



HAL
open science

Droits et accès aux soins dentaires des personnes migrantes en France

Lisa Atenza

► **To cite this version:**

Lisa Atenza. Droits et accès aux soins dentaires des personnes migrantes en France. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-04441822

HAL Id: dumas-04441822

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04441822>

Submitted on 6 Feb 2024

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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2021

Thèse n°

THESE

Pour le **DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 26/02/2021

par

Lisa ATENZA

**DROITS ET ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES DES
PERSONNES MIGRANTES EN FRANCE**

JURY :

Président : Monsieur Emmanuel NICOLAS, Professeur des Universités

Assesseurs : Madame Stéphanie TUBERT JEANNIN, Professeure des Universités

Madame Estelle MACHAT, Maître de Conférence des Universités

Madame Nelly GARNIER, Docteur en Chirurgie Dentaire

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2021

Thèse n°

THESE

Pour le **DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 26/02/2021

par

Lisa ATENZA

**DROITS ET ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES DES
PERSONNES MIGRANTES EN FRANCE**

JURY :

Président : Monsieur Emmanuel NICOLAS, Professeur des Universités
Assesseurs : Madame Stéphanie TUBERT JEANNIN, Professeure des Universités
Madame Estelle MACHAT, Maître de Conférence des Universités
Madame Nelly GARNIER, Docteur en Chirurgie Dentaire

**UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR ODONTOLOGIE
63000 CLERMONT-FERRAND**

<i>Président de l'Université</i>	:	Monsieur le Professeur Mathias BERNARD
<i>Directeur Général des Services</i>	:	Monsieur François PAQUIS
DOYEN DE L'UFR D'ODONTOLOGIE	:	Monsieur Emmanuel NICOLAS Professeur des Universités
VICE-DOYEN, Directrice des Études	:	Madame Marion BESSADET Maître de Conférences des Universités

LISTE DES PROFESSEURS

Professeurs des Universités – Praticiens hospitaliers :

Monsieur Pascal AUROY	- Prothèses
Monsieur Radhouane DALLEL	- Sciences Anatomiques
Monsieur Laurent DEVOIZE	- Pathologie et Thérapeutique Dentaires
Madame Sophie DOMEJEAN	- Odontologie Conservatrice, Endodontie
Madame Martine HENNEQUIN	- Odontologie Conservatrice, Endodontie
Monsieur Emmanuel NICOLAS	- Prothèses
Monsieur Thierry ORLIAGUET	- Sciences Biologiques
Madame Valérie ROGER-LEROI	- Sciences Biologiques
Madame Stéphanie TUBERT-JEANNIN	- Prévention, Épidémiologie
Monsieur Jean-Luc VEYRUNE	- Prothèses

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens hospitaliers :

Madame Marion BESSADET	- Prothèses
Monsieur Hervé BESSE	- Pédodontie
Madame Guillaume Jean BONNET	- Prothèses
Monsieur Didier COMPAGNON	- Prothèses
Monsieur Pierre-Yves COUSSON	- Odontologie Conservatrice, Endodontie
Monsieur Nicolas DECERLE	- Odontologie Conservatrice, Endodontie
Monsieur Christophe DESCHAUMES	- Pathologie et Thérapeutique Dentaires
Monsieur Jean-Christophe DUBOIS	- Prothèses
Madame Cindy LANCE	- Prothèses
Madame Christelle RICHARD	- Pédodontie
Madame Céline MELIN	- Sciences Anatomiques
Madame Estelle MACHAT	- Prévention, Épidémiologie
Monsieur Paul PIONCHON	- Sciences Anatomiques
Monsieur Dominique ROUX	- Odontologie Conservatrice, Endodontie

Professeur des Universités :

Monsieur Alain ARTOLA	- Neurosciences
-----------------------	-----------------

Maître de Conférences des Universités :

Madame Lénaïc MONCONDUIT	- Neurosciences
--------------------------	-----------------

Professeur de Lycée Professionnel

Monsieur Jean-Daniel ABSHILAVA	- Anglais
--------------------------------	-----------

Maîtres de Conférences des Universités Associés :

Monsieur Félix AUTISSIER	- Sciences de Gestion
Madame Anne DEPREUX	- Informatique et Pédagogie
Madame Merian NASSRA	- Sciences biologiques

REMERCIEMENTS

A M. Emmanuel NICOLAS

Je vous remercie d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Vos qualités pédagogiques et votre accessibilité ont été essentielles dans ma formation pratique et m'ont permis d'appréhender plus sereinement la prise en charge de mes patients.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Mme Stéphanie TUBERT

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Je me souviendrai de vos cours pour lesquels j'ai eu un intérêt certain mais également du soutien que vous m'avez apporté dans mes engagements syndicaux.

Soyez assurée de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Mme Estelle MACHAT

Je vous remercie de m'avoir encadrée et soutenue jusqu'au bout de ce travail, malgré mon inconstance et mon manque de motivation. Je ne vous remercierai jamais assez pour votre patience que j'ai soumise à rude épreuve et votre bienveillance à mon égard. Votre enseignement tout au long de ces années d'études fut précieux et m'aura beaucoup appris pour une pratique de la chirurgie-dentaire humaine et tournée vers tous.

