



HAL
open science

Les axes d'amélioration de l'accessibilité au système de soins bucco-dentaire pour les demandeurs d'asile majeurs au sein des Pays de la Loire

Mathilde Raimbault

► To cite this version:

Mathilde Raimbault. Les axes d'amélioration de l'accessibilité au système de soins bucco-dentaire pour les demandeurs d'asile majeurs au sein des Pays de la Loire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04298081

HAL Id: dumas-04298081

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04298081>

Submitted on 21 Nov 2023

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

Année 2023

N°

**Les axes d'amélioration de l'accessibilité au système de soins
bucco-dentaire pour les demandeurs d'asile majeurs au sein
des Pays de la Loire**

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée
et soutenue publiquement par

Mathilde RAIMBAULT



Le 3 octobre 2023 devant le jury ci-dessous

Présidente : Mme le Professeur Fabienne PEREZ

Co-directeur : Mr le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE

Assesseur : Mme le Docteur Valérie ARMANGOL

Directrice de thèse : Mme le Docteur Cécile DUPAS

 Nantes Université	Présidente Pr. BERNAULT Carine
 Pôle Santé UFR Odontologie	Doyen Pr. SOUEIDAN Assem
	Assesseurs Pr GAUDIN Alexis Pr LE GUEHENNEC Laurent Pr LESCLOUS Philippe

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
ALLIOT-LICHT Brigitte AMOURIQ Yves CHAUX Anne-Gaëlle GAUDIN Alexis LABOUX Olivier LE GUEHENNEC Laurent	LESCLOUS Philippe LOPEZ Serena PEREZ Fabienne SOUEIDAN Assem WEISS Pierre

Professeur des Universités
BOULER Jean-Michel

Maitre de conférences
VINATIER Claire

Professeur Emérite
GIUMELLI Bernard

Enseignants Associés	
GUIHO Romain (Professeur Associé) LOLAH Aoula (MCU Associé) MAITRE Yoann (MCU Associé)	AMICHIA ALLOH Yomin Cécile (Assistante Associée) IDIRI Katia (Assistante Associée) HASCOET Emilie (Assistante Associée)

Maitres de conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers	Chef de Clinique des Universités - Assistant des Hôpitaux
AMADOR DEL VALLE Gilles ARMENGOL Valérie BLERY Pauline BODIC François CLOITRE Alexandra DAJEAN-TRUDAUD Sylvie ENKEL Bénédicte HOORNAERT Alain HOUCHMAND-CUNY Madline JORDANA Fabienne LE BARS Pierre NIVET Marc-Henri PRUD'HOMME Tony RENARD Emmanuelle RENAUDIN Stéphane RETHORE Gildas SERISIER Samuel STRUILLOU Xavier VERNER Christian	BLEU Oriane CLOUET Roselyne EVRARD Lucas HEMMING Cécile HIBON Charles IBN ATTYA Zakarie LEROY Camille LIEPPE Thibault MORCEL Marion OYALLON Mathilde QUINSAT Victoire Eugenie PREVOT Diane REMAUD Thomas

Praticiens Hospitaliers	
DUPAS Cécile	HYON Isabelle

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la

Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises

dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être

considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur

donner aucune approbation, ni importance.

REMERCIEMENTS

A Madame le professeur PEREZ Fabienne

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Docteur de l'Université de Toulouse 3, habilitée à diriger les recherches

Chef du département d'Odontologie Conservatrice – Endodontie

Chef du service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique

NANTES

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse,
Pour la rigueur de votre enseignement tout au long de mes études,
Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.*

A Madame le Docteur DUPAS Cécile

Praticien Hospitalier

Service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique

Unité Fonctionnelle Odontologie – Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire – Service Mission

Santé Publique

NANTES

*Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse,
Pour vos enseignements et votre bienveillance pendant ces années d'études,
Pour l'intérêt porté à ce travail, pour votre disponibilité et votre réactivité,*

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

A Monsieur Le Docteur AMADOR DEL VALLE Gilles

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Docteur de Nantes Université, habilité à diriger les recherches

Chef du département de Santé Publique

NANTES

Pour m'avoir fait l'honneur de co-diriger cette thèse,

Pour votre encadrement clinique et théorique,

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

A Madame Le Docteur ARMENGOL Valérie

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Docteur de Nantes Université

Département d'Odontologie Conservatrice - Endodontie

NANTES

*Pour m'avoir fait l'honneur de siéger dans ce jury,
Pour la rigueur et la bienveillance dans votre encadrement clinique,
Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.*

TABLES DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
1. Situation actuelle d'accueil et d'accès aux soins des demandeurs d'asiles en Pays de Loire.....	16
A. La demande d'asile en France	16
1. Les statuts de protections	16
a. Le statut de réfugié.....	16
b. La protection subsidiaire.....	16
c. L'apatridie.....	17
2. Les démarches de la demande d'asile	17
B. La politique migratoire française	19
1. Politique nationale	19
2. Politique régionale des Pays de la Loire	21
C. Présentation des populations	23
1. Les chiffres de la demande d'asile	23
2. Les motifs de demande d'asile.....	23
3. Les flux migratoires des départements.....	24
D. Les organismes régionaux et départementaux du parcours soins.....	25
1. Les organismes rencontrés au cours du parcours de soins.....	25
a. Les CADA	25
b. Les CASO (Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation).....	25
c. Les PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé).....	26
2. Les spécificités des départements	27
a. Les places d'hébergements départementales.....	27
b. La répartition des professionnels de santé en Pays de Loire	28
3. Les aides sociales existantes.....	29
a. L'Allocation pour demandeur d'asile	29
b. La Protection Universelle Maladie (PUMa)	29
c. La Complémentaire Santé Solidaire	29
d. L'Aide Médical de l'Etat (AME)	30
2. Accès aux soins dentaires pour les demandeurs d'asile majeurs : une enquête comparative dans les Pays de la Loire et les pistes d'amélioration	31
A. Introduction	31
B. Objectifs	31

C.	Matériel et Méthode	32
1.	Enquête qualitative avec entretiens semi-directifs.....	32
2.	Constitution de l'échantillon	32
3.	Thème de l'entretien semi-directif :	32
4.	Conditions des entretiens.....	33
5.	Retranscription des entretiens	33
6.	Analyse des entretiens.....	33
D.	Résultats.....	34
1.	File active	35
a.	Le flux de patient.....	35
b.	Le statut des personnes prises en charge	35
c.	Description des personnes prises en charge.....	36
d.	Visibilité des structures.....	36
2.	Mode de fonctionnement de la PASS/Associations et importance portée à l'accès aux soins bucco-dentaires	37
a.	Présentation des professionnels présents dans les structures.....	37
b.	Motifs de consultation.....	37
c.	La 1 ^{ère} consultation	38
d.	La gestion des urgences dentaires et la prise en charge des soins bucco-dentaires	39
3.	Limites du système actuel.....	41
a.	Limites et obstacles à l'accès aux soins bucco-dentaires à l'hôpital	41
b.	Limites et obstacles liés aux demandeurs d'asile	42
c.	Limites et obstacles liés aux chirurgiens-dentistes	44
4.	Axes d'amélioration.....	45
a.	Avoir un service d'odontologie.....	45
b.	Former le personnel soignant déjà présent dans les structures	45
c.	Faire de la prévention.....	46
d.	Avoir une mobilisation des chirurgiens-dentistes	46
e.	La suppression du délai de carence	47
E.	Discussion.....	47
1.	Forces et limites de l'étude	47
a.	Les forces de l'étude	47
b.	Les limites de l'étude.....	48
2.	Analyse des résultats.....	48
a.	File active	48

b. Mode de fonctionnement des PASS et Associations	49
c. Limites du système actuel	50
d. Axe d'amélioration.....	51
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE	54
ANNEXES :.....	57

INTRODUCTION

Actuellement de nombreux conflits territoriaux dus à la guerre, aux persécutions selon des convictions politiques ou religieuses et dans un futur proche le réchauffement climatique entraînent des mouvements des populations. Des millions de personnes fuient chaque année leur pays d'origine pour sauver leur vie. Leur route est souvent longue et marquée par la violence avant d'arriver dans un pays qui les accueillera.

A leur arrivée en France, la demande d'asile représente un parcours administratif qui peut s'avérer long et complexe. Certaines associations ont alors pour rôle de les aider, à la fois dans leurs démarches administratives mais également sociales et médicales.

Cette prise en charge médicale n'est pas toujours aisée, et les soins bucco-dentaires y ont rarement leur place.

Néanmoins l'accès à ces soins constitue des enjeux de santé conséquent. Le droit à la sécurité et à l'hébergement est certes primordial, mais il ne doit pas occulter l'importance du droit à l'accès aux soins notamment bucco-dentaires. En effet, l'accès aux soins est tout d'abord un droit fondamental pour tous les individus, indépendamment de leur statut juridique ou de leur origine. Pourtant, les demandeurs d'asile en France rencontrent souvent des difficultés pour accéder aux soins bucco-dentaires, en raison de barrières financières, linguistiques ou administratives. Les Pays de la Loire ne font pas exception à cette problématique, et il est essentiel d'identifier les axes d'amélioration possibles pour garantir une meilleure accessibilité à ces soins.

La santé bucco-dentaire est essentielle pour le bien-être et la qualité de vie des individus. Des pathologies bucco-dentaires non traitées peuvent causer des douleurs, de l'inconfort et même affecter la capacité à se nourrir correctement. Il est également important de rappeler que la santé bucco-dentaire a un impact direct sur la santé générale des individus. Avoir un bon état bucco-dentaire diminue le risque de souffrir ou d'aggraver des maladies comme les pathologies cardio-vasculaires ou bien le diabète. Les demandeurs d'asile sont souvent confrontés à des situations de stress et de précarité qui peuvent aggraver leur état de santé bucco-dentaire. De plus, leur accès limité aux soins peut conduire à un traitement tardif ou insuffisant, qui peut à son tour augmenter les risques de complications.

Améliorer l'accessibilité aux soins bucco-dentaires de cette population est donc essentielle pour préserver sa santé, son bien-être et sa dignité. Cela peut également contribuer à réduire les coûts à long terme pour le système de santé en évitant des traitements plus lourds et coûteux à l'avenir.

Dans un premier temps, la présentation du parcours de la demande d'asile ainsi qu'un état des lieux de la demande d'asile en Pays de la Loire sera établi. Dans un second temps, l'enquête réalisée sur l'accès aux soins dentaires dans cette même région sera présentée.

1. Situation actuelle d'accueil et d'accès aux soins des demandeurs d'asiles en Pays de Loire.

A. La demande d'asile en France

Aujourd'hui dans le monde des milliers de personnes quittent leur pays pour de multiples raisons. Ces personnes craignent pour leurs intégrités ou bien pour leur vie dans leur pays d'origine en raison de leur origine, de leur religion, de leurs convictions personnelles ou politiques. Elles peuvent demander l'asile en France. La demande d'asile permet d'accéder à l'un des trois statuts de protection : celui de réfugiés, celui de protection subsidiaire ou bien celui d'apatride.

1. Les statuts de protections

Le statut qui vient le plus souvent à l'esprit lors d'une demande d'asile est celui de réfugié. C'est en effet le plus connu car c'est celui qui offre le plus de droits. Il peut être obtenu suite à une demande d'asile, tout comme la protection subsidiaire qui elle, offre des droits plus limités.

a. Le statut de réfugié

Selon la Loi N°2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile (1) : « pour que la qualité de réfugié soit appliquée il faut qu'un lien existe entre l'un des motifs de persécution et les actes de persécution ou l'absence de protection contre de tels actes ». Par exemple, une personne ayant subi des persécutions en raison de son appartenance religieuse, et ce dans l'indifférence du pouvoir en place, est en droit de demander l'asile en France. Il existe des modèles de lettres avec les motifs les plus courants. Être reconnu réfugié signifie être placé sous la protection juridique et administrative de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA). Ce statut permet d'obtenir une carte de résident valable 10 ans, d'être éligible au Revenu de Solidarité Active (RSA), d'accéder au marché du travail, et aux systèmes de soins via la Puma et Complémentaire Santé Solidaire (C2S).

b. La protection subsidiaire

Le deuxième statut est la protection subsidiaire. Elle est attribuée en réaction au statut de réfugié lorsque celui-ci ne peut être accordé. En effet, dans certains cas, la situation d'une personne est en désaccord avec la définition du statut de réfugié mais il existe des raisons de penser qu'elle risque de subir des dommages graves. Ces derniers sont définis dans l'article L512-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (2) (Ceseda) :

- la peine de mort ou une exécution,
- la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants,

- pour des civils, une menace grave et individuelle contre leur vie ou leur personne en raison d'une violence aveugle résultant d'une situation de conflit armé interne ou international.

Ce statut permet d'obtenir une carte de séjour de 4 ans maximum ainsi qu'un titre d'identité et de voyage.

c. L'apatridie

Le troisième statut est celui de l'apatridie. Il ne relève pas de la demande d'asile comme les deux statuts précédents mais d'un formulaire à remplir directement auprès de l'OFPRA. Selon la Convention relative au statut des apatrides de 1954(3) , ce statut est indiqué à « toute personne qu'aucun Etat ne considère comme son ressortissant par application de sa législation ». En n'appartenant à aucun Etat, une personne apatride se voit refuser les droits fondamentaux du pays où elle réside comme l'accès au marché du travail ou bien l'accès à une prise en charge médicale.

Ce statut permet d'obtenir une carte de séjour valable 1 an.

Cependant avant de parvenir à l'un de ces trois statuts, les démarches administratives et sociales peuvent être longues et ardues. Toutes les démarches sont accessibles dans le guide du demandeur d'Asile en France (4) dans la langue souhaitée.

2. Les démarches de la demande d'asile

Pour demander l'asile il faut tout d'abord se présenter à une structure de premier accueil des demandeurs d'asile (SPADA). Elles sont en règle générale gérées par des associations. Leur mission est d'informer la personne sur la procédure de demande d'asile et de se charger de la prise de rendez-vous au guichet unique pour demandeur d'asile (GUDA).

Ensuite la personne doit enregistrer sa demande d'asile en GUDA auprès des agents de la préfecture. Pour évaluer si la France est responsable de la demande d'asile, un agent de la préfecture effectue un entretien pour établir le parcours de la personne et les éventuels liens familiaux existant dans d'autres pays de l'Union Européenne. Si la France est effectivement reconnue responsable de la demande d'asile, c'est l'OFPRA qui s'en chargera par voie accélérée ou normale. Un formulaire est à remplir et à envoyer à l'OFPRA sous 21 jours. A la suite de cet enregistrement, une attestation de demande d'asile est délivrée. Elle est valable 10 mois en procédure normale. Durant toute la durée d'instruction de la demande d'asile la personne obtient le droit au maintien sur le territoire français.

En parallèle, des agents de l'Office Française de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) évaluent les besoins d'hébergement en Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA), ou dans d'autres lieux d'hébergement d'urgence. Une domiciliation peut être faite à la SPADA mais aucun hébergement n'est possible dans ces structures. C'est aussi à ce moment-là que la demande d'allocation du demandeur d'asile (ADA) est faite.

