



HAL
open science

Besoins en matière de soins bucco-dentaires des populations migrantes : une étude épidémiologique réalisée au Centre Médical Louis Guilloux, à Rennes

Camille Pichemin

► **To cite this version:**

Camille Pichemin. Besoins en matière de soins bucco-dentaires des populations migrantes : une étude épidémiologique réalisée au Centre Médical Louis Guilloux, à Rennes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03528319

HAL Id: dumas-03528319

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03528319>

Submitted on 17 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée par

Camille PICHEMIN

née le 21 février 1995 à Caen

**Besoins en matière de
soins bucco-dentaires
des populations
migrantes :
une étude
épidémiologique
réalisée au Centre
Médical Louis
Guilloux,
à Rennes**

**Thèse soutenue à Rennes
le 25 mai 2020**

devant le jury composé de :

Pr Valérie BERTAUD

PU-PH UFR Odontologie Rennes 1 / Présidente

Dr Antoine COUATARMANACH

AHU UFR Odontologie Rennes 1 /

Directeur de thèse

Dr Vincent MEURIC

MCU-PH UFR Odontologie Rennes 1 /

Co-directeur de thèse

Pr Guy CATHELIN

PU-PH UFR Odontologie Rennes 1 / Membre

Dr Nicolas PINEL

Praticien libéral / Membre invité

CORPS ENSEIGNANT U.F.R. ODONTOLOGIE
Responsable de discipline
Section 56 : Développement, croissance et prévention
Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique et orthopédie dento-faciale :
Discipline Odontologie pédiatrique

SIXOU Jean-Louis	<i>Professeur des universités - Praticien hospitalier</i>
MARIE-COUSIN Alexia	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
LARADH Imen	<i>Assistante hospitalier universitaire</i>

Discipline Orthopédie dento-faciale

SOREL Olivier	<i>Professeur des universités - Praticien hospitalier</i>
BREZULIER Damien	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
ALLEREAU Béatrice	<i>Assistante hospitalier universitaire</i>
NAAIM Mohamed	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
CONTAMINE Marie	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>

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

BERTAUD-GOUNOT Valérie	<i>Professeur des universités - Praticien hospitalier</i>
PRIGENT Hervé	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
COUATARMANACH Antoine	<i>Assistant hospitalier universitaire (temps plein)</i>
MAYOROVA Nadège	<i>Assistante hospitalier universitaire</i>

Section 57 : Chirurgie orale ; parodontologie ; biologie orale
Sous-section 57-01 Chirurgie orale ; parodontologie ; biologie orale :
Discipline Chirurgie orale

LEJEUNE-CAIRON Sophie	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
LIMBOUR Patrick	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
BADER Gérard	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
DULONG Arnaud	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
MURDEN Kristen	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>

Discipline Parodontologie

JEANNE Sylvie	<i>Professeur des universités - Praticien hospitalier</i>
BOLLE Caroline	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
NOVELLO Solen	<i>Assistante hospitalier universitaire (temps plein)</i>
ALTHYAB Amr	<i>Assistant universitaire associé</i>

Discipline Biologie orale

BONNAURE-MALLET Martine	<i>Professeur des universités - Praticien hospitalier</i>
MEURIC Vincent	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
BOYER Emile	<i>Maître de conférences des universités - Associé</i>
CHATOTH Kanchana	<i>Assistant universitaire associé</i>

Section 58 : Réhabilitation orale :

Sous-section 58-01 Dentisterie restauratrice, endodontie, prothèses, fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux :

Discipline Dentisterie restauratrice, endodontie

DAUTEL Anne	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
LE GOFF Anne	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
TURPIN Yann-Loïg	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
PERARD Matthieu	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
LE CLERC Justine	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
BINET Sophie	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
VO VAN Thomas	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
LE MOUROUX Rozenn	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
GASTINEAU Richard	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>

Discipline Prothèses

(Mobilité) BEDOUIN Yvan	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
CHAUVEL Brice	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
RAVALEC Xavier	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
PERRIGAULT Sébastien	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
LE BEVER Pierre	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
GOUBIN William	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
LEFRANCOIS Etienne	<i>Assistant hospitalier universitaire (temps plein)</i>
RAVALEC Paul	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
DESCLOS-THEVENIAU Marie	<i>Assistant hospitalier universitaire (temps plein)</i>

Discipline Fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux

CATHELINÉAU Guy	<i>Professeur des universités - Praticien hospitalier</i>
CHAUVEL-LEBRET Dominique	<i>Professeur des universités - Praticien hospitalier</i>
MEARY Fleur	<i>Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier</i>
MELOU Caroline	<i>Assistant hospitalier universitaire (temps plein)</i>

Enseignants autres sections

Section 41 - Sciences biologiques

TAMANAI-SHACOORI Zohreh	<i>Maître de conférences des universités</i>
--------------------------------	--

Section 64-65 – Biochimie et biologie moléculaire, biologie cellulaire

GAUTIER-COURTEILLE Carole	<i>Maître de conférences des universités</i>
----------------------------------	--

Remerciements

À Madame le Professeur Valérie Bertaud

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

J'ai beaucoup appris à vos côtés, et ce dès mes premières vacances de clinique en Accueil-Urgences. Je vous remercie de transmettre vos savoirs et savoirs faire, et ce très souvent dans la bonne humeur.

À Monsieur le Docteur Antoine Couatarmanach

Merci d'avoir accepté la direction de cette thèse.

Merci pour votre disponibilité, votre professionnalisme et votre gentillesse. Vous m'avez beaucoup aidée lors de ce travail de thèse et je vous en remercie. Vous m'avez presque fait aimer les biostatistiques lors des séances de travail sur R ! J'ai également apprécié les vacances que vous encadriez en Urgences ou au CHGR, où j'ai beaucoup appris.

À Monsieur le Docteur Vincent Meuric

Merci d'avoir accepté la co-direction de cette thèse.

Merci pour votre disponibilité : je pense que vous avez fourni un peu plus de temps et d'énergie qu'un simple co-directeur lors de cette thèse. Merci également pour votre bonne humeur, vous avez su rendre les fameuses séances sur R un peu plus joviales. Je garde un bon souvenir des vacances d'Odontologie Pédiatrique que vous encadriez.