Soyez assurée de mon profond respect et de toute ma gratitude et reconnaissance.

A Mme Nelly GARNIER

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Votre bienveillance, votre patience et votre pédagogie en Permanence de Soins ont été capitales dans ma progression pratique. Je vous remercie pour tous vos conseils et vos encouragements à mon égard.

Soyez assurée de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Une pensée pour les enseignants qui m'ont encadrée et pour lesquels je garde un souvenir précieux tant pour leur bienveillance, leur disponibilité et leurs conseils à mon égard : Dr Vautey, Dr Faulks, Dr Fournier, Dr Besse, Dr Gremeau-Richard, Dr Mathat, Dr Ouadghiri-Berthier, Dr Bonnet.

Hugo, mon frère de cœur, merci d'être toujours là, de m'avoir soutenue et aimée depuis nos 8 ans.

A Flora, merci de m'avoir soutenue et aidée quand j'en avais besoin, ces années d'études auraient été plus compliquées sans ta présence.

A Jeanne, sans toi ces études auraient été un enfer, soyons claires. Tu étais un petit rayon de soleil, merci pour tout. Pour ces journées à réviser, les fous rires, ton aide en TP et j'en oublie. J'espère encore longtemps voir notre amitié perdurer.

A Samuel, mon partenaire de vie, merci d'avoir été là, de m'avoir soutenue et aidée quand je doutais.

A mon frère et mes sœurs, Diego et Virginia, même si nous nous voyions peu, vous êtes des petits cœurs que j'adore, merci d'être vous. Alba, la joie que tu m'as apporté d'être tante est incomparable, merci pour ces jolis moments que tu m'as offerts avec Julia.

A mes parents, merci de m'aimer et d'avoir eu de l'ambition pour moi.

A mes copains de fac, Cyrielle, Léa, Alexis, Hakim, Camille, Jennifer et j'en oublie sûrement, merci pour les repas, soirées, TP passés ensemble. Ce fut un plaisir de vous côtoyer.

Table des matières

1. Introduction	2
2. Droit français concernant les migrants	3
2.1. Définitions et généralités	3
2.1.1. Terminologie	3
2.1.2. Les statuts légaux en France	4
2.2. Législation et administration française concernant l'entrée et le séjour	5
2.2.1. Droit d'entrée et de séjour des demandeurs d'asile	5
2.2.2. Spécificités concernant les mineurs	6
3. Accueil et prise en charge médico-sociale des migrants	7
3.1. Conditions d'accueil	7
3.1.1. Structures d'accueil	7
3.1.2. Personnels dédiés à l'accueil et l'accompagnement	11
3.2. Prise en charge en médico-sociale	11
3.2.1. Accès aux droits et aux soins	11
3.2.2 Document de synthèse sur la prise en charge bucco-dentaire en fonction de la couverture maladie	13
4. Discussion	15
5. Bibliographie	19

Table des illustrations

Tableau 1 : Typologie des dispositifs d'hébergement des personnes migrantes	10
Tableau 2 : Tableau des soins pris en charge en santé bucco-dentaires en fonction de la couverture maladie	14

1. Introduction

D'un point de vue purement démographique, près d'un habitant sur dix en France est né à l'étranger et les flux migratoires, du fait essentiellement de guerres et de situations économiques difficiles, se sont accentués. En effet, en 2018, 12,3% de la population française était née à l'étranger et 13,1% en moyenne dans les pays de l'Organisation de Coopération et Développement Économique (OCDE). Notamment, en 2019, la France enregistrait 154 620 demandes d'asile (dont 34 920 enfants) soit trois fois plus par rapport à 2010. (1)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) identifie la santé des populations migrantes comme une problématique de santé publique (2). Le plan OMS, Santé 2020, recommande de mettre en place des actions en santé en tenant compte de la vulnérabilité des populations migrantes et de leurs droits fondamentaux. En France, les études réalisées mettent en évidence des inégalités de santé liées à la situation de migrant : à un état de santé dégradé, qui serait lié au pays d'origine, s'ajoute un accès aux soins limité, conditionné par un cumul de freins spécifiques (accès aux droits sociaux non systématique, système de soin méconnu ou idéalisé, langue, isolement, représentations socio-culturelles de la santé, aspects financiers...). L'état de santé des migrants est considéré comme un véritable enjeu de santé publique : les conditions économiques et sociales sur le territoire français, pour certains migrants, l'aggrave encore (3,4). Les mouvements de migration varient notamment selon les situations politiques et ont un caractère imprévisible qui rend complexe l'étude des profils et des besoins de ces populations (3). Les données épidémiologiques disponibles ont cependant permis de mettre en évidence en France des problématiques de santé spécifiques aux primo-migrants, demandeurs d'asile ou réfugiés, avec des disparités selon le pays d'origine. Les taux de prévalence des maladies infectieuses (VIH, hépatites virales chroniques, tuberculose) sont significativement plus importants pour cette population par rapport au reste de la population. Les maladies cardio-vasculaires et le diabète sont les maladies chroniques les plus fréquemment identifiées au sein de ces populations. Les psycho-traumatismes associés à des syndromes anxieux et troubles psychosomatiques sont fréquents et majorés chez les personnes ayant déclaré avoir été exposées à des situations de violences dans leur pays d'origine, au cours de la migration ou sur le territoire d'accueil (3,5). D'après l'OMS (6), la santé bucco-dentaire des enfants migrants est identifiée comme étant moins bonne en comparaison à celle de la population générale du territoire d'accueil. Les pathologies orales semblent débiter ou s'aggraver sur le territoire d'accueil du fait des modes de vie précaires, d'une hiérarchisation des besoins, et de systèmes de soin décrits comme inadaptés voire discriminatoires (3,4,5).