Une fois que le formulaire rempli en GUDA est reçu par l'OFPRA, celui-ci envoie la preuve officielle de la demande d'asile ainsi qu'une convocation à un entretien.

Le jour de l'entretien il faut se rendre au siège de l'OFPPRA situé à Fontenay-sous-Bois. L'entretien est dirigé par un agent de l'OFPPRA ou « officier de protection », il peut se dérouler en présence d'un interprète parlant la langue choisie. Cet entretien consiste à évaluer la demande d'asile. Ainsi le demandeur y explique son parcours et les raisons qui le poussent à faire cette demande.

L'entretien peut être particulièrement éprouvant surtout lorsque les personnes ont vécu des traumatismes et/ou des abus avant et durant leur parcours. Les personnes peuvent également être accompagnées d'avocats lors de l'entretien.

Enfin l'OFPPRA peut demander la réalisation d'un examen médical. Par exemple, si la santé mentale d'une personne peut affaiblir la qualité de l'entretien, un avis médical peut être recherché.

Les délais de réception d'une réponse de demande d'asile sont variables, ils peuvent aller de 15 jours en procédure accélérée à plusieurs mois en procédure normale.

Deux décisions sont possibles :

- favorable : la personne obtient le statut de réfugié ou bénéficie de la protection subsidiaire.
- défavorable : trois qualificatifs y seront apposés : rejetée, irrecevable ou clôturée.

L'irrecevabilité est possible dans deux cas : soit la personne a déjà obtenu un statut de protection au titre de l'asile dans un autre pays européen, soit la personne a déjà un statut de réfugié dans un pays tiers où elle est ré-admissible.

La décision de clôturer la demande peut-être prise lorsque :

- la personne a décidé d'elle-même le retrait de sa demande
- les délais pour présenter sa demande à l'OFPPRA ont dépassé les 21 jours,
- la personne ne s'est pas présentée à l'entretien avec un agent de l'OFPPRA
- le dossier n'a pas été envoyé à l'OFPPRA malgré l'enregistrement de la demande en guichet unique

La décision « défavorable » peut être contestée dans un délai d'un mois auprès de la Cours Nationale du Droit d'Asile (CNDA). Si la décision de refus n'est pas contestée dans ce même délai les droits qui permettaient à la personne de rester sur le territoire français se terminent, la demande d'asile est supprimée ou non renouvelée et la personne doit sortir du pays.

B. La politique migratoire française

1. Politique nationale

Pour comprendre toutes les problématiques liées aux demandes d'asiles, il est nécessaire de se pencher sur la politique migratoire française qui anime souvent une grande partie des débats politiques.

Ces dernières années, le nombre de demandes d'asile augmente. La majorité des personnes arrivant en Europe et souhaitant accéder à un statut de protection le demande principalement dans 3 pays de l'Union Européenne : l'Allemagne, l'Espagne et la France.

Le nombre de premières demandes a fortement diminué en 2020 pour reprendre en 2021 (cf. TAB. 1). Selon l'association France Terre d'Asile (FTA) (5), la forte baisse enregistrées en 2020 s'explique en grande partie par la pandémie de Covid19. De plus les GUDA avait été fermés pendant plusieurs mois limitant donc les enregistrements. Cependant les chiffres de 2021 sont encore loin de ceux atteints en 2019 probablement car les mesures sanitaires limitant les déplacements étaient toujours en vigueur. Selon le rapport du préfet de la région Pays De la Loire (6), les délais moyens de traitement de la demande d'asile ont également été rallongés en 2020 dus aux multiples périodes de confinement passant de 161 jours en 2019 à 262 jours en 2020. L'OFPRA a accordé un statut de protection (réfugié ou protection subsidiaire) à 33 000 personnes en 2020 contre 46 000 en 2019 (6) en France.

Année	Nombre de premières demandes enregistrées en GUDA
2019	138 420
2020	81 531
2021	104 577

Tableau 1 : Evolution du nombre de premières demandes enregistrées en GUDA entre 2019 et 2021 (7)

Les primo-arrivants sont donc accueillis en Europe en grande partie Les primo-arrivants sont donc accueillis en Europe en grande partie par la France. Selon la définition du Larousse, un primo arrivant est une personne étrangères arrivées, en situation régulière, pour la première fois en France afin d'y séjourner durablement (8).

La crise de 2020 a renforcé les difficultés d'hébergement, d'accès aux soins et d'intégration qui étaient déjà présentes. De ce fait, le ministère de l'intérieur français a souhaité mettre en place pour 2021-2023 le schéma national d'accueil des demandeurs d'asile et d'intégration des réfugiés(9). Dans ce contexte, un travail de mise en exergue des axes d'amélioration de l'accès aux soins semble être l'un des piliers de la politique d'accueil.

Ce schéma consiste en 4 grands axes d'amélioration de la prise en charge.

Premièrement, la concentration de la majorité des demandes d'asile dans la région Île-de-France(9) est l'une des premières limites au bon accompagnement des demandeurs. Les capacités d'hébergement dans cette région sont insuffisantes pour loger toutes les personnes en attente de réponse de l'OFPPRA. De plus, la plupart des demandes se font dans les grandes métropoles, engorgeant rapidement les capacités d'hébergement et accentuant l'inégal accès au système de prise en charge. Pour remédier à cela, une cible d'accueil par région a été mise en place, prenant en compte différents indicateurs régionaux tels que la population, le PIB par habitant, le taux de chômage et les capacités d'accueil régional. Ainsi, la cible de rééquilibrage de l'Île-de-France est de 23%, tandis que celle des Pays de la Loire est de 7%(6). Le schéma national prévoit donc de délocaliser les demandes d'asile en dehors de Paris et de favoriser une prise en charge régionale efficace.

Deuxièmement, il y existe une volonté de réduire les délais de procédure à 6 mois et de fluidifier le parcours administratif. Pour ce faire quatre axes ont été actionnés : accéder rapidement à un accueil en SPADA, augmenter les effectifs de l'OFPPRA, réduire les délais d'accès à la procédure en guichet unique et dématérialiser les convocations et les décisions de l'OFPPRA.

Troisièmement, une mesure devant améliorer les conditions d'accueil et d'intégration est en projet. Elle permettrait de prendre en charge les traumatismes des personnes avec des soins adaptés. Pour cela les personnes travaillant dans les dispositifs d'accueil bénéficieront d'un programme de formation à la prise en charge de ces vulnérabilités. De plus, des places d'hébergement seront créées spécialement pour les femmes vulnérables ou les personnes faisant parties de la communauté LGBTQIA+.

Enfin, des parcours santé migrant sont actuellement en test dans quelques régions via les ARS. En effet en 2021 des "rendez-vous santé" sont possibles pour les intéressés dès l'enregistrement de la demande d'asile. Cela permettrait entre autres des dépistages de maladies infectieuses (VHC, VHB, VIH), de la tuberculose mais aussi des troubles de la santé mentale. Une vérification des vaccins peut aussi être réalisée. Concernant la vaccination contre la covid19, le ministère de l'intérieur avait pour objectif de vacciner 100% des demandeurs d'asile et réfugiés en aout 2021(10), cependant aucun communiqué de presse confirmant les objectifs annoncés de la part du gouvernement n'a été publié récemment.

Toutes ces mesures nécessitent donc un réel investissement de la part des régions. Cela semble être le cas de la région Pays de la Loire qui a également publié un "Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés pour 2021 à 2023"(6) (SNADAR).

2. Politique régionale des Pays de la Loire

Les Pays de la Loire sont composés de 5 départements (Loire Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Vendée et Sarthe). Il s'agit de la 4ème région à recevoir le plus de demandes d'asile (derrière l'Île de France, l'Auvergne Rhône-Alpes et le Grand-est). Les demandes sont en augmentation de 25% en 2020 par rapport aux chiffres de 2018(6). Chaque département a une structure de premier accueil des demandeurs d'asile (SPADA). En Loire-Atlantique, Mayenne et Vendée c'est l'association "France Terre d'Asile" qui assure cet accueil tandis qu'en Maine et Loire et Sarthe c'est l'association "Compétence et Valorisation de l'Humain". Ensuite il existe deux GUDA dans la région : une située à Nantes pour les départements de Loire Atlantique, Sarthe et Mayenne et une autre à Angers pour les départements du Maine et Loire et Vendée. Les Pays de la Loire accueillent 7% des demandes d'asiles en France ce qui est très proche de l'objectif fixé par le SNADAR.

La prise en charge des demandeurs d'asiles en Pays de Loire s'inscrit dans la continuité de celle du territoire national. Ainsi les mêmes grands axes d'amélioration sont étudiés : augmenter les capacités d'hébergement, prendre en charge les vulnérabilités et favoriser l'intégration dans la région.

- Les capacités d'hébergement

Une cohérence entre les objectifs possibles d'accueil et le nombre accueilli est présente. Cependant, il persiste des problématiques et notamment celle de l'hébergement. En effet, malgré l'augmentation réelle des places d'hébergement qui sont passées de 5695 en 2020 à 6065 en 2021 cela ne suffit toujours pas à répondre aux besoins de la région. Au 31 mai 2020, 99,9% des places étaient occupées. Or la cible décrétée par le SNADAR en matière d'occupation est de 97%. Cela souligne donc l'engorgement du système dans la région Pays de la Loire. Elle a pour conséquence d'une part la création de squats/ campements sauvages dans la métropole nantaise et d'autre part le recours au système d'hébergement d'urgence de droits commun. En 2021, la grande majorité des places d'hébergement (89%) se situaient dans les CADA (Centre d'accueil de demandeurs d'asile) qui disposent de 2832 places et dans les HUDA (Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile) qui ont 2593 places. CADA et HUDA ont des rôles similaires à l'égard des demandeurs d'asile. Ils permettent de les accompagner dans les démarches administratives, juridiques, sanitaires et sociales ainsi que de les préparer à leur sortie de centre.

- La prise en charge des vulnérabilités

Lors de l'entretien personnel réalisé au siège de l'OFPPRA. Une évaluation des vulnérabilités est effectuée. Celles-ci sont diverses. Il peut s'agir d'une déficience physique ou mentale mais aussi d'une fragilité physiologique liée à un âge avancé, ou une grossesse en cours. D'autres sont plus spécifiques aux demandeurs d'asiles et peuvent être liés aux vécus de la personne. Il peut s'agir de violences physiques, mentales ou bien sexuelles subies. Ce recensement permet d'évaluer l'urgence des besoins en hébergement mais aussi d'accès au système de santé. Une volonté de prise en charge de ces vulnérabilités est bien retranscrite dans les différents dispositifs d'accueil. Cependant il repose sur des systèmes déjà existants comme les PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) ou les EMPP (Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité). Le plus souvent les besoins en matière de soins

des demandeurs d'asile sont similaires à ceux de la population générale, mais parfois, du fait de leurs parcours migratoires, certains peuvent avoir des besoins très spécifiques. En effet, les traumatismes psychologiques et physiques doivent être pris en compte pour une meilleure prise en charge générale. S'additionne à cela la présence de certaines maladies à plus forte prévalence dans le pays d'origine qui doivent être détectées et traitées. C'est pour cela qu'en 2021 a ouvert à Nantes un centre régional dédié à la prise en charge des psycho-traumatismes. Ce centre permet la formation du personnel soignant à la prise en charge de ces traumatismes.

- Favoriser l'intégration dans la région

Pour faciliter cette intégration 3 axes sont envisagés.

Premièrement l'apprentissage de la langue française. Depuis 2019, une formation civique de 24h est obligatoire, elle aborde des sujets à propos de la France, du système de santé, de l'emploi, de la parentalité et du logement. Il existe également des forfaits de formations linguistiques pouvant aller jusqu'à 600 heures.

Deuxièmement, l'insertion professionnelle et l'accès à l'emploi sont des enjeux majeurs pour les demandeurs d'asile. Ces derniers sont souvent confrontés à des obstacles tels que l'apprentissage de la langue française, qui est essentiel pour obtenir un emploi en France. La plupart des emplois nécessitent un niveau A2 (11) de maîtrise de la langue, qui correspond à un niveau scolaire et usuel de compréhension de phrases courtes et d'expressions couramment utilisées dans un contexte quotidien. En outre, la mobilité est également un facteur important. Certains demandeurs voient leur permis de conduire non applicable en France or l'accès au code et au permis de conduire est souvent restreint par manque de connaissance ou par problématique financière. De plus, les offres d'emplois se concentrent principalement dans les grandes villes ce qui les rend peu ou pas accessibles aux demandeurs logés dans les zones rurales. Une autre limite est celle de la garde d'enfant, elle concerne plus particulièrement les femmes. L'inégal accès des hommes et des femmes à l'emploi est également renforcé par le fait que les domaines de formation s'adressent plus aux hommes (bâtiments, logistiques...). D'autres problématiques comme la faible reconnaissance par la France des diplômes étrangers s'ajoutent aux difficultés d'insertion professionnelle.

Troisièmement, l'accès au logement. L'augmentation de la capacité d'accueil ne permet pas à ce jour de répondre aux besoins réels. Les centres d'hébergement sont souvent engorgés voire complets. D'autant que les demandes d'asile se font majoritairement dans les grandes villes où l'offre de logement est déjà saturée. Les délocalisations en zone rurale sont rarement appréciées par les demandeurs d'asile en raison des problématiques de mobilité. De plus, des logements adaptés aux familles nombreuses ou bien aux personnes à mobilité réduite existent encore trop peu.

C. Présentation des populations

Après avoir compris les volontés nationales et régionales en matière d'immigration, il est fondamental de s'intéresser aux populations qui viennent chaque année demander l'asile en Europe et plus particulièrement en France.

1. Les chiffres de la demande d'asile

Selon le rapport d'activité de l'OFPPRA(12) pour l'année 2019 en Europe, ce sont les Syriens qui demandent le plus l'asile (27%) puis les Afghans (14%) en troisième place les Vénézuéliens (13%).

En France, en 2020, les principales nationalités qui demandent l'asile sont :

- les Afghans avec 10 166 demandes soit 12% des demandes
- les Guinéens avec 5850 demandes soit 7% des demandes
- le Bangladais avec 5088 demandes soit 6% des demandes
- les Ivoiriens avec 5010 demandes soit 6% des demandes

2. Les motifs de demande d'asile

De manière générale, 3 grandes raisons sont très largement évoquées lors des entretiens de demande d'asile :

- l'insécurité et l'instabilité politique
- les problématiques d'orientation sexuelle et d'identité de genre
- le poids des traditions qui impacte plus majoritairement le droit des femmes.

