenir une bonne santé bucco-dentaire, car elle est essentielle pour effectuer des activités vitales. De plus, cette santé joue un rôle crucial dans le bien-être général de l'individu et facilite son intégration sociale au sein de la communauté (3,4). Les affections bucco-dentaires les plus répandues dans le monde actuellement sont les caries dentaires, les cancers de la bouche, les maladies parodontales et l'édentement (5,6). Une prévention adéquate permet de diminuer le risque d'apparition de ces affections bucco-dentaires (7,8).

2.2. Conséquences économiques des affections bucco-dentaires

Les dépenses associées aux affections bucco-dentaires dans le monde en 2015 comprennent des coûts directs évalués à 357 milliards de dollars américains et des coûts indirects évalués à 188 milliards de dollars américains. Toujours en 2015, en Europe, les coûts associés au traitement de ces affections occupent le troisième rang parmi les coûts liés aux maladies non transmissibles, s'élevant à 90 milliards d'euros. Les deux premières places sont occupées respectivement par le diabète et les maladies cardiovasculaires (9).

En ce qui concerne la Belgique, très peu de données concernant les coûts liés aux affections bucco-dentaire sont disponibles. Cependant, selon le rapport sur les dépenses en pratique

médicale réalisé par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI), les dépenses directes moyennes annuelles liées aux soins dentaires préventifs se sont élevées à 287 341 759 € en 2022 (10). Actuellement, en Belgique, Sciensano mène une étude nationale pour faire un état des lieux de la santé bucco-dentaire de la population. Cette étude a deux objectifs : d'une part, relever les maladies et affections bucco-dentaires les plus courantes, et d'autre part, déterminer les groupes d'individus concernés par ces problèmes de santé. L'objectif final de cette étude est d'optimiser la santé générale des individus en fournissant des données essentielles qui permettront de développer une politique de santé publique adaptée aux besoins de la population belge (11).

2.3. Les différentes formes de maladies dentaires

La maladie parodontale et la carie dentaire représentent les deux types principaux de maladies dentaires (12). La plaque dentaire, un biofilm constitué d'un mélange de salive et de bactéries, est à l'origine de ces deux maladies (12,13). Elle se forme dans la bouche, au niveau des dents, chez toutes les personnes (14). Elle devient problématique si elle n'est pas éliminée quotidiennement et de manière efficace par le brossage des dents (12), ainsi que par l'utilisation de fil dentaire et de brossettes interdentaires pour les zones inaccessibles à la brosse à dents (15). En effet, en cas d'hygiène bucco-dentaire insuffisante, les bactéries présentes dans la plaque dentaire peuvent provoquer une inflammation des gencives, correspondant au premier stade d'une maladie parodontale, connu sous le nom de gingivite (12,16,17). En absence de traitement, la gingivite peut évoluer et causer un gonflement des gencives autour des dents, facilitant ainsi la pénétration de la plaque dentaire et des bactéries dans les tissus qui soutiennent les dents. Ce phénomène entraîne une dégradation progressive de l'os alvéolaire, responsable du maintien des dents, et évolue en parodontite. Sans intervention, les structures de soutien s'affaiblissent, rendant les dents instables, ce qui peut aboutir à leur perte (12,18). De plus, la plaque dentaire qui persiste se mélange aux substances chimiques présentes dans la salive, comme le calcium et le phosphate, et se calcifie pour se transformer en tartre. Initialement blanc, ce dépôt solide jaunit avec le temps et ne peut être retiré que par un professionnel de santé (19,20).

Les bactéries cariogènes présentes dans la plaque dentaire sont capables de transformer les glucides fermentescibles en acides. Ces acides attaquent et affaiblissent l'émail des dents, initiant ainsi le processus de déminéralisation, à l'origine de la formation des caries dentaires

(12). La carie se manifeste le plus souvent dans les puits et fissures des faces occlusales, dans les zones de collet où l'auto-nettoyage est moins important et en inter-dentaire surtout lorsqu'il n'y a aucune méthode spécifique d'élimination de la plaque dans cette zone en complément du brossage des dents. Ce sont tous les endroits où les résidus alimentaires et la plaque dentaire s'amassent naturellement, créant un environnement propice à la prolifération des bactéries (12).

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

Plusieurs études scientifiques ont permis de constater que la grossesse exerce une influence sur la santé bucco-dentaire et qu'elle constitue une période durant laquelle les besoins en soins et en prévention bucco-dentaires sont plus élevés pour les femmes (21). En effet, les changements hormonaux, notamment l'augmentation du taux de la progestérone et de l'oestrogène, liés à la grossesse peuvent être un facteur contributif à l'émergence ou à l'aggravation de diverses affections bucco-dentaires, telles que des saignements et un gonflement plus fréquent des gencives (22,23).

Pendant la grossesse, la femme enceinte présente un risque élevé de développer des caries, une gingivite gravidique et une parodontite (23). À un risque moindre, certaines femmes enceintes peuvent développer un épulis gravidique, qui est une lésion tumorale hyperplasique (24). La gingivite de grossesse, en particulier, est la plus fréquente (21), car elle peut toucher toutes les femmes enceintes (24). En effet, durant la grossesse, l'augmentation significative du taux d'oestrogènes et de progestérone entraîne une augmentation de la perméabilité des capillaires des tissus parodontaux (25). Ces hormones stimulent également la synthèse des prostaglandines (26). Toutes ces modifications provoquées par ces hormones stéroïdiennes entraînent une sensibilité exacerbée des gencives, ce qui peut provoquer un gonflement et une inflammation. À ce stade, une hygiène bucco-dentaire rigoureuse est indispensable pour prévenir la gingivite gravidique (23).

La grossesse expose les femmes à un risque accru d'érosion et de caries dentaires, principalement en raison de l'augmentation de l'acidité buccale (24,27). Cette acidité est provoquée par les vomissements fréquents du premier trimestre et les reflux gastriques du troisième trimestre (24). Cette forte concentration d'acidité dans la cavité buccale, au contact des dents, peut entraîner la déminéralisation de l'email, conduisant à l'érosion dentaire (24).

Par ailleurs, les nausées et les vomissements poussent les femmes enceintes à consommer davantage d'aliments sucrés, ce qui accroît par conséquent, le risque carieux (24,27).

De plus, pendant la grossesse, la quantité ainsi que la composition de la salive sont modifiées. En effet, l'augmentation des œstrogènes et de la progestérone est responsable de la diminution du pH (23), et les femmes enceintes présentent une hypersialorrhée, ce qui diminue le pouvoir tampon de la salive et les rend plus à risque de caries dentaires (24).

Enfin, en ce qui concerne la parodontite, aucun lien direct n'a été établi entre la grossesse et cette maladie bucco-dentaire. Toutefois, la grossesse peut contribuer à l'aggravation d'une maladie parodontale préexistante (24). De plus, les bactéries anaérobies à gram négatives, souvent responsables des maladies parodontales, sont stimulées par l'augmentation des œstrogènes et de la progestérone (23). Toutes ces modifications provoquées par la grossesse engendrent donc une augmentation de la prévalence des affections bucco-dentaires chez la femme enceinte.

2.5. Influence des maladies bucco-dentaires sur la grossesse

La revue de la littérature indique que les femmes enceintes souffrant de parodontite pourraient présenter un risque accru de complications durant la grossesse. La parodontite constitue une source de bactéries gram négatives et de médiateurs inflammatoires susceptibles d'atteindre la circulation sanguine de la femme enceinte (25). Face à cette maladie inflammatoire chronique, l'organisme réagit en produisant des médiateurs inflammatoires, localement et de manière systémique, par le biais de deux voies distinctes : la voie directe et la voie indirecte (28). Les bactéries et les médiateurs inflammatoires produits par l'organisme empruntent ces deux voies. Les bactéries présentes dans les poches parodontales se propagent par la voie hématogène, qui correspond à la voie directe, et peuvent affecter directement le compartiment fœto-placentaire. Par la voie indirecte, les bactéries stimulent le foie maternel, qui libèrent ensuite des médiateurs de l'inflammation, qui se propagent dans la circulation sanguine pour, à leur tour, affecter le compartiment fœto-placentaire (28,29).

Les risques encourus pendant la grossesse incluent la fausse couche (29), la mortalité périnatale (29), la prééclampsie (24,25,28–30), l'accouchement prématuré (24,25,28,29,31)

et le faible poids à la naissance (24,25,29,31,32). Par ailleurs, une étude réalisée en 2009 a mis en évidence une relation entre le diabète gestationnel et la maladie parodontale. En effet, en cas de diabète gestationnel, la femme enceinte présente un risque accru de développer une maladie parodontale (33). Par conséquent, la santé bucco-dentaire revêt une importance encore plus grande chez ces patientes, déjà exposées à un risque accru de complications en raison de leur diabète gestationnel.

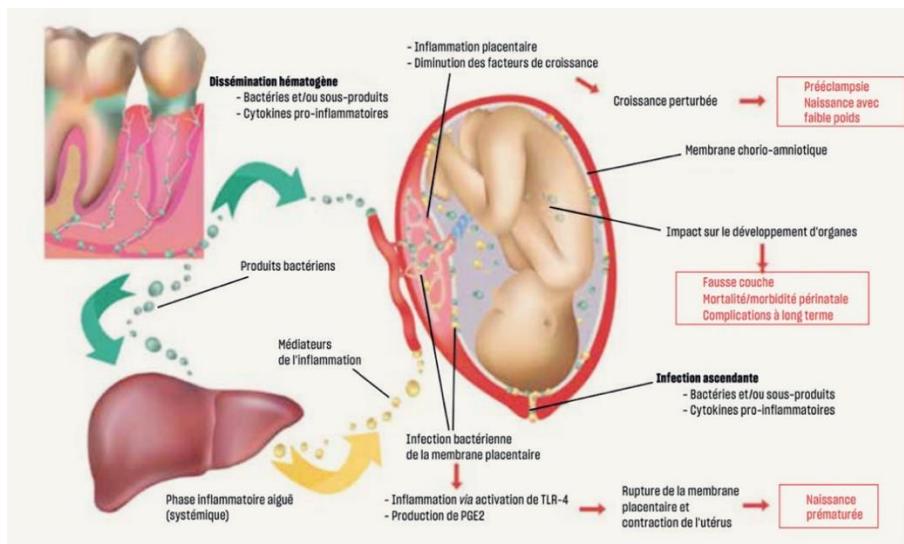


Figure 1 : Mécanisme pathogénique possible entre la maladie parodontale et les complications de la grossesse (25).

L'accouchement prématuré, défini comme la naissance d'un bébé avant 37 semaines de gestation (34), représente la première cause de mortalité infantile survenant avant l'âge de cinq ans à l'échelle mondiale (35). Selon l'OMS, 13,4 millions de naissances prématurées ont été recensées dans le monde en 2020 (35). Malheureusement, parmi ces bébés nés prématurément, 900 000 sont décédés (35). Quant à ceux qui ont survécu, certains porteront de lourdes séquelles de problèmes de santé (35,36).

En Belgique, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a recensé 120 000 naissances en 2020, dont 8 % étaient des naissances prématurées (37). Le nombre de ces naissances prématurées est en croissance dans notre pays (38).

2.6. État des lieux des recommandations préventives de la santé bucco-dentaire durant la grossesse

La littérature montre donc clairement que les maladies bucco-dentaires influencent la grossesse, tandis que la grossesse, quant à elle, exerce une influence sur la santé bucco-

dentaire. Ce lien réciproque met en évidence l'importance de maintenir une bonne santé bucco-dentaire pendant la grossesse, d'autant plus qu'une mauvaise santé bucco-dentaire pendant cette période augmenterait également le risque d'apparition de caries chez l'enfant à naître (22,39).

La prévention et les soins dentaires pendant la grossesse sont donc essentiels pour prévenir les maladies bucco-dentaires chez la femme enceinte et, ainsi, éviter certaines complications obstétricales (40). En effet, la femme enceinte doit être informée dès le début de sa grossesse des différents conseils de prévention visant à réduire le risque de maladies bucco-dentaires (28). Ces conseils incluent le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire grâce à un brossage des dents au moins deux fois par jour avec un dentifrice au fluor, ainsi que l'utilisation quotidienne du fil dentaire. Idéalement, un brossage des dents est également recommandé après chaque repas. Il est conseillé d'éviter la consommation d'aliments et de boissons sucrées (28,39,41). En cas de vomissements, il est préférable d'attendre une heure avant de se brosser les dents (28) et de réaliser un bain de bouche à base d'une cuillère à café de bicarbonate de soude diluée dans un verre d'eau (28,39,41). Enfin, une visite de contrôle chez le dentiste est recommandée tous les six mois, ainsi qu'en cas d'affections bucco-dentaires (39,42).

La grossesse n'est absolument pas une contre-indication aux soins bucco-dentaires, bien au contraire, ils sont recommandés à n'importe quel trimestre (42). Ces soins ne présentent aucun danger pour la grossesse, qu'il s'agisse de traitements préventifs tels que le détartrage, ou de soins curatifs tels que le surfaçage radiculaire, le traitement de la parodontite, des actes chirurgicaux et des interventions d'urgence (24,27,28,42). Cependant, pour toute intervention qui ne relève pas de la prophylaxie ou d'une situation d'urgence, il est recommandé de privilégier le deuxième trimestre de la grossesse (27,42,43). En effet, le premier trimestre correspond à la période de l'organogenèse du fœtus (27,43) et est souvent associé à des nausées (42), tandis que le troisième trimestre peut entraîner des inconforts liés à la posture en raison de la taille du ventre et au risque de syndrome de la veine cave (24,27,42). Pour minimiser ce risque, il est conseillé, dès le début du troisième trimestre, de placer la femme enceinte en position semi-assise avec éventuellement un coussin sous la hanche droite (24,39,42). La radiographie dentaire n'est pas non plus contre-indiquée pendant la grossesse,

peu importe le trimestre, à condition que la patiente porte un tablier de plomb et un collier thyroïdien (24,39,41,42). Enfin, la littérature recense une liste de médicaments autorisés pour les soins bucco-dentaires pendant la grossesse, incluant des antidouleurs, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des antibiotiques ainsi que des anesthésiques locaux (24,39,42).