À Monsieur le Professeur Guy Cathelineau

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

Je vous remercie pour l'ensemble de votre travail au sein de la faculté et de l'hôpital.

À Monsieur le Docteur Nicolas Pinel

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

C'est vous qui m'avez donné l'idée de faire ma thèse sur les patients migrants du CMLG. J'espère que vous pourrez continuer cette activité de consultation dentaire au sein du CMLG, la développer comme vous le souhaitez, et que ce travail pourra vous y aider. Je vous remercie également d'avoir été mon maître de stage actif en 6^e année. J'ai apprécié travailler dans votre cabinet et j'ai beaucoup appris de vos conseils.

À Monsieur le Docteur Emile Boyer

Merci d'avoir participé à ce travail de thèse et d'avoir dépanné Antoine et Vincent plus d'une fois sur R.

Au Réseau Louis Guilloux

À Patrice Preter, au Docteur Pascal Jarno, au Docteur Didier Michel, au Docteur Hélène Leroy, au Docteur Gaylord Delobre, ainsi qu'au reste de l'équipe,

Merci de m'avoir accueillie et de m'avoir fait confiance en me laissant analyser les données de vos patients. J'espère que ce travail pourra vous permettre de développer les consultations dentaires au CMLG.

À mes parents, je vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour moi. C'est vous qui m'avez donné les moyens d'arriver où je suis. Vous avez toujours cru en moi, parfois trop, et le plus souvent beaucoup plus que moi-même. Vous rendre fiers et être digne de votre confiance a toujours été une de mes priorités, j'espère y être arrivée. Même si maintenant je suis grande et autonome, j'aurais toujours besoin de vous, de vos précieux conseils et de votre amour. Je vous aime.

À mon grand-frère, Jacques-Alexis. Tu es une des personnes les plus importantes pour moi. Tu ne peux pas savoir pas à quel point je suis fière de l'homme que tu deviens et de tous les obstacles que tu franchis. Tu es capable de tellement de choses, et tu nous épateras toujours. Je serai toujours là pour toi.

J'ai une pensée particulière pour ma grand-mère Michèle, qui me manque beaucoup. Je sais que la professeure de biologie qu'elle était serait fière de moi.

À toute ma famille, grands-parents, oncles et tantes, cousins et cousines. Merci pour vos gentilles paroles d'encouragement durant la préparation de cette thèse.

À la Fraternité, DD, Soso, Fanfy, Clémence, Mathieu, Pierre Ju, Matéo, Picos, Parcou, Polo. La thèse, c'est l'accomplissement de nos années d'étude passées ensemble. Depuis le temps qu'on en parle, ça y est ! On se sera bien marré, les études c'est les meilleurs souvenirs. J'espère encore passer de nombreux moments avec vous. On est 11 !

Aux copains caennais, Chloé, Aude, Elise, Solenn, Elvire, Juliette, Margaux, Simon et Inès. Vous êtes mes amis de toujours et ce n'est pas près de s'arrêter ! Cloclo, après 3 ans de lycée dans la même classe, on a fait notre rentrée en PACES ensemble et nous y voilà : une urgentiste et une dentiste. Hâte d'assister à ta thèse aussi Doc ! Aude, Elise, Sisi, Juju, vous êtes les vieux de la vieille (SP Lébisey rpz). Soso, Elvire, Gaumar, Inès, moins d'ancienneté mais tout autant de love. Je vous aime tous très fort et quand on regarde le chemin parcouru, on ne s'en sort pas trop mal.

À mon Gus, tant de bonheur apporté par un si petit Être.

À celles et ceux qui m'ont fait confiance lors de mes débuts en cabinet dentaire, dentistes et assistantes.

À Brieux. Merci d'être là pour moi au quotidien. Tu es mon pilier, celui qui me soutien et qui me rassure dans les moments de doute (et il y en a eu pas mal !). Mais il y a surtout des moments de rire et de bonheur ! J'ai hâte construire l'avenir avec toi et de réaliser les projets dont on parle si souvent. Je t'aime.

Table des matières

Introduction	1
Matériels et Méthode	2
Résultats	4
Discussion	8
Conclusion	11
Conflits d'intérêt	12
Remerciements	12
Bibliographie	13
Annexes	15
Annexe 1 : Autorisation CNIL	15
Annexe 2 : Variables diagnostic	17
Annexe 3 : Plans de traitement	17

Liste des figures et tableaux

Figures

Figure 1 : Diagramme de flux	4
Figure 2 : Origine géographique (A) et langues parlées (B)	4
Figure 3 : Délai entre la consultation dentaire et l'entrée sur le territoire français	5

Tableaux

Tableau 1 : Données issues des examens dentaires	6
Tableau 2 : Facteurs associés à un fort besoin de soins	7
Tableau 3 : Association entre fort besoin de soin et la maîtrise de la langue française ou anglaise communément parlées et enseignées aux chirurgiens-dentistes	7

Introduction

L'Organisation des Nations Unies stipule, dans la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés (1), que tous les réfugiés doivent avoir accès aux services de santé proposés dans le pays d'accueil, dont les soins dentaires font partie intégrante. En 2017, 261 700 immigrants sont arrivés en France (2), dont moins de la moitié (environ 100 000) sont demandeurs d'asile, soit autant de personnes qui ont potentiellement besoin de prévention et de soins bucco-dentaires, ou du moins d'éducation bucco-dentaire (3).

L'association Réseau Louis Guilloux (RLG), créée en 1991, vise à promouvoir la santé pour les populations précaires et de toutes origines séjournant dans le département de l'Ille-et-Vilaine (France). Le Centre Médical Louis Guilloux (CMLG) est le pôle du RLG qui reçoit les populations migrantes : réfugiés, demandeurs d'asile et migrants en situation irrégulière (4). Le but de l'action du CMLG est de proposer un bilan de santé et d'orienter les patients vers des professionnels de santé afin de réaliser les soins et/ou examens complémentaires nécessaires. Il s'agit de consultations médicales de soins primaires, n'ayant pas pour vocation à prendre en charge ces personnes, mais à faciliter leur accès aux soins de santé. L'activité du RLG n'est pas uniquement centrée sur les migrants ; des consultations sont également proposées aux patients atteints du Virus de l'Immunodéficience Humaine (consultations VIH), et aux personnes en situation de précarité (en lien avec la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du Centre Hospitalier de Rennes).