Pour les Afghans c'est le manque général de sécurité dans le pays qui était en 2020 le principal motif évoqué lors des entretiens. Les risques d'attentats ou le poids des réseaux de criminalité sont par exemple retrouvés. Plus rarement des raisons sociétales comme les droits des femmes étaient évoqués. Au cours de l'année 2021, le retrait des troupes américaines du territoire Afghan a entraîné la prise de pouvoir des Talibans. Cet événement géopolitique suivi par le monde entier a eu des répercussions en termes de droits humains considérables. Selon le directeur de l'OFPPRA un pic de demandes d'asile a été enregistré en septembre notamment à la suite de l'opération « Apagan ». Celle-ci avait pour objectif d'évacuer les Afghans menacés pour avoir travaillé pour la France ou pour leur engagement en faveur des droits de l'homme.

Concernant la Guinée et le Bangladesh les raisons évoquées sont similaires. La première raison est politique et intéresse les opposants au régime. Le motif revenant également très fréquemment est le poids des traditions qui englobe des problématiques comme les mutilations génitales féminines, les mariages forcés ou bien encore l'appartenance à la communauté LGBTQIA+. Des problématiques d'unions entre personnes de religions différentes sont encore d'actualité.

De manière plus générale et depuis quelques années, les demandes d'asile fondées sur des violences à l'encontre des femmes sont de plus en plus fréquentes. Les violences intra-familiales, conjugales et/ou sexuelles s'ajoutent aux raisons évoquées précédemment.

De plus, les demandeuses d'asile provenant de tous pays évoquent de manière extrêmement récurrentes les violences souvent sexuelles subies dans leur pays d'origine mais également au cours de leur parcours migratoire. Dans les pays où se déroulent des conflits armés, les violences sexuelles sont utilisées selon le principe de l'arme de guerre.

De manière générale, chaque grande crise géopolitique impacte les flux de population.

3. Les flux migratoires des départements

Selon le Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés 2021-2023(6), 3115 demandes d'asile ont été enregistrées par le GUDA de Loire Atlantique et 1017 dans celui du Maine et Loire en 2020 soit 4132 demandes. En comparaison, il y a eu 6706 demandes en 2019.

En 2019 l'accueil en SPADA des demandeurs d'asile est majoritaire en Loire Atlantique puis presque également réparti entre les 4 autres départements de la région (cf. TAB.2)

Département	Pourcentage de demandeurs d'asile accueilli en SPADA
Loire Atlantique	63%
Maine et Loire	14%
Sarthe	9%
Mayenne	7%
Vendée	7%

Tableau 2 : Répartitions par département des demandeurs d'asile accueillis en SPADA en 2019 en Pays de la Loire

D. Les organismes régionaux et départementaux du parcours soins

Dans la demande d'asile, les personnes rencontrent diverses structures d'accueil et de soins, qu'il est important de définir, et dont l'accès varie selon les départements. Les aides sociales disponibles pendant et après l'instruction de la demande d'asile seront également expliquées.

1. Les organismes rencontrés au cours du parcours de soins

a. Les CADA

Les CADA(13) ont pour rôle d'accueillir les demandeurs d'asile durant toute la durée de la procédure. Il en existe 24 en Pays de Loire (8 en Loire Atlantique, 8 en Maine et Loire, 3 en Sarthe, 3 en Vendée et 2 en Mayenne.). Ces structures sont gérées le plus souvent par des associations (France Terre d'asile, Associations les Eaux Vives, Association Abri de la Providence...). Elles sont plus rarement gérées par des entreprises. C'est le cas de ADOMA NANTES(14) qui est géré par la SAEM (Société anonyme d'économie mixte) ADOMA, filiale du Groupe CDC Habitat.

Ces structures permettent un hébergement ainsi que la prise en charge des frais d'alimentation et de scolarisation des enfants. Chaque structure déclare un nombre de places et c'est l'OFII qui adresse des personnes en fonction des hébergements disponibles. Ainsi les CADA ne peuvent pas être en sureffectif (hors cas de naissance).

De plus ils fournissent une aide dans les démarches administratives et sociales ainsi ils aident dans la constitution des dossiers de demande d'asile et d'accès aux droits sociaux (sécurité sociale, allocations...). Ils préparent également les personnes pour leur entretien à l'OFPPRA ou bien, si demande de recours il y a, devant la CNDA (Cours National de Demande d'Asile).

Les CADA ont également un grand rôle d'accompagnement dans l'apprentissage de la langue ainsi que la culture française.

Quand la demande d'asile est acceptée et qu'un statut de protection est accordé, la personne à un délai d'1 mois renouvelable 1 fois sur accord de l'OFII pour quitter le CADA. Cela s'avère être très court dans la réalité et bien souvent la sortie de ces centres est difficile.

b. Les CASO (Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation)

Les CASO(15) ont souvent leur place dans le parcours d'un demandeur d'asile. Ils sont dirigés par l'association Médecin du Monde. Dans ces centres un travail d'information, de prévention et de dépistage est réalisé. Les CASO ne sont pas des lieux d'hébergement. Des professionnels de santé (médecins et infirmiers) sont présents. Ils proposent un accueil aux populations défavorisées et font le lien avec les structures de soins locales comme les PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé).

c. Les PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé)

Selon la circulaire n°DGOS/R4/2013/246(16) du 18 juin 2013, la PASS est un dispositif créé par l'article L6112.6 du code de santé publique pour aider les personnes en situation de précarité à avoir accès aux soins et à l'accompagnement social. Les PASS visent à réintégrer les patients dans le circuit de droits commun. Elles offrent un soutien aux personnes en difficulté sociale ou financière. Elles les aident aussi à remplir les formalités administratives pour bénéficier de la couverture sociale et leur permettent d'accéder à des soins spécialisés.

Les PASS se trouvent principalement dans les établissements de santé mais peuvent être délocalisées. Il y a deux types de PASS : centralisées où l'activité est pratiquée dans un bâtiment consacré et transversales, où l'activité se répartie dans différents services. La localisation, l'accès et le rôle de la PASS peuvent être communiqués via des panneaux, des brochures ou le site internet de l'établissement.

La plupart des PASS offrent des soins généraux, mais il existe également des PASS spécialisées pour des domaines comme l'odontologie et la psychiatrie. Les PASS doivent offrir un accès complet aux soins (urgents), y compris des consultations de médecine générales et spécialisées, des soins dentaires, des soins infirmiers et des médicaments gratuits pour les patients sans couverture sociale. Les assistants sociaux travaillant dans les PASS aident les patients à accéder à leurs droits et à remplir les formalités administratives. Un service d'interprétariat doit pouvoir être demandé et fourni par la PASS s'il est nécessaire.

Une PASS est également motrice d'un réseau et doit être en contact avec les établissements libéraux, les associations humanitaires, les structures médico-sociales, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, les caisses d'assurance maladie, les services du conseil général, etc.

En ce qui concerne leur financement, elles relèvent du financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC). Selon le ministère des solidarités et de la santé les MIGAC « recouvrent des activités spécifiques et bien identifiées qui ne peuvent être financées à l'activité soit en raison de l'absence d'une classification adaptée soit compte tenu de leur rattachement impossible à un patient donné. » (17) Son budget doit couvrir les frais :

- du personnel
- des examens médicaux
- de dépenses pharmaceutiques
- des prestations d'interprétariats
- des frais de transport dans le cas d'une PASS mobile.

Pour les PASS spécialisées et notamment bucco-dentaires les budgets sont adaptés en fonction des besoins de la spécialité. Les PASS bucco-dentaires sont très peu nombreuses en France, il n'en existe aucune en Pays de Loire. La plus connue est la PASS bucco-dentaire de la Pitié Salpêtrière à Paris. A Nantes, le CHU bénéficie d'un Centre de Soins Dentaires (CSD), aussi le choix a été fait d'y accueillir les patients relevant du dispositif

PASS sans créer de filière spécifique, donc stigmatisante. Un praticien hospitalier du CSD y est référent et du temps Assistant médico-social y ait alloué par la PASS.

En Pays de la Loire 17 PASS sont implantées.

2. Les spécificités des départements

En Pays de la Loire, l'afflux de migrants est inégal selon les départements. Cela a un impact sur le parcours de demande d'asile, ainsi que sur le parcours de soins. Les infrastructures d'hébergement de certaines villes s'engorgent, ce qui se répercute sur la qualité d'orientation et de prise en charge vers les structures de soins. S'ajoutent d'autres difficultés comme les différences de plateaux techniques en fonction des départements ou bien le manque de professionnels de santé dû à la désertification médicale.

a. Les places d'hébergements départementales

Selon le SNADAR, en septembre 2020, 44% des personnes en situation de demande d'asile n'étaient pas hébergées. De même, en 2021, le taux d'occupation des structures dédiées à l'asile étaient occupées à 99,9%.

En novembre 2020, un appel à projet a été publié dans le but d'ouvrir 250 nouvelles places de CADA en Pays de Loire. Cependant il a été décidé d'augmenter le nombre de places en dehors des métropoles pour ne pas engorger des zones déjà impactées par des tensions concernant le logement.

Il existe 6065 places d'hébergement spécifiques à l'asile depuis décembre 2021 dans la région (cf. TAB.3).

Départements	Nombre de places totales d'hébergement (CADA, HUDA*, hôtel, PRAHDA*, CAES*)
Loire Atlantique	2239
Maine et Loire	1196
Mayenne	548
Sarthe	1160
Vendée	922

Tableau 3: Répartition des hébergements par département
(*HUDA : Hébergement d'urgence des demandeurs d'asile,

**PRAHDA : Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile,
CAES : Centre d'accueil et d'examen des Situations)

b. La répartition des professionnels de santé en Pays de Loire

Selon le dossier n°76 de mars 2021 de la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)(18), le nombre de professionnels de santé dans les région Pays de Loire est inférieur à la moyenne nationale (cf. TAB.4 et 5).

Professionnels de santé	France	Pays de Loire
Chirurgiens-Dentistes	62	52
Médecins généralistes	140	138
Sage femmes	66	64

Tableau 4: Nombre de professionnels de santé pour 100 000 habitants en France et en Pays de la Loire selon la spécialité en 2021

Départements	Chirurgiens-dentistes	Médecins Généralistes
Mayenne	39	114
Sarthe	41	118
Maine et Loire	49	155
Loire Atlantique	67	166
Vendée	55	124

Tableau 5: Nombre de professionnels de santé pour 100 000 habitants en fonction des départements des Pays de la Loire en 2018 (Chiffres de l'INSEE (20))

La couverture en professionnels de santé en Pays de Loire est plus faible par rapport au reste du territoire français. Selon le site Vie Publique cette situation a plusieurs conséquences(19).

La première est que les patients attendent plus longtemps leurs rendez-vous au risque que leur situation s'aggrave. Ensuite les établissements d'urgences s'engorgent. En effet, soit la personne ne trouve pas de professionnel de santé rapidement et se tourne vers des endroits ouverts en continu. Soit la situation s'est tellement dégradée qu'elle nécessite une prise en charge urgente. Enfin cela entraîne de grandes difficultés pour les patients à trouver un médecin/ chirurgien-dentiste traitant qui acceptent des nouveaux patients notamment lorsque le leur a pris sa retraite sans être remplacé.

La problématique des déserts médicaux est expliquée par deux dimensions. La première est spatiale et traduit l'éloignement et le temps de trajet des personnes par rapport à un établissement de soins. La deuxième est temporelle et se traduit par le temps d'attente pour être pris en charge. Les déserts médicaux sont identifiés par un zonage fait par l'ARS qui identifie les territoires avec une offre de soins insuffisante.

3. Les aides sociales existantes

Ultérieurement à la demande d'asile, différentes aides existent concernant le logement ou l'accès aux soins.

a. L'Allocation pour demandeur d'asile

Dès la demande d'asile déposée, la personne peut bénéficier de l'Allocation pour demandeur d'asile (ADA). Elle est calculée en fonction du nombre de personnes composant le foyer et est directement versée à la personne en cours de procédure. Si le demandeur n'est pas hébergé, une compensation financière de 7,40 euros par jour lui est délivrée en plus.

b. La Protection Universelle Maladie (PUMa)

La PUMa permet depuis 2016 à toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière (3 mois d'habitation ininterrompue sur le territoire) d'avoir une prise en charge de ses frais de santé sur la base des tarifs de la sécurité sociale (20). Cependant une partie reste toujours à la charge de l'assuré comme le ticket modérateur ou bien les dépassements d'honoraires.

c. La Complémentaire Santé Solidaire

Il est important pour la prise en charge du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires de souscrire à une complémentaire santé.

En 2019, dans une démarche de simplification, la C2S (21) a remplacé la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS). Cette complémentaire permet aux foyers les plus précaires de bénéficier d'une totale prise en charge des soins, sans avance de frais, comprenant le ticket modérateur et interdisant les dépassements d'honoraires. Grâce à cette mutuelle les soins médicaux sont remboursés à 100% du tarif de la sécurité sociale, elle inclut également des forfaits qui prennent en charge les soins et prothèses dentaires mais aussi ophtalmologiques ou bien auditives. Tout fonctionne en panier de soins qui peuvent être soit pris en charge intégralement, soit dans la limite du tarif de remboursement de la sécurité sociale. Par

exemple les prothèses qui sortent du « reste à charge zéro » ne seront pas entièrement remboursées.

Pour bénéficier de la C2S, il faut avoir résidé de façon stable et continue durant plus de 3 mois sur le territoire français. La C2S est une complémentaire gratuite en dessous de 753 euros de revenus par mois (pour une personne seule) et payante quand les revenus de la personne sont compris entre 753 et 1017 euros par mois. Elle est de l'ordre maximum d'1 euro par jour.

d. L'Aide Médical de l'Etat (AME)

S'adressant aux personnes en situation irrégulière, l'AME(22) permet la prise en charge à 100% des tarifs de la sécurité sociale des soins conservateurs et de prothèses. Cependant contrairement à la CSS, aucun forfait supplémentaire n'est proposé pour la prise en charge des soins avec des dépassements d'honoraires.

Pour pouvoir en bénéficier il faut résider en France depuis plus de 3 mois mais ne pas avoir de titre de séjour depuis plus de 3mois. De plus, les ressources que la personne perçoit ne doivent pas dépasser un certain montant, il est par exemple fixé à 9041euros par an pour une personne seule.

Selon la circulaire n° 2005-141 du 16 mars 2005(23) certains soins urgents peuvent être pris en charge avant que la demande d'AME soit établie. Il s'agit :

- des soins dont l'absence met en jeu le pronostic vital
- des soins évitant la propagation d'une maladie
- des soins relatifs à une grossesse qui concerne aussi bien la mère que l'enfant
- des interruptions de grossesse
- des soins dispensés à des mineurs

Avant que les patients n'aient leurs droits à la santé ouverts, ils reçoivent des soins dentaires urgents et conservateurs via les PASS, et sont financés par les hôpitaux. Toutefois les services dentaires sont souvent absents des prises en charge et le parcours de soins varie selon les départements

2. Accès aux soins dentaires pour les demandeurs d'asile majeurs : une enquête comparative dans les Pays de la Loire et les pistes d'amélioration

A. Introduction

Bien que de nombreuses mesures aient été mises en place pour accueillir et intégrer les demandeurs d'asile, la réalité est plus nuancée et les limites du système ne peuvent être ignorées (l'engorgement des structures d'accueil et de soins a déjà été souligné). De plus, l'accès aux soins bucco-dentaires est rarement abordé dans les textes de loi, pourtant nécessaire pour les demandeurs d'asile. Il nous paraissait donc important d'approfondir ce sujet et de confronter la théorie à la réalité du terrain. En effet, l'accès aux soins bucco-dentaires pour les demandeurs d'asile représente un enjeu sociétal majeur.