Aux États-Unis, depuis 2013, le Collège Américain des Obstétriciens et des Gynécologues (ACOG) recommande de réaliser un examen bucco-dentaire systématique des femmes enceintes lors de la première consultation prénatale et d'orienter la femme enceinte vers un dentiste si le dernier rendez-vous date de plus de six mois ou si elle présente une affection bucco-dentaire. Il est également conseillé aux professionnels de santé de promouvoir la prévention de la santé bucco-dentaire auprès des patientes enceintes, de les informer sur les différents soins et examens bucco-dentaires autorisés pendant la grossesse afin de les rassurer, et de leur fournir des conseils pour maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire (44).

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) a formulé des recommandations spécifiques pour la prévention chez les femmes enceintes. Lors de la consultation prénatale du quatrième mois, il est essentiel d'aborder la santé bucco-dentaire. À partir de ce moment et jusqu'à la fin du sixième mois de grossesse, les femmes enceintes peuvent accéder à un examen bucco-dentaire entièrement couvert par l'Assurance Maladie (45,46). Pour ce qui est de la Belgique, un guide de pratique clinique établi par le KCE en 2015, qui recense tous les examens recommandés pendant la grossesse pour les prestataires de soins, ne recommande aucun examen bucco-dentaire pour les femmes enceintes (47). Cependant, l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) ainsi que Souriez.be recommandent aux femmes enceintes de consulter un dentiste au début de leur grossesse. Ils leur prodiguent également des conseils pour prévenir le risque de caries et de gingivite (48).

2.7. Manque de sensibilisation des femmes enceintes

Bien que la littérature souligne l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire, en particulier pendant la grossesse, les femmes enceintes ne sont pas suffisamment sensibilisées. En effet, une étude réalisée en 2019 a mis en avant les lacunes importantes dans l'accessibilité, la

compréhension et l'application des informations en santé bucco-dentaire de la part des femmes enceintes (49). En ce qui concerne l'accès aux informations, la plupart des participantes ont déclaré qu'elles recevaient rarement des conseils ou des informations sur leur santé bucco-dentaire de la part des professionnels de l'obstétrique. Ces derniers se concentrent principalement sur la santé du bébé et l'alimentation de la patiente, mais abordent rarement le sujet de l'hygiène dentaire et ses conséquences sur la grossesse et le bébé. Elles ne se doutent donc pas du lien qu'il peut exister entre ces domaines, ne mesurent pas leurs enjeux et sont parfois désinformées par de fausses croyances de la part de leur entourage (49).

Une enquête nationale menée aux États-Unis en 2015 a révélé que plus de la moitié des femmes enceintes n'avaient pas été informées par leurs gynécologues de l'importance de la santé bucco-dentaire pendant la grossesse (50). Pourtant, les gynécologues peuvent jouer un rôle significatif dans le recours aux soins bucco-dentaires des femmes enceintes. En effet, lorsqu'un gynécologue sensibilise sa patiente, celle-ci est deux fois plus susceptible de passer un examen dentaire pendant la grossesse et de s'informer sur la santé bucco-dentaire (50).

2.8. Manque de prévention de la santé bucco-dentaire durant la grossesse de la part des professionnels de santé

Cependant, en pratique, la majorité des gynécologues n'intègrent pas la prévention en matière de santé bucco-dentaire dans le cadre de leurs consultations prénatales. Une étude française réalisée en 2016 a révélé que, bien que la quasi-totalité (99 %) des professionnels de santé en obstétrique, tels que les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens, soient conscients de l'influence d'une mauvaise santé bucco-dentaire sur la grossesse, plus de la moitié d'entre eux ne procèdent pas à un examen préventif oral. De plus, seule une minorité (20 %) oriente les femmes enceintes vers un dentiste à titre préventif (51). Par ailleurs, une étude également menée en France en 2015 a révélé que, malgré la conscience des gynécologues-obstétriciens des risques des maladies parodontales pour la grossesse, ils n'intègrent pas la prévention bucco-dentaire dans leur pratique, en raison du manque de temps, de connaissances, et de la perception du sujet comme non prioritaire (52).

Aux États-Unis, il semble que les gynécologues n'intègrent pas davantage cette prévention bucco-dentaire dans leurs consultations prénatales qu'en France. Une étude réalisée en 2009

indique que bien que 84 % des gynécologues soient conscients de l'importance de la santé bucco-dentaire, 69 % d'entre eux ne fournissent aucune information à ce sujet à leurs patientes (53). Une étude plus récente, réalisée en 2016 au Michigan, montre que bien que la majorité (80 %) des professionnels de santé en obstétrique (sage-femmes et gynécologues-obstétriciens) accordent de l'importance à la santé bucco-dentaire pendant la grossesse, peu l'intègrent dans leur pratique obstétricale. La principale raison de cette non-intégration réside dans un manque de compétences et de formation spécifique chez les professionnels de santé sur ce sujet (54). Cette méconnaissance en matière de santé bucco-dentaire chez les professionnels de santé, entraînant un manque de prévention, a conduit la *National Interprofessional Initiative on Oral Health* (NIIOH) à intégrer des informations sur la santé bucco-dentaire dans les programmes scolaires américains de médecine, de soins infirmiers et de sages-femmes. L'objectif est de former les futurs soignants et médecins en matière de santé bucco-dentaire afin qu'ils puissent assurer une prévention efficace auprès des patients, en particulier des femmes enceintes (40).

2.9. Compétences des gynécologues-obstétriciens en Belgique

En Belgique, en 2022, le groupe de travail du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a défini les compétences de la discipline de gynécologie-obstétrique, incluant la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST), des cancers génitaux et du sein, ainsi que la gestion de la contraception. Le gynécologue doit également promouvoir une hygiène de vie saine, fournir des conseils préconceptionnels et administrer les vaccinations nécessaires. Cette définition attribue au gynécologue un rôle central dans la prise en charge globale de la santé des femmes, en tant que premier contact médical pour de nombreuses patientes, offrant ainsi des soins complets et continus (55). En outre, il devrait également sensibiliser et encourager les femmes enceintes à maintenir une bonne santé bucco-dentaire pour elles-mêmes et leur bébé, même si cela ne figure pas au même titre que les autres préventions dans les compétences de la discipline.

2.10. Question de recherche et objectifs de l'étude

Malgré un lien indéniable entre les maladies bucco-dentaires et les enjeux défavorables de la grossesse, démontré par la revue de la littérature, il persiste un manque de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes de la part des professionnels de la santé,

notamment les gynécologues-obstétriciens. Pour réduire l'incidence des complications obstétricales, il est préférable de prévenir les maladies bucco-dentaires plutôt que de les soigner. En effet, le traitement de la parodontite pendant la grossesse ne diminue pas le risque d'accouchement prématuré, de faible poids à la naissance ou de morbidité néonatale (56). Il est donc plus pertinent de miser sur la prévention des maladies bucco-dentaires plutôt que sur leur traitement. Identifier les différents facteurs qui influencent les gynécologues-obstétriciens dans l'application des recommandations en la matière pourrait jouer un rôle crucial dans l'amélioration de la prévention bucco-dentaire chez les femmes enceintes. Cependant, peu d'études explorant ces facteurs chez cette population ont été mises en évidence dans la littérature. Dans le contexte de cette étude, la collecte des discours des gynécologues-obstétriciens revêt une importance significative. En effet, outre le fait qu'ils sont régulièrement en contact avec les femmes enceintes en raison de leur pratique, l'une de leurs compétences essentielles consiste à assurer la prévention auprès de ces patientes. Le choix de solliciter l'opinion des gynécologues-obstétriciens est justifié par le constat qu'aucune étude portant spécifiquement sur les facteurs qui les influencent dans la mise en place de la prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes n'a été identifiée. La question de recherche de ce travail est donc la suivante : « Quels sont les facteurs influençant les gynécologues-obstétriciens dans la mise en place des recommandations de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes ? ».

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les facteurs qui influencent positivement et négativement les gynécologues-obstétriciens dans la mise en place des recommandations de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes.

Plusieurs objectifs secondaires importants sont également identifiés pour cette étude :

- Explorer le niveau de connaissance des gynécologues-obstétriciens concernant l'influence de la grossesse sur la santé bucco-dentaire.
- Explorer le niveau de connaissance des gynécologues-obstétriciens concernant l'influence de l'ensemble des maladies bucco-dentaires sur la grossesse.
- Comprendre/Identifier les besoins des gynécologues-obstétriciens en matière d'éducation et de formation pour assurer une prévention efficace de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes.

- Comprendre ce qui est mis en place en matière de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes en Belgique.

3. Matériel et méthode

3.1. Type d'étude et démarche de recherche

L'étude réalisée est une étude de type exploratoire et qualitative. Elle s'inscrit dans un raisonnement inductif qui a pour but d'établir des hypothèses à propos d'un phénomène peu connu et ce, à l'aide des informations qui seront récoltées durant l'étude. Cette approche a été choisie afin de comprendre de manière approfondie les facteurs influençant les gynécologues-obstétriciens dans la mise en place des recommandations de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes.

3.2. Caractéristiques de la population étudiée

Afin d'explorer de manière approfondie les différents facteurs affectant la mise en place des recommandations de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes, la population étudiée est composée de gynécologues-obstétriciens et d'assistants en gynécologie, travaillant actuellement sur le territoire belge francophone. Les critères d'inclusion de l'étude sont les suivants : être un gynécologue-obstétricien travaillant en Wallonie ou à Bruxelles ou être un assistant en gynécologie en deuxième année d'assistanat dans une université francophone, avoir une certaine expérience en matière de suivi prénatal, avoir une maîtrise suffisante du français et avoir signé le formulaire de consentement libre et éclairé. Les critères d'exclusion sont : être un gynécologue-obstétricien ne pratiquant plus ou à la retraire ou être dans la première année de pratique professionnelle en gynécologie obstétricale.

3.3. Méthode d'échantillonnage et échantillon

L'échantillonnage a été réalisé selon deux méthodes non probabilistes. Tout d'abord, la méthode d'échantillonnage aux volontaires a été utilisée. Pour ce faire, un mail d'invitation a été envoyé à plusieurs gynécologues exerçant en Wallonie et à Bruxelles, les invitant à participer à l'étude. De plus, les participants ont été inclus par choix raisonné, permettant ainsi de recueillir des perspectives riches et variées sur l'objet de recherche. Pour assurer une

variété de profils sociodémographiques, des gynécologues-obstétriciens de différents sexes, âges et niveaux d'expérience, travaillant dans des lieux différents (urbain/rural, cabinet privé/hospitalier) ont été interrogés. En effet, selon une étude réalisée en France auprès des gynécologues-obstétriciens, il est observé que leur pratique en matière de prévention de la santé bucco-dentaire est influencée par leur appartenance à l'une ou l'autre de ces catégories (52). Deuxièmement, la technique de recrutement « boule de neige » a été mise en œuvre : les premiers gynécologues recrutés ont suggéré d'autres collègues susceptibles de remplir les critères de participation.

La taille de l'échantillon n'a pas été préétablie au départ, car en recherche qualitative, l'objectif est d'atteindre la saturation des données. Cette notion fait référence au point où la collecte de données n'apporte plus de nouvelles informations pour approfondir la compréhension du phénomène étudié. Ainsi, dans le contexte de cette étude, les derniers entretiens réalisés n'apportent que peu d'informations nouvelles qui n'ont déjà été exprimées par les participants précédents.

3.4. Paramètres étudiés

La théorie du comportement planifié (TCP) est un modèle d'analyse développé par Ajzen qui permet d'explorer les facteurs influençant la décision d'un individu d'adopter ou non un comportement. Elle a été utilisée dans de nombreuses situations liées aux comportements et intentions en matière de santé, telles que l'arrêt du tabac (57), l'intention de pratiquer une activité physique et les habitudes alimentaires (58), ou encore l'intention d'adhérer à une Association pour le Maintien d'une Agriculture Paysanne (AMAP) (59). Ces exemples montrent que l'utilisation de la TCP pourrait être pertinente pour examiner les différents facteurs influençant la mise en œuvre ou non des recommandations de prévention de la santé bucco-dentaire par les gynécologues-obstétriciens.

Ce modèle comprend trois composantes permettant de prédire l'intention qui influence le comportement. Plus l'individu a une intention élevée d'adopter un comportement, plus il est probable qu'il le réalise (60). La première composante est l'attitude envers le comportement, qui correspond à l'évaluation par l'individu des conséquences positives ou négatives de ce comportement, en fonction de l'importance qu'il accorde à ces conséquences. La deuxième composante est la norme subjective, qui reflète la pression sociale perçue par l'individu. Cette

pression se base sur les opinions et attentes des personnes qui comptent pour lui et influencent sa décision d'adopter le comportement (60). La troisième composante est le contrôle comportemental perçu, qui correspond à l'évaluation par l'individu de sa capacité à adopter le comportement. Cette capacité dépend de ses croyances concernant la présence d'obstacles ou de facilitateurs qui peuvent influencer la mise en œuvre du comportement (60,61).

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les facteurs influençant les gynécologues-obstétriciens à mettre en œuvre les recommandations de prévention de santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes sur base du modèle d'analyse précédemment décrit. Ainsi, trois paramètres principaux se situent au centre du questionnement, chacun étant divisé en plusieurs sous-dimensions. Un schéma illustrant le modèle d'analyse de la TCP d'Ajzen, ajusté en fonction de l'étude, est disponible en annexe 7.

- Attitude :
 - Les croyances sur les conséquences que pourrait avoir la mise en place des recommandations de santé bucco-dentaire ;
 - Les croyances sur l'utilité des recommandations de santé bucco-dentaire ;
 - Les croyances sur les conséquences que pourraient avoir les maladies bucco-dentaire sur le déroulement de la grossesse ;
 - Les croyances sur les conséquences que pourrait avoir l'état de grossesse sur la santé bucco-dentaire ;
 - Les expériences personnelles antérieures avec la santé bucco-dentaire ;
 - La valeur accordée à ces croyances.
- Les normes subjectives :
 - Les normes du milieu professionnel ;
 - La volonté de se conformer à ces normes.
- Le contrôle perçu :
 - La présence de barrières et de facilitateurs à réaliser le comportement ;
 - La force accordée à ces barrières et facilitateurs.