Le caractère relativement non urgent de la prise en charge bucco-dentaire au regard des autres problèmes de santé, d'hébergement, etc. pourrait entraîner des retards de prise en charge importants impactant alors sur la suite des soins. Une étude datant de 2017 publiée par Santé Publique France, identifie que près d'un tiers (32%) des personnes ayant passé un bilan infirmier au sein des structures d'accueil du Grand Paris indiquait avoir des problèmes dentaires qui s'avèrent être les problèmes de santé les plus fréquents. 16% des

primo-arrivants déclaraient un problème de santé depuis plus de 6 mois et 17% parmi ces derniers en cumulaient deux (5).

Le manque d'encadrement au sein des structures d'accueil ne permet pas dans certains cas un accompagnement adéquat ; les personnes migrantes sont alors amenées à venir en soins seules. Enfin, du fait de l'implantation géographique de certaines structures d'accueil (7), les soins sont tout simplement freinés par le manque de praticiens dans la zone (8) ou de structures spécifiquement dédiées. Le manque de connaissances des praticiens quant au parcours administratif des patients, des délais pour l'obtention de certains papiers ainsi que le manque de connaissances des travailleurs sociaux et bénévoles associatifs concernant l'accessibilité aux soins dentaires peut également entraîner des malentendus et de l'incompréhension.

Le cadre légal français fixe les conditions d'accès aux soins en fonction des droits sociaux attribués aux personnes migrantes. L'obtention de ces droits dépend de la situation administrativement reconnue par l'État français. Ces situations sont multiples, complexes et évolutives. La méconnaissance des parcours administratifs par les soignants qui sont susceptibles de prendre en charge ces patients et donc de l'évolution possible de leurs droits en termes d'accès aux soins constitue un frein probable à l'accueil de ces patients. L'objectif de ce travail est de décrire le contexte français dans lequel les personnes migrantes sont accueillies en France et d'identifier leurs droits en matière de santé et d'accès aux soins, et en particulier aux soins dentaires dans ce pays.

2. Droit français concernant les migrants

2.1. Définitions et généralités

2.1.1. Terminologie

D'après l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, dans un rapport de février 2018 intitulé « La santé des migrants » (3) :

La terminologie relative aux personnes « migrantes », de nationalité étrangère, présente sur le territoire français nécessite d'être explicitée. En effet le terme générique « migrant » peut désigner l'une ou l'autre des situations ci-dessous :

- *Le terme « immigré » désigne une personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France, terme utilisé notamment en santé publique.*
- *« Un étranger » est une personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique.*

- « Un exilé » est une personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, terme évoquant notamment les conséquences psychologiques des migrations forcées.

- « Un demandeur d'asile » est une personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.

- « Un réfugié » est une personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordés par l'OFPRA (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la Commission des recours des réfugiés.

- « Un sans-papiers ou clandestin » est un étranger en séjour irrégulier, termes destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère légitime (attaches en France du « sans-papiers ») ou illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») de la présence de la personne.

L'utilisation, dans la suite de ce travail, du terme « migrant » inclut les demandeurs d'asile, les réfugiés et les personnes « sans-papiers », en situation irrégulière sur le territoire français.

2.1.2. Les statuts légaux en France

En France, les décisions en matière d'asile relèvent majoritairement de la convention de Genève du 28 juillet 1951 relative aux droits des réfugiés. Cependant, concernant l'immigration familiale, la protection s'opère via la Convention Européenne de sauvegarde et des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales. Par ailleurs, du fait de l'espace Schengen, l'Union Européenne a adopté et développé une politique de gestion des frontières et d'harmonisation entre les Etats membres en termes d'immigration et d'asile. Ainsi, la Convention de Dublin du 15 juin 1990 implique qu'un seul Etat membre de l'Union Européenne est compétent pour l'examen d'une demande d'asile réalisée sur le territoire de l'Union Européenne. Ce règlement a été précisé en 2003 puis en 2013 afin d'identifier l'Etat membre responsable de la demande. Il est donc admis que, sauf critères familiaux, le pays responsable de la demande d'asile est le premier où les empreintes digitales ont été enregistrées. En France, une personne dite « dublinée » est une personne qui doit rejoindre l'Etat où ses empreintes digitales ont été conservées afin de faire examiner sa demande d'asile. Néanmoins, et malgré l'existence d'un Régime d'Asile Européen Commun, il n'existe pas, au sein de l'Union Européenne de reconnaissance mutuelle des décisions d'asile ; ce régime commun est simplement harmonisé et correspond à une bonne coopération des institutions compétentes.