B. Objectifs

Le but de notre enquête est de définir la réalité de l'accès et de la prise en charge des soins bucco-dentaires des demandeurs d'asile de manière à en définir leurs limites. En outre, nous chercherons à comprendre les difficultés rencontrées par certains départements pour améliorer les problèmes de logement ou l'engorgement des structures de soins. Nous mettrons en lumière la gestion des urgences et la prise en charge bucco-dentaire sur le long terme, en comparant les départements de la région Pays de la Loire. Ainsi, nous pourrions évoquer des pistes d'améliorations.

Les éléments évoqués en première partie permettent d'émettre des hypothèses sur les limites d'accès au système de santé et aux soins bucco-dentaires.

Nous chercherons à démontrer que l'engorgement et la difficulté d'accès aux structures de soins, le manque de structures et de personnels adaptés aux soins bucco-dentaires sont des limites à l'accès à ces soins. De plus d'autres barrières seront à confirmer comme la limitation de la capacité d'accueil dans les logements dédiés, un manque de financement, de personnel et de bénévoles ainsi que la problématique de la langue.

C. Matériel et Méthode

1. Enquête qualitative avec entretiens semi-directifs

Selon Genieve Imbert (24), l'entretien semi directif s'avère particulièrement adapté au champ de la santé. En effet ces interviews n'ont pas pour but d'apporter des statistiques ou bien un résultat quantitatif, mais plutôt de la compréhension et un résultat qualitatif.

Les informations recueillies permettront de mieux comprendre le fonctionnement des PASS et autres structures de soins dans les Pays de la Loire, ainsi que celui des associations de solidarité de chaque département. Il sera ainsi possible de comparer les avantages et les limites de chaque département par rapport aux pratiques mises en place dans le reste de la région.

2. Constitution de l'échantillon

Des entretiens semi directifs ont été réalisés avec des agents du système de soins et des associations (SPADA et CADA) pour avoir leur opinion. Pour garantir une comparaison valable, les entretiens doivent être menés de manière uniforme. Cependant, les groupes ont des caractéristiques et des problèmes différents. Cela nécessite donc parfois de faire des choix pour obtenir des informations plus précises et pertinentes, même si cela peut nuire à l'uniformité.

Dans le cadre des PASS des médecins généralistes responsables des PASS de leurs départements ont été interrogés.

Concernant les associations plusieurs ont été contactées. Cependant, les structures liées à la demande d'asile appartiennent toutes à l'association France Terre d'Asile (FTA) sur la région Pays de la Loire. Ainsi les SPADA et les CADA de la région sont gérés par cette association. C'est pourquoi nous retrouvons en grande majorité des réponses de cette association. L'association Emmaüs à Bouguenais a également répondu aux questions.

3. Thème de l'entretien semi-directif :

L'entretien se divise en 4 grands thèmes (Cf. annexe 1) :

- la file active
- le mode de fonctionnement des structures et l'importance portée à l'accès aux soins bucco-dentaire
- les limites du système actuel
- les axes d'amélioration

Chaque grand thème est composé de sous-thèmes afin d'amener les personnes interrogées à parler du sujet de manière la plus complète possible. Parfois des sujets plus éloignés de notre problématique ont été abordés pour permettre de mettre un contexte et d'expliquer certaines prises de décisions de la part des PASS ou des associations.

4. Conditions des entretiens

Tout d'abord, les PASS et les associations ont été contactées par mail ou par téléphone afin de fixer une date pour les entretiens. Cette méthode a permis aux personnes interrogées de se libérer du temps pour l'entretien. Les entretiens avec les PASS ont été réalisés principalement en distanciel, par téléphone, à l'exception de l'entretien avec la médecin responsable de la PASS de Nantes qui s'est déroulé en présentiel.

De même, la plupart des entretiens avec les associations ont été réalisés à distance, par téléphone. Seules deux exceptions ont été faites, l'entretien avec le CADA de Château Gontier a été effectué en visioconférence et celui avec l'assistante sociale d'Emmaüs Bouguenais s'est déroulé en présentiel. Dans la plupart des cas, les questions ont été posées à des responsables de structures ou à des intervenants sociaux.

5. Retranscription des entretiens

Il a été choisi de retranscrire les entretiens via la méthode « clean verbatim ». Une conversation humaine ne peut pas être retranscrite telle quelle, en effet il convient de l'alléger (mot de liaison, tics de langage, blanc etc.) pour la rendre plus intelligible(25).

Le clean verbatim est une méthode consistant à retranscrire une conversation en enlevant les mots de remplissage, les mots répétitifs ainsi que les bégaiements ou encore les interjections.

6. Analyse des entretiens

Les analyses ont commencé dès la fin du premier entretien ce qui a permis d'améliorer les entretiens suivants.

Consécutivement à la retranscription par clean verbatim, les éléments de réponses ont directement été triés dans les cases contenant les questions correspondantes pour plus de visibilité et de clarté. Ainsi les réponses revenant souvent ont pu être plus facilement mises en valeur.

D. Résultats

Entre juin et novembre 2022, douze entretiens ont été menés auprès des structures et des personnes interrogées (cf. TAB. 5 et 6). Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants et ont duré 25 minutes en moyenne.

Département	Associations interrogées	Fonction des personnes interrogées	Abréviation pour la suite de l'étude
Loire Atlantique - 44	Emmaüs Bouguenais	Assistante sociale	Emmaüs 44
	SPADA Nantes/ La Roche-sur-Yon	Responsable de la SPADA	SPADA 44-85
Maine et Loire - 49	CADA FTA Saumur	Responsable du CADA	CADA 49
Mayenne - 53	CADA FTA Château Gontier	Responsable et intervenants sociaux du CADA	CADA 53
Sarthe - 72	SPADA Le Mans	Responsable et intervenants sociaux de la SPADA	SPADA 72
Vendée - 85	SPADA Nantes/ La Roche-sur-Yon	Responsable de la SPADA	SPADA 44-85

Tableau 6: Description des associations et des fonctions des personnes interrogées par département

Département	Ville des PASS interrogées	Fonction des personnes interrogées	Abréviation pour la suite de l'étude
Loire Atlantique - 44	Nantes	Médecin	PASS 44
Maine et Loire - 49	Angers	Médecin	PASS 49 A
	Saumur	Assistante sociale, Infirmière et Médecin	PASS 49 S
Mayenne - 53	Laval	Médecin	PASS 53 L
	Mayenne	Assistante sociale et Chirurgien-dentiste	PASS 53 M
Sarthe - 72	Le Mans	Médecin	PASS 72
Vendée - 85	La Roche-sur-Yon	Médecin	PASS 85

Tableau 7: Description des PASS et des fonctions des personnes interrogées par département

1. File active

a. Le flux de patient

La file active correspond au nombre de patient vu au moins une fois dans l'année. Ce flux des patients reçus en PASS est très variable en fonction des départements (cf. TAB. 8).

PASS	PASS 49S	PASS 49 A	PASS 44	PASS 53L	PASS 72
Nombre de personne constituant la file active	120	480	2262	480	1050

Tableau 8: Nombre de personnes constituant la file active en fonction des PASS de la région Pays de Loire.

Pour certaines PASS de la région le chiffre exact est difficile à obtenir pour deux raisons principales : soit la PASS est trop petite pour tenir le nombre de consultations (PASS 85), soit l'arrivée des patients PASS se fait dans le flux des urgences (PASS 53M). Dans le second cas, le nombre de patients vus en rendez-vous ne reflète pas la réalité du nombre de consultations dédiées à cette population. En revanche, toutes les PASS interrogées constatent un nombre de patients en augmentation ces dernières années avec « des délais de rendez-vous qui ne font que s'allonger » (PASS 85). Ainsi les délais pour avoir un premier rendez-vous oscillent entre 4 à 6 semaines pour la plupart des PASS.

En ce qui concerne les associations, cela est très différent. Toute personne demandant l'asile passe en SPADA. Par conséquent le nombre de personnes reçues est important. Par exemple la SPADA de Nantes domicilie 3000 personnes contrairement à celle de la Roche-sur-Yon où il y a 300 personnes. Les CADA ont des chiffres beaucoup plus restreints car les places disponibles sont fixées à l'avance. 116 places d'hébergement sont disponibles au CADA 53 avec 40 places supplémentaires attribuées l'année dernière par l'Etat. Celui de Saumur a 105 places.

b. Le statut des personnes prises en charge

Les PASS interrogées soignent en grande majorité des personnes en attente d'ouverture de leur droit à la santé. La part de demandeurs d'asile est variable en fonction des départements.

Les demandeurs d'asile représentent la majorité des personnes soignées dans les PASS interrogées. Les chiffres exacts n'ont pas été présentés mais « la part que représentent les demandeurs d'asile sans droits ouverts est de plus de 50% » (PASS 44), « 70% » (PASS 49S) ou bien 90% (PASS 53L). Une seule exception, la PASS 49A où ils ne représentent que 34% des personnes reçues.

Les autres patients soignés peuvent avoir différents statuts : des personnes sans titre de séjour ou d'autres avec visa. Il y a également dans une moindre mesure des Français, souvent désocialisés, en marge de la société et du parcours de soin.

Concernant les associations, toutes celles interrogées hormis Emmaüs sont des associations dédiées à l'accompagnement des demandeurs d'asile, ainsi seul ce statut est retrouvé.

c. Description des personnes prises en charge

À l'unanimité et sans aucune exception, toutes les PASS décrivent une population jeune, « 70% de moins de 35 ans » (PASS 49), « jeune, environ 30 ans » (PASS 85 « jeune, moins de 30 ans dont 37% de moins de 25 ans » (PASS 53L).

Globalement le ratio homme/femme est plutôt équilibré dans toutes les PASS. La répartition hommes/femmes est de 60/40% pour la PASS 44 et 53L tandis qu'elle est de 50/50 pour la PASS 85. Seule la PASS 53M suit plus de femmes que d'hommes.

À Emmaüs 44 « il y a plus d'homme mais c'est lié à l'histoire de l'association à Nantes qui était à la base une communauté d'hommes ». Pour y remédier elle a « un projet de rénovation et de construction neuve sous forme de studio pour que tout le monde puisse être hébergé indifféremment du sexe. »

Les origines des personnes prises en charge sont nombreuses. Toutefois, pour toutes les PASS interrogées, une majorité de personnes provient d'Afrique subsaharienne (Guinée, Somalie, Érythrée). D'autres nationalités sont retrouvées dans une moindre mesure : russe, géorgienne, albanaise, afghane, pakistanaise ou bien azerbaïdjanaise.

Malgré une actualité récente marquée par la guerre en Ukraine ou en 2021 la prise de pouvoir des Talibans en Afghanistan, ces nationalités sont peu retrouvées. Les médecins interrogés ont évoqué l'obtention rapide du droit à l'asile par les Ukrainiens et les Afghans ainsi que le statut de réfugié. Ils peuvent par conséquent bénéficier du droit commun rapidement. De plus, les Ukrainiens bénéficient d'un statut particulier : la protection temporaire. Celle-ci est en dehors du régime de la demande d'asile. Ils bénéficient d'un titre de séjour temporaire le temps de la crise avec des droits ouverts et un droit de travailler. C'est spécifique et ils ne passent pas par la SPADA.

Beaucoup d'associations expliquent un changement du contexte familial. En effet, toutes expliquent qu'il y a quelques années, des familles entières émigraient, en général, par avion. Depuis, ce sont beaucoup plus de jeunes adultes isolés qui arrivent en France après un parcours migratoire de plusieurs années. Cela a des répercussions sur la prise en charge, notamment avec la nécessité d'augmenter le nombre de logements dédiés à ce type de ménage au sein des associations.

d. Visibilité des structures

Toutes les associations interrogées adressent directement les personnes vers les PASS en cas de problèmes de santé. De la même manière, les personnes sont dirigées vers les CADA par l'OFII.

Concernant les SPADA, la responsable des SPADA 44/85 n'explique pas comment les personnes savent qu'elles doivent passer par cette structure. Pour elle « il y a le bouche-à-oreille, des réseaux qu'ils connaissent. Ils voient aussi des gens déposés par des passeurs à l'entrée de l'établissement en pleine nuit. (...) Il peut aussi y avoir une orientation par les associations. Ils sont plutôt bien identifiés ».

Pour l'association Emmaüs 44, « les personnes arrivant ici connaissent l'association par bouche à oreilles ». Cependant l'association Emmaüs est particulière comparée aux autres puisque les personnes qui y sont hébergées y travaillent également. Donc « Il faut que les personnes puissent s'intégrer à une vie collective, avoir des horaires de travail fixes, tenir la cadence ».

2. Mode de fonctionnement de la PASS/Associations et importance portée à l'accès aux soins bucco-dentaires

a. Présentation des professionnels présents dans les structures

Dans les PASS interrogées il y a en général : un.e médecin et/ou interne, un.e assistant.e social.e, un.e secrétaire et un.e infirmier.e pour assurer une vacation. D'autres postes sont également présents en fonction des départements. Il y a par exemple trois urgentistes à la PASS 85, une psychologue à la PASS 53L ainsi qu'une infirmière formée aux soins psychiatriques à la PASS 49S.

La plupart des professionnels de la PASS travaillent également dans d'autres services, comme la médecine post-urgence ou la médecine polyvalente. Les médecins peuvent ne travailler à la PASS que 50% du temps (PASS 53L) ou bien une matinée par mois (PASS 85). Les horaires d'ouverture varient également en fonction des départements. Cela peut aller de deux fois par mois pour les consultations médicales (PASS 49S) à une ouverture quotidienne (PASS 44).

Dans les associations interrogées d'autres corps de métier sont retrouvés notamment en lien avec la vie en communauté. À Emmaüs 44 on retrouve : une secrétaire comptable, deux coordinateur d'activité, une intervenante sociale et un cuisinier.

Des secrétaires, chefs de services, agents techniques et des intervenants sociaux travaillent dans les CADA tandis que dans les SPADA seuls des intervenants sociaux y travaillent. Quelques bénévoles donnent également des cours de langue dans les CADA.

b. Motifs de consultation

Les motifs de consultations sont relativement divers. Il y a tout d'abord les « bilans de santé » (PASS 85 et 44). Dans ce cas ils sont souvent envoyés dans le service via des associations.

Les syndromes douloureux sont aussi très représentés (PASS 49A-53L) et peuvent concerner un large panel de spécialités (dermatologie, endocrinologie, rhumatologie etc.). Des suivis gastrologiques (PASS 44) et des douleurs chroniques diffuses (PASS 72 49S) sont également retrouvés. Les suivis de grossesses sont également beaucoup décrits dans

les PASS interrogées. Les douleurs sont souvent en lien avec « leur histoire, leurs psychotraumatismes » (PASS 53L), avec « le parcours migratoire et les conditions de vie en France » (PASS 44).