3.5. Outils de collecte des données

La technique des entretiens semi-dirigés a été utilisée dans le cadre de cette étude afin de collecter les données auprès des gynécologues-obstétriciens. Selon les préférences des participants, les entretiens ont été réalisés soit en présentiel, soit par téléphone. Un guide d'entretien et un questionnaire visant à collecter des données socio-démographiques ont été élaborés par la chercheuse avant la sélection du modèle d'analyse, en l'occurrence la TCP d'Ajzen. Ces outils n'ont donc pas été conçus spécifiquement en fonction de ce modèle. L'entretien semi-dirigé permet un véritable échange durant lequel l'expérience vécue par les gynécologues-obstétriciens est explorée. Il permet d'aborder des thèmes spécifiques définis à l'avance par la chercheuse, dans le but de fournir des informations en réponse à la question de recherche.

3.6. Organisation et planification de la collecte des données

Un mail d'invitation à participer à l'étude a été envoyé aux gynécologues-obstétriciens répondant aux critères de participation (Annexe 3). Ce mail, rédigé et envoyé par la chercheuse, n'a reçu que deux réponses positives. Ce nombre étant insuffisant, la méthode de "boule de neige" a été utilisée : les participants initiaux ont suggéré d'autres collègues potentiels. Les adresses e-mail et les numéros de téléphone des cabinets des gynécologues-obstétriciens étant généralement disponibles en ligne, ils ont également été contactés par ces deux moyens. Sur les 40 gynécologues sollicités, 13 ont accepté. Finalement, 12 gynécologues-obstétriciens dont 2 assistantes en gynécologie ont été interrogés, atteignant la saturation des données. La majorité des entretiens ont été effectués en présentiel. Toutefois, pour faciliter l'engagement des professionnels de la santé, deux entretiens ont été effectués par téléphone. Le mode, le lieu et la date de chaque entretien ont été choisis par les participants. La durée des entretiens variait entre 12 minutes et 1 heure 14 minutes. Tous les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participants pour faciliter la retranscription. Chaque participant a signé un formulaire d'information et de consentement (Annexe 4).

3.7. Traitement des données et méthode d'analyse

Chaque entretien a été transcrit et anonymisé dans son intégralité dans un document Word. Dans un premier temps, la chercheuse a effectué une analyse verticale de chaque entretien, en les lisant dans leur intégralité pour bien s'imprégner des réponses des gynécologues-obstétriciens. Cette première lecture a permis d'identifier les verbatims pertinents pour les différents paramètres étudiés. Ensuite, une analyse horizontale a été réalisée sur l'ensemble

des entretiens afin de regrouper les concepts et verbatims communs en un ensemble de codes, permettant ainsi une analyse détaillée selon les paramètres étudiés. Ces analyses ont été effectuées exclusivement par la chercheuse.

3.8. Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude ne relève pas de la loi de 2004 sur l'expérimentation humaine. Par conséquent, il n'est pas nécessaire de la soumettre au Comité d'Éthique, comme confirmé par leur réponse (Annexe 2) à la demande d'avis du 8 avril 2024 (Annexe 1). Toutes les données recueillies ont été traitées conformément au Règlement Général sur la Protection des Données du 25 mai 2018.

4. Résultats

4.1. Présentation de l'échantillon

Dans le cadre de cette étude, 12 gynécologues-obstétriciens ont été interrogés, dont 2 assistantes en gynécologie. Le tableau ci-dessous présente les données sociodémographiques des participants. Ces informations ont été jugées essentielles par la chercheuse en raison de leur pertinence par rapport aux objectifs de l'étude.

Sujet	Genre	Age	Statut	Expériences professionnelles	Structure	Localisation
G1	F	58	Gynécologue-obstétricien	Entre 25 et 30 ans	Cabinet privé, Structure hospitalière non universitaire	Périurbain
G2	F	32	Assistante en gynécologie-obstétrique	Entre 1 et 5 ans	Structure hospitalière non universitaire	urbain
G3	F	52	Gynécologue-obstétricien, responsable du service des grossesses à haut risque, Conseillère gynécologue à l'ONE	Entre 20 et 25 ans	Structure hospitalière non universitaire et l'ONE	urbain
G4	F	36	Gynécologue-obstétricien	Entre 5 et 10 ans	Structure hospitalière non universitaire	urbain
G5	F	41	Gynécologue-obstétricien	Entre 10 et 15 ans	Structure hospitalière non universitaire	urbain
G6	F	30	Assistante en gynécologie-obstétrique	Entre 1 et 5 ans	Structure hospitalière non universitaire	urbain
G7	M	57	Gynécologue-obstétricien	Entre 25 et 30 ans	Cabinet privé, Structure hospitalière non universitaire	Urbain
G8	F	43	Gynécologue-obstétricien, gynécologue de référence pour le service des grossesse à haut risque	Entre 10 et 15 ans	Cabinet privé, Structure hospitalière non universitaire et universitaire	urbain
G9	F	30	Gynécologue-obstétricien	Entre 1 et 5 ans	Structure hospitalière non universitaire et universitaire	urbain

G10	M	37	Gynécologue-obstétricien	Entre 1 et 5 ans	Cabinet privé, Structure hospitalière non universitaire	Urbain et rural
G11	M	69	Gynécologue-obstétricien, conseiller gynécologue à l'ONE	>30 ans	Cabinet privé, l'ONE	rural
G12	M	57	Gynécologue-obstétricien, conseiller gynécologue à l'ONE	Entre 20 et 25 ans	Cabinet privé, Structure hospitalière non universitaire, l'ONE	urbain

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des gynécologues interrogés.

4.2. Analyse thématique

L'analyse thématique des réponses est réalisée selon les trois paramètres étudiés. À l'issue de cette analyse, un arbre thématique a été créé pour fournir une représentation structurée et explicite des thèmes et sous-thèmes essentiels à la réponse à la question de recherche (voir annexe 8). Il en est ressorti quatre thématiques principales : les attitudes influençant le comportement ; l'influence des autres ; le contrôle perçu à l'égard de la mise en œuvre de la prévention de la santé bucco-dentaire et l'équilibre entre la norme professionnelle, l'attitude et le contrôle perçu.

4.2.1. Les attitudes influençant le comportement

A. La perception de la prévention

A.1 *L'importance accordée à la prévention*

Tout d'abord, il est essentiel de souligner l'importance que la quasi-totalité des gynécologues-obstétriciens accordent à la prévention de la santé bucco-dentaire. Pour un grand nombre d'entre eux, elle devrait être particulièrement renforcée chez les femmes enceintes, en raison de leur vulnérabilité accrue aux infections : « *De toute façon, je pense que la santé bucco-dentaire est importante de façon générale et d'autant plus lors de la grossesse, car la femme enceinte est plus sujette et fragile. C'est certainement le moment de favoriser, de l'inciter à l'importance du suivi* » (G1). Certains gynécologues, en particulier ceux qui travaillent au service des soins intensifs maternels (MIC), ont pris conscience de cette problématique à travers leur expérience clinique, observant une augmentation des risques d'accouchement prématuré liés aux infections bucco-dentaires : « *Alors, vu que j'ai fait pas mal de MIC ces derniers temps et qu'il y a pas mal de menaces d'accouchement prématuré suite à des infections bucco-dentaires, j'ai quand même pu prendre conscience de l'importance de la santé bucco-dentaire* » (G2). Pour d'autres, cette prévention est cruciale en raison du lien direct établi entre les risques d'accouchement prématuré, les fausses couches et une mauvaise

hygiène bucco-dentaire : « *C'est important parce qu'on sait très clairement qu'il y a des liens avec l'hygiène bucco-dentaire, les caries et les patientes qui font des menaces d'accouchements prématurés, des fausses couches* » (G5). « *Il est bien connu que les pathologies bucco-dentaires, notamment gingivales ou les caries augmentent le risque de complications de grossesse. Donc, sur la menace d'accouchement prématuré, c'est tout à fait bien prouvé. Donc j'y accorde une certaine importance* » (G7).

Cependant, un gynécologue se distingue des autres en admettant son manque de connaissances sur l'importance de cette prévention. Il reconnaît n'avoir ni suivi de formation ni reçu d'information spécifique à ce sujet, et n'avoir jamais entrepris de recherches dans la littérature scientifique pour mieux comprendre cette problématique : « *Je n'en parle jamais, car je n'ai pas reçu de formation spécifique ou d'informations à ce sujet [...]. Mais je n'ai aucune idée... Je n'ai pas fait de recherche dans la littérature là-dessus* » (G10).

A.2 La prévention perçue comme non prioritaire

Certains gynécologues ne considèrent pas la prévention bucco-dentaire comme une priorité lors des consultations prénatales. Cela pourrait expliquer pourquoi les recommandations en la matière ne sont pas systématiquement mises en œuvre ni transmises aux femmes enceintes. Cette perception du caractère non prioritaire repose sur deux principales raisons, selon les gynécologues impliqués. Tout d'abord, les recommandations et conseils de prévention en santé bucco-dentaire n'ont été intégrés dans le carnet de suivi de grossesse de l'ONE que depuis quelques années, reflétant que cet aspect de la santé n'a pas toujours été valorisé dans le suivi prénatal : « *Le fait même que ce soit récemment apparu dans les consignes du carnet de l'ONE montre bien que la sphère de surveillance grossesse n'est pas touchée par ça et malheureusement que très récemment. Quand j'ai commencé, il y avait déjà un carnet ONE, donc ça fait bien une trentaine d'années et même bien plus que je fais les consultations. Donc clairement, ce n'était pas quelque chose qui était censée être prioritaire par les professionnels de la santé de la femme, de la grossesse pour moi ces 30 dernières années et avant non plus, encore moins même* » (G7).

Ensuite, la diversité des sujets de prévention jugés prioritaires par certains gynécologues dans le cadre du suivi de grossesse conduit souvent à reléguer la santé bucco-dentaire au second

plan : « *Il y a tellement de choses importantes à évoquer lors d'une consultation prénatale, ce n'est quand même pas la priorité absolue, il y a des choses beaucoup plus importantes dans le suivi d'une grossesse* » (G11). « *Imaginez ce que c'est qu'une consultation prénatale où..le nombre de sujets de prévention qu'il faut aborder entre la toxoplasmose, le CMV, le NIPT, le diabète, les assuétudes, etc* » (G12).

B. Les expériences professionnelles sur le terrain

Certains soignants travaillant dans les services du MIC ou possédant de nombreuses années d'expérience professionnelle en obstétrique sont plus enclins à intégrer la prévention bucco-dentaire dans leur prise en charge des femmes enceintes. Leur expérience leur a permis d'établir un lien direct entre une mauvaise santé bucco-dentaire et des complications de grossesse, notamment les menaces d'accouchement prématuré. Cette sensibilisation accrue les pousse à accorder une importance particulière à cette prévention : « *Si elles ont une mauvaise hygiène, si elles ont des abcès, clairement, on a déjà eu des patientes qui viennent en menace et elles viennent avec des ruptures de poche et des petites CRP, des petits bilans inflammatoires positifs. Donc je pense qu'il y a un lien avec ça* » (G5). « *On a vu ici, une patiente qui avait un problème dentaire et qui contractait, on s'est dit que c'était peut-être là-dessus* » (G10).

De plus, ils ont pu constater que la prise en charge de problèmes dentaires pouvait parfois stopper des menaces d'accouchement prématuré. Deux d'entre eux, l'une responsable du MIC et l'autre avec plus de 25 ans d'expérience, ont particulièrement insisté sur ce point : « *J'en ai assez de voir des patients qui ont des ruptures de membranes simplement parce que qu'elles ont un abcès qui n'a pas pu être traité à temps. Par exemple, une patiente avec une rupture des membranes à 30 semaines n'a pas accouché prématurément parce que sa dent avait été soignée* » (G3). « *J'ai déjà arrêté des menaces d'accouchements prématurés en demandant à la patiente d'aller chez son dentiste et en faisant soigner sa carie. Après, elle n'a plus contracté* » (G7).

C. La limite des compétences du gynécologue

Certains gynécologues estiment que la prévention en matière de santé est davantage du ressort des sages-femmes, tandis qu'eux concentrent leurs efforts principalement sur la

gestion des pathologies associées à la grossesse. Cette vision s'inscrit dans une tendance actuelle à une spécialisation croissante du métier de gynécologue, qui se concentre de plus en plus sur la gestion des grossesses pathologiques et des cas complexes. Ainsi, cette évolution confère aux sages-femmes un rôle de premier plan dans la prévention : « *Vous par contre, les sages-femmes, la prévention c'est votre business tu vois, moi je pourrai encore être dédouanée parce que je suis censée m'occuper que de la pathologie* » (G3). « *Je pense en vrai qu'il n'y a pas que les gynécologues, il y a aussi les sages-femmes et c'est plus en plus vers ça qu'on se tend, une hyperspecialisation de la gynécologie et ne voir que les grossesses pathologiques* » (G6).

Cette répartition des rôles repose aussi sur une différence dans l'approche des patientes. Les sages-femmes sont décrites par les gynécologues comme ayant une vision plus holistique, prenant en compte les besoins émotionnels et le bien-être global des patients, ce qui complète l'approche plus centrée sur les pathologies des médecins : « *Les sages-femmes, elles ont aussi un rôle important et dans les consultations prénatales et dans la prévention. Leur vision des patients est plus holistique que celle des médecins, elles voient plus leurs besoins d'être rassurés. Le médecin par aisance, il est très concentré sur d'éventuelles pathologies mais une vision moins globale des patients. Les sages-femmes sont moins concentrées sur certaines pathologies mais ont une vision plus globale des patientes, ce qui se complète* » (G7).