En décembre 2016, une consultation dentaire a été créée. Les patients du CMLG sont reçus en consultation, un bilan de leur état bucco-dentaire est établi et les patients sont ensuite adressés afin que les soins nécessaires soient réalisés. Au cours de cette consultation, des données épidémiologiques ont été relevées par des chirurgiens-dentistes intervenants. Dans le cadre de cette thèse d'exercice, l'objectif était de décrire l'état bucco-dentaire des patients reçus en consultation dentaire au CMLG, de définir leur besoin de soins, et d'identifier les potentielles difficultés des migrants reçus au CMLG à accéder aux soins bucco-dentaires.

Matériel et méthodes

Ce travail a consisté en la réalisation d'une étude épidémiologique observationnelle rétrospective. La population étudiée était la population migrante du bassin rennais ayant consulté au CMLG de Rennes. Le CMLG dispose d'une autorisation CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), qui autorise le recueil des données médicales des patients, leur analyse et leur publication (annexe 1).

Le critère d'inclusion correspondait à l'inscription du patient sur l'agenda en ligne (Google Agenda®) pour une consultation dentaire. Les critères d'exclusion correspondaient aux dossiers incomplets sur les logiciels de base de données codées Access® et base de données libres Médaplix®, ainsi qu'aux patients non migrants.

Les données ont été recueillies à partir des dossiers des patients reçus en consultation entre le 2 décembre 2016 (date d'ouverture de la consultation dentaire au CMLG) et le 6 septembre 2019 (fin du recueil de données). Ces données étaient issues d'examens cliniques bucco-dentaires réalisés par deux chirurgiens-dentistes, au moins un vendredi matin par mois. L'observation clinique avait lieu sur une table d'examen médical, à l'aide d'une sonde droite et d'un miroir et avec un éclairage plafonnier. Les informations concernant la sphère orale étaient consignées dans un document en ligne sur le logiciel Médaplix® (traitement de texte). En complément, le dossier administratif (logiciel Access®) comportait les informations personnelles du patient : nom, prénom, numéro d'anonymat, sexe, date de naissance, âge, pays d'origine, langues parlées, statut juridique (demandeur d'asile, réfugié, européen, en situation irrégulière, mineur isolé étranger, ayant un titre de séjour « vie privée et familiale », ou protection subsidiaire), droits de sécurité sociale (CMU, AME, droits non ouverts), statut familial (seul, en famille), hébergement (fixe, temporaire, absence), date d'entrée en France. Les pathologies générales ont également été implémentées dans le logiciel Access® lorsque le patient a été vu par un médecin ou une infirmière.

Après anonymisation, l'ensemble des données a été extrait des logiciels Access® et Médaplix® et codé. Les variables diagnostic ont été classées selon la Classification Internationale des Maladies (5), puis codées de façon binaire (absence/présence) (annexe 2). Le nombre de caries a été exprimé de manière quantitative. Le plan de traitement proposé a été renseigné d'après la Classification Commune des Actes Médicaux de l'Assurance Maladie (6) (annexe 3). Les prescriptions médicamenteuses (antalgique, antibiotique, bain de bouche antiseptique) et l'orientation des patients (cabinet dentaire de ville, Centre de Soins Dentaires du CHU de Rennes et cabinet de radiologie) ont également été catégorisées.

Enfin, une catégorie « besoin majeur de soins » a été créée correspondant à tout patient présentant au moins un des critères suivants : nombre de caries supérieur ou égal à 4, nécessité d'avulser strictement plus de 2 dents, nécessité de traitement prothétique (prothèse amovible et/ou prothèse fixée), nécessité de traitement parodontal (hors détartrage simple).

Le traitement des données a été réalisé avec le logiciel Microsoft® Excel (version 16.34). L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Rstudio (version 3.6.1). Le test du Chi 2 a été

utilisé pour étudier les relations entre deux variables qualitatives pour des effectifs supérieurs à 5. Le test de Student a été utilisé pour étudier la relation entre les variables qualitatives et quantitatives. Un modèle de régression logistique (Odds-ratio) ajusté sur le sexe et l'âge a été utilisé pour quantifier l'association entre le besoin de soins et les langues parlées. Les tests ont été considérés comme statistiquement significatifs lorsque la valeur de *p-value* était inférieure à 0,05.

Résultats

Cent trente patients ont été inclus dans cette analyse (figure 1). Les hommes représentaient 64,6% des individus et l'âge moyen était de 30,2 ans \pm 15,3 ans (de 4 à 70 ans). Environ un quart de la population (24,6%) était mineure.

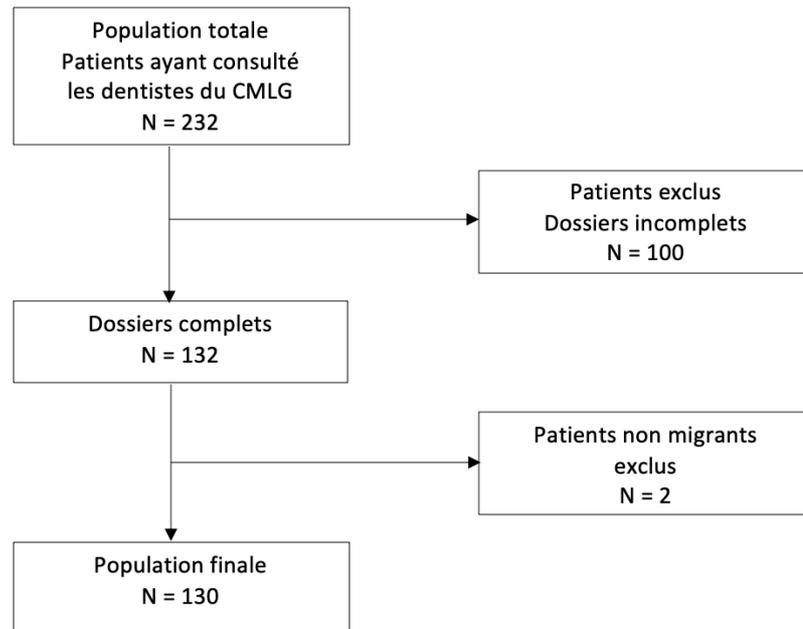


Figure 1 : Diagramme de flux

La population présentait des origines géographiques variées. Les pays d'origine ont été regroupés en 8 grandes régions géographiques (figure 2A). Vingt-et-une langues différentes étaient parlées par les personnes incluses dans l'étude. 27,7% des patients étaient francophones, 10,8% étaient anglophones et 61,5% ne parlaient ni français ni anglais (figure 2B).