Les « douleurs dentaires reviennent régulièrement » pour les PASS 53L, 49A, 72 mais sont moins décrites dans les autres PASS. À la PASS de Nantes dès leur arrivée, s'il y a des plaintes dentaires la personne est directement adressée au CSD donc les médecins de la PASS ne voient finalement que très peu de personnes avec des douleurs dentaires.

Des « urgences psychiatriques » (PASS 85) sont plus rarement décrites comme premier motif de consultation, tout comme les délivrances de médicaments.

c. La 1^{ère} consultation

- Dans les associations

Tout d'abord, le premier rôle de la SPADA est d'informer les demandeurs d'asile sur leurs démarches. En effet, « les informations qu'ont les personnes sont souvent erronées. Ça fait partie du système fait par les passeurs de ce réseau, on leur promet un statut, un travail et puis ici ce n'est pas le cas. » (SPADA 44/85).

Dans un second temps un rendez-vous est pris à la préfecture afin d'enregistrer la demande d'asile et d'obtenir une attestation. Ce n'est qu'ensuite que le suivi par la SPADA peut commencer et que les questions d'hébergement sont traitées. Quand les places d'hébergements ne sont pas disponibles en CADA ou HUDA et « qu'une personne est à la rue, un signalement est fait automatiquement auprès du 115 » (SPADA 44/85).

La question de la santé arrive beaucoup plus tard dans le processus d'arrivée de ces personnes sur le territoire. « Au moment de la première rencontre leur priorité (...) est d'avoir un rendez-vous en préfecture pour commencer la demande d'asile et l'hébergement. Souvent dans un second temps la question est abordée » (SPADA 53).

Si des places d'hébergements sont disponibles, l'OFII adresse les personnes dans les différents CADA existants sur le territoire. Les demandeurs d'asile sont accueillis par un.e intervenant.e social.e qui s'occupera de leur suivi. « Un temps d'interprétariat est dédié à ce moment-là pour expliquer ce qu'est le CADA, ses missions, l'accompagnement qui y est proposé et les règles de l'hébergement » (CADA 49). C'est au moment de signer le contrat d'hébergement qu'un point est fait sur la demande d'asile et que les changements d'adresse sont mis en place. Ils profitent du temps d'interprétariat pour évoquer les problèmes de santé. « Quand ils arrivent au CADA, un mail au Centre de Lutte Anti Tuberculeuse (CLAT) et au Centre Fédératif Prévention Dépistage (CFPD) est envoyé » (CADA 53).

A Emmaüs 44 le premier entretien avec l'assistante sociale est réalisé au bout d'un mois dans la communauté. L'entretien « balaye tous les champs ce qui n'est pas toujours faisable quand les gens viennent d'arriver (...). De plus, ils arrivent dans l'urgence la majorité du temps et doivent faire preuve de beaucoup d'adaptations ».

- Dans les PASS

Trois accueils différents sont possibles dans les PASS interrogées :

- uniquement sur rendez-vous (PASS 53L, 85, 72 et 49A).
- sans rendez-vous. Dans ce cas un entretien avec l'infirmière et l'assistante sociale est fait. Selon les besoins, une orientation est effectuée soit vers des partenaires extérieurs soit pour une consultation médicale sur rendez-vous. (PASS 44).
- dans le flux des urgences. A l'arrivée dans le service, une évaluation est faite. Si c'est effectivement une urgence il est pris en charge sinon il est programmé sur les plages horaires dédiées PASS (PASS 53M).

Lors de la première consultation, deux types de prise en charge ressortent :

- un bilan primo-arrivant systématique (PASS 44, 49S, 53L, 72, 85). La situation sociale de la personne est vue avec les assistants sociaux puis un bilan plus médical est réalisé par les infirmier.e.s ou par les médecins en fonction des structures. Lors de ce bilan, l'histoire du patient est retracée puis un premier bilan de santé qui reprend les antécédents de la personne est effectué. Pour les PASS 85, 72 et 44 le bilan va plus loin car ils proposent aussi de faire un bilan de dépistage biologique par prise de sang. Un bilan de vaccination est proposé dans le parcours de soins.
- une prise en charge du motif de consultation seul (PASS 49, 53M). Les raisons évoquées sont financières (PASS 49A) mais également dues aux plateaux techniques insuffisants et des plages dédiées trop courtes pour des bilans primo arrivants (PASS 53M). Ainsi à la PASS 53M, « pour les bilans primo arrivants, le patient est envoyé à la PASS de Laval pour que tout soit vu au niveau médical. »

Dans les PASS interrogées, aucun examen buccal n'est réalisé systématiquement à la première consultation. Un examen dentaire peut être fait par le médecin si le patient a des plaintes de cet ordre (PASS 72, 49S).

d. La gestion des urgences dentaires et la prise en charge des soins bucco-dentaires

- Avant l'ouverture des droits à la santé

Quand les droits à la couverture des frais de santé de la personne ne sont pas ouverts, aucun remboursement de la part de la sécurité sociale ni de la mutuelle ne peut être effectué. Bien souvent les demandeurs d'asile n'ont pas les moyens de payer leurs soins bucco-dentaires. De plus les cabinets libéraux acceptent rarement les patients sans droits ouverts ce qui fait de la PASS le principal lieu qui les prend en charge.

La gestion des urgences bucco-dentaires puis la prise en charge globale posent un réel problème dans toutes les PASS interrogées sauf à la PASS 44. En effet à Nantes quand les patients se présentent sans rendez-vous avec des plaintes dentaires ils sont directement dirigés vers le Centre de Soins de Dentaire (CSD) où ils sont pris en charge. Dans toutes les autres PASS, il n'y a pas de dentiste dans les services.

La seule prise en charge bucco-dentaire effective est en cas d'abcès dentaire. Dans ce cas, les médecins peuvent prescrire des antibiotiques pour refroidir l'infection (PASS 49A, 53M, 72, 85). Dans les cas exceptionnels d'urgence, avec des abcès dentaires très importants il peut y avoir un lien avec les services de stomatologie mais cela reste à la marge. Seule la PASS 53L a un vrai partenariat avec ce service. En effet une fois la radiographie panoramique réalisée, elle est envoyée au service de stomatologie qui la lit et prévoit les avulsions nécessaires.

Pour la suite des soins, les patients sont envoyés à la PASS 44 qui les réoriente vers le CSD.

Sans réel protocole, la prise en charge dentaire relève du « système D ». La médecin de la PASS 49A explique qu'« il arrive parfois de dépanner. Il passe un coup de fil à un copain dentiste quand c'est urgent, que le patient a insisté, ou qu'il l'a plus touché ». Il y a un an la PASS 72 avait un partenariat avec un centre médical, détenant un pôle dentaire, qui acceptait de prendre des patients sans ouverture de droits. Depuis le groupe a fermé. A la rentrée 2022, un centre de soins bucco-dentaires a ouvert avec quelques fauteuils. Le médecin évoque « qu'ils ont un accès au centre dentaire (...) mais qu'il est complètement noyé de monde et les rendez-vous sont en février (trois mois de délai) hormis urgence. » (PASS 72)

Cependant même à Nantes la prise en charge proposée pose des difficultés. En effet « ils rencontrent des problèmes quand il faut une réelle prise en charge prothétique. C'est plutôt là où ils n'ont pas trop de solutions à apporter » (PASS 44). En effet les soins bucco-dentaires urgents ou conservateurs (avulsions, soins de caries, dépulpaions) peuvent être effectués au CSD de Nantes mais aucune prise en charge prothétique se fera avant l'ouverture des droits à la santé, le patient n'ayant le plus souvent pas de quoi payer.

- Après l'ouverture des droits à la santé

Quand les droits à la santé de la personne sont enfin ouverts, ils ne sont plus pris en charge par les PASS et sont adressés vers le système de droit commun. Plusieurs possibilités s'offrent à eux pour trouver un professionnel de santé.

Tout d'abord il existe le CSD à Nantes. Une prise en charge en ville par un chirurgien-dentiste libéral traitant prenant des nouveaux patients est également possible et accessible via des sites comme Doctolib ou Maiia. En Vendée, la PASS 85 fournit une liste de praticiens qui prennent en charge les patients avec des droits ouverts. Dans le 44 ce n'est pas possible de procéder ainsi au vu du nombre de personnes arrivant chaque mois. (SPADA 44/85)

Ensuite, en cas d'urgence, il existe les systèmes de garde. Cependant, la plupart du temps il faut pouvoir se déplacer au cabinet de garde un dimanche, ce qui se révèle compliqué pour cette population. « De plus en garde ils donnent des antibiotiques et ne font pas les soins » (CADA 49).

A la PASS 49S, 53, 72 et 85 les demandeurs d'asile, comme le reste de la population générale, sont confrontés à la très (trop) faible densité de chirurgiens-dentistes. Le médecin de la PASS 72 explique qu'il « ne sait pas comment ça se passe pour eux après l'ouverture

des droits mais vu comment l'accès aux soins est difficile pour la population générale il a dû mal à croire qu'eux y arrivent sachant que certains ne sont même pas francophones. »

3. Limites du système actuel

a. Limites et obstacles à l'accès aux soins bucco-dentaires à l'hôpital

- L'absence de service d'odontologie dans les hôpitaux

Concernant la PASS 49A, « il n'y a pas de structure pour les soins dentaires et aucun dentiste à l'hôpital que ce soit pour les patients PASS mais aussi pour le reste de la population ». L'absence de service d'odontologie au sein des hôpitaux de la région (hors le CHU de Nantes et du Mans) entraîne une réorientation vers le CSD de Nantes. Cependant les « personnes ne vont pas à Nantes se faire soigner par soucis financier » (PASS 49A). Le même constat est décrit en Vendée. Cependant en Vendée, au centre hospitalier de la Roche-sur-Yon un service d'odontologie a ouvert très récemment. Il est donc pour l'instant difficile de dire l'impact que cela va avoir sur la prise en charge des patients.

Au sein de l'hôpital de Mayenne travaille une dentiste mais ses plages horaires sont pour l'instant réservées à une prise en charge des personnes handicapées. Dédier certains créneaux aux patients PASS est pour l'instant en discussion. L'assistante sociale de la PASS 53M « est en ce moment en train de recenser toutes les demandes émanant de la PASS (...) pour montrer qu'il faudrait dédier une plage horaire à la PASS ».

La responsable de la PASS 44, qui est aussi la référente régionale, a évoqué les raisons d'un manque de service d'odontologie dans les hôpitaux. « Créer un fauteuil dentaire (...) ce n'est pas comme une consultation de médecine générale. Il faut le prothésiste si besoin, l'assistante dentaire, il faut la maintenance du fauteuil, il faut tous les produits ». Elle pense que « les hôpitaux freinent aussi car pour ouvrir un fauteuil dentaire le coût est important ».

Au Mans, malgré l'ouverture de fauteuils dentaires au sein du Centre Hospitalier, le département est toujours cruellement en manque de dentistes. Ainsi toutes les plages horaires sont prises par la population générale et les délais sont déjà de trois mois pour avoir un rendez-vous. Le médecin de la PASS du Mans « voulait faire un partenariat avec eux mais là ça ne va pas être possible d'envisager quoique ce soit » au vu des délais.

À Saumur ils « ont essayé de faire un partenariat avec les fauteuils dentaires à Tours. Cela a été refusé ». De plus « les CADA leur font remonter que c'est aussi compliqué d'envoyer les patients au CSD de Nantes ».

Dans tous les cas, l'absence de service d'odontologie dans les hôpitaux a une répercussion sur la population migrante mais est aussi une problématique concernant l'ensemble de la population générale.

- Le budget

Les budgets sont financés par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Aucun budget n'est pour l'instant alloué à la prise en charge bucco-dentaire dans les PASS interrogées.

Il n'y a qu'à la PASS 44 où une aide financière est donnée au CSD. En effet la PASS reçoit « un budget PASS, sur ce budget là ils ont décidé de financer du temps assistante sociale au CSD et du temps praticien hospitalier référent PASS (0.5 ETP), qui est dilué mais c'est une façon d'aider financièrement le CSD » (PASS 44).

À la PASS 49A, depuis 2020 un projet dentaire est développé à l'hôpital. Il n'est pas encore mis en place car l'équilibre budgétaire n'est pas obtenu. Le projet est déposé, s'il est accepté le service sera sous la dépendance du chef de service de stomatologie avec 1 chirurgien-dentiste qui sera recruté à temps plein. Le nombre de créneaux est prévu et 2 demi-journées seront réservées pour les patients PASS.

Un « budget global » est reçu à la PASS 53M mais comme celle-ci « n'a pas une grande activité, d'autres services grappillaient sur le budget de la PASS et eux se retrouvaient donc sans budget. Là, ils ont repris les choses en main. ».

Concernant les SPADA et CADA interrogés, ils sont financés par l'OFII. C'est un budget de l'Etat.

b. Limites et obstacles liés aux demandeurs d'asile

- La langue

Un des premiers obstacles est le manque de compréhension et de maîtrise de la langue française. En effet « quand vous avez une personne souffrante qui n'est pas en mesure de vous faire comprendre quel est son problème, ça devient compliqué pour les soignants » (SPADA 44/85). La consultation est ainsi plus longue car « les personnes prennent du temps à s'exprimer que ce soit au secrétariat ou dans le cabinet » (CADA 49).

Certaines solutions comme les services d'interprétariat peuvent être mis en place. Il existe dans le 44 l'Association Santé Migrants de Loire Atlantique (ASAMLA) qui fait appel à des interprètes médiateurs (26). Nationalement, il existe ISM (Inter Service Migrants) interprétariat. « L'union régionale des médecins libéraux a négocié un partenariat pour que les médecins puissent bénéficier d'interprète téléphonique » (PASS 49A). Cette solution a pour conséquence également d'augmenter le temps de la consultation ce qui n'est pas toujours possible de faire à l'hôpital comme en libéral. L'assistante sociale d'Emmaüs 44 explique qu'elle « comprend les professionnels de santé, appeler l'ISM interprétariat ça prend du temps sur la consultation et que ce n'est pas leur rôle ».

L'autre solution est de faire appel à des accompagnants de différentes associations. Les intervenantes sociales du CADA 53 expliquent qu'elles « ont souvent des médecins qui leur demandent d'accompagner les patients quand ils ne parlent pas Français. Mais elles ne parlent ni Soussou ni Tigrigna ni Azéris. Elle se débrouillent juste en Anglais. Donc finalement elles ne vont pas beaucoup plus aider à la compréhension de la consultation. » De plus elles interrogent sur l'éthique d'accompagner un adulte majeur à des consultations

parfois très privées. L'assistance sociale d'Emmaüs 44 ne partage pas cet avis. Selon elle « c'est mieux quand ils sont accompagnés car bien souvent ils ne comprennent pas ce que disent les professionnels de santé par problème de la langue et aussi une mauvaise compréhension globale avec des termes médicaux qu'ils entendent pour la 1^{ère} fois ».