L'Office Français pour la Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) est l'organisme rattaché au ministère de l'Intérieur. Il est chargé d'examiner les demandes d'asile au sein du territoire français. L'OFPRA reconnaît deux types de situations donnant lieu à des réponses favorables à une demande d'asile :

- La qualité de réfugié ou apatride :
 - o Si la personne exilée est persécutée pour des raisons religieuses, raciales, d'identité de genre, de sexe, d'orientation sexuelle, de nationalité, d'appartenance à un groupe social ou politique dans son pays et ne peut ou ne veut pas se réclamer de la protection de ce pays. Il s'agit alors d'un asile conventionnel en référence à la Convention de Genève du 28 juillet 1951.

- Si la personne exilée est persécutée dans son pays en raison de son action en faveur de la liberté, de la démocratie au sein de son pays d'origine. Il s'agit alors d'un asile constitutionnel.
- Si la personne exilée a obtenu dans son pays la protection du Haut-Commissariat des Nations Unies, mais ne peut plus y rester.
- Le bénéficiaire d'une protection subsidiaire :
 - Si le statut de réfugié ne peut pas être délivré à la personne et qu'elle prouve qu'elle est exposée dans son pays : à la peine de mort ou l'exécution, la torture ou des peines ou des traitements inhumains ou dégradants, à des menaces graves et individuelles contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence qui peut s'étendre à des personnes sans considération de leur situation personnelle et résultant d'une situation de conflit armé interne ou international.

Le bénéficiaire d'une protection temporaire reste pour l'instant anecdotique puisqu'aucune personne en France n'en est bénéficiaire.

Une réponse défavorable peut faire l'objet d'un recours auprès de la Cour National du Droit d'Asile. Néanmoins, certaines demandes sont considérées comme irrecevables du fait de la procédure de Dublin : si la personne exilée dispose d'une protection subsidiaire ou du statut de réfugié encore effectif au sein d'un pays de l'Union Européenne ou du fait d'une demande de réexamen en l'absence d'éléments permettant une demande favorable. Une réponse défavorable entraîne un refus de séjour et une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF) notifiée par la préfecture compétente.

2.2. Législation et administration française concernant l'entrée et le séjour

2.2.1. Droit d'entrée et de séjour des demandeurs d'asile

Les personnes migrantes en France sont soumises au Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile (CESEDA) (9). Ce Code comprend un certain nombre de lois, décrets et règlements et se réfère à des articles du Code du travail et du Code de justice administrative, mais nous nous attarderons simplement ici sur les articles qui nous intéressent dans le cadre de ce travail de thèse.

L'entrée et le séjour sur le territoire français sont soumis aux articles de L.211-1 à L.211-10 (9). Il faut alors avoir réalisé certaines démarches et répondre à des critères précis pour entrer et/ou obtenir un visa de plus de 3 mois sur le territoire.

Les personnes migrantes demandant l'asile, dans la plupart des cas, n'ont pas réalisé ces démarches et ne répondent pas aux critères demandés. Les articles de L.221-1 à L.221-6 (9) prévoient alors un maintien en zone d'attente ne pouvant excéder une durée de 4 jours (bien que des prolongations soient possibles jusqu'à un maintien de 26 jours conformément aux articles L.221-2, L.222-1 et L.222-2 (9)), temps strictement

nécessaire pour évaluer si la demande relève ou non de la compétence de l'Etat français. La zone d'attente est comprise entre les points d'embarquement et de débarquement et entre ceux où sont effectués les contrôles des personnes. Elle peut inclure un ou plusieurs lieux d'hébergement assurant aux étrangers concernés des prestations de type hôtelier.

D'après l'article L.224-1 (9), la sortie de la zone d'attente aboutit soit à une expulsion, soit à un transfert selon la convention de « Dublin III », soit à la délivrance d'un visa de régularisation d'une durée de 8 jours, délai durant lequel la personne migrante doit faire une demande auprès de la préfecture d'une attestation de demande d'asile (article R.741.1 (9)). Dès la sortie de la zone d'attente, la personne migrante peut alors être hébergée dans des dispositifs d'accueil pour personnes en demande d'asile ou réfugiés (article L.744-3 (9))

La demande, en préfecture, doit se faire via le biais d'une Structure de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile (SPADA) pour la fixation d'un rendez-vous (article R.741-2 (9)) au niveau du Guichet Unique de Demandeurs d'Asile (GUDA). Cela lui donne droit, dans un second temps, à un entretien avec un agent de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) qui cherchera alors des solutions d'hébergement si la personne n'est pas déjà hébergée. Cette attestation de demande doit être renouvelée tous les mois jusqu'à obtention d'une réponse de la part de l'OFPRA, ou en cas de demande de réexamen de la demande. Une fois l'attestation de demande d'asile obtenue, la personne exilée dispose d'un délai de 21 jours (article R.723-1 (9)) pour compléter le formulaire de demande d'asile auprès de l'OFPRA.