4.2.2. L'influence des autres : sensibilisation des gynécologues et demande de la patiente

A. La sensibilisation par une gynécologue responsable du service du MIC et une étudiante en hygiène bucco-dentaire

Les entretiens ont révélé que les gynécologues sensibilisés, grâce à l'implication de la gynécologue responsable du MIC – fortement engagée dans la promotion de la prévention bucco-dentaire dans le suivi de grossesse – ou grâce à une étudiante en hygiène bucco-dentaire, sont davantage disposés à intégrer cet aspect dans leurs pratiques. Ils expliquent que les informations transmises leur permettent non seulement d'acquérir une meilleure compréhension de l'importance de l'hygiène bucco-dentaire, mais aussi de prodiguer des conseils adaptés et précis à leurs patientes, répondant ainsi aux questions et préoccupations exprimées en consultation : « *J'ai une collègue qui a son dicton qui dit qu'on perd une dent à*

chaque grossesse. Donc elle, elle dit clairement et je pense qu'elle a en partie raison car elle est responsable du service des grossesses à haut risque. [...] Probablement qu'on est plus sensible à avoir des caries ou autre. Donc, il faudrait encore plus augmenter l'hygiène bucco-dentaire classique » (G5). « Ce n'est pas du tout un truc qui est abordé dans notre formation. C'est plutôt un sujet qui a été abordé au collège par Dr. G3 qui est une très bonne idée d'ailleurs. Je pense que c'est quelque chose où quand on est confronté parfois à des patientes qui ont une rage de dent qui demandent si elles peuvent aller voir un dentiste, c'est vrai qu'on les encourage systématiquement à peut-être aller voir le dentiste pour éviter d'être dans des situations compliquées [...] » (G12). « On avait eu l'année passée justement une stagiaire hygiéniste bucco-dentaire qui a sensibilisé quand même une bonne partie des gynécos qui n'avaient pas du tout d'info sur ce sujet-là et qui n'en parlent jamais. Pour le peu qu'elle est restée, je pense que ça a fait du bien à pas mal de monde, les sages-femmes étaient là aussi » (G5).

En revanche, en l'absence d'une telle sensibilisation, cette prévention a peu de chances d'être intégrée dans leur pratique. En effet, les assistants et jeunes gynécologues, qui façonnent souvent leurs propres pratiques sur le modèle de celles de leurs supérieurs, mettent en avant le rôle déterminant de ces derniers dans l'adoption et la transmission de nouvelles approches préventives : « *C'est plutôt de l'apprentissage si tu as le temps d'aller consulter avec tel gynécologue pendant ta formation [...] c'est comme ça aussi qu'on apprend certains trucs. Et c'est vrai, mais ça n'a pas été mon cas, si j'avais eu quelqu'un qui systématiquement s'intéressait à la santé bucco-dentaire, peut-être que ça serait devenu systématique chez moi. [...] on se crée un peu sa propre identité mais dans mon expérience à moi en Belgique, je n'ai pas du tout eu cette sensibilisation-là » (G9).*

B. La demande de la patiente

Certains praticiens intègrent la prévention de la santé bucco-dentaire uniquement lorsque les patientes expriment des plaintes ou posent des questions à ce sujet. Cette approche, largement réactive, les place en quelque sorte devant le fait accompli, les conduisant à intervenir uniquement en réponse aux sollicitations des patientes : « *Le fait que la patiente vienne d'elle-même en parler, à poser une question. Moi c'est surtout s'il y a des plaintes. Si elles me posent des questions » (G11). « La porte d'entrée classique c'est plutôt les patientes*

qui posent les questions par rapport à si elles ont un souci [...] . Je n'oriente pas chaque patiente chez le dentiste, c'est plutôt quand le sujet se présente ou quand je vois qu'il y a un souci ou quand la question est posée » (G12). Cela contraste avec une démarche proactive, qui viserait à aborder la prévention de manière systématique et anticipée, sans attendre que des interrogations ou des problèmes soient soulevés. Ainsi, si la santé bucco-dentaire n'est pas évoquée spontanément par la patiente, le sujet reste généralement absent de la consultation : « *Si la patiente n'a pas de plainte sur la santé bucco-dentaire, je ne mets pas cette prévention en place, c'est-à-dire que je ne lui donne pas des conseils et je ne l'oriente pas exclusivement vers un dentiste » (G6).*

4.2.3. Le contrôle perçu à l'égard de la mise en œuvre de la prévention de la santé bucco-dentaire

A. Le temps de la consultation prénatale

L'influence du facteur temps chez les gynécologues est un sujet qui divise. Certains professionnels affirment que le manque de temps impacte significativement leur capacité à aborder tous les sujets nécessaires, tandis que d'autres estiment que ce n'est pas un obstacle majeur. En effet, certains gynécologues ressentent fortement l'influence du temps limité disponible lors des consultations. Ils expliquent que les nombreuses questions et la variété des sujets à aborder rendent difficile de traiter en profondeur chaque aspect de la prévention : « *On a 20 minutes par patiente et parfois des gros dossiers à mettre au point, probablement que ça passe à la trappe par manque de temps » (G4).* « *Comme on a que 20 minutes de consultation, elles ont beaucoup de questions et on n'a pas le temps d'aborder le sujet. [...] Il faudrait des consultations plus longues » (G6).* D'autres, cependant, affirment que le facteur temps ne les influence pas : « *Ce n'est pas les deux secondes que demande cette question-là qui est un frein. [...] C'est juste une ligne de plus dans la consultation » (G7).* « *Non, le temps n'influence pas. [...] S'il faut prendre du temps pour une prévention dont je suis convaincu et qu'on peut systématiser, je prendrai le temps » (G12).*

B. Le niveau de connaissance

B.1 L'évaluation du degré de connaissance personnelle

L'ensemble des gynécologues interrogés (n=12/12) ont unanimement reconnu que les maladies bucco-dentaires peuvent être à l'origine de diverses complications obstétricales. Parmi celles-ci, le risque de menace d'accouchement prématuré a été systématiquement mentionné par tous, ainsi que des complications telles que la prééclampsie et, dans certains cas, la mort fœtale *in utero* : « *Oui, clairement, il y a des menaces d'accouchements prématurés. Je sais que ça a été démontré qu'on retrouve les mêmes bactéries dans une infection bucco-dentaire quand il y a une menace d'accouchement prématuré, quand elles accourent, on retrouve les mêmes bactéries* » (G2). « *Dans une mesure importante, puisque..en tout cas sur la prématurité c'est clairement prouvé* » (G7). « *Je crois qu'il y a certaines études qui montrent aussi que des pathologies inflammatoires chroniques, une gingivite chronique, c'est une pathologie inflammatoire chronique augmente le nombre de prééclampsies* » (G7). Certains soignants affirment également que la grossesse, en raison des changements hormonaux, des besoins corporels accumulés et des habitudes alimentaires de la femme enceinte, influence significativement sa santé bucco-dentaire.

Bien que la majorité des gynécologues soient conscients des complications obstétricales associées aux pathologies bucco-dentaires et de l'impact de la grossesse sur la santé bucco-dentaire, ils n'intègrent pas cette prévention dans leur pratique. Ce paradoxe s'explique par un manque de connaissances spécifiques sur le sujet, qui les empêche d'aborder la prévention de manière adéquate. Beaucoup se sentent insuffisamment formés et démunis pour fournir des conseils adaptés à leurs patientes. Leurs connaissances, souvent issues de leur expérience sur le terrain, des discussions avec des collègues ou d'informations recueillies au cours de leur carrière, s'avèrent généralement insuffisantes pour structurer une démarche préventive systématique et efficace : « *Je n'ai pas la connaissance suffisante pour mettre en place cette prévention. Je connais les conseils habituels, comme laver les dents, mais voilà. Je connais mieux le sujet par exemple sur la toxoplasmose, ses risques et complications pour le fœtus. Donc c'est surtout le manque de connaissances* » (G1). Certains gynécologues préfèrent déléguer cette tâche à d'autres spécialistes, ne se sentant pas assez formés pour aborder le sujet : « *Je ne vois pas quel conseil je pourrais lui donner... s'il y a une question, moi j'embraye en disant "Allez voir votre dentiste"* » (G11). Cependant, certains gynécologues, particulièrement ceux exerçant dans le service des grossesses à haut risque, estiment disposer

de connaissances suffisantes pour aborder le sujet de l'hygiène bucco-dentaire et fournir des conseils adaptés à leurs patientes.

B.2 La formation durant le cursus et la formation continue

Le manque de formation spécifique sur la santé bucco-dentaire durant leur cursus impacte donc directement la capacité des gynécologues à mettre en place des mesures préventives efficaces. Tous les gynécologues (n=12/12) s'accordent à dire qu'ils n'ont jamais suivi de formation dédiée à ce sujet pendant leurs études de médecine : « *Je n'ai pas de souvenir d'avoir eu un cours spécifique sur la santé bucco-dentaire en relation avec la femme enceinte. J'ai eu un cours de stomatologie dans mes études générales, mais c'était très bref et non focalisé sur la femme enceinte* » (G1). Cependant, parmi les gynécologues ayant entre 5 et 10 ans d'expérience, certains se souviennent que la mauvaise hygiène bucco-dentaire a été évoquée comme un facteur de risque d'accouchement prématuré, bien qu'aucun chapitre spécifique n'ait été consacré à ce sujet. L'ensemble des personnes interrogées affirment également que la santé bucco-dentaire n'a jamais été abordée lors de congrès, colloques, ou autres événements professionnels.

B.3 Le besoin de formation, de sensibilisation et de support didactique

Pour combler leur manque de connaissances, presque tous les soignants éprouvent un besoin de formation et de sensibilisation, tant pendant leur cursus universitaire qu'après : « *Il faut que le message passe à un moment donné. Aussi bien dans la formation de gynécologie que dans la formation continue qu'on a une fois qu'on est gynéco* » (G5). Pour les formations continues, ils proposent diverses initiatives : « *Pour favoriser l'information, il faut passer par le biais d'organisations professionnelles. Il existe le groupement royal des gynécologues-obstétriciens de langue française de Belgique (CRGOLFB) qui organise des congrès sur plusieurs sujets chaque année. Avoir un orateur qui saurait en parler lors d'un congrès d'obstétrique, ça serait peut-être une bonne chose* » (G7). Certains suggèrent également d'intégrer ce sujet au sein d'un groupe local d'évaluation médicale (GLEM), une structure réunissant des médecins qui analysent leurs pratiques cliniques dans le but d'améliorer la qualité des soins : « *C'est vrai que ça pourrait être un sujet de GLEM et on ferait venir quelqu'un qui est plus spécialiste, un dentiste ou un gynécologue qui est plus branché là-dessus* » (G11).

Certains gynécologues expriment le besoin de supports didactiques, à la fois pour s'informer eux-mêmes et pour les utiliser dans la mise en place de la prévention auprès des femmes enceintes : « *Ca serait bien que nous soyons informés par des petits flyers [...]. Avec des documents et quelques articles à lire, ainsi qu'une fiche récapitulative des points pratiques pour la patiente* » (G2). « *Avoir une brochure avec les mesures d'hygiène standard globale de la femme qu'on pourrait passer en revue avec la femme enceinte et donc du coup, s'il y a dessus l'hygiène bucco-dentaire, on passe dessus* » (G4).

Enfin, l'idée d'inclure des informations sur la santé bucco-dentaire dans le carnet de grossesse de l'ONE a été évoquée par plusieurs praticiens. Cette démarche a pour but de rendre ces informations facilement accessibles aux femmes enceintes, même si elles ne sont pas systématiquement abordées lors des consultations. Cependant, son efficacité dépend de la volonté des patientes de consulter ce carnet, une dépendance qui divise les avis des professionnels. Cette idée semble également controversée parmi les gynécologues : certains la considèrent comme une initiative ou un projet déjà en cours de développement : « *Dans le carnet de grossesse de l'ONE, il devrait y avoir un paragraphe... c'était un projet en cours* » (G6). D'autres, en revanche, perçoivent cette suggestion comme totalement nouvelle et à envisager pour l'avenir : « *Ça serait bon de mettre dans le carnet ONE des conseils sur l'hygiène bucco-dentaire* » (G7).

C. Le manque d'intégration de la prévention dans la pratique quotidienne

Certains gynécologues ne réalisent pas de prévention en matière de santé bucco-dentaire, car cela ne fait pas encore partie de leurs pratiques professionnelles habituelles ni de leurs réflexes lors des consultations : « *Ce n'est pas habituel qu'on parle de ça* » (G1). « *Alors je ne sais pas si on peut vraiment parler de frein mais j'ai l'impression que dans ma formation, c'est vrai que ce n'est pas quelque chose que j'ai intégré dans mes automatismes* » (G4). De plus, en pratique, le schéma des consultations ne permet souvent pas d'aborder la prévention de la santé bucco-dentaire. Les consultations suivent un processus prédéfini qui privilégie des éléments tels que la toxoplasmose, le CMV, le rhésus, et la prévention du diabète : « *C'est surtout le réflexe d'en parler durant la consultation [...] mais le fait d'aborder l'hygiène bucco-dentaire ne fait pas partie du schéma* » (G7). La prévention bucco-dentaire semble ainsi

fréquemment reléguée au second plan, au profit d'autres aspects de la santé envisagés comme plus urgents ou prioritaires.

D. Le dépassement des autorités publiques belges

À l'exception d'une gynécologue particulièrement engagée dans cette prévention, tous les autres gynécologues interrogés méconnaissent l'existence de mesures spécifiques en matière de santé bucco-dentaire pour les femmes enceintes. Certains attribuent cette lacune à un système de soins en Belgique dépassé : « *Le système actuel de soins de santé est un peu dépassé par tout, c'est très compliqué de faire de la médecine préventive. On gère surtout une fois que c'est trop tard, avec les ressources financières et le temps qu'on a, c'est compliqué de faire de la bonne médecine et de la prévention* » (G6). La gynécologue engagée dans cette prévention connaît certains dispositifs existants pour les femmes enceintes en Belgique. Cependant, elle souligne leur manque de coordination et de visibilité, ce qui complique la mise en œuvre d'une prévention efficace en matière de santé bucco-dentaire : « *Il y a Souriez.be, une asbl active mais avec un budget limité, et l'ONE, dont la santé bucco-dentaire fait partie des objectifs. L'ONE touche 30% des femmes enceintes en Wallonie, mais c'est PEPS dépendant. Chaque PEPS prend les sujets qui l'intéressent sans obligation spécifique. Il y a aussi des campagnes télévisuelles et des vidéos comme "Aire de famille, grossesse et santé bucco-dentaire". Les mutuelles parlent également de l'hygiène bucco-dentaire dans leurs informations* » (G3). Certains praticiens suggèrent de s'inspirer du Luxembourg, où un système de prévention bucco-dentaire pour les femmes enceintes est en place avec une réglementation stricte concernant l'accès à la prime de naissance qui est conditionnée notamment par une visite obligatoire chez le dentiste.