- Le suivi

Le deuxième point le plus abordé est celui du manque de suivi de la part des structures. Les informations ne sont parfois pas communiquées, le personnel change fréquemment et a pour conséquence un suivi déficient. « Les consultations de la PASS sont gérées par les internes qui changent régulièrement. Ainsi le suivi n'est jamais fait par le même médecin » (PASS 53M). Faire un suivi rapproché est également compliqué au vu des délais des PASS qui dépassent souvent les 4 semaines. L'assistante sociale d'Emmaüs 44 explique avoir « déjà annulé des rendez-vous car les examens avaient déjà été faits mais le professionnel de santé n'y avait pas accès (...), il n'y a pas de mutualisation. C'est une perte de temps et d'argent. »

- Une population difficile à suivre au long cours

Outre le manque de suivi lié aux structures, les demandeurs d'asile sont une population avec des spécificités qui empêchent également d'avoir un bon suivi.

Dans un premier temps, la santé n'est pas leur priorité. « On est sur un besoin primaire qui est en premier lieu d'avoir un toit sur la tête et de manger. C'est vrai que la santé arrive en 2^{ème} temps et encore plus la santé psychologique qui arrive bien après. Les plaintes dentaires arrivent en 4 voir 5^{ème} position » (SPADA 44/85).

Dans un second temps, leurs droits à la protection santé ne sont pas acquis. Ils s'ouvrent au bout de trois mois d'habitation sur le territoire durant l'attente de la réponse définitive mais peuvent être refermés si celle-ci est négative. A la PASS 44, la responsable explique que c'est compliqué d'engager des soins dentaires sur le long terme. En effet « les demandeurs d'asile quand ils ont leurs droits ouverts peuvent commencer des soins mais s'ils sont déboutés (...) leur droit ne sont pas renouvelés. Nous on a commencé des soins (...), on a envie de se faire payer mais eux ne peuvent pas ».

Dans un dernier temps, il est difficile d'obtenir de l'assiduité aux rendez-vous donnés. À Emmaüs 44, ils envoient les personnes en urgence au CSD de Nantes, que leurs droits à la santé soient ouverts ou non. L'assistante sociale explique que « cela convient (...) car pour eux c'est parfois difficile d'être à l'heure pour un rendez-vous ou d'y penser alors que là c'est sans rendez-vous ». Le problème de l'absentéisme aux rendez-vous revient sur toutes les associations interrogées. Pour y pallier, les intervenants sociaux expliquent et sensibilisent aux parcours de soins et à l'importance d'être présent aux rendez-vous. Il y a une réelle éducation faite. Ils insistent sur la rareté des rendez-vous et donc l'importance de les honorer. « Quelquefois ils les font appeler les professionnels de santé pour qu'ils se rendent compte que c'est compliqué d'avoir un rendez-vous » (CADA 49). Enfin c'est également une population qui, majoritairement, consulte en urgence et pas toujours dans le même établissement. Cela rend le suivi de soins difficile et entraîne une perte de chance pour le patient.

c. Limites et obstacles liés aux chirurgiens-dentistes

- Démographie

Après l'ouverture de leurs droits à la santé, ces personnes ont accès au droit commun et sont confrontées au même problème que la population générale. Tout le monde s'accorde à dire qu'il n'y a pas de dentiste prenant de nouveaux patients. « Le retour des patients explique que trouver un dentiste qui accepte des nouveaux patients est très compliqué » (PASS 85). « Comme pour tout le monde arrivant en Mayenne, il n'y a pas de dentiste. La majeure partie de la population soit va loin soit ne soigne pas ses dents » (PASS 53L). Dans le 49 et 72 le même constat est fait.

Il n'y a que dans le 44 où la suite des soins est plus simple en raison du nombre de dentistes plus important que dans les autres départements. De plus, les patients soignés au CSD avant l'ouverture de leurs droits peuvent continuer à y être traités, ce qui facilite le suivi après la PASS.

- La discrimination des professionnels de santé

La discrimination est surtout décrite dans les réponses des associations. En effet, elles ont un point de vue extérieur sur le parcours de soins et peuvent également suivre les personnes après leur passage à la PASS. Cette discrimination a été retrouvée dans différentes structures :

Chez les chirurgiens-dentistes libéraux : l'assistante sociale d'Emmaüs 44 a expliqué que la dentiste qu'ils avaient contactée leur a fait comprendre qu'envoyer trop de personnes avec la C2S lui faisait perdre de l'argent ou du moins qu'elle n'en gagnait pas suffisamment. Par la suite, ils n'ont pas cherché à étendre leur réseau car ils ont accès aux services d'urgence dentaires de Nantes. Malgré cela, l'association a quand même trouvé pour les soins non urgent un cabinet mutualiste en périphérie de Nantes prenant les patients.

Chez les médecins libéraux : la discrimination est retrouvée dès la prise de rendez-vous. En effet, il est arrivé qu'un « médecin généraliste qui avait de la place dans un délai d'une semaine n'en n'ait plus une fois le nom du patient et l'association qui l'héberge énoncés » (CADA 53).

A l'hôpital public : il y a toujours une réticence de la part des structures à prendre en charge des personnes ne possédant pas de carte vitale même si elles ont une attestation de droits papier. Le CADA 53 explique qu'« il faut batailler auprès de la secrétaire. D'autant que ça fait plusieurs années qu'ils accueillent des demandeurs d'asile (...). Elles ont toujours besoin de réexpliquer. »

Le CADA 53 ajoute que la discrimination est indépendante de la densité en professionnels de santé. En effet, elles expliquent que « pour avoir travaillé à Paris où l'accès aux soins est beaucoup plus facile les mêmes freins étaient présents ».

4. Axes d'amélioration

Malgré les limites évoquées dans la précédente partie, différents axes d'amélioration ont été évoqués par les personnes interrogées.

a. Avoir un service d'odontologie

Pour la médecin de la PASS 49A, il est nécessaire d'avoir un service d'odontologie à l'hôpital. Cela « servira à plein d'autre monde, et sur ces créneaux par exemple réserver deux demi-journées de consultations pour les patients PASS ». Montrer que la demande pour ces soins est forte permettrait de justifier d'un financement auprès de l'ARS, ce qui manque actuellement. Pour elle « ça permettrait de résoudre les situations urgentes, de commencer les soins, le temps que les droits s'ouvrent. » Ces consultations permettraient de les mettre sur une bonne dynamique d'initiation aux soins bucco-dentaires. Ouvrir des plages horaires dédiées à la patientèle PASS est aussi l'un des objectifs de la PASS 53M.

Grâce à la présence du CSD, il n'y a « pas de réels obstacles et aucun problème dans la prise en charge des urgences » à Nantes (PASS44). « Les patients reviennent satisfaits de leur prise en charge » (PASS 44).

Pour l'assistante sociale d'Emmaüs 44, le CSD est adapté à cette population qui consulte en urgence et sans rendez-vous. C'est selon elle une bonne solution à court terme, mais cela ne permet pas un suivi satisfaisant des personnes pour la suite.

b. Former le personnel soignant déjà présent dans les structures

Lors de la 1^{ère} consultation en PASS, une vérification de la cavité buccale pourrait être réalisée. Avoir des informations au niveau de l'hygiène, de l'état bucco-dentaire, d'un édentement plus ou moins étendu est important pour la prise en charge globale d'un patient. Cela traduit sa capacité à s'alimenter, son hygiène globale et les conséquences que cela peut avoir sur sa santé générale. Cela peut également permettre au patient d'exprimer des douleurs venant de la zone bucco-dentaire qui n'est pas forcément prioritaire pour eux.

Il avait été projeté à la PASS 44 de faire un bilan préventif plus systématique, notamment pour les mineurs, avant d'arriver à une situation médicale d'urgence. Cependant la crise COVID n'a pas permis que cela se mette en place. De plus le port du masque a tendance à invisibiliser cette partie du corps qui n'est donc pas priorisée.

Pour pallier le manque de soins bucco-dentaires, il pourrait être mis en place des formations sur l'hygiène dentaire. Il semble important de « former les infirmiers aux soins dentaires car les plaintes des patients sont des gingivorragies ou des douleurs qui durent depuis plusieurs années » (PASS 85). Mais aussi « former les médecins/ infirmier.e.s/ associations sur les urgences dentaires avant qu'ils ne voient un dentiste » (PASS 85). En effet, cela pourrait être intéressant pour déjà différencier les réelles urgences où une prise en charge dentaire est indispensable, des douleurs liées à un manque d'hygiène qui peuvent être prises en charge à la PASS sans réelle expertise dentaire.

L'intervenante sociale du CADA 49 évoquait le fait que, dans les zones sous dotées en chirurgiens-dentistes, « les médecins généralistes fassent un bilan dentaire et orientent seulement s'il y a besoin de soins dentaires. »

c. Faire de la prévention

Faire de la prévention dès leur arrivée dans les associations ou dans les PASS est primordial. Cela permettrait une meilleure intégration par la suite dans les cabinets libéraux. L'assistante sociale d'Emmaüs 44 explique que « la dentiste à qui il envoyait les patients était très frustrée du manque d'hygiène de certaines personnes. Certains ne se sont jamais brossés les dents étant enfants. » Ainsi revoir les bases de l'hygiène bucco-dentaire est nécessaire car cela s'adresse à une population qui n'a parfois jamais été initiée aux soins ni à l'hygiène bucco-dentaire.

d. Avoir une mobilisation des chirurgiens-dentistes

Améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires passe aussi par une mobilisation des chirurgiens-dentistes libéraux avant l'ouverture des droits à la santé. Certain.es offrent déjà de leur temps : « Une dentiste du coin réserve trois fois par an, une demi-journée pour les migrants pour faire des bilans dentaires gratuits mais ne fait pas les soins derrières » (PASS 49A).

Les autres départements aimeraient voir arriver des chirurgiens-dentistes ou des étudiants en odontologie bénévoles réalisant des soins de proximité et la prise en charge des urgences. Soit sous la forme de vacations dédiées au sein de la PASS soit d'un camion sous forme de PASS mobile qui pourrait faire des maraudes. Cela s'adapterait à des départements plus ruraux comme la Mayenne ou la Vendée. Une PASS mobile est d'ailleurs en cours de mise en place en Mayenne mais ne compte pas de chirurgien-dentiste dans l'équipe.

Toutes ces solutions reposent malheureusement sur du bénévolat ce qui est une solution à court terme mais qui n'est pas forcément viable. En effet cela reposerait sur du volontariat et pas sur un réel service.

Des conventions avec des cabinets libéraux ont été envisagées à plusieurs reprises. Dans la réalité, ça n'a jamais fonctionné explique la responsable de la PASS 44. En effet, « La PASS envoyait les patients en urgence chez le dentiste et ils envoyaient la facture à la PASS. Ce qui est bien sur le papier mais ça ne marche pas car au bout de deux ou trois fois le dentiste se rend compte que les patients ne viennent pas, ou arrivent en retard » (PASS 44). De plus cette solution est dépendante de la densité de chirurgiens-dentistes du département. Il est impossible de réaliser des conventions dans des départements où les dentistes sont rares et ne prennent plus de nouveaux patients.

Une autre solution est d'ouvrir des Centre de Soins Dentaires mais là aussi une problématique s'ajoute. Celle du manque d'encadrants, or ils sont indispensables au fonctionnement d'un CSD. La solution peut être de trouver des dentistes qui seraient prêts à venir travailler une demi-journée à l'hôpital. « Trouver des dentistes libéraux sensibles à la

cause (...) c'est possible. Après on peut être sensible à la cause mais dans son cabinet la réalité est que ça reste un cabinet à faire tourner » (PASS 44).

En attendant l'état bucco-dentaire de ces patients se dégrade, « les prises en charge se compliquent car les diagnostics et les soins sont retardés donc on se retrouve avec des personnes très jeunes qui ont des états bucco-dentaires catastrophiques » (PASS 49S).

e. La suppression du délai de carence

C'est en 2019 que le délai de carence de trois mois, avant l'obtention d'une couverture maladie a été mis en place. Plusieurs associations et PASS ont demandé sa suppression (PASS 72, SPADA 53, SPADA 44/84). Ils expliquent qu'à ce délai s'ajoute le temps des démarches. Six mois sont ainsi facilement perdus. C'est pour eux, un facteur qui complique l'accès aux soins, l'organisation des services et embolise la PASS et les urgences.

E. Discussion

1. Forces et limites de l'étude

a. Les forces de l'étude

- L'uniformité des enquêtés : une personne ou une équipe a été interviewée dans chaque département. Chacun avec un poste similaire à chaque fois pour rendre possible la comparaison. Beaucoup d'informations et de redites ont été constatées entre les réponses des différentes PASS et Associations. Cela permet de penser que les réponses et les résultats de l'étude obtenues sont représentatifs de la réalité de prise en charge dans la région.
- L'interview de l'ensemble de la chaîne des personnes concernées : chaque point de vue a été collecté. Celui des associations, tout d'abord, qui ont un regard extérieur au parcours de soins et qui sont confrontés au problème de l'accès aux soins. Les médecins et les intervenants sociaux des PASS qui amènent ensuite le point de vue interne de l'accès aux soins.
- La liberté des interviewés : les entretiens se sont tous déroulés relativement de la même manière. L'interviewé choisissait la date et le créneau afin d'avoir le temps de répondre à l'ensemble des questions. Certaines personnes se contentaient de répondre aux questions d'autres ont développé de façon plus globale le sujet permettant de comprendre le contexte local.
- Le choix de faire un entretien plutôt qu'un simple questionnaire : cela permet de mettre en lumière le ressenti des personnes par rapport à la situation. Par conséquent, il existe une plus grande liberté d'expression de l'interviewé. Cela lui permet de faire ressortir des problématiques non discernées lors de l'état des lieux de la situation.

- Lieu de l'enquête : tous les départements des Pays de la Loire ont été interrogés et comparés, ce qui a révélé des différences de prise en charge et de problématiques entre eux. Par exemple, la Sarthe et la Mayenne sont particulièrement touchées par le manque de professionnels de santé, une situation qui se lie inévitablement à la problématique de cette thèse.

b. Les limites de l'étude

- Une seule association interrogée : l'une des limites est d'avoir, quel que soit le département interrogé une seule et même association : France Terre d'asile. Cela s'explique par le « monopole » qu'elle a sur la demande d'asile. Les SPADA, CADA voir HUDA, sont des établissements de la région principalement dirigés par cette association.
- Une seule PASS a été interrogée par département, à l'exception du Maine-et-Loire. Cette situation s'explique de différentes manières. La première est l'absence de réponses de certaines PASS. De plus, il existe une divergence entre la liste des PASS que l'on peut trouver en ligne et la situation réelle. En effet, certaines PASS sont simplement des structures sociales, tandis que d'autres sont intégrées dans les services d'urgences mais ne constituent pas un service autonome à part entière.
- L'absence d'entretien avec des demandeurs d'asile : cela s'explique principalement par la difficulté à obtenir des entretiens avec cette population. Obtenir des réponses de la part des associations a parfois été laborieux. La demande d'un entretien avec les demandeurs d'asile compliquait la démarche. Certains CADA ont refusé cette proposition. Seule l'association Emmaüs a répondu positivement, deux entretiens ont donc été réalisés avec des anciens demandeurs d'asile. Cependant n'ayant pas eu spécialement de problème de santé ils n'ont pas été directement confrontés à la problématique de l'accès aux soins bucco-dentaires et leur interview n'était donc pas vraiment pertinente.