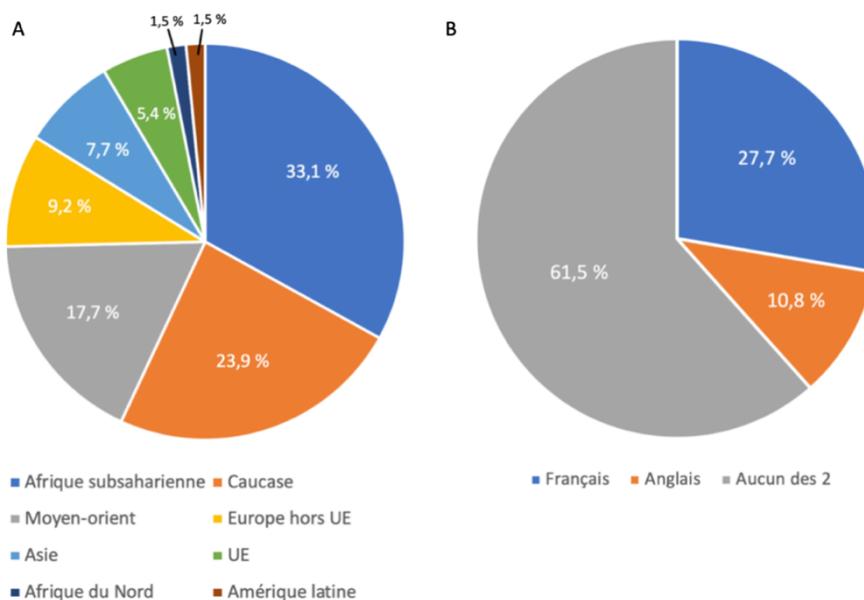


Figure 2 : Origine géographique (A) et langues parlées (B)

Les patients inclus dans l'étude étaient majoritairement des demandeurs d'asile (70%). Ils étaient 63,8% à avoir des droits de Sécurité Sociale ouverts (CMU ou AME). Les personnes vivant seules, loin de leur famille, représentaient plus d'un tiers de la population (36,2%). La plupart d'entre eux avaient un logement (63,6%). En se basant sur la classification ASA (7), la moitié (50,8%) des patients ne présentait pas de problème de santé ou d'état général rendant les soins dentaires compliqués (ASA I) et aucun ne présentait de contre-indication à la prise en charge en cabinet dentaire de ville. Trente-et-un sujets (23,8%) présentaient une pathologie psychiatrique diagnostiquée, et 52 (40%) avaient subi des violences. La majorité des patients a consulté pour un rendez-vous dentaire au CMLG au cours de leur première année en France (figure 3). La durée médiane de séjour en France avant la première consultation dentaire était de 172 jours. Entre le 2 décembre 2016 et le 6 septembre 2019, 149 consultations dentaires ont eu lieu, soit une moyenne de 1,15 rendez-vous par patient. Moins d'un dixième (9,4%) des consultations dentaires au CMLG n'ont pas été honorées par les patients. À l'issue des premières consultations médicales au CMLG, 70 patients ont pu bénéficier d'un interprète proposé par le CMLG pour leurs consultations médicales.

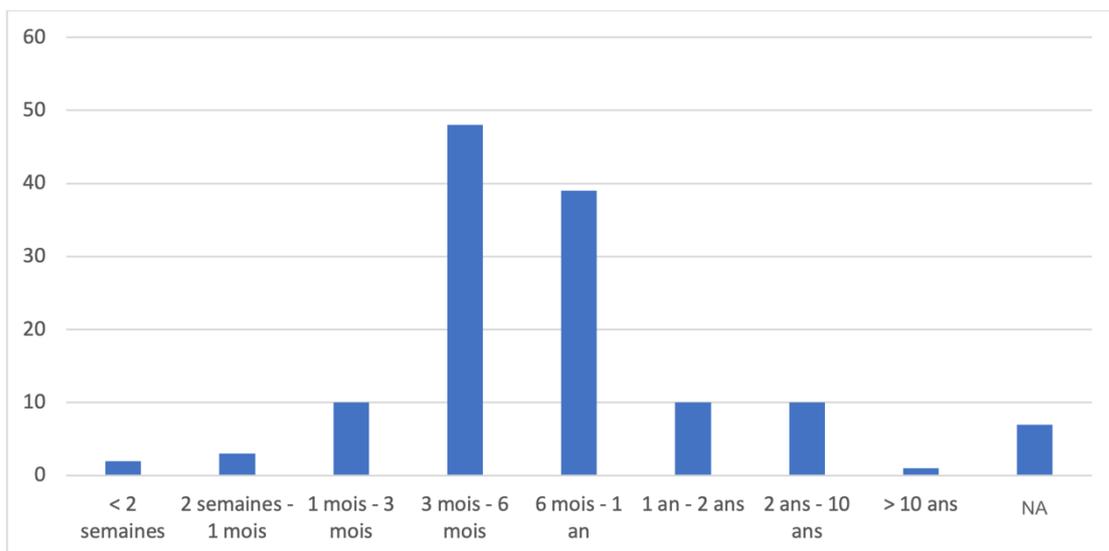


Figure 3 : Délai entre l'entrée sur le territoire français et la consultation dentaire