Il est à noter que, d'après l'article L.311-4 (9), la détention de cette attestation « autorise la présence de l'étranger en France sans préjuger de la décision définitive qui sera prise au regard de son droit au séjour » mais sauf exceptions prévues par loi ou règlement, ces attestations n'autorisent pas à exercer une activité professionnelle.

2.2.2. Spécificités concernant les mineurs

On distingue les mineurs non accompagnés (MNA) et les mineurs accompagnants. Dans les deux cas, ils font l'objet d'une évaluation de vulnérabilité par l'OFII afin de déterminer les besoins particuliers en termes d'accueil (article L.744-6 (9)).

Concernant les mineurs accompagnants, une preuve de la filiation via des documents officiels ou via des empreintes génétiques doit être fournie (article L-111-6(9)). D'après l'article 741-1 (9), « lorsque la demande d'asile est présentée par un étranger qui se trouve en France accompagné de ses enfants mineurs, la demande est regardée comme présentée en son nom et en celui de ses enfants. Lorsqu'il est statué sur la demande de chacun des parents, la décision accordant la protection la plus étendue est réputée prise également au bénéfice

des enfants. Cette décision n'est pas opposable aux enfants qui établissent que la personne qui a présenté la demande n'était pas en droit de le faire. »

Concernant le MNA, le maintien en zone d'attente n'est possible que de manière exceptionnelle (article L.221-1(9)). Le procureur de la République est avisé immédiatement par l'autorité administrative et désigne un administrateur ad hoc assurant la représentation du mineur (article L.221-5 (9)). La mission de l'administrateur ad hoc prend fin dès le prononcé d'une mesure de tutelle et le président du conseil départemental est informé afin « d'évaluer la situation du mineur sans représentant légal et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur a besoin » (article L.741-3 (9)). Des structures sont spécifiques à son accompagnement bien que le manque de places puisse générer un hébergement en urgence de type hôtelier sans suivi poussé de la part de l'Aide Sociale à l'Enfance d'après le rapport « Dans l'intérêt supérieur de qui ? Enquête sur l'interprétation et l'application de l'article 3 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant dans les mesures prises à l'égard des mineurs isolés étrangers en France » (10).

De plus, d'après l'article L.311-9 (9), une personne migrante arrivant sur le territoire entre 16 et 18 ans doit s'engager, sauf cas particuliers, dans un parcours personnalisé d'intégration républicaine comprenant un accompagnement et une aide à l'orientation professionnelle, des formations civiques et linguistiques.

3. Accueil et prise en charge médico-sociale des migrants

3.1. Conditions d'accueil

3.1.2. Structures d'accueil

La majorité des structures d'accueil est sous la tutelle du ministère de l'intérieur. Elles sont donc financées par la ligne budgétaire asile et immigration. Les responsables financiers sont très souvent des organismes privés à but non lucratif (associations loi 1901), qui assurent les missions prévues par convention sur financements publics provenant de l'État. Il existe aussi une société d'économie mixte gestionnaire de structures d'accueil : ADOMA.

D'après l'article L.744-2 (9), « le schéma national d'accueil des demandeurs d'asile et d'intégration des réfugiés fixe la part des demandeurs d'asile accueillis dans chaque région ainsi que la répartition des lieux d'hébergement qui leur sont destinés » et un schéma régional est établi par le représentant de l'Etat dans la région.

Depuis 2015, le Dispositif National d'Accueil des migrants s'est complexifié. En effet, en plus des Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA), des Accueils Temporaires-Service de l'Asile (AT-SA) et

des Hébergements d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (HUDA), d'autres types d'hébergements ont été créés dans un objectif d'accueil et d'accompagnement mais également dans un objectif de contrôle et d'expulsion des personnes migrantes. Cependant, il est à noter que même si en 2018 il était dénombré 85 055 places, la Cour des Comptes estime qu'en septembre 2019, seuls 47% des demandeurs d'asile étaient hébergés (1).

Parmi les dispositifs d'hébergement on peut en distinguer quatre grands types :

- **Les dispositifs de tri des migrants** comprennent les Centres d'Accueil et d'Examen de Situation administrative (CAES) ainsi que les Centres de Pré-Orientation qui sont une spécificité de l'Ile-de-France (CPO). Ce sont des dispositifs permettant un hébergement et un examen administratif afin de diriger rapidement les personnes vers les centres adaptés. Les Centres de Premier Accueil (CPA) concernent les migrants arrivant en Ile-de-France avec un examen de la situation administrative dans les 3 jours.
- **Les hébergements de transit** comprennent les Centres d'Accueil et d'Orientation (CAO), au départ créés pour évacuer les personnes migrantes de Calais mais utilisés aujourd'hui pour évacuer les campements parisiens ainsi que les que les Centres d'Hébergement d'Urgence pour Migrants (CHUM), spécifiques également à l'Ile-de-France pour une réorientation vers les CPA.
- **Les dispositifs d'accueil pour personnes en demande d'asile ou réfugiés** comprennent les Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA), les Hébergements d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (HUDA), les Accueils Temporaires-Service de l'Asile (AT-SA), les Centres Provisoires d'Hébergement (CPH) destinés spécifiquement aux réfugiés statutaires et les Programmes d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile (PRAHDA). Les PRAHDA sont mixtes concernant leurs rôles puisqu'ils accueillent et accompagnent les demandeurs d'asile en attente d'enregistrement, ceux en cours et en sortie de procédure, mais également les personnes dublinées assignées à résidence.
- Enfin, il n'existe qu'un seul type de **dispositif de surveillance à visée d'expulsion**, les Dispositifs de Préparation Au Retour (DPAR) qui ont un rôle de surveillance puis d'expulsion des personnes assignées à résidence sous OQTF ou dublinées. (11)

Ainsi, en France, les demandeurs d'asile transitent entre différentes structures de leur arrivée jusqu'à un aboutissement de leur demande d'asile ou un déboucement.