2. Analyse des résultats

a. File active

Tout d'abord, il ressort de cette étude qu'il existe une augmentation du nombre de personnes demandant l'asile et prises en charge dans les PASS. Cette augmentation récente peut s'expliquer par la crise des réfugiés en Syrie, dans les pays du Moyen Orient et de l'Afrique du Nord. En effet selon l'ONG OXFAM international « les déplacements forcés ont doublé depuis 2010 » (27). En effet, les conflits armés se sont aggravés dans ces pays, poussant les populations vers l'Union Européenne.

Cette augmentation a plusieurs conséquences. La première est l'allongement des délais de la demande d'asile malgré sa simplification. Ensuite les structures d'accueil sont toujours complètes et un grand nombre de personnes se retrouve sans solution d'hébergement.

Selon le SNADAR, seulement 50% (9) des demandeurs d'asile sont hébergés dans les CADA faute de place. Malgré l'augmentation des places dans ces structures, cela n'est toujours pas suffisant et ces personnes doivent se loger par leurs propres moyens. Les personnes sans logement sont donc seulement domiciliées en SPADA. Cela leur permet de recevoir leur courrier et de suivre leur procédure. La SPADA ainsi que des associations peuvent faire appel au 115 dans les situations d'urgence. Enfin les délais de prise en charge dans les PASS s'allongent compliquant le suivi médical.

De plus, toutes les personnes interrogées expliquent un changement du type de ménage arrivant en France. Avant des familles entières immigraient par avion. Aujourd'hui ce sont des personnes jeunes (30 ans), arrivant la plupart du temps seules, qui traversent plusieurs pays. Leur parcours est ainsi, indéniablement plus long et plus dur qu'auparavant. De plus, un passage en Libye où les conditions de survie sont atroces est très fréquemment retrouvé. Pour tous, arrivée en France, le besoin de sécurité et d'hébergement prévaut sur leur santé. Cependant une prise en charge de leur santé physique et mentale est primordiale sans ça la santé de ces personnes ne sera pas viable sur le long terme. Cette population jeune arrive sur le territoire français pour plusieurs années et feront partie intégrante de la population active du pays. Il est ainsi nécessaire que ces personnes soient intégrées et pour cela ils doivent être en bonne santé physique et mentale. Les soins dentaires ne sont pas leur priorité mais doivent faire partie de la prise en charge médicale car ils entraînent des répercussions sur la santé générale. De plus, les soins qui seront pris en charge le seront jusqu'à la fin de leur vie d'où l'importance de les soigner dès leur arrivée et d'éviter une prise en charge longue, complexe et coûteuse. Des plaintes interceptées à temps nécessiteront des soins conservateurs moins onéreux et moins longs pour les patients que des réhabilitations prothétiques qui nécessiteront plusieurs rendez-vous.

b. Mode de fonctionnement des PASS et Associations

Dans les associations, les intervenants sociaux sont plus ou moins spécialisés dans leur domaine comme le droit ou le social. Il n'y a pas de professionnel de santé dans ces structures. Ainsi lors de plaintes bucco-dentaires il est difficile pour les équipes d'évaluer la gravité et le caractère urgent de celles-ci.

Les équipes des PASS sont pluridisciplinaires. Elles sont constituées d'un médecin, d'un.e infirmier.ère, d'assistant.es social.es. Il n'est retrouvé aucun dentiste dans les PASS interrogés, sauf à Nantes où un référent exerce au CSD. Or, les plaintes dentaires, elles, ne sont pas rares.

Le fonctionnement des PASS est assez différente en fonction des départements. Aucune procédure nationale de bilan primo-arrivants n'est appliquée de façon systématique. Chaque PASS fait « malheureusement » avec les moyens qui lui sont donnés. Ainsi certaines peuvent mettre en place des bilans primo-arrivants assez complets tandis que d'autres ne peuvent que soigner le motif de consultation. Il existe donc une réelle disparité sur la qualité de prise en charge en fonction des départements.

Les motifs de consultation les plus fréquents sont des douleurs chroniques en lien avec le parcours migratoire des patients. Les plaintes bucco-dentaires reviennent plus ou moins

fréquemment en fonction des départements mais c'est une problématique connue de toute les PASS.

Lorsqu'un patient se plaint de douleurs bucco-dentaires, les associations adressent aux PASS même si celles-ci n'ont pas de service dentaire. Ainsi ce sont les médecins qui diagnostiquent et soignent ces plaintes, la plupart du temps en donnant des antibiotiques et des antalgiques. Ils refroidissent l'infection mais l'étiologie n'est pas traitée. Seule la PASS 44 peut adresser facilement ses patients au CSD où des étudiants en odontologie les prennent en charge. Également à la PASS 53L, un système de partenariat a été mis en place avec les services de stomatologie pour réaliser les extractions les plus urgentes. En dehors de ces deux PASS la seule solution trouvée quand les droits ne sont pas ouverts est d'envoyer les patients à Nantes au CSD. Cependant les personnes ne vont pas à Nantes se faire soigner par souci financier. Ils n'ont, pour la plupart, aucuns moyens de transport individuel et prendre un billet de train est trop coûteux. De plus cette solution entraîne la concentration de toutes les prises en charge sur une seule ville.

De plus le fait qu'il n'y ait pas de protocole précis pour la prise en charge de soins bucco-dentaires amène à ce que l'affect rentre inéluctablement en jeu. Ainsi plusieurs PASS ou associations décrivent qu'ils s'arrangent quand un patient a plus insisté, que les soins sont urgents ou bien que son histoire était émouvante. L'accès aux soins bucco-dentaires ne peut pas être débloquée seulement si le patient est plus touchant que le précédent.

Ainsi avant l'ouverture des droits à la Puma, les soins bucco-dentaires ne sont que très rarement pris en charge conduisant à l'aggravation des pathologies bucco-dentaires.

c. Limites du système actuel

Hormis le CSD de Nantes et du Mans, les hôpitaux de la région ne comptent pas de fauteuils dentaires dans leurs services. Quand bien même il y a des fauteuils dentaires comme au Mans, ça ne résout pas la situation. En effet le manque de chirurgiens-dentistes libéraux prenant des nouveaux patients a pour conséquence un renoncement aux soins de la population générale et de fait également des demandeurs d'asile. Cependant ceux-ci ont souvent moins de ressources y pour faire face. Ces personnes sont, la plupart du temps, sans moyens de locomotion et sans revenus pour se déplacer en transport en commun. Par conséquent, quand des fauteuils s'ouvrent à l'hôpital, les consultations sont très vite « prises d'assaut » par les personnes n'ayant pas de dentiste traitant mais qui pourraient être suivies en libéral, contrairement aux demandeurs d'asile dont les droits ne sont pas ouverts. Les raisons évoquées à l'absence de services dentaires sont principalement le coût. En effet, l'installation et le fonctionnement de fauteuils dentaires demandent des frais importants. De plus, un service d'odontologie nécessite du matériel et du consommable onéreux ainsi que du personnel formé et spécialisé (assistantes dentaires et prothésistes). Pour l'instant aucun budget n'est alloué par l'ARS pour la santé bucco-dentaire dans les PASS interrogées.

Pour pallier le manque de chirurgiens-dentistes libéraux, les systèmes de garde ont été évoqués à plusieurs reprises. Cependant il concerne seulement les demandeurs d'asile avec des droits ouverts. Ensuite ce système n'est fait que pour la prise en charge des urgences, les soins de réhabilitation ne sont donc pas concernés. C'est une solution à très

court terme mais qui ne résout pas le problème de l'accès aux soins. D'autant plus que les dentistes de garde peuvent être très loin des villes où la majorité des CADA se situent.

D'autres solutions ont été évoquées par les PASS comme celle de passer par des bénévoles ou des associations de soins. Cependant cela soulève d'autres problèmes. Le premier est que, la plupart du temps seuls des bilans dentaires sont fait et les soins sont encore reportés. Le deuxième est que cette solution repose sur du volontariat et n'est donc pas viable sur le long terme. Un service de soins ne peut éthiquement pas reposer sur du bénévolat qui peut s'arrêter d'un jour à l'autre. En effet, la constitution de l'OMS établit que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain» (28) et que « le droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable» (28).

Une autre limite liée aux demandeurs d'asile est la langue. Malgré les moyens mis en place comme l'ISM Interprétariat qui est un service téléphonique d'interprètes, la communication reste compliquée. Faire appel à ces services, expliquer les soins à faire dans une autre langue prend du temps sur la consultation. Ce temps n'est par la suite pas forcément compensé au vu de la complexité de suivi au long cours de cette population.

Enfin une des grandes barrières au fait que les cabinets libéraux freinent les conventions avec les PASS est l'assiduité au rendez-vous et l'instabilité des droits à la santé des demandeurs d'asile. Les soins dentaires peuvent parfois être longs et nécessiter plusieurs rendez-vous. Si d'une part leurs droits ne sont pas certains et que d'autre part ils ne viennent pas aux rendez-vous, il peut être compréhensible que les chirurgiens-dentistes libéraux soient réticents à suivre ces patients. Cependant il est anormal de retrouver de la discrimination de la part des praticiens, aussi bien dans le délai pour donner un rendez-vous que dans le fait de refuser des personnes qui n'ont pas de droits ouverts à la PUMa.

d. Axe d'amélioration

Plusieurs propositions ont été abordées.

Dans un premier temps, la formation et la prévention des équipes sont indispensables pour ne pas être démunis face à des plaintes bucco-dentaires. Ainsi un examen de la cavité buccale serait intéressant à mettre en place lors des consultations de médecine générale ainsi qu'une motivation à l'hygiène bucco-dentaire. Faire, en cas de douleurs dentaires, une radiographie panoramique comme à la PASS 53L est une première piste d'amélioration. Cependant une radiographie panoramique est un examen complémentaire et ne devrait être prescrite par un professionnel de santé qu'après un examen clinique minutieux. Des douleurs dentaires ne justifient donc pas à elles seules cette prescription. De plus, une expertise est nécessaire pour lire le cliché et indiquer des extractions. C'est le cas de la PASS 53L qui collabore avec le service de stomatologie du centre hospitalier. Si le personnel était formé, lors de la première consultation, cela permettrait d'habituer les patients à prendre soin de cette sphère en commençant par une bonne hygiène. Notons que la pandémie de Covid 19, n'a pas amélioré les choses. En effet, avec le port du masque, la base du visage est occultée de l'examen médical et les soins, s'il n'y a pas de doléances, peuvent être encore retardés. L'éducation aux soins des patients doit également être faite.

Cela passe par leur expliquer et les responsabiliser au parcours de soins, au fait que les rendez-vous sont précieux et à l'importance d'y être assidu. Beaucoup pendant leur parcours migratoire ont été dupés. En arrivant en France ils ont une vision biaisée de la réalité des soins. L'éducation passe aussi par les chirurgiens-dentistes libéraux qui doivent être informés des droits auquel les demandeurs d'asile accèdent. Ainsi la discrimination dès la prise de rendez-vous pourrait être évitée et le fait de ne pas avoir de carte vitale ne serait plus un frein à l'accès aux soins.

Dans un second temps il devrait y avoir des services d'odontologie dans les hôpitaux. La création d'autres CSD dans la région serait bénéfique et les personnes pourraient plus facilement accéder aux structures de soins. Tout en continuant de former des étudiants, ils pourraient pallier au manque de chirurgiens-dentistes de la région. Il serait souhaitable de recruter des chirurgiens-dentistes encadrants qui viendraient quelques jours par mois. De plus à Nantes cela fonctionne assez bien car un accès aux soins d'urgence sans rendez-vous est possible. Cela correspond assez bien aux besoins de cette population à court terme. Prendre en charge les patients demandeurs d'asile est compliqué en libéral par les contraintes de temps et de rentabilité liés aux cabinets libéraux. Le manque d'assiduité a toujours entraîné les échecs des conventions entre PASS et cabinet libéraux. Quand leur statut de protection est acquis ils accèdent, au même titre que le reste de la population, aux hébergements et au monde du travail. Ils ont ainsi plus de ressources pour comprendre et adhérer au système de soins. Ainsi il est plus facile pour eux d'être assidus à leur rendez-vous. Plusieurs PASS montent actuellement des dossiers auprès de l'ARS pour ouvrir des fauteuils, c'est donc une amélioration en cours.

Ensuite, plusieurs associations et PASS dénoncent le délai de carence de trois mois avant l'ouverture des droits à la santé. Si ce délai n'existait pas, les personnes pourraient être prises en charge plus rapidement dans les cabinets libéraux et seraient de ce fait moins dépendantes des services hospitaliers.

De manière plus générale, dans les départements de Pays de la Loire il faudrait voir davantage de chirurgiens-dentistes s'installer. Dans les zones sous-dotées des associations existent déjà et effectuent un travail considérable. Il existe les MarSOINS qui font des bilans dentaires et de la prévention dans un camion mobile dans tout l'ouest (Saint-Nazaire, Chateaubriand, Brest et prochainement en Vendée et en Corse). Ils fournissent une liste de dentistes présents dans la zone géographique que les patients peuvent contacter mais qui ne peuvent pas toujours les accueillir. Lors de prise en charge prothétique complexe la coordinatrice peut faire une fiche « Mission Accompagnement Santé » qu'elle envoie à la Caisse Primaire d'Assurance maladie (CPAM). La CPAM rappelle les patients et les aide à trouver un praticien pour réaliser les soins. La situation devient très critique en Sarthe ou bien en Mayenne et à ce stade ouvrir un service dentaire à l'hôpital n'est pas suffisant, cela a été vérifié au Mans. Il manque de cabinets libéraux ou leur répartition n'est pas assez équitable sur le territoire français.

CONCLUSION

La santé bucco-dentaire est un élément essentiel de la santé globale de l'individu aussi l'accès aux soins dentaires est un droit fondamental. Pourtant comme nous avons pu le voir tout au long de cette thèse de nombreuses limites restreignent son accès aux demandeurs d'asile. Le manque de places d'hébergement dans les CADA et HUDA est un premier problème. Cela a pour conséquence d'exacerber le sentiment d'insécurité de ces personnes et la santé n'est alors pas leur priorité. Ensuite l'accès aux soins est limité par le délai de carence de trois mois existant avant l'ouverture de droits à la Puma et à la C2S. Ce délai a pour répercussion de fermer l'accès aux soins libéraux et de limiter la prise en charge médicale seulement en urgence et à l'hôpital. L'incohérence est que les hôpitaux n'ont pour la plupart ni service d'odontologie, ni chirurgiens-dentistes dans leurs équipes. Ainsi les douleurs dentaires ne sont pas traitées et l'état bucco-dentaire de ces patients continue de se dégrader. Une fois leurs droits sociaux ouverts ces patients quittent les circuits PASS. Ils doivent alors trouver un chirurgien-dentiste libéral pour entamer ou poursuivre leur prise en charge. À ce stade ils sont confrontés aux mêmes problématiques que le reste de la population, celui du manque de professionnels de santé et en particulier le manque de chirurgiens-dentistes. Cependant ils sont la plupart du temps dans une situation précaire et instable, ne leur permettant pas de faire face à ces difficultés. Il est donc essentiel de mettre en place des mesures pour améliorer leurs accès aux soins en général et bucco-dentaires en particulier.