Quarante-huit patients (36,9%) ont consulté pour une urgence dentaire. Les diagnostics, plans de traitement, prescriptions et orientations des patients sont présentés dans le tableau 1. Au total, 72,3% des patients étaient atteints de caries, et 54,6% présentaient plus de 4 caries. Près de la moitié de la population étudiée (49,2%) avait au moins une dent absente. Un tiers (36,2%) des patients avait besoin d'un détartrage. Quarante-deux patients (69,2%) nécessitaient des soins restaurateurs. Cinquante-cinq patients (42,4%) nécessitaient l'avulsion d'au moins une dent (8,5% de plus de deux dents). Vingt-neuf patients (22,3%) nécessitaient des soins prothétiques. Une prescription médicamenteuse a été délivrée pour 6 patients (4,6%). Enfin, les chirurgiens-dentistes intervenants au CMLG ont adressé 95,4% des patients reçus en consultation dentaire, dont 82,3% en cabinet dentaire de ville.

	n	%
Diagnostic (n=129 – 99,2%)		
Carie	94	72,3
≥ 4	23	17,7
< 4	71	54,6
Trouble du développement	9	6,9
Pathologie pulpaire	31	23,8
Absence de dents	64	49,2
Luxation dentaire	2	1,5
Tartre	42	32,3
Pathologie parodontale	10	7,7
Pathologie osseuse	1	0,8
Pathologie dermatologique	2	1,5
Cellulite	2	1,54
Pathologie des glandes salivaires	1	0,8
Troubles d'orthopédie dento-faciale	11	8,5
Dysfonctionnement de l'appareil manducateur	2	1,5
Soins à réaliser (n=126 – 96,9%)		
Détartrage	47	36,2
Scellement de sillons	4	3,1
Supplémentation en fluor	16	12,3
Soin restaurateur	90	69,2
Traitement endodontique	32	24,6
Avulsion d'une ou deux dents	44	33,9
Avulsion de plus de deux dents	11	8,5
Plan de libération occlusale	3	2,3
Prothèse fixée	5	3,9
Prothèse amovible	25	19,2
Réparation de prothèse	2	1,5
Traitement ODF	4	3,1
Traitement parodontal	3	2,3
Prescription (n=6 – 4,6%)		
Antalgique	4	3,1
Antibiotique	4	3,1
Bain de bouche	1	0,8
Orientation (n=124 - 95,4%)		
Cabinet dentaire de ville	107	82,3
Centre de Soins Dentaires	17	13,1
Cabinet de radiologique	5	3,9
Besoin majeur de soins (binaire)	59	45,4

Tableau 1 : Données issues des examens dentaires

Le groupe « besoin majeur de soins » était composé de 59 patients (45,4%). L'étude de l'association entre les données sociodémographiques et l'état de santé bucco-dentaire est présentée tableau 2. Le sexe, l'âge, le statut juridique, les droits de sécurité sociale, le statut familial, l'hébergement, le temps de séjour, l'état de santé général (ASA), les pathologies psychiatriques et les violences subies n'ont pas été associés à des besoins de soins augmentés. L'origine géographique et la langue parlée étaient en revanche significativement associées à de plus forts besoins de soins ($p\text{-value} < 0,02$). Les patients d'origine subsaharienne étaient moins nombreux à présenter un besoin majeur de soins (30,2%) alors que les patients originaires du Caucase étaient plus nombreux (64,5%) comparés à la population entière (45,4%).

Données sociodémographiques		n	%	Besoin majeur de soins		<i>p-value</i>
				n	(%)	
Sexe	Homme	84	64,6	37	44,0	0,679
	Femme	46	35,4	22	47,8	
Âge	Majeur (>18 ans)	98	75,4	43	43,9	0,546
	Mineur	32	24,6	16	50,0	
Origine géographique	Afrique subsaharienne	43	33,1	13	30,2	0,015
	Caucase	31	23,9	20	64,5	0,014
	Moyen-Orient	23	17,7	11	47,8	0,795
	Europe hors UE	12	9,2	6	50,0	0,736
	Asie	10	7,7	5	50,0	0,760
	UE	7	5,4	2	28,6	NA
	Amérique latine	2	1,5	1	50,0	NA
	Afrique du nord	2	1,5	1	50,0	NA
Langues parlées	Français	36	27,7	10	27,8	0,018
	Anglais	14	10,8	4	28,6	0,292
	Ni français ni anglais	80	61,5	45	76,3	0,004
Statut juridique	Demandeurs d'asile	91	70,0	39	42,9	0,852
	Autres	29	30,0	13	44,8	
Droits de Sécurité Sociale	CMU/AME	83	69,2	41	49,4	0,147
	Non ouverts	37	30,1	13	35,1	
Statut familial	Famille	61	56,5	32	52,5	0,307
	Seul	47	43,5	20	42,6	
Hébergement	Fixe/temporaire	68	63,6	29	42,6	0,909
	Absence	39	36,4	16	41,0	
Temps de séjour	< 6 mois	63	51,2	33	52,4	0,176
	≥ 6 mois	60	48,8	23	38,3	
ASA	I	66	50,8	29	43,9	0,888
	II	43	33,1	21	48,8	
	III	21	16,1	9	42,9	
Pathologies psychiatriques		31	23,8	11	35,5	0,222
Violences subies		52	40,0	26	50,0	0,388

Tableau 2 : Facteurs associés à un besoin majeur de soins

L'analyse par régression logistique a montré que le fait d'avoir un besoin majeur de soins était associé à un risque relatif de 2,16 de ne pas parler français (Odds-ratio ajusté 3,04 – *p-value* = 0,0105) ; et de 2,07 de ne parler ni français ni anglais (Odds-ratio ajusté 3,24 – *p-value* = 0,0027) (tableau 3).

Langue parlée	Risque relatif	Odds-ratio brut	<i>p-value</i>	Odds-ratios ajusté sur le sexe et l'âge	<i>p-value</i>
Non francophone	2,16	2,83	0,0177	3,04	0,0105
Ni francophone ni anglophone	2,08	3,13	0,0036	3,24	0,0027

Tableau 3 : Association entre le besoin majeur de soin et la maîtrise de la langue française ou anglaise, communément parlées et enseignées aux chirurgiens-dentistes

Discussion

Cette étude a montré que les migrants reçus en consultation dentaire au CMLG ont un besoin de soins bucco-dentaires élevé. Ces soins vont du simple détartrage à des soins plus complexes et plus longs comme la réalisation de plusieurs soins restaurateurs voire traitements endodontiques, l'avulsion de plusieurs dents, la réalisation de prothèse et la réalisation de traitements parodontaux.