L'OFPRA (12) indique qu'une demande d'examen de situation peut durer jusqu'à 6 mois dans le cadre d'une procédure normale et peut être prolongée de 9 mois si la situation est complexe ou qu'un grand nombre de demandeurs d'asile est arrivé en même temps sur le territoire, voire de 3 mois supplémentaires si l'examen de la demande le nécessite. Du fait de l'obligation de rester dans la région sur la durée d'examen de la demande (article L.744-2 (9)), l'hébergement en CADA, AT-SA et PRAHDA assure ainsi une relative stabilité aux demandeurs d'asile.

Par ailleurs, l'hébergement en CADA peut être effectif légalement jusqu'à 6 mois après l'obtention du statut de réfugié et dans les faits, il s'avère qu'en 2018, 9% des personnes présentes en CADA avaient dépassé cette durée légale (1). On peut également prendre en compte les chiffres d'ADOMA (13), organisme gestionnaire des AT-SA au niveau national, la durée moyenne de séjour était de 18,9 mois en 2013 en leur sein.

Ces différents dispositifs sont présentés dans le Tableau 1 (11)

Typologie des dispositifs d'« hébergements » des personnes migrantes-accueil/transit/contrôle/expulsion : comment s'y retrouver ?

					janvier-2018	
Dispositif	Acronyme	Signification	Description, public concerné	Cadres légaux (et infra légaux)	Nombre de places / localisation / principaux opérateurs	Financement / Prix de journée par personne et par jour
Dispositif de tri de migrants	CAES	centre d'accueil et d'examen de situation administrative	Dispositif combiné : hébergement et examen administratif. Puis orientation rapide vers un centre adapté à la situation administrative	Article L 744-3-3 CESEDA Circulaire du 4 décembre 2017 relative à l'évolution du parc d'hébergement	415 places : 3 centres dans les Hauts de France; généralisation avec 2.200 PLACES en 2018	BOP 303 prix de journée : 25€ c
	CPO	centre de pré-orientation	Idem CAES, mais spécificité francilienne		250 places Espérier 95 (Patinoire de Cergy)-	
	CPA	centre de premier accueil	Personnes arrivant à Paris (sauf Débutées) Examen de situation administrative obligatoire trois jours après au CESA (devenu GUIDA bis)	CPA : art L 345-2 2CASF + convention tripartite Mairie de Paris, Etat, Emmaüs	800 places hommes et 400 femmes, Emmaüs solidarité (Paris, La Chapelle et Ivry)-	DRHIL (BOP 177) + Mairie de Paris* (prix de journée : non connu)
Hébergement de transit	CAO	Centre d'accueil et d'orientation	Créer pour l'évacuation des migrants du Calais et utilisé désormais pour les évacuations de campements parisiens	L 744-3 2°CESEDA Charte de fonctionnement -juillet 2016	10 000 places environ hors IDF, (en voie de transformation en CAES pour 2 000 places)	BOP 303 prix de journée : 24 euros
	CHUM	Centre d'hébergement d'urgence pour migrants	Spécificité francilienne Migrants évacués des campements parisiens et orientation via les CPA	L 345-2-2 CASF Vade-mecum - septembre 2016	10 000 places environ en IDF EMMAUS, AURORE, France Horizon...	DRHIL —BOP 177 Prix de journée : 30 à 60€
Dispositifs d'accueil pour personnes en demande d'asile ou réfugiées	CADA	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile	Hébergement et accompagnement des demandeurs d'asile en cours de procédure normale.	L 744-3-1 CESEDA et L 348-1 du CASF	40 450 places ADOMA : 7 106 s ; COALLIA, 5 713 ; FTDA : 4 679 ; Forum réfugiés : 1288 ; CRF : 177 ; Groupe SOS : 1084,	BOP 303 Prix de journée 19,50€
	HUDA	Hébergement d'urgence pour demandeur d'asile	Hébergement et accompagnement des demandeurs d'asile. <i>Public prioritaire : procédures accélérées</i>	Article L 744-3 2° du CESEDA Circulaire du 4 décembre 2017 1	21 000 places (dont 7 000 stables) ADOMA, Coallia et autres structures	BOP 303 Prix de journée 17€
	AT-SA	Accueil temporaire service de l'asile	Hébergement et accompagnement des demandeurs d'asile. <i>Public prioritaire : procédures accélérées</i>	Article L 744-3 2° du CESEDA Appel à projets – 29 juillet 2015	5776 places: ADOMA et autres structures	BOP 303 Prix de journée 15,65€
	CPH	Centre provisoire d'hébergement	Accueil et accompagnement de personnes réfugiées et de bénéficiaires de la protection subsidiaire <i>Public prioritaire : procédures accélérées</i>	Article 349-1 et suivant du Code de l'action sociale et des familles	2279 places COALLIA 439 ; FTDA 309DPHRS : 400; Forum réfugiés 173 ...	BOP 104 intégration Prix de journée 25€
Dispositif de surveillance à visée d'expulsion	PRAHDA	Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile	Accueil et accompagnement mélangé de demandeurs d'asile en attente d'enregistrement, en cours de procédure+ dublinés assignés à résidence	L 744-3 2° du CESEDA Marché public du ministère de l'intérieur, sept 2016	5351 places : situées souvent dans d'anciens hôtels formule 1. ADOMA opérateur unique	BOP 303 prix de journée : 15€
	DPAR et centre assignation Dublinés	Dispositif de « préparation au retour »	Surveillance et expulsion des personnes assignées à résidence sous OQTF ou décisions de transfert Dublin	circulaire du 17 juillet 2015 «	Actuellement au nombre de 7. (557 places) Moselle, Rhône, Paris, Seine –Saint-Denis, Bouche du Rhône. Adoma, Rose des Vents, accueil sans frontière 67, ADRIM. Généralisation prévue dans chaque région en 2018	BOP 303 Prix de journée 24€