E. Le manque de collaboration interprofessionnelle

La majorité des gynécologues rencontrent des difficultés à mettre en place efficacement cette prévention en raison d'un manque de collaboration avec les dentistes, ce qui crée des obstacles dans le parcours de soins des patientes enceintes. Ce manque de coopération se traduit par une prise en charge tardive des femmes enceintes par les dentistes, soit en raison d'une surcharge d'agenda, soit parce que certains dentistes refusent de traiter des patientes enceintes : « *Alors, il y a des supers dentistes mais tu en as qui ne veulent pas les soigner. C'est fou et en même temps c'est juste une question d'articulation de personnes, tu vois. Il faudrait*

une meilleure collaboration avec les dentistes, une collaboration rapide dans le temps de la grossesse parce qu'une grossesse c'est 9 mois et donc il faut avoir des rendez-vous rapides » (G3). Selon les gynécologues interrogés, ce refus de soins révèle également un manque de connaissances chez certains dentistes concernant les soins bucco-dentaires adaptés aux femmes enceintes : « *Quand j'envoie des patientes chez le dentiste avec des caries ou des choses comme ça, il y a des dentistes qui refusent de soigner des patientes enceintes. Je pense que du côté eux-mêmes des dentistes, il y a un manque de connaissances par rapport aux soins bucco-dentaires chez les femmes enceintes* » (G5), compliquant ainsi la mise en œuvre de la prévention. Pour remédier à ces problèmes, une gynécologue propose une solution concrète : intégrer un dentiste ou un hygiéniste bucco-dentaire dans le parcours de soins de la patiente, notamment au sein des consultations prénatales.

4.2.4. L'équilibre entre la norme professionnelle, l'attitude et le contrôle perçu

La décision d'un gynécologue de mettre en œuvre les recommandations de prévention en matière de santé bucco-dentaire repose principalement sur son intention d'adopter ce comportement. Cette intention est influencée par trois composantes essentielles : les normes professionnelles, leur attitude envers la prévention et leur sentiment de compétence à l'intégrer dans leur pratique quotidienne. Ces éléments peuvent s'aligner pour encourager ou freiner cette intention, ou diverger, certains soutenant l'action et d'autres y faisant obstacle. Le gynécologue effectue une évaluation et un équilibre entre ces trois dimensions pour décider s'il mettra ou non en œuvre ce comportement. L'analyse des entretiens a mis en évidence que cette pondération des composantes joue un rôle central dans le processus de prise de décision.

Bien que les gynécologues reconnaissent l'importance de la santé bucco-dentaire et affichent une attitude favorable à sa prévention, cette reconnaissance ne se traduit pas toujours par une mise en pratique des recommandations. En effet, certains, bien qu'avertis par leurs collègues de la pertinence de la santé bucco-dentaire pendant la grossesse et adoptant une posture positive à cet égard, renoncent à appliquer ces recommandations en raison d'un manque de connaissances spécifiques. Ce déficit de connaissances prend le dessus sur leur attitude positive et sur les normes professionnelles, freinant leur engagement dans cette démarche préventive : « *Je n'en parle jamais parce que je n'ai aucune formation ni*

d'information spécifique là-dessus. Bien que je sois conscient que cela peut être un facteur de risque, comme je l'ai appris au MIC, je ne réfère pas mes patientes aux dentistes. En l'absence de formation et d'informations approfondies, je ne parle pas spontanément de ce sujet » (G10).

5. Discussion des résultats

5.1. Discussion et perspectives

L'analyse des données recueillies a permis de mettre en lumière plusieurs facteurs influençant la mise en œuvre de la prévention en matière de santé bucco-dentaire par les gynécologues-obstétriciens. Ces éléments reflètent une dynamique complexe entre attitudes, normes subjectives et contrôle perçu, selon le modèle de la TCP. La discussion porte principalement sur trois aspects principaux : le manque de formation, les croyances des professionnels de santé et le niveau de collaboration interprofessionnelle.

Les résultats de l'étude mettent en lumière une contradiction notable : bien que la majorité des gynécologues reconnaissent l'importance de la santé bucco-dentaire pendant la grossesse et soient conscients des risques associés, tels que l'accouchement prématuré ou la prééclampsie, cette prévention reste insuffisamment intégrée dans leur pratique quotidienne. Selon eux, ce manque d'intégration s'explique par une insuffisance de connaissances spécifiques sur ce sujet, les empêchant ainsi d'aborder cette problématique avec leurs patientes. Ce décalage entre les connaissances déclarées et les pratiques effectives reflète les conclusions de nombreuses études disponibles dans la littérature. En effet, malgré une compréhension générale de l'enjeu par la plupart des gynécologues, la prévention bucco-dentaire est rarement prise en compte lors des consultations prénatales (53,54,62). Wilson *et al.* suggèrent que ce paradoxe découle d'un sentiment d'incompétence, renforcé par l'absence d'une formation structurée sur la santé bucco-dentaire dans les cursus des professionnels de santé (54). Ce sentiment, également exprimé par les participants de l'étude, résulte d'un manque de connaissances formelles, les plaçant dans une incertitude quant à la manière d'aborder et de promouvoir cet aspect de santé. En conséquence, les praticiens s'appuient souvent sur leur expérience personnelle, ce qui peut entraîner une prise en charge hétérogène. Les connaissances des praticiens interrogés reposent principalement sur leur expérience clinique ou des échanges informels entre collègues, plutôt que sur une formation académique structurée. Les jeunes gynécologues, ayant moins de cinq ans d'expérience,

manifestent une incertitude accrue sur leur capacité à traiter cette thématique, en raison de leur manque de connaissances spécifiques. En revanche, leurs confrères plus expérimentés, avec plus de dix ans de pratique, s'appuient davantage sur une expertise développée au fil du temps. Ces observations sont corroborées par la littérature : Cohen *et al.* ont montré que les praticiens expérimentés (plus de 10 ans de pratique) sont non seulement plus sensibilisés aux enjeux de la santé bucco-dentaire, mais également plus enclins à fournir des informations pertinentes à leurs patientes et à les orienter vers un dentiste (52).

Cette carence de connaissances chez les soignants interrogés s'explique principalement par l'absence significative de formation sur la prévention en santé bucco-dentaire, aussi bien dans le cursus universitaire des gynécologues que tout au long de leur carrière professionnelle. Tous les professionnels interrogés ont souligné que cette thématique est rarement abordée dans les colloques, congrès ou séminaires. Cette lacune, à la fois dans la formation initiale et continue, a conduit à une demande unanime de la part des soignants pour une meilleure intégration de cette problématique dans leur parcours éducatif. Les données de la littérature scientifique confirment ce constat. L'étude de Hartnett *et al.* souligne que les professionnels de santé présentent une compréhension limitée de l'hygiène bucco-dentaire pendant la grossesse, une déficience attribuée au manque d'informations dispensées durant leur formation académique (40). De même, l'étude de Boutigny *et al.* met en lumière que la majorité des praticiens souhaitent recevoir une formation spécialisée sur la prise en charge dentaire durant la grossesse, illustrant ainsi une insuffisance notable dans les programmes éducatifs actuels (51).

Un autre obstacle majeur mis en évidence dans l'analyse des résultats réside dans la perception des participants selon laquelle la prévention bucco-dentaire n'est pas une priorité. Les consultations prénatales, déjà largement focalisées sur des enjeux considérés comme plus urgents, tels que la prévention des infections à toxoplasmose ou le dépistage des anomalies congénitales, accordent peu de place à cette problématique. Une hypothèse avancée suggère que cette perception pourrait être liée à une connaissance insuffisante de l'importance de la prévention bucco-dentaire. Cette hiérarchisation des priorités, également soulignée par Cohen *et al.*, reflète une tendance des gynécologues à considérer la prévention bucco-dentaire comme secondaire, ce qui explique son absence fréquente dans les pratiques (52).

Les résultats de cette étude mettent en évidence une distinction marquée dans les perceptions des rôles professionnels entre les gynécologues et les sages-femmes. La majorité des gynécologues interrogés considèrent que la prévention en santé relève principalement des compétences des sages-femmes, tandis qu'eux-mêmes se concentrent sur la prise en charge des pathologies liées à la grossesse. Cette répartition des rôles semble s'appuyer sur l'approche holistique privilégiée par les sages-femmes, qui intègrent l'ensemble des besoins des patientes dans leur pratique, en opposition à l'approche des gynécologues, davantage axée sur les dimensions médicales et curatives. Cette perception trouve un écho dans l'Avis 2016/01 du Conseil Fédéral des Sages-Femmes, qui souligne le rôle des sages-femmes en tant que « Promoteur de la santé ». Cet avis met en lumière leur implication dans la mise en place de mesures préventives destinées à préserver et à améliorer la santé globale des patientes (63). Par ailleurs, la distinction entre la maïeutique et l'obstétrique, telle qu'évoquée dans l'ouvrage de Nour Richard-Guerroudj, « Les tribunes de la santé » (édition 2014), renforce cette différenciation : « la maïeutique s'inscrit dans une logique de préservation de la bonne santé des femmes et des nouveau-nés, considérant la grossesse et l'accouchement comme a priori normaux. De son côté, l'obstétrique met davantage l'accent sur le curatif, estimant la grossesse et l'accouchement comme étant à risque » (64). Cette distinction entre prévention et curatif contribue à ancrer l'idée selon laquelle les sages-femmes sont particulièrement adaptées à la prise en charge des aspects préventifs, y compris en matière de santé bucco-dentaire. En ce sens, l'étude de Wilson *et al.* vient confirmer cette différenciation des pratiques. Ces auteurs ont observé que les sages-femmes abordaient plus fréquemment la santé bucco-dentaire auprès des femmes enceintes. Elles encouragent de manière systématique ces patientes à consulter un dentiste dans une optique préventive, soulignant ainsi leur rôle actif dans la promotion de la santé globale (54).

Le manque de collaboration interprofessionnelle entre gynécologues et dentistes apparaît comme un frein significatif à la mise en œuvre de la prévention bucco-dentaire chez les femmes enceintes. Les gynécologues interrogés ont rapporté des difficultés à référer leurs patientes enceintes aux dentistes, évoquant principalement l'absence de « trajet de soin » formel, ainsi que le refus de certains dentistes de soigner des femmes enceintes. Parmi les raisons avancées par ces praticiens, figure l'idée que l'absence d'une politique de santé bucco-dentaire spécifique destinée aux femmes enceintes en Belgique constitue un obstacle majeur

à une collaboration interprofessionnelle. En l'absence de tels dispositifs, la coordination entre professionnels reste limitée. Paradoxalement, la littérature démontre que tous les soins dentaires nécessaires peuvent être réalisés pendant la grossesse, ce qui met en lumière un décalage entre les connaissances disponibles et leur application pratique. Ce déficit de collaboration interprofessionnelle est également mis en évidence dans la littérature, notamment par le constat que les professionnels de l'obstétrique réfèrent rarement les femmes enceintes à un dentiste, malgré leur compréhension des risques associés entre maladies bucco-dentaires et grossesse (52,65). L'étude de Bahramian *et al.* identifie d'ailleurs ce manque de collaboration comme un obstacle majeur à l'utilisation des services dentaires par les femmes enceintes (66). De leur côté, Tsikouras *et al.* plaident pour une collaboration interprofessionnelle renforcée entre dentistes et gynécologues, en vue d'assurer une prise en charge globale de la femme enceinte et de préserver la santé de la mère comme celle du bébé (67). De plus, l'incohérence des messages entre gynécologues et dentistes sur la faisabilité des soins pendant la grossesse exacerbe ces difficultés. Selon les gynécologues interrogés, cette incohérence pourrait découler d'un manque de connaissances des dentistes sur la santé bucco-dentaire pendant la grossesse. Cette hypothèse est soutenue par la littérature, qui souligne que les dentistes disposent d'une connaissance généralement moins approfondie de cette problématique par rapport aux gynécologues (51,68). L'étude de Luc *et al.* vient renforcer ce constat : bien que les chirurgiens-dentistes soient conscients des liens entre les maladies bucco-dentaires et les risques liés à la grossesse, leur compréhension reste partielle et comporte certaines lacunes (65).

Enfin, cette étude met en évidence un déficit de communication entre les institutions de santé publique et les professionnels de santé. La majorité des soignants interrogés ne connaissent pas les recommandations spécifiques sur la santé bucco-dentaire pendant la grossesse, bien qu'elles figurent dans des outils officiels comme le carnet de suivi de grossesse de l'ONE (69). Ce carnet, conçu pour accompagner les femmes enceintes et guider les soignants, est pourtant largement diffusé. Cette méconnaissance soulève des questions sur la transmission des informations des institutions aux professionnels et reflète un manque de valorisation ou d'intégration des outils institutionnels dans les pratiques et la formation des soignants.

Les pistes d'action

Les résultats de cette étude mettent en évidence plusieurs pistes d'action pour mieux intégrer et renforcer la prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes pendant leur suivi de grossesse. Tout d'abord, pour combler le manque de connaissances sur cette problématique, il serait pertinent d'intégrer dans le cursus universitaire des futurs gynécologues un cours ou un chapitre dédié à la santé bucco-dentaire pendant la grossesse. En complément, ce sujet pourrait également être traité dans le cadre de séminaires, colloques ou congrès, afin d'assurer une transmission continue de l'information aux gynécologues en exercice. Ces événements pourraient réunir gynécologues et dentistes, favorisant ainsi un échange entre ces deux spécialités. De telles rencontres interprofessionnelles offriraient l'opportunité à chacun de mieux comprendre son rôle et de collaborer efficacement pour garantir une coordination optimale des soins destinés aux femmes enceintes.

Par ailleurs, des campagnes de sensibilisation à grande échelle, diffusées via les médias et les réseaux sociaux, pourraient promouvoir l'importance de la santé bucco-dentaire pendant la grossesse. Ces initiatives viseraient non seulement les femmes enceintes, mais également le grand public, dans le but de renforcer la prise de conscience collective et d'encourager les comportements préventifs.

Pour remédier à l'absence de politiques de santé spécifiques à cette prévention, il serait intéressant de s'inspirer du système de soins mis en place au Luxembourg, qui responsabilise les patientes par le biais d'incitations financières. Dans ce modèle, les patientes sont informées qu'un contrôle dentaire est requis pour bénéficier pleinement de la prime de naissance. Ce dispositif établit un lien direct entre les comportements préventifs des patientes et les avantages économiques qu'elles peuvent obtenir, favorisant ainsi leur engagement actif envers leur propre santé. En Belgique, un tel système de soins pourrait être adapté pour inciter les femmes, en particulier avant leur grossesse, à adopter une démarche proactive en matière de santé bucco-dentaire. Ce mécanisme présenterait un double avantage : responsabiliser les patientes tout en renforçant les mesures de prévention. Par ailleurs, un tel système de soins offrirait un cadre structuré permettant au gynécologue de vérifier si sa patiente a consulté un dentiste pour un contrôle dentaire.