Pour une intégration complète des demandeurs d'asile dans notre société, il est indispensable que ceux-ci aient une prise en charge médicale aussi complète que celle du reste de la population. Différents axes d'améliorations ont été abordés. Certains peuvent être mis en place à court terme comme faire appel à des associations déjà existantes faisant des bilans préventifs lors des premières consultations ou bien éduquer les patients au parcours de soins. Les autres axes d'améliorations concernent l'ouverture de centres de soins dentaires. Ces sont des démarches plus longues et beaucoup plus compliquées à mettre en place. Plusieurs PASS montent des dossiers afin obtenir des financements de l'ARS pour ouvrir des fauteuils dentaires. Une autre problématique émerge de cette thèse : celle du manque de professionnels de santé dans notre région. En effet, de nombreux praticiens désormais retraités n'ont pas été remplacés. Les praticiens nouvellement diplômés sont plus exigeants quant à leur implantation géographique et leur mode d'exercice. Tout cela conduit à une difficulté d'accès aux soins bucco-dentaires dans certaines régions en particulier dans les zones rurales pour l'ensemble de la population ligérienne, et plus particulièrement pour les demandeurs d'asile.

BIBLIOGRAPHIE

1. République Française. LOI n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile (1) [Internet]. 2015-925 juill 29, 2015. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000030949483>
2. République Française. Protection Subsidiaire (Articles L512-1 à L512-4) [Internet]. Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000042776163/2021-05-01>
3. Convention-relative-au-statut-des-apatrides_1954.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.unhcr.org/ibelong/wp-content/uploads/Convention-relative-au-statut-des-apatrides_1954.pdf
4. Ministère de l'intérieur. Guide du demandeur d'asile. sept, 2020.
5. France Terre d'Asile. Les principales données de l'asile en 2021 [Internet]. France Terre d'Asile. Disponible sur: <https://www.france-terre-asile.org/actualites/actualites-choisies/les-principales-donnees-de-l-asile-en-2021>
6. Préfet de la région Pays de La Loire. Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés. 2021.
7. Ministère de l'intérieur. Statistiques annuelles en matière d'immigration, d'asile et de nationalité [Internet]. Disponible sur: <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Actualites/Communiqués/Statistiques-annuelles-en-matiere-d-immigration-d-asile-et-de-nationalite>
8. Dictionnaire de français Larousse. Définitions : primo-arrivant - [Internet]. Larousse. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/primo-arrivant/186667>
9. Ministère de l'intérieur. Schéma national d'accueil des demandeurs d'asile et d'intégration des réfugiés 2021-2023. 2021.
10. Ministère de l'Intérieur. Un objectif de 100% de vaccinés des demandeurs d'asile et réfugiés précaires [Internet]. Ministère de l'Intérieur. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/actualites/communiqués/objectif-de-100-de-vaccines-des-demandeurs-dasile-et-refugies-precaires>
11. République Française. Correspondance des niveaux de langue [Internet]. Service-Public.fr. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34739>
12. rapport_dactivite_de_lofpra_-_2020.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_de_lofpra_-_2020.pdf
13. Action sociale. Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) : Tous les établissements de type Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) [Internet]. Action sociale. Disponible sur: <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/centre-accueil-demandeurs-asile--c-a-d-a---443.html>
14. NANTES : CADA ADOMA NANTES - Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) - Contacts et Informations [Internet]. ADOMA. Disponible sur: <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/centre-accueil-demandeurs-asile--c-a-d-a---443.html>

sociale.org/?p=centre-d-accueil-pour-demandeurs-d-asile-adoma-440051282&details=caracteristiques

15. Médecins du Monde. Centres de soin Caso [Internet]. Médecins du Monde. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/pays/france/centres-accueil-soins-orientation-caso>
16. République Française. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) [Internet]. Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=37144>
17. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation - MIGAC [Internet]. Santé.gouv. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/missions-d-interet-general-et-d-aides-a-la-contractualisation-migac/article/les-missions-d-interet-general-et-d-aides-a-la-contractualisation-migac>
18. Anguis et al. - 2021 - Quelle démographie récente et à venir pour les pro.pdf [Internet]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76_0.pdf
19. République Française. Les déserts médicaux : définition et mesures des pouvoirs publics [Internet]. Vie publique.fr. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/37859-deserts-medicaux-definition-et-mesures-des-pouvoirs-publics>
20. République Française. Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma) ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308>
21. Ministère des Solidarités et de la Santé. Complémentaire santé solidaire [Internet]. Complémentaire Santé Solidaire. Disponible sur: <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/>
22. République Française. Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ? [Internet]. Service-Public.fr. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>
23. CIRCULAIRE_DHOS_DSS_DGAS_2005-141 du 16 mars 2005_soins_urgents.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/CIRCULAIRE_DHOS_DSS_DGAS_2005-141%20du%2016%20mars%202005_soins_urgents.pdf
24. Imbert G. The Semi-structured Interview: at the Border of Public Health and Anthropology. *Rech Soins Infirm.* 2010;102(3):23-34.
25. Bailey J. First steps in qualitative data analysis: transcribing. *Fam Pract.* 1 avr 2008;25(2):127-31.
26. plaquette_d_information_asamla_1268749636523.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/plaquette_d_information_asamla_1268749636523.pdf
27. Oxfam International. Crise des réfugiés et migrants [Internet]. Oxfam International. 2022 Disponible sur: <https://www.oxfam.org/fr/decouvrir/domaines/crise-des-refugies-et-migrants>

28. Organisation Mondiale de la Santé. Santé et droits de l'homme [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

ANNEXES :

Annexe : Guide d'entretien de l'étude

THEME 1 : LA FILE ACTIVE			
Objectifs	Questions que nous souhaitons aborder	Questions qui seront posées	Destinataire
Connaitre le flux de patients quotidien et son évolution comparée aux précédentes années.	Combien de personnes sont reçues chaque jour dans les PASS / Associations ? S'il existe une augmentation ou une diminution par rapport aux années précédentes ?	Combien de personnes accueillez-vous chaque jour ? Comment ce nombre fluctue-t-il comparé aux années précédentes ?	Associations et PASS
Connaitre le statut des personnes prises en charge.	Combien sont demandeurs d'asile ?	Parmi les personnes reçues chaque année, quelles est la part de demandeurs d'asiles ? En dehors des demandeurs d'asile quels sont les statuts des autres personnes prises en charge ?	Associations et PASS
Avoir une description des personnes prises en charge	Age, sexe, origine géographique des populations ?	Quel est l'âge moyen d'une personne reçu ici ? Quel est la part d'hommes et de femmes reçu en moyenne ? D'où sont originaires les personnes reçues ?	Associations et PASS
Connaitre la visibilité des structures par les demandeurs d'asile.	Comment avez-vous connu l'association/ PASS ?	Quand et comment avez-vous connu l'association ? Quand et comment avez-vous connu la PASS? Ou vous êtes-vous tournés vers une autre structure de soins ?	Demandeurs d'asile

THÈME 2 : MODE DE FONCTIONNEMENT DE LA PASS/ASSOCIATIONS ET IMPORTANCE PORTÉE À L'ACCÈS AUX SOINS BUCCO-DENTAIRE			
Objectifs	Questions que nous souhaitons aborder	Questions qui seront posées	Destinataire
Connaître les types de professionnels présents dans les structures.	Quels sont les professionnels présents dans ces structures ? Médecin, infirmier, chirurgiens-dentistes, assistante sociale ? Ont-ils un poste à temps plein ou sont-ils dans d'autres services hospitaliers ou en libéral à côté de cette activité ?	Quels sont les différents métiers retrouvés dans la structure/ le service ? Les personnes travaillant dans la structure sont-elles à temps plein, temps partiel ou bien bénévoles ?	Associations et PASS
Connaître les principaux motifs de consultations des personnes accueillies.	Quels sont les motifs principaux de consultations des patients ? (Urgence, prise en charge médicale spécifique...)	Pour quels motifs les personnes s'orientent-elles vers ces structures ? Quels problèmes de santé vous amènent à consulter ?	Associations et PASS Demandeurs d'Asile
Connaître la prise en charge des soins bucco-dentaires.	Vers quelles structures vous tournez-vous pour vous faire soigner les dents ? Avez-vous déjà eu des refus de prise en charge ?	Vous êtes-vous déjà fait soigner les dents depuis votre arrivée en France ? Comment avez-vous trouvé un chirurgien-dentiste ? Avez-vous rencontré des problèmes lors de la prise en charge des soins dentaires ?	Demandeurs d'Asile
Savoir si un examen médical et buccodentaire est systématiquement réalisé à la 1 ^{ère} visite.	Un examen médical est-il réalisé systématiquement lors d'une première consultation ? Si oui y a-t-il un bilan buccodentaire de fait ? Si oui par qui est-il réalisé ?	Comment se déroule la 1 ^{ère} fois qu'un patient est pris en charge dans la structure ? Par qui est-il pris en charge ?	Associations et PASS
Savoir comment sont gérés les urgences dentaires et par la suite, les soins	Comment les urgences dentaires et la suite des soins sont gérées ?	Comment gérez-vous les urgences bucco-dentaires ? Vers qui adressez-vous les patients pour réaliser les	Associations et PASS

dentaires.		soins bucco-dentaires ?	
Connaitre le parcours de prise en charge médical d'une personne.	Quelles structures les prennent en charge avant et après l'ouverture de régime de protection ?	Vers qui ou quelles structures adressez-vous les patients avant et après l'ouverture de leur droit AME, PUMa, CSS ? Vers qui ou quelles structures adressez-vous les patients avant et après l'ouverture d'un régime de protection ?	Associations et PASS
Connaitre les obstacles à l'accès aux soins bucco-dentaires.	Quels sont les obstacles rencontrés à la prise en charge des soins bucco-dentaires ?	Existe-t-il des obstacles fréquemment rencontrés lors de la prise en charge des soins bucco-dentaires ? Lesquels ?	Associations et PASS et demandeurs d'asile

THÈME 3 : LIMITES DU SYSTÈME ACTUEL			
Objectifs	Questions que nous souhaitons aborder	Questions qui seront posées	Destinataire
Mieux connaître l'organisation des structures, ainsi que leurs moyens.	Quel est le budget dédié aux soins bucco-dentaires ? Qui les finance ? Ces structures sont-elles indépendantes ou pas ?	Quels sont vos moyens de financements ? Il y a-t-il un budget dédié à la prise en soins bucco-dentaires ? Êtes-vous rattachés à une autre structure ou un autre organisme ?	Associations et PASS
Connaitre les limites à l'accès aux soins bucco-dentaire.	Quels sont les limites au système actuel, quels obstacles sont fréquemment rencontrés (au niveau des patients comme des structures) ?	Quels obstacles rencontrés vous fréquemment dans la prise en charge des patients ? Selon vous, quels sont les limites au	Associations et PASS Associations et

		<p>système actuel ?</p> <p>Selon vous qu'est ce qui limite l'accès aux soins bucco-dentaires ?</p> <p>Si vous le pouviez, quelles sont les premières choses que vous changeriez pour faciliter l'accès aux soins bucco-dentaire ? Pourquoi ?</p>	<p>PASS</p> <p>Associations et PASS</p> <p>Demandeurs d'asile</p>
<p>Connaître les problématiques du terrain face au risque de discrimination</p>	<p>Discriminations lors de parcours de soins de patients.</p> <p>De la part de quelle structure/ professionnel de santé ?</p>	<p>Avez-vous été témoins de discriminations lors de parcours de soins de patients ?</p> <p>Si oui de la part de quelle structure/ professionnel de santé ?</p>	<p>Demandeurs d'Asile, PASS et associations</p>
<p>Connaitre les délais de la demande d'asile.</p>	<p>Depuis combien de temps avez-vous fait la demande d'asile ?</p>	<p>Quand avez-vous déposé votre demande d'asile ?</p>	<p>Demandeurs d'Asile</p>

THÈME 4 : AXES D'AMÉLIORATION			
Objectifs	Questions que nous souhaitons aborder	Questions qui seront posées	Destinataire
<p>Connaitre les axes d'amélioration de l'accès aux soins.</p>	<p>Quelles sont les points à améliorer ou à changer pour un meilleur accès aux soins ?</p>	<p>Selon vous qu'est ce qui permettrait une amélioration de l'accès aux soins bucco-dentaires ?</p>	<p>Demandeurs d'Asiles, PASS et associations</p>

NANTES UNIVERSITÉ
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE
D'ODONTOLOGIE

Vu le Président du Jury,

VU ET PERMIS
D'IMPRIMER

Vu le Doyen,

Pr Assem SOUEIDAN

RAIMBAULT (Mathilde) – Les axes d'amélioration de l'accessibilité au système de soins bucco-dentaire pour les demandeurs d'asile majeurs au sein des Pays de la Loire – 8tabl ; 28ref. (Thèse: Chir dent ; Nantes ; 2023)

RESUME : Chaque année des mouvements des populations sont entraînés par les nombreux conflits territoriaux et dans un futur proche par le réchauffement climatique. Des millions de personnes fuient ainsi leur pays d'origine pour sauver leur vie. A leur arrivée en France, la demande d'asile représente un parcours administratif qui peut s'avérer long et complexe. La prise en charge médicale n'est pas toujours aisée, et les soins bucco-dentaires y ont rarement leur place. Pourtant, une bonne prise en charge bucco-dentaire au plus tôt après leur arrivée sur le territoire permettrait d'intercepter les problèmes à leur début, réduirait les dépenses publiques et aurait un impact direct sur la santé globale des individus. Cette thèse présentera un état des lieux de la demande d'asile dans les Pays de la Loire puis une enquête sur l'accès aux soins dentaires dans la région. Elle proposera enfin des axes d'amélioration de l'accès à la santé bucco-dentaire pour les demandeurs d'asiles.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT :
Santé Publique

MOTS-CLÉ MESH :
Asylum seeker / Demandeur d'asile
Access to dental care / Accès aux soins bucco-dentaire
Permanent access to health care/ Permanence d'accès aux soins de santé

JURY :
Présidente : Professeure PEREZ Fabienne
Assesseur : Docteur ARMENGOL Valérie
Co-directeur : Docteur AMADOR DEL VALE Gilles
Directrice de thèse : Docteur DUPAS Cécile