Lors des consultations dentaires au CMLG, les chirurgiens-dentistes intervenants ont émis une hypothèse : une partie importante de la population a de nombreuses dents délabrées voire absentes et semble cumuler d'autres facteurs de difficulté de réalisation des soins bucco-dentaires. Cette hypothèse a suscité la création de la variable « besoin majeur de soins ». La mise en relation de cette variable avec les données sociodémographiques a montré que cette partie de la population qui a particulièrement besoin de soins cumule également des facteurs de difficulté d'accès aux soins, notamment la langue parlée. En effet, une association significative entre le fait d'avoir un besoin important de soins bucco-dentaires et le fait de ne pas parler français ou de ne parler ni français ni anglais a été mise en évidence. Une précédente étude réalisée aux États-Unis chez des enfants avait déjà montré cette association entre l'accès aux soins et la langue parlée (8). Il ressortait qu'en fonction de la langue parlée à la maison, des disparités dans l'accès aux soins médicaux et bucco-dentaires apparaissaient. Le fait de parler une langue différente de la langue du pays d'accueil est une limite à l'accès aux soins médicaux en général (9, 10). De plus, la population étudiée se trouve dans un contexte socioéconomique défavorisé. La précarité est déjà avérée comme étant une limite à l'accès et au recours aux soins de médecine générale et aux soins bucco-dentaires (11, 12).

Les personnes nécessitant des soins de carie sont plus nombreuses au sein de la population étudiée qu'au sein de la population générale : 72,3% contre 33 à 50% (13). La forte prévalence de carie chez les patients migrants pourrait là aussi être expliquée par leur appartenance à une catégorie sociale défavorisée (14, 15). Une autre hypothèse avancée pour expliquer cette forte prévalence serait le changement d'habitudes alimentaires et d'hygiène bucco-dentaire durant leur parcours migratoire et leur séjour en France. Cependant, aucune association n'a été trouvée dans le délai entre l'arrivée en France et la première consultation dentaire et les besoins bucco-dentaires dans cette population.

Le lien entre état de santé général et migration est attesté (16), mettant en cause, notamment, leur situation sociale défavorisée. La moitié de la population étudiée (49,2%) présentait en effet des problèmes de santé générale. Cela peut constituer un biais de sélection : les patients reçus en consultation dentaire au CMLG sont des patients qui ont d'abord vu un médecin du CMLG, donc qui ont potentiellement besoin d'un suivi médical du fait de l'existence d'une pathologie systémique. Cependant, au regard de leur état de santé général, tous les sujets de cette étude pouvaient être soignés en cabinet dentaire de ville car ils se situaient tous en catégories ASA < IV.

La littérature montre que les migrants ayant subi des violences peuvent souffrir d'un stress post-traumatique rendant les examens bucco-dentaires et les soins très compliqués (17).

Cependant, aucune association entre le fait d'avoir subi des violences ou des tortures et le fait d'avoir un état bucco-dentaire dégradé n'a été mise en évidence lors cette analyse.

Ces différents facteurs (temps de séjour en France, état de santé général, violences) ne peuvent cependant pas être exclus à cause du faible nombre de sujets inclus dans l'étude (N = 130). De plus, cette étude n'a pas été conçue comme un essai clinique randomisé. Les sujets sélectionnés étaient les migrants reçus en consultation dentaire au CMLG dont le dossier était complet. Le grand nombre de dossiers incomplets pourrait constituer un biais de sélection. Les résultats obtenus ne peuvent donc pas être généralisés à tous les patients du CMLG, ni à tous les migrants de Rennes, d'Ille-et-Vilaine, et encore moins de France. Des biais d'évaluation liés aux examens cliniques (non réalisés sur un fauteuil dentaire et sans examen complémentaire) et aux observations cliniques consignées en texte librement tapé à l'ordinateur, puis codées par un seul investigateur peuvent exister. Les diagnostics ainsi établis peuvent avoir été sous ou surestimés. Enfin, le nombre de prescriptions réalisées était faible (4,6%) par rapport à la part de patients reçus en urgence (36,9%). Les moyens techniques disponibles au CMLG ne permettant pas d'établir un diagnostic précis et encore moins de réaliser un acte thérapeutique, les patients en réelle situation d'urgence bucco-dentaire ont été directement orientés vers un chirurgien-dentiste de ville ou vers le service d'Urgences du Centre de Soins Dentaires du CHU de Rennes.

En dépit des limites évoquées, cette étude montre qu'une partie de cette population cumulait plusieurs freins à la réalisation des soins bucco-dentaires : la multiplicité de soins à réaliser et la non-maîtrise du français et de l'anglais. Ces éléments soulignent la nécessité de développer des actions de promotion de la santé bucco-dentaire adaptées à un public non-francophone afin de limiter l'apparition de lésions carieuses (13), ainsi que la plupart des autres pathologies bucco-dentaires comme les maladies parodontales. Par ailleurs, les migrants devraient pouvoir être accompagnés à leurs rendez-vous de soins dentaires par des interprètes. Le pôle interprétariat du RLG propose déjà ce service aux migrants pour leurs rendez-vous médicaux (non dentaires), et ce pour 17 langues (18). Soixante-dix patients de cette étude (53,8%) ont pu en bénéficier pour leurs soins médicaux. Sachant que 80 patients ne parlaient ni français ni anglais, seulement 10 d'entre eux n'ont donc pas eu accès à un interprète, soit parce qu'aucun n'a pu leur être proposé (pas d'interprète disponible au RLG pour la langue parlée), soit parce que ces patients ne nécessitaient pas d'être reçus par un médecin en dehors du cadre du CMLG. Ce dispositif pourrait donc être étendu aux rendez-vous de soins dentaires. Enfin, en ce qui concerne la structure dans laquelle les soins bucco-dentaires peuvent être réalisés, plusieurs pistes sont envisageables. Le développement des Permanences d'Accès aux Soins de Santé au sein des Centres Hospitaliers publics pourrait être un atout pour faciliter l'accès aux soins de certains patients (19–21). Au Canada, des cliniques dentaires communautaires à but non lucratif ont vu le jour afin de prendre en charge les patients ne bénéficiant pas de couverture maladie, cependant leur durabilité dans le temps sans revenus publics fiables est mise en cause (22). Des dispositifs de cabinets dentaires itinérants ont aussi parfois été envisagés, mais leur inefficacité à terme a été mise en question, notamment aux États-Unis (23). L'avantage d'un dispositif de ce type dans une ville comme Rennes reste