Une solution complémentaire pourrait être d'intégrer les hygiénistes bucco-dentaires dans ce processus pour pallier les délais d'attente souvent liés aux consultations chez les dentistes.

Ces professionnels, en nombre croissant, jouent un rôle clé dans la prévention et l'éducation à la santé bucco-dentaire. Leur implication permet d'organiser des séances ciblées de sensibilisation et de prévention adaptées aux besoins des patientes. En collaboration avec les gynécologues, sages-femmes et dentistes, ils pourraient contribuer efficacement à l'accompagnement des femmes enceintes en rendant les soins préventifs plus accessibles et mieux adaptés.

Le carnet de grossesse de l'ONE, remis à chaque femme enceinte, contient des informations essentielles sur la santé bucco-dentaire. Cependant, ces informations restent largement méconnues des gynécologues, qui ne les transmettent donc pas à leurs patientes. Cette situation met en lumière un manque de communication entre les institutions de santé publique et les professionnels de la santé. Améliorer cette communication serait crucial pour optimiser l'impact de ces outils et renforcer leur rôle dans la prévention.

Enfin, il serait pertinent de mener une étude qualitative auprès des dentistes, hygiénistes bucco-dentaires et sages-femmes pour mieux comprendre leurs perceptions et leurs pratiques en matière de prévention bucco-dentaire chez les femmes enceintes. Cette recherche permettrait d'identifier les facteurs influençant la mise en œuvre de cette prévention, ainsi que les éventuelles lacunes dans la collaboration interprofessionnelle. Les résultats de cette étude offriraient des pistes concrètes pour renforcer la coopération entre les différents acteurs et améliorer la prise en charge globale des femmes enceintes.

5.2. Biais, forces et limites de l'étude

La principale force de cette étude réside dans la réalisation d'entretiens semi-directifs, qui permettent d'explorer en profondeur les perceptions et les pratiques des gynécologues concernant la prévention de la santé bucco-dentaire. Ces entretiens permettent de mieux comprendre les discours des professionnels de santé, d'explorer les défis spécifiques liés à la mise en œuvre des recommandations de prévention, tout en offrant une certaine flexibilité pour capturer les expériences individuelles et les obstacles rencontrés. La deuxième force de cette étude est qu'elle a sensibilisé certains gynécologues à la problématique de la prévention bucco-dentaire. Plusieurs d'entre eux ont exprimé leur désir de recevoir davantage d'informations pour intégrer efficacement ces pratiques dans leur quotidien professionnel. En

outre, certains ont mentionné qu'ils partageraient ces nouvelles connaissances avec leurs collègues, démontrant ainsi que cette recherche a eu un impact réel sur la prise de conscience et les pratiques des gynécologues. Enfin la diversité des gynécologues-obstétriciens interrogés a permis de recueillir des données variées, mettant en lumière des points de vue et comportements diversifiés concernant la prévention en santé bucco-dentaire.

En ce qui concerne les biais de cette étude, il existe un biais de sélection de l'échantillon. En effet, la participation des gynécologues-obstétriciens reposait sur le volontariat. Par conséquent, certains des gynécologues interrogés avaient un intérêt particulier pour la problématique étudiée. Un autre biais à considérer est le biais d'information lié à la désirabilité sociale. La majorité des entretiens ayant été réalisés en face à face, certains participants ont pu être amenés à fournir des réponses ou des opinions jugées socialement acceptables plutôt que leurs véritables opinions. Pour minimiser ce biais, la chercheuse a veillé à adopter une posture neutre pendant les entretiens, en rappelant aux participants qu'il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises réponses et que toutes les données seraient traitées de manière confidentielle. Enfin, il existe un biais d'interprétation puisque les données ont été analysées par une seule enquêtrice.

Pour conclure, cette étude présente certaines limites. Premièrement, le modèle d'analyse utilisé, la Théorie du Comportement Planifié d'Ajzen, repose sur trois facteurs principaux, mais il ne couvre pas de manière exhaustive tous les aspects influençant la mise en œuvre de la prévention. D'autres facteurs pertinents n'ont pas été pris en compte dans cette étude. Deuxièmement, la taille de l'échantillon représente également une limite, car la saturation des données a été déterminée par la chercheuse, ce qui introduit une certaine subjectivité dans l'analyse.

6. Conclusion

Cette recherche exploratoire, menée auprès de gynécologues-obstétriciens et d'assistants en Belgique francophone, a mis en lumière une lacune significative : l'absence d'intégration de la prévention de la santé bucco-dentaire dans le suivi prénatal, malgré son rôle essentiel dans la santé maternelle et infantile. Bien que les professionnels de santé aient connaissance des interactions entre la grossesse et la santé bucco-dentaire, ainsi que les risques obstétricaux

associés, leurs pratiques restent hétérogènes. Trois obstacles majeurs ont été identifiés : un manque de collaboration interprofessionnelle, des croyances individuelles parfois erronées et une formation insuffisante.

Pour surmonter ces défis, une coopération renforcée entre gynécologues, dentistes et autres professionnels de la santé est indispensable. Cependant, cette étude souligne des lacunes importantes dans cette collaboration, liées à une communication limitée et à une formation inadéquate des dentistes pour la prise en charge des femmes enceintes. Encourager des échanges interprofessionnels plus étroits et adapter les programmes de formation sont des mesures clés pour instaurer des pratiques préventives cohérentes et efficaces.

De plus, pour maximiser l'efficacité de ces initiatives, il est crucial de responsabiliser les patientes en leur permettant de devenir des actrices de leur propre santé. Cela pourrait être encouragé par des campagnes de sensibilisation adaptées et des incitants concrets, telles que l'octroi intégral de la prime de naissance conditionné à la réalisation d'un rendez-vous chez le dentiste, comme cela se pratique au Luxembourg. Ces mesures incitatives pourraient inciter davantage les femmes enceintes à adopter des comportements préventifs et à consulter régulièrement les professionnels concernés.

Cependant, ces efforts isolés ne suffiront pas à transformer durablement les pratiques. Une réforme systémique est indispensable, incluant la mise en place d'un nouveau système de soins de santé où la prévention bucco-dentaire occupe une place centrale dans le suivi prénatal. Une telle approche dépasserait les initiatives ponctuelles de chaque professionnel pour instaurer une dynamique collective, soutenue par des politiques de santé ambitieuses, capable de structurer et de consolider cette démarche préventive à grande échelle.

Intégrer durablement la prévention bucco-dentaire dans le suivi prénatal constitue une priorité de santé publique. Cette démarche permet non seulement d'améliorer la santé bucco-dentaire des femmes enceintes, mais également de réduire les complications obstétricales, telles que les accouchements prématurés, dont la prévalence est en augmentation, y compris en Belgique. Enfin, les sages-femmes et hygiénistes bucco-dentaires, grâce à leur expertise en prévention, pourraient jouer un rôle central dans cette transformation, en contribuant à un accompagnement global et efficace des femmes enceintes.

7. Références bibliographiques

1. 9789240061842-fre.pdf [Internet]. [cited 2023 Dec 7]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364906/9789240061842-fre.pdf?sequence=1>.
2. L'état de la santé bucodentaire au Canada [Internet]. [cited 2023 Dec 5]. Available from: <https://www.cda-adc.ca/etatdela santebuccodentaire/global/>.
3. WorldOralHealthDay- What is oral health (FR).pdf [Internet]. [cited 2024 Oct 22]. Available from: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2024-03/WorldOralHealthDay-%20What%20is%20oral%20health%20%28FR%29.pdf>.
4. Santé bucco-dentaire et Qualité de vie | FDI [Internet]. [cited 2024 Oct 22]. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/fr/sante-bucco-dentaire-et-qualite-de-vie>.
5. Selon l'OMS, le défaut de soins bucco-dentaires touche près de la moitié de la population mondiale [Internet]. [cited 2024 Oct 22]. Available from: <https://www.who.int/fr/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population>.
6. Da Silva OM, Glick M. FDI Vision 2020: a blueprint for the profession. International Dental Journal. 2012;62:277. doi: 10.1111/idj.12011.
7. Jin L, Lamster I, Greenspan J, Pitts N, Scully C, Warnakulasuriya S. Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. Oral Diseases. 2016;22:609–619. doi: 10.1111/odi.12428.
8. Santé bucco-dentaire : de quoi parle-t-on ? [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 23]. Available from: <https://groupe-uneo.fr/conseils-d-experts/sante-bucco-dentaire-essentielle-pour-l-etat-de-sante-general/sante-bucco-dentaire-de-quoi-parle-t-on>.
9. B148_8-fr.pdf [Internet]. [cited 2023 Dec 7]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_8-fr.pdf.
10. RAPPORT-FR-Soins_preventifs_Ajuste_2022.pdf [Internet]. [cited 2023 Dec 10]. Available from: https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-FR-Soins_preventifs_Ajuste_2022.pdf.
11. Enquête de santé bucco-dentaire 2023 - informations destinées aux dentistes [Internet]. sciensano.be. [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://www.sciensano.be/fr/node/70795/enquete-de-sante-bucco-dentaire-2023-informations-destinees-aux-dentistes>.
12. Bds et Lennon - MANUEL DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE.pdf [Internet]. [cited 2023 Dec 12]. Available from: https://www.teethrelief.org.uk/wp-content/uploads/2019/03/FRENCH_Oral-Health-Manual_2017_ISBN_sec.pdf.

13. PerioCaries_Recommandations04_Public_FR.pdf [Internet]. [cited 2024 Nov 5]. Available from: https://sfpardo.org/images/Articles/PerioCaries_Recommandations04_Public_FR.pdf.
14. Qu'est-ce que la plaque dentaire ? | Colgate® [Internet]. [cited 2024 Nov 5]. Available from: <https://www.colgate.fr/oral-health/plaque-and-tartar/what-is-plaque>.
15. Worthington HV, MacDonald L, Pericic TP, Sambunjak D, Johnson TM, Imai P, Clarkson JE. Home use of interdental cleaning devices, in addition to toothbrushing, for preventing and controlling periodontal diseases and dental caries. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2019 [cited 2024 Nov 5];2020. doi: 10.1002/14651858.cd012018.pub2.
16. Murakami S, Mealey BL, Mariotti A, Chapple ILC. Dental plaque-induced gingival conditions. *Journal of Clinical Periodontology*. 2018;45:S17–S27. doi: 10.1111/jcpe.12937.
17. Dr. Zoe Wojahn, MDM PD Dr. Christoph A. Ramseier, MAS. Chapitre 2 - Les causes de la parodontite [Internet]. [cited 2024 Nov 10]. Available from: file:///Users/admin/Downloads/Les%20causes%20de%20la%20parodontite%20-%20Zoe%20Wojahn%20et%20Christoph%20A.%20Ramseier%20(1).pdf.
18. Jin L, Lamster I, Greenspan J, Pitts N, Scully C, Warnakulasuriya S. Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. *Oral Diseases*. 2016;22:609–619. doi: 10.1111/odi.12428.
19. The Sticky Truth About Dental Plaque [Internet]. Cleveland Clinic. [cited 2024 Nov 5]. Available from: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/10953-plaque>.
20. Tartre dentaire : définition, risques et traitements [Internet]. [cited 2024 Nov 5]. Available from: <https://www.colgate.fr/oral-health/plaque-and-tartar/what-is-tartar>.
21. Pirie M, Cooke I, Linden G, Irwin C. Dental manifestations of pregnancy. *The Obstetric & Gynaecologist*. 2007;9:21–26. doi: 10.1576/toag.9.1.021.27292.
22. Une bonne santé bucco-dentaire tout au long de la vie | IDE [Internet]. [cited 2024 Mar 15]. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/good-oral-health-through-life>.
23. Doucède G, Dehaynin-Toulet E, Kacet L, Jollant B, Tholliez S, Deruelle P, Subtil D. Dents et grossesse, un enjeu de santé publique. *La Presse Médicale*. 2019;48:1043–1050. doi: 10.1016/j.lpm.2019.09.020.
24. (PDF) Prise en charge des urgences chez la femme enceinte : la fin des idées reçues... [Internet]. [cited 2024 Dec 10]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/282978709_Prise_en_charge_des_urgences_chez_la_femme_enceinte_la_fin_des_idées_reçues.
25. Mélanie et al. - La cavité buccale et la femme enceinte.pdf [Internet]. [cited 2024 Nov 6]. Available from:

<https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/311165/1/cavit%C3%A9%20buccale%20et%20femme%20enceinte%20-version%20accept%C3%A9e.pdf>.

26. (PDF) Le suivi dentaire des femmes enceintes [Internet]. [cited 2024 Dec 10]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/259751876_Le_suivi_dentaire_des_femmes_enceintes.
27. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician*. 2008;77:1139–1144. Cited: in: : PMID: 18481562.
28. (PDF) Santé bucco dentaire et grossesse [Internet]. [cited 2024 Dec 10]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/282978959_Sante_bucco_dentaire_et_grossesse.
29. Madianos PN, Bobetsis YA, Offenbacher S. Adverse pregnancy outcomes (APOs) and periodontal disease: pathogenic mechanisms. *Journal of Periodontology* [Internet]. 2013 [cited 2024 Nov 18];84. doi: 10.1902/jop.2013.1340015.
30. Ha J, Jun J, Ko H, Paik D, Bae K. Association between periodontitis and preeclampsia in never-smokers: a prospective study. *J Clinic Periodontology*. 2014;41:869–874. doi: 10.1111/jcpe.12281.
31. Adverse pregnancy outcomes and periodontitis: A systematic review and meta-analysis exploring potential association. *Quintessence International*. 2016;47:193–204. doi: 10.3290/j.qi.a34980.
32. Guimarães AN, Silva-Mato A, Siqueira FM, Cyrino RM, Cota LOM, Costa FO. Very low and low birth weight associated with maternal periodontitis. *J Clinic Periodontology*. 2012;39:1024–1031. doi: 10.1111/jcpe.12000.
33. Xiong X, Elkind-Hirsch KE, Vastardis S, Delarosa RL, Pridjian G, Buekens P. Periodontal Disease Is Associated With Gestational Diabetes Mellitus: A Case-Control Study. *Journal of Periodontology*. 2009;80:1742–1749. doi: 10.1902/jop.2009.090250.
34. Définition et Etat des connaissances [Internet]. [cited 2024 Nov 9]. Available from: <https://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/prematurite/118-etat-des-connaissances>.
35. Naissances prématurées [Internet]. [cited 2024 Apr 27]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
36. Ohuma EO, Moller A-B, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, Okwaraji YB, Mahanani WR, Johansson EW, Lavin T, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. *The Lancet*. 2023;402:1261–1271. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00878-4. Cited: in: : PMID: 37805217.
37. Detollenaere et al. - Les soins de développement centrés sur l'enfant pr.pdf [Internet]. [cited 2024 Jun 14]. Available from: <https://kce.fgov.be/sites/default/files/2022->

03/KCE_350B_Mother-child-care_Synthese.pdf.