3.1.2. Personnels dédiés à l'accueil et l'accompagnement

Bien qu'il soit difficile d'obtenir des informations récentes et exhaustives à l'échelle nationale, en décembre 2019, La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees) a rédigé une synthèse sur le personnel des centres d'hébergement pour adultes et familles en difficulté sociale permettant d'obtenir des chiffres concernant les CADA et AT-SA (14).

En 2016, les chiffres indiquent que les personnels travaillant au sein des structures d'accueil ont pour la moitié d'entre eux une fonction éducative, pédagogique ou sociale (éducateurs spécialisés, surveillants de nuit, assistants de services sociaux, moniteurs-éducateurs, animateurs sociaux, conseillers en économie sociale et familiale). A contrario, il y a peu de personnel médical ou paramédical (4% des Equivalent-Temps-Plein). En termes de taux d'encadrement, le rapport évalue de 5 à 7 ETP pour 100 personnes hébergées au sein des CADA et AT-SA, sachant que ce taux est en diminution constante depuis 2008. Néanmoins il est à noter que 53% des CADA et 40% des AT-SA bénéficient de l'aide régulière de bénévoles mais dans le domaine de l'éducation et de l'animation.

Cependant, depuis janvier 2016, la loi de modernisation du système de santé a inscrit la médiation en santé dans le Code de la Santé Publique (15) (Art. L. 1110-13) et en octobre 2017, la Haute Autorité de Santé, a mis en place un référentiel de compétences pour la fonction de médiateur en santé (16). Il a pour rôle essentiel l'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins pour les populations éloignées du système de santé, en prenant en compte leurs besoins spécifiques. A ce titre, les personnes migrantes font partie des populations ciblées.

Néanmoins, la formation étant de 2 ans, et la profession reconnue dans le Code de la Santé Publique depuis seulement 2016, le nombre de médiateurs en santé semble faible et il est difficile d'avoir des chiffres et du recul à l'échelle nationale. Par ailleurs les données que nous pouvons avoir via des actions pérennes de médiation à la santé relèvent en grande majorité d'actions menées auprès de la communauté des gens du voyage et ROM et donc pas au sein de structures dédiées à l'accueil et l'accompagnement des demandeurs d'asile (17, 18).

3.2. Prise en charge médico-sociale

3.2.1. Accès aux droits et aux soins

D'après l'article R-744-6-1 (9) du CESEDA, pendant la durée de l'hébergement dans une structure dédiée, les demandeurs d'asile doivent avoir accès à des prestations d'accompagnement administratif, juridique, sanitaire et social. L'information sur les soins de santé et la facilitation d'accès aux services de santé afin d'assurer un suivi de santé adapté aux besoins ainsi qu'un accompagnement dans les démarches d'ouverture des différents droits sociaux font partie de ces prestations fournies.

L'article L.744-9 (9) prévoit le versement ordonné par l'OFII d'une Allocation pour Demandeur d'Asile (**ADA**) s'il satisfait à des conditions d'âge et de ressources, et après l'acceptation des conditions matérielles d'accueil proposées. Le barème est défini par décret en fonction des ressources de l'intéressé, de son mode d'hébergement, des éventuelles prestations offertes par son lieu d'hébergement et du nombre d'adultes et d'enfants l'accompagnant.