discutable car il s'agit d'une ville couverte par un réseau de transport en commun de plus en plus complet. Cependant, il pourrait être utile dans des zones sous dotées en cabinets dentaires de ville (24). Si les soins sont réalisés en cabinet dentaire de ville, il faudrait préalablement avoir pris contact avec le chirurgien-dentiste et savoir quelles langues il maîtrise et si un interprète est nécessaire. Les patients non francophones peuvent également se faire accompagner par un compatriote pouvant traduire, cependant ces interprètes informels pourraient être à l'origine de traductions incorrectes n'étant pas au fait du vocabulaire médical spécifique (25). Enfin, certains chirurgiens-dentistes de ville peuvent être réticents à accueillir ces patients dans leur cabinet du fait du risque de rendez-vous manqués (23). Lors de la consultation dentaire au CMLG, un faible nombre de rendez-vous ont été manqués (9,4%). Néanmoins, ce facteur pouvant constituer un frein, des réflexions pourraient être menées sur l'instauration d'une indemnité pour les chirurgiens-dentistes en cas de rendez-vous non-honorés, comme cela a par exemple été mis en place en Belgique (26). Quels que soient les dispositifs qui pourraient être développés pour améliorer l'accès aux soins dentaires de ces patients, la consultation dentaire du CMLG constitue un outil très intéressant car elle est elle-même accessible et offre la possibilité en réalisant une première évaluation de la situation, d'orienter le patient vers le dispositif le plus adapté.

Conclusion

Cette étude montre que les patients reçus en consultation dentaire au CMLG ont besoin de soins et qu'une partie de cette population a des difficultés à y recourir. La principale difficulté semble être la langue parlée, différente de celle du pays d'accueil. Une politique de santé publique prenant en compte ces difficultés de langage doit être mise en place afin de réduire ces inégalités d'accès aux soins bucco-dentaires.

Conflits d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt déclaré.

Remerciements

Les auteurs remercient l'équipe du Réseau Louis Guilloux pour son accueil.

Bibliographie

1. La Convention de 1951 relative au statut des réfugiés. UNHCR. Disponible sur : <https://www.unhcr.org/fr-fr/convention-1951-relative-statut-refugies.html>
2. Immigrés, étrangers. Insee. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
3. Albano MG, d'Ivernois JF, Andrade V de, Levy G. Patient education in dental medicine : A review of the literature. *Eur J Dent Educ.* 2019;23(2):110-8.
4. Centre Médical - Le réseau Louis Guilloux. Disponible sur : <https://rlg35.org/index.php/centre-medical-louis-guilloux/>
5. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics. Disponible sur : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
6. CCAM en ligne - Consultation par chapitre. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/consultation-par-chapitre.php>
7. ASA Physical Status Classification System. Disponible sur : <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>
8. Flores G, Tomany-Korman SC. The Language Spoken at Home and Disparities in Medical and Dental Health, Access to Care, and Use of Services in US Children. *Pediatrics.* 1 juin 2008;121(6):e1703-14.
9. Ahmed S, Shommu NS, Rumana N, Barron GRS, Wicklum S, Turin TC. Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. *J Immigr Minor Health.* 1 déc 2016;18(6):1522-40.
10. Mbanaya VN, Terragni L, Gele AA, Diaz E, Kumar BN. Access to Norwegian healthcare system – challenges for sub-Saharan African immigrants. *Int J Equity Health.* 14 août 2019;18.
11. Marie CFS, Querrioux I, Baumann C, Patrizio PD. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. *Sante Publique (Bucur).* 31 déc 2015;Vol. 27(5):679-90.
12. Bedos C, Brodeur J-M, Benigeri M, Olivier M. Inégalités sociales dans le recours aux soins dentaires. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 1 juin 2004;52(3):261-70.
13. Stratégies de prévention de la carie dentaire. Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_991247/fr/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire
14. Sociodemographic Determinants for Oral Health Risk Profiles. Disponible sur : <https://www.hindawi.com/journals/ijd/2010/938936/>
15. Edelstein B. The Dental Caries Pandemic and Disparities Problem. *BMC Oral Health.* 15 juin 2006;6(Suppl 1):S2.
16. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. *Rev Econ.* 30 mars 2009;Vol. 60(2):385-411.
17. Høyvik AC, Lie B, Willumsen T. Dental anxiety in relation to torture experiences and symptoms of post-traumatic stress disorder. *Eur J Oral Sci.* 2019;127(1):65-71.

18. Pôle interprétariat - Le réseau Louis Guilloux. Disponible sur : <https://rlg35.org/index.php/interpretariat/>
19. Peslin N, Pasquier V, Plaçais C, Coutant A, Agard C, Barrier J, et al. Évaluation d'une nouvelle offre de soins : la permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Nantes. *Sante Publique (Bucur)*. 2001;Vol. 13(4):349-57.
20. Friedlander L, Llamas CN, Rillard F. Les permanences d'accès aux soins de santé bucco-dentaires. Presses de l'EHESP; 2012.
21. Bréchat PH, Lebas J (sous la dir. de), Innover contre les inégalités de santé, Presses de l'EHESP, Rennes, 2012.
22. Wallace BB, MacEntee MI, Harrison R, Hole R, Mitton C. Community dental clinics: providers' perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013;41(3):193-203.
23. Castañeda H, Carrion IV, Kline N, Tyson DM. False hope: Effects of social class and health policy on oral health inequalities for migrant farmworker families. *Soc Sci Med*. 1 déc 2010;71(11):2028-37.
24. Keboa MT, Hovey R, Nicolau B, Esfandiari S, Carnevale F, Macdonald ME. Oral healthcare experiences of humanitarian migrants in Montreal, Canada. *Can J Public Health Rev Can Santé Publique*. 8 mars 2019;110(4):453-61.
25. Kose H. Barrière linguistique dans la prise en charge en urgence des migrants en France. Exemple de la population turque [Thèse d'exercice]. Université de Reims Champagne-Ardenne; 2011.
26. Lambert M. Dental Attendance in Undocumented Immigrants before and after the Implementation of a Personal Assistance Program: A Cross-Sectional Observational Study. *Dent J*. 14 déc 2018;6(4).