38. Journée mondiale de la Prématuroté : 10% des bébés naissent trop tôt en Belgique [Internet]. RTBF. [cited 2024 Jun 14]. Available from: <https://www.rtbf.be/article/journee-mondiale-de-la-prematurite-10-des-bebes-naissent-trop-tot-en-belgique-11287531>.
39. OralHealthPregnancyConsensus.pdf [Internet]. [cited 2023 Dec 5]. Available from: <https://health.maryland.gov/phpa/oralhealth/Documents/OralHealthPregnancyConsensus.pdf>.
40. Hartnett E, Haber J, Krainovich-Miller B, Bella A, Vasilyeva A, Lange Kessler J. Oral Health in Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2016;45:565–573. doi: 10.1016/j.jogn.2016.04.005.
41. Femmes enceintes [Internet]. UFSBD. [cited 2024 Nov 11]. Available from: <https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/votre-sante-bucco-dentaire/femmes-enceintes/>.
42. Steinberg BJ, Hilton IV, Iida H, Samelson R. Oral Health and Dental Care During Pregnancy. *Dental Clinics of North America*. 2013;57:195–210. doi: 10.1016/j.cden.2013.01.002.
43. Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals - ScienceDirect [Internet]. [cited 2024 Nov 15]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352003515000404?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=8e2e8eb519de6a8b.
44. Committee Opinion No. 569: Oral Health Care During Pregnancy and Through the Lifespan. *Obstetrics & Gynecology*. 2013;122:417–422. doi: 10.1097/01.AOG.0000433007.16843.10.
45. Stratégies de prévention de la carie dentaire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited 2024 Mar 14]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_991247/fr/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire.
46. L'examen bucco-dentaire à destination des femmes durant leur maternité [Internet]. [cited 2024 Nov 14]. Available from: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/prescription-prise-charge/prise-charge-situation-type-soin/soin-ebd-femmes-enceintes-maternite>.
47. KCE_248Bs_examens_recommandés_pendant_grossesse_Synthese.pdf [Internet]. [cited 2024 Mar 15]. Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_248Bs_examens_recommand%C3%A9s_pendant_grossesse_Synthese.pdf.
48. ffe.pdf [Internet]. [cited 2024 Nov 10]. Available from: <https://souriez.be/IMG/pdf/ffe.pdf>.
49. Vamos CA, Merrell L, Livingston TA, Dias E, Detman L, Louis J, Daley E. "I Didn't Know":

Pregnant Women's Oral Health Literacy Experiences and Future Intervention Preferences. *Women's Health Issues*. 2019;29:522–528. doi: 10.1016/j.whi.2019.05.005.

50. cigna-study-healthy-smiles-for-mom-and-baby-2015.pdf [Internet]. [cited 2024 Nov 14]. Available from: https://legacy.cigna.com/assets/docs/newsroom/cigna-study-healthy-smiles-for-mom-and-baby-2015.pdf?WT.z_nav=newsroom%2Fdental-study%3BBody%3BDownload%20Executive%20Summary.
51. Oral Infections and Pregnancy: Knowledge of Gynecologists/Obstetricians, Midwives and Dentists. *Oral Health and Preventive Dentistry*. 2016;14:41–47. doi: 10.3290/j.ohpd.a34376.
52. Cohen L, Schaeffer M, Davideau J, Tenenbaum H, Huck O. Obstetric Knowledge, Attitude, and Behavior Concerning Periodontal Diseases and Treatment Needs in Pregnancy: Influencing Factors in France. *Journal of Periodontology*. 2015;86:398–405. doi: 10.1902/jop.2014.140371.
53. Morgan MA, Crall J, Goldenberg RL, Schulkin J. Oral health during pregnancy. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2009;22:733–739. doi: 10.3109/14767050902926954.
54. Wilson EH, Farrell C, Zielinski RE, Gonik B. Obstetric provider approach to perinatal oral health. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2017;30:1089–1091. doi: 10.1080/14767058.2016.1204291.
55. avis_du_13.10.2022_niv_2_gyneco-obstetr.pdf [Internet]. [cited 2024 Mar 18]. Available from: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/avis_du_13.10.2022_niv_2_gyneco-obstetr.pdf.
56. Offenbacher S, Beck JD, Jared HL, Mauriello SM, Mendoza LC, Couper DJ, Stewart DD, Murtha AP, Cochran DL, Dudley DJ, et al. Effects of Periodontal Therapy on Rate of Preterm Delivery: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2009;114:551–559. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181b1341f.
57. Rise J, Kovac V, Kraft P, Moan IS. Predicting the intention to quit smoking and quitting behaviour: Extending the theory of planned behaviour. *British J Health Psychol*. 2008;13:291–310. doi: 10.1348/135910707X187245.
58. Thompson NR, Asare M, Millan C, Umstattd Meyer MR. Theory of Planned Behavior and Perceived Role Model as Predictors of Nutrition and Physical Activity Behaviors Among College Students in Health-Related Disciplines. *J Community Health*. 2020;45:965–972. doi: 10.1007/s10900-020-00814-y.
59. (PDF) Comprendre l'intention d'adhérer à une AMAP : une approche par la théorie du comportement planifié. ResearchGate [Internet]. [cited 2024 Nov 19]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/275339279_Comprendre_l'intention_d'adherer_

a_une_AMAP_une_approche_par_la_theorie_du_comportement_planifie.

60. doc_num.pdf [Internet]. [cited 2024 Jul 20]. Available from: https://pmb.graine-ara.org/opac_css/doc_num.php?explnum_id=534.
61. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991;50:179–211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.
62. Wilder R, Robinson C, Jared HL, Boggess K. Obstetricians' Knowledge and Practice Behaviors Concerning Periodontal Health and Preterm Delivery and Low Birth Weight. *Journal of Dental Hygiene*. 2007;81.
63. 2016_01_cfsf_frvv_annexe_profil_professionnel.pdf [Internet]. [cited 2024 Aug 4]. Available from: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016_01_cf_sf_frvv_annexe_profil_professionnel.pdf.
64. Richard-Guerroudj N. Le rôle des sages-femmes, une comparaison. France-Angleterre. *Les Tribunes de la santé*. 2014;44:85–91. doi: 10.3917/seve.044.0085.
65. Luc E, Coulibaly N, Demoersman J, Boutigny H, Soueidan A. [Dental care during pregnancy]. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*. 2012;122:1047–1063. Cited: in: : PMID: 23184426.
66. Bahramian H, Mohebbi SZ, Khami MR, Quinonez RB. Qualitative exploration of barriers and facilitators of dental service utilization of pregnant women: A triangulation approach. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18:153. doi: 10.1186/s12884-018-1773-6. Cited: in: : PMID: 29747592.
67. Tsikouras P, Oikonomou E, Nikolettos K, Andreou S, Kyriakou D, Damaskos C, Garmpis N, Monastiridou V, Nalmpanti T, Bothou A, et al. The Impact of Periodontal Disease on Preterm Birth and Preeclampsia. *Journal of Personalized Medicine*. 2024;14:345. doi: 10.3390/jpm14040345.
68. Pontes Vieira DR. Dentists' knowledge of oral health during pregnancy: a review of the last 10 years' publications. *Community Dental Health*. 2015;77. doi: 10.1922/CDH_3404Vieira06.
69. Brochure - Public - Office de la naissance et de l'enfance [Internet]. [cited 2024 Dec 18]. Available from: <https://www.one.be/public/brochures/brochuredetail/brochure/mon-carnet-de-grossesse/>.

8. Annexes

Annexe 1 : Demande d'avis au Collège des Enseignants



**Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants
du Master en Sciences de la Santé publique**
(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be.

Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant·e (prénom, nom, adresse courriel) : Léana Djabrailova

Leana.Djabrailova@student.uliege.be

2. Finalité spécialisée : Promotion de la santé – Santé environnementale

3. Année académique : 2023-2024

4. Titre du mémoire : Facteurs influençant la mise en place de recommandations de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes : étude exploratoire auprès des gynécologues-obstétriciens.

5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire : Master en Sciences de la Santé Publique

6. Nom du/de la Professeur·e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la Président·e de Département : Anne-Françoise Donneau

7. Promoteur·trice·s (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

Professeure Audrey Gueders : Faculté de Médecine – Département des sciences dentaires – Université de Liège : audrey.gueders@uliege.be

8. Résumé de l'étude

a. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les facteurs influencent positivement et négativement les gynécologues-obstétriciens dans la mise en place des recommandations de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes.

Plusieurs objectifs secondaires importants sont également identifiés pour cette étude :

- Explorer le niveau de connaissance des gynécologues-obstétriciens concernant l'influence de la grossesse sur la santé bucco-dentaire.
- Explorer le niveau de connaissance des gynécologues-obstétriciens concernant l'influence de l'ensemble des pathologies bucco-dentaires sur la grossesse.
- Comprendre/Identifier quels sont les besoins des gynécologues-obstétriciens en matière d'éducation et de formation permettant de réaliser de la prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes.
- Comprendre ce qui est mis en place en matière de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes en Belgique.

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, etc.) (+/- 500 mots)

L'étude réalisée sera une étude de type exploratoire et qualitative. Elle s'inscrira dans un raisonnement inductif qui a pour but d'établir des hypothèses à propos d'un phénomène peu connu et ce, à l'aide des informations qui seront récoltées durant l'étude. Cette approche a été choisie afin de comprendre de manière approfondie les facteurs influençant les gynécologues-obstétriciens dans la mise en place des recommandations de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes.

Afin d'explorer de manière approfondie les différents facteurs affectant la mise en place des recommandations de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes, la population étudiée sera composée de gynécologues-obstétriciens, travaillant actuellement sur le territoire belge. Les critères d'inclusion de l'étude seront les suivants : être un gynécologue-obstétricien travaillant sur le territoire belge, avoir une certaine expérience, avoir une maîtrise suffisante du français et avoir signé le formulaire de consentement libre et éclairé. Les critères d'exclusion seront : être un gynécologue-obstétricien ne pratiquant plus ou à la retraire ou être dans la première année de pratique professionnelle.

La méthode d'échantillonnage des gynécologues-obstétriciens sera non-probabiliste volontaire et caractérisée par une sélection de type raisonnée des individus, permettant ainsi de recueillir des perspectives riches et variées sur l'objet de recherche.

La technique des entretiens semi-dirigés sera utilisée dans le cadre de cette étude afin de collecter les données auprès des gynécologues-obstétriciens. Selon les préférences des participants, les entretiens seront réalisés soit en présentiel, soit par visioconférence. Un guide d'entretien ainsi qu'un questionnaire pour récolter les données socio-démographiques seront réalisés par le chercheur.

Les gynécologues-obstétriciens seront sollicités à participer à l'étude par une invitation par mail. Les participants (gynécologues-obstétriciens) répondant favorablement à l'invitation pourront donner leur consentement écrit avant le début de l'entretien, après lecture d'un document d'information. Ce document résumera le but et le déroulement de l'étude, garantira l'anonymat, informera du traitement des données enregistrées en toute confidentialité et de la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment.

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? Non
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? Non
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? Non
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? Non
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? Non
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? Non
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? Oui
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? Non
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? Non

10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ?

Non

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

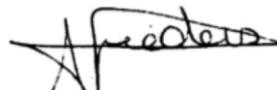
En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Ethique, soit le Comité d'Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur·trice sollicite l'avis du Comité d'Ethique car :

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
 - cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
 - cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication
- Cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine et ne prévoit pas de faire l'objet d'une publication

Date : 08042024

Nom et signature du promoteur : _____



Annexe 2 : Réponse du Collège des Enseignants

E Ethique<ethique@chuliege.be>     | ...
À : MSSP; Ethique <ethique@chuliege.be> Mar 09/04/2024 10:20
Cc : Djabrailova Léana

Bonjour,

Nous confirmons que cette étude ne rentre pas dans le champ d'application de la loi du 7 mai 2004 et ne nécessite donc pas d'avis favorable du Comité d'Ethique.

Il n'y a pas d'autres démarches à faire auprès de notre Comité.

Bien à vous,

Alice ZANZEN
Secrétariat Administratif
Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège
Route 562, Porte 166
Avenue de l'Hôpital, 1
4000 Liège
Tel: +32 4 323 21 58
ethique@chuliege.be

Annexe 3 : Mail d'invitation envoyé aux gynécologues-obstétriciens



Cher Docteur,

Je suis Léana Djabrailova et je suis actuellement étudiante en deuxième année de Master en Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège. Je vous invite à participer à mon étude intitulée « **Facteurs influençant la mise en place des recommandations de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes : étude exploratoire auprès des gynécologues-obstétriciens** », dans le cadre de mon mémoire de fin d'études sur la prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes en Belgique.

Votre expertise en tant que gynécologue-obstétricien est précieuse pour cette étude, car vous êtes directement impliqué dans les soins aux femmes enceintes. Je suis intéressée par votre perspective sur l'intégration des recommandations de prévention de la santé bucco-dentaire dans votre pratique quotidienne.

L'étude consistera en un entretien, au cours duquel nous discuterons de votre expérience et de vos opinions sur ce sujet important. Selon vos préférences, je suis flexible pour organiser cette rencontre. Nous pouvons convenir d'un rendez-vous en personne si vous le souhaitez, ou bien opter pour une visioconférence ou une conversation téléphonique, selon ce qui vous convient le mieux. Votre participation aidera à identifier les différents facteurs influençant la mise en place par les gynécologues-obstétriciens des recommandations de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes.