Annexe 2 : Variables diagnostic

Les différentes variables diagnostic, créées en suivant la Classification Internationale des Maladies, sont :

- Carie
- Trouble de l'éruption et/ou développement dentaire
- Pathologie pulpaire ou péri-apicale
- Dents absentes ou racines résiduelles
- Luxation dentaire
- Tartre
- Pathologie parodontale
- Pathologies de l'os alvéolaire et des bases osseuses de la sphère oro-faciale
- Lésions dermatologiques de la muqueuse buccale
- Cellulite cervico-faciale d'origine dentaire
- Trouble des glandes salivaires
- Troubles dento-faciaux et/ou occlusaux
- Troubles de l'appareil manducateur et de l'articulation temporo-mandibulaire

Annexe 3 : Plans de traitement

Les différents plans de traitements proposés, créés d'après la Classification Commune des Actes Médicaux de l'Assurance Maladie, sont :

- Détartrage
- Scellement de sillons
- Application de fluor topique
- Soins restaurateurs
- Traitement endodontique
- Avulsion d'une ou deux dents
- Avulsion de plus de deux dents
- Plan de libération occlusal
- Prothèse fixée
- Prothèse amovible
- Réparation de prothèse
- Traitement d'orthopédie dento-faciale (ODF)
- Traitement parodontal

Serment d'Hippocrate modifié et actualisé pour les Médecins dentistes

Au moment d'être admis à exercer une profession médicale, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de préserver, de promouvoir ou de rétablir la santé dans toutes ses dimensions, physique et mentale, personnelle et sociale.

Pour cela, je travaillerai en partenariat respectueux avec mes confrères et avec toutes les autres professions qui partagent les mêmes objectifs.

J'aiderai les autorités sanitaires dans leurs efforts pour préserver et améliorer la santé de la population.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, d'ethnie, de classe sociale ou de revenus viennent s'interposer entre mes patients et moi.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

J'aurai comme objectif de prodiguer à mes patients les soins reconnus comme les plus efficaces par les sciences médicales du moment.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ces missions.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences et je considérerai comme un devoir absolu de perfectionner sans cesse celles-ci.

Je respecterai toutes les personnes, et leur autonomie.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je tiendrai compte de leurs choix et de leurs préférences pour leur procurer la qualité de vie la meilleure. Je ne ferai rien pour forcer leur conscience.

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

PICHEMIN Camille - Besoins en matière de soins bucco-dentaires des populations migrantes : une étude épidémiologique réalisée au Centre Médical Louis Guilloux, à Rennes

28 f., 3 graph., 3 tabl., 30 cm. - Thèse : Odontologie ; Rennes 1; 2020 ; N° 42.20.20.

Introduction – Les populations migrantes font face à des facteurs de risques pouvant affecter leur santé, et notamment leur santé bucco-dentaire. L'objectif de ce travail était de définir les besoins de soins bucco-dentaires de ces personnes et d'identifier de potentiels freins à l'accès aux soins auxquels ils pourraient être confrontés.

Matériels et méthodes – Une étude épidémiologique observationnelle rétrospective a été réalisée à partir de l'analyse des dossiers de 130 migrants reçus en consultation dentaire au sein d'un centre de santé notamment dédié à ces personnes, le Centre Médical Louis Guilloux (CMLG) de Rennes. Les données étudiées, issues d'un examen clinique bucco-dentaire, ont été analysées selon différents critères : le motif de consultation, le diagnostic, le plan de traitement, la prescription médicamenteuse, l'orientation des patients pour la réalisation des soins.

Résultats – L'étude a permis d'identifier une partie de cette population qui présentait des besoins de soins plus importants. Une association significative entre ce besoin majeur de soins et le fait de parler une langue étrangère a été mise en évidence (p -value < 0,02). Ces patients ayant un besoin plus important de soins cumulent donc des facteurs de difficultés d'accès aux soins liés à la langue.

Conclusion – Cette étude a permis de fournir un état des lieux sur la santé bucco-dentaire des migrants du CMLG et leurs besoins de soins. Elle propose enfin des pistes de réflexion pour améliorer leur accès aux soins.

Introduction – Migrant populations face risk factors that can affect their oral health among other health issues. The purpose of this study was to explore the oral care needs of these populations and to identify the obstacles they might encounter in accessing dental care.

Methods – A retrospective observational epidemiological study was carried out in the Centre Médical Louis Guilloux in Rennes, France, a health center offering dental consults to migrants. The data were obtained by clinical oral examination and analyzed according to various criteria: reason for consultation, diagnosis, treatment plan, drug prescriptions and reference to other practitioners.

Results – High prevalence of decays was observed among the patients (72.3%). Fifty-four patients were identified as needing major oral health care among the 130 files that were analyzed. The lack of proficiency in the host country's language was associated to a major need for oral care (p -value < 0.02).

Conclusion – This study provides an overview of the oral health and needs for oral care in the migrant population and suggests that alternative actions should be carried out to improve their access to dental care, including access to interpreting.

Rubrique de classement : Épidémiologie

Mots-clés : Migrants
Précarité
Santé orale
Inégalités de santé
Déterminants sociaux de la santé

Mots-clés anglais MeSH : Refugees
Vulnerable Populations
Dentistry
Healthcare Disparities
Social Determinants of Health

JURY : Président : Madame le Professeur Valérie BERTAUD

Assesseurs : Monsieur le Docteur Antoine COUATARMANACH
Monsieur le Docteur Vincent MEURIC
Monsieur le Professeur Guy CATHELINÉAU
Monsieur le Docteur Nicolas PINEL