Si vous êtes intéressé à participer à cette étude ou si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter par mail à l'adresse suivante : leana.djabrailova@gmail.com. Je serais ravie de vous fournir plus d'informations sur le processus de l'étude et de fixer un rendez-vous pour l'entretien à votre convenance. Je vous remercie sincèrement pour votre considération et j'espère avoir l'occasion de collaborer avec vous dans le cadre de mon mémoire.

Cordialement,
Léana Djabrailova
Étudiante en Master de Santé Publique
Université de Liège

Annexe 4 : Consentement libre et éclairé

LIEGE
université

Formulaire d'information et de consentement RGPD
pour un travail de fin d'étude

Facteurs influençant la mise en place des recommandations de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes : étude exploratoire auprès des gynécologues-obstétriciens

Ce formulaire d'information et de consentement RGPD présente une description de l'étude et des traitements de données à caractère personnel qui y sont associés.

Nous vous demandons de lire attentivement ce document. Si vous êtes d'accord de prendre part à cette étude, vous devrez signer ce document. Une copie datée de ce document vous sera remise. Après avoir donné votre consentement à participer, vous resterez libre de vous retirer de cette étude à tout moment, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire.

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations concernant le projet ou vos données à caractère personnel, ou si vous souhaitez retirer votre participation, vous êtes libre de contacter le ou les responsables du projet de recherche à tout moment au moyen des coordonnées figurant ci-dessous.

Responsable(s) du projet de recherche
Le promoteur de ce travail de fin d'étude est : Docteur Audrey GUEDERS Mail : audrey.gueders@uliege.be
L'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude est : Léana Djabrailova Mail : Leana.Djabrailova@student.uliege.be Filière : Master 2 en sciences de la santé publique

Description de l'étude
Cette étude a pour but d'explorer les divers facteurs qui influent sur les gynécologues-obstétriciens dans la mise en place des recommandations de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes. Cette étude sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique 2023_2024.

Protection des données à caractère personnel
Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD - UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel

- Qui est le responsable du traitement ?**
Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.
- Quelles seront les données collectées ?**
Les données récoltées sont :
 - Données sociodémographiques : genre, âge, lieu de profession, expérience professionnelle, type de structure,
 - Données concernant les facteurs influençant les gynécologues-obstétriciens dans la mise en place de recommandations de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes.

- Données concernant le niveau de connaissance des gynécologues-obstétriciens sur l'influence de la grossesse sur la santé bucco-dentaire.
- Données concernant le niveau de connaissance des gynécologues-obstétriciens sur l'influence de l'ensemble des pathologies bucco-dentaires sur la grossesse.
- Données concernant les besoins et les attentes des gynécologues-obstétriciens en matière d'éducation et de formation permettant de réaliser de la prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes.
- Données concernant la prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes en Belgique.

3. À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?

Les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Elles pourraient, éventuellement, aussi servir à la publication de ce travail de fin d'étude ou d'articles issus de cette recherche, à la présentation de conférences ou de cours en lien avec cette recherche, et à la réalisation de toute activité permettant la diffusion des résultats scientifiques de cette recherche. Votre anonymat sera garanti dans les résultats et lors de toute activité de diffusion de ceux-ci.

4. Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Le cas échéant, la conservation de ces données pourrait être allongée de quelques mois afin de permettre les autres finalités exposées au point 3.

Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de son promoteur.

5. Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?

Étape 1 : Les données seront recueillies lors d'entretiens individuels.

Étape 2 : Les réponses à l'étude seront consignées sur un dispositif mobile par l'investigatrice principale.

Étape 3 : Ces enregistrements seront transférés sur un ordinateur portable sécurisé par un mot de passe, puis effacés du dispositif mobile.

Étape 4 : Les réponses enregistrées seront anonymisées dès la retranscription du matériel.

Étape 5 : Le mémoire sera élaboré en utilisant les réponses désormais anonymes.

Étape 6 : Une fois le travail de fin d'études achevé, les enregistrements seront immédiatement détruits.

6. Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?

Les données à caractère personnels seront anonymisées lors de l'encodage pour garantir la confidentialité. Les noms et prénoms ne seront pas inclus dans le mémoire de fin d'études. Seuls des éléments de discours pourront être mentionnés, mais sans être associés à une personne spécifique.

7. Qui pourra consulter et utiliser ces données ?

Seuls l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude présenté plus haut, son promoteur et éventuellement les membres du jury de mémoire (pour validation de la démarche scientifique) auront accès à ces données à caractère personnel.

8. Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

9. Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel se fondent sur la mission d'intérêt public de l'Université (RGPD, Art. 6.1.e) et, pour les données particulières, sur la nécessité de traiter ces données à des fins de recherche scientifique (RGPD, Art. 9.2.j).

10. Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- s'opposer, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, pour des raisons tenant à sa situation particulière, au traitement des données à caractère personnel la concernant ;
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

11. Comment exercer ces droits ?

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège
M. le Délégué à la protection des données,
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Coûts, rémunération et dédommagements

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

Retrait du consentement à participer à l'étude

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude et/ou son Promoteur, dont les noms figurent sur la première page de ce document. Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie. Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données déjà collectées ne seront pas effacées si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

Questions sur le projet de recherche

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.

Je déclare avoir lu et compris les 4 pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Nom et prénom :

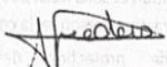
Date :

Signature :

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom du Promoteur : GUEDERS Audrey

Date : 240424

Signature : 

Nom et prénom de l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude : Djabrailova Lana

Date : 23/04/24

Signature : 

Guide d'entretien

1) Présentation

- Salutations et remerciements pour la participation à l'étude
- Présentation de l'intervieweur
- Présentation du cadre de la recherche et des objectifs poursuivis

2) Explications du déroulement de l'entretien

« Cet entretien aura une durée approximative d'1 heure et consistera en une série de questions ouvertes. Vous êtes libre de choisir de répondre ou non aux questions posées. L'accent sera mis sur votre vécu et votre expérience personnelle, sans jugement ni notion de réponse « bonne ou mauvaise ». N'hésitez pas à poser des questions si une formulation vous semble incompréhensible. »

3) Confidentialité et utilisation des données

- Explications sur le formulaire d'information et de consentement relatif à l'utilisation de données à caractère personnel
- Signature du formulaire d'information et de consentement personnel

4) Enregistrement de l'entretien

- Explications de l'enregistrement
- Signature pour accord

5) Corps de l'entretien

- **Facteurs influençant la mise en place des recommandations de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes**

- Comment percevez-vous l'importance de la prévention en matière de santé bucco-dentaire pendant la grossesse dans le cadre de votre pratique ? Donnez-vous des conseils spécifiques à vos patientes lors des consultations ? Si oui, sous quelles formes ? Orientez-vous systématiquement vos patientes vers un dentiste ? »
- Quels sont les éléments qui peuvent vous freiner dans l'intégration des recommandations de prévention de la santé bucco-dentaire lors du suivi prénatal des femmes enceintes dans votre pratique au quotidien ?
- Dans quelle mesure le manque de temps influence-t-il votre capacité à intégrer la prévention bucco-dentaire lors du suivi prénatal des femmes enceintes ?
- La littérature souligne le manque d'enseignement spécifique sur la santé bucco-dentaire dans le cadre de la formation en gynécologie. Pensez-vous que c'est une réalité ? Si oui, dans quelle mesure l'insuffisance d'enseignement sur la prévention bucco-dentaire chez les femmes enceintes durant votre formation de gynécologue influence-t-elle votre capacité à intégrer cette prévention lors du suivi prénatal ?
- Quels seraient les éléments déclencheurs ou incitatifs qui pourraient vous encourager à intégrer davantage la prévention bucco-dentaire chez les femmes enceintes dans votre pratique au quotidien ?

- **Niveau de connaissance des gynécologues-obstétriciens sur l'impact réciproque entre l'état de grossesse et la santé bucco-dentaire**

- Dans quelle mesure pensez-vous que l'intégration de la prévention de la santé bucco-dentaire lors du suivi prénatal peut influencer le déroulement de la grossesse ainsi que de la santé du bébé ?
- Dans quelle mesure pensez-vous que les pathologies bucco-dentaires chez la femme enceinte influencent le déroulement de sa grossesse ainsi que la santé de son bébé à naître ?
- Quelle est, selon vous, l'influence de l'état de grossesse sur la santé bucco-dentaire chez la femme enceinte ?
- Quelles sont, selon vous, les complications obstétricales potentielles liées aux pathologies bucco-dentaires chez la femme enceinte ?

- **Besoins des gynécologues-obstétriciens en matière d'éducation et de formation permettant de réaliser de la prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes**
 - Quelles suggestions auriez-vous pour favoriser l'intégration de la prévention de la santé bucco-dentaire dans le suivi prénatal des femmes enceintes ?
 - Quels sont vos besoins afin de favoriser la sensibilisation et l'éducation des gynécologues-obstétriciens sur l'importance de la santé bucco-dentaire pendant la grossesse ?
 - Quelles sont vos attentes concernant la sensibilisation et l'éducation des gynécologues-obstétriciens sur l'importance de la santé bucco-dentaire pendant la grossesse ?
- **Prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes en Belgique**
 - Qu'est-ce qui, à votre connaissance, est mis en place actuellement en Belgique en matière de prévention de la santé bucco-dentaire chez les femmes enceintes ?

6) Clôture de l'entretien

« Pour terminer, y a-t-il un élément que vous aimeriez mentionner et qui n'a pas été abordé lors de cet entretien ? »

7) Collecte des données socio-démographiques

« Avant de terminer l'entretien, j'aimerais bien vous poser quelques brèves questions concernant votre profil. Cela permettra une analyse plus approfondie des entretiens en prenant en considération les caractéristiques des participants à l'étude. »

➔ Questionnaire sur les données socio-démographiques

8) Remerciements

Annexe 6 : Questionnaire sur les données sociodémographiques



Questionnaire sur les données socio-démographiques

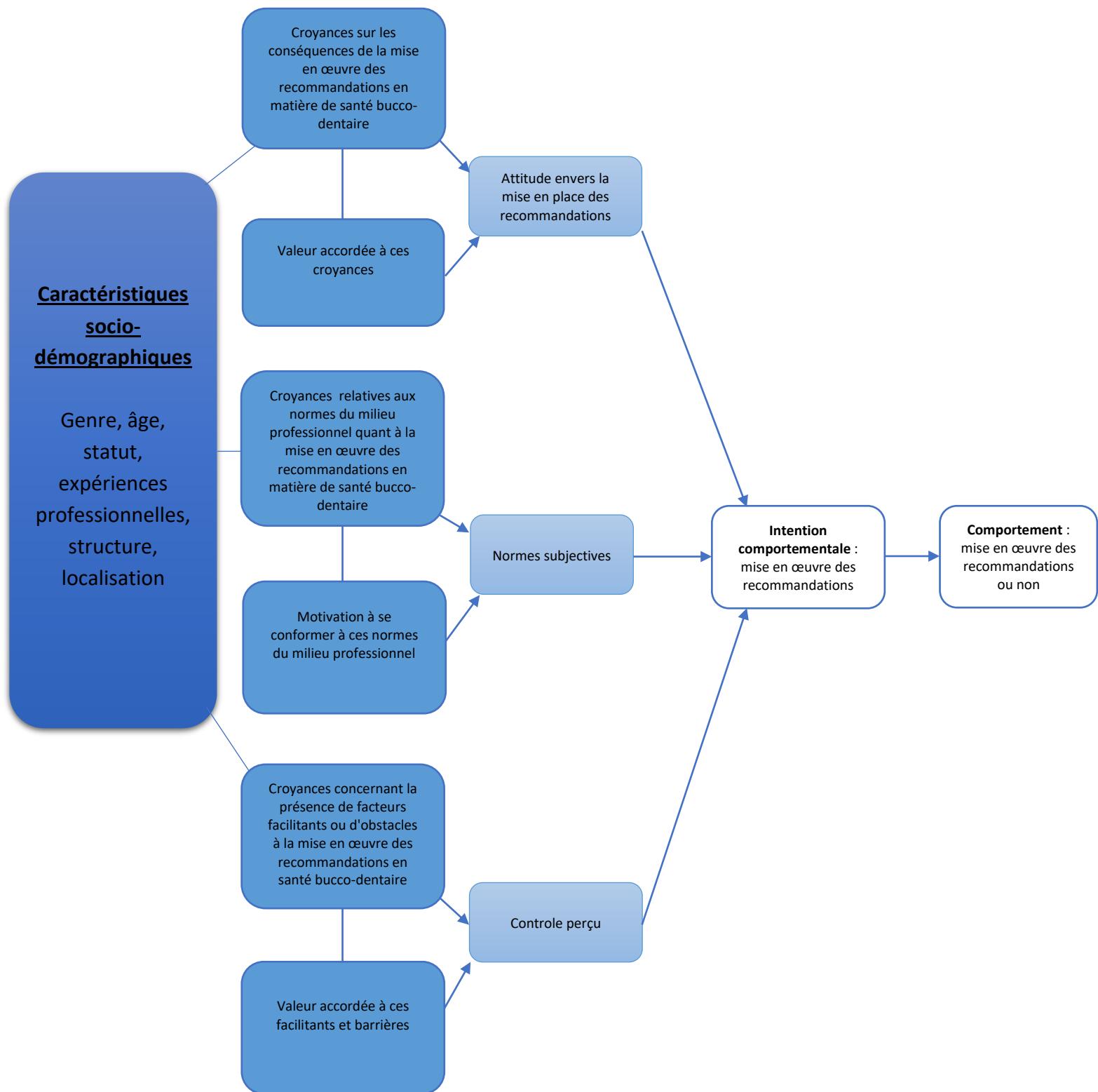
Données relatifs au gynécologue-obstétricien :

- Genre :
- Âge:
- Nombre d'année de pratique : 1- 5 ans, 5 -10 ans, 10-15 ans, 15 – 20 ans, 20 - 25 ans, 25-30 ans,+ de 30 ans

Données relatifs au lieu de travail :

- Lieu de profession : Milieu rural - Milieu urbain
- Type de structure : Cabinet privé - Structure hospitalière non-universitaire / Structure universitaire

Annexe 7 : Modèle d'analyse de la théorie du comportement planifié d'Ajzen ajusté en fonction de l'étude



Annexe 8 : Arbre thématique