Concernant l'accès à une couverture maladie, le décret n°2019-1531 du 30 décembre 2019 modifie le Code de la Sécurité Sociale (19) (article D.160-2) pour l'accès à la Protection Universelle Maladie (PUMa) et la Complémentaire Santé Solidaire (CSS plus connu sous le nom de CMU-c) et la Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020 (article 264) modifie le Code de l'Action Sociale et des Familles (20) (L251-1) pour l'accès à l'Aide Médicale d'Etat (AME)

Désormais, les demandeurs d'asile doivent attendre 3 mois de résidence sur le territoire français pour pouvoir effectuer leur demande d'accès à la PUMa et la CSS (sauf pour les mineurs accompagnants et les MNA). Des soins d'urgence peuvent être délivrés dans le cadre du Dispositif des Soins Urgents et Vitaux (DSUV) durant cette période de 3 mois (Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020 (article 265) - L254-1 CASF (20)).

Pour les personnes en situation irrégulière (sans titre de séjour, document attestant de démarche en cours ou récépissé de demande), la demande d'AME n'est possible qu'au bout de 3 mois de résidence stable sur le territoire français (sauf mineur).

L'accès au **DSUV** requérait auparavant un refus d'admission à l'AME pour les demandeurs d'asile, le décret du 30 décembre 2019 (19) a mis fin à cette condition. Le DSUV prend en charge complètement et sans avance de frais les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé ou de celui d'un enfant à naître (les soins dentaires d'urgence font donc parti du dispositif), les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité, tous les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né ; les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical) et les soins dispensés à des mineurs. Néanmoins ce dispositif ne peut s'appliquer qu'en établissement de santé publique ou privé et donc pas en cabinet libéral.

L'accès à l'**AME** implique une prise en charge à 100% par l'assurance maladie et dispense d'avance de frais pour tout soin sans dépassement d'honoraires, néanmoins un certain nombre de soins en sont exclus (soins prothétiques en odontologie par exemple). Peuvent en bénéficier le conjoint, concubin ou partenaire lié par PACS ainsi que les enfants de moins de 16 ans et jusqu'à 20 ans s'ils font des études. L'AME est effective dès lors que la demande a été acceptée sous présentation d'une carte auprès des professionnels de santé pour une durée de 1 an, renouvelable à compter de la date de dépôt de la demande.

L'accès à la **PUMa assortie de la CSS** implique la prise en charge sans avance de frais de la plupart des soins sous certaines conditions. Un professionnel de santé pratiquant des dépassements d'honoraires ne peut alors le faire que pour une somme définie et plafonnée par la sécurité sociale. Par ailleurs, concernant les soins dentaires, la prise en charge complète via la PUMa et la CSS des soins n'est applicable que dans le cadre de soins entrant dans le « Panier de soins CSS ». Ainsi certaines prothèses (implant, couronne, facette, inlay-onlay céramique) ne sont pas prises en charge dans le cadre de cette couverture maladie. Un mineur accompagnant demandeur d'asile présente la qualité d'ayant-droit jusqu'à ses 16 ans au moins et 18 ans au plus, néanmoins étant donné le délai de carence de 3 mois qui lui est non applicable, le mineur accompagnant pourra tout de même se voir ouvrir des droits avant ce délai. Cette couverture est effective 1 an, incompressible et renouvelable. Les délais d'obtention de la CSS peuvent durer jusqu'à 3 mois (art L.861-5 CSS (19)) et des soins dentaires ne sauraient justifier a priori une admission immédiate. Il n'y a pas de rétroactivité possible, le droit est ouvert au premier jour du mois qui suit la date de décision d'accord (art. L 861-6 CSS (19)).

3.2.2 Document de synthèse sur la prise en charge bucco-dentaire en fonction de la couverture maladie

Les deux premières parties de ce travail ayant été de décrire la situation législative et la prise en charge médico-sociale des migrants en France, il s'agit désormais de produire un document de synthèse à l'attention des étudiants et praticiens.

Ce document a pour double objectif de rappeler aux étudiants et praticiens les éléments essentiels à la prise en charge des patients concernés (sans couverture, AME ou CSS) et de servir de support de vulgarisation à l'attention des patients eux-mêmes ou des proches, bénévoles, travailleurs sociaux les accompagnant. (21)

Les informations sont synthétisées dans le Tableau 2 ci-dessous.

Tableau des soins dentaires pris en charge en fonction de la couverture maladie du patient

	Justificatif	Soins conservateurs/Chirurgie ODF	Soins prothétiques	Où peut-on réaliser les soins ?	Quels recours ? Quels délais ?
Aucune couverture	∅	URGENCE* «vitale» seulement *Dans le cadre du Dispositif de Soins Urgents et Vitaux	∅	Hôpital (avec Permanence d'Accès aux Soins de Santé), association/bénévolat	Si situation <u>en cours</u> de régularisation ou <u>situation régulière</u> : <u>délai de 3 mois</u> avant obtention de la <u>CSS</u>
Aide Médicale de l'Etat AME	Carte AME ou Attestation papier ⚠ Date de validité	SC (sauf inlay-onlay) ✓ Extraction ✓ ODF ✗	∅	Hôpital, association/bénévolat, libéral	Possible évolution de la situation vers obtention <u>CSS</u> si <u>régularisation de la situation</u> Validité : 1 an renouvelable
Complémentaire santé solidaire CSS	Carte vitale à jour ou Attestation papier ⚠ Date de validité 👍 Pour les mineurs non accompagnés, Attestation CSS = consentement aux soins du responsable légal	SC (sauf inlay-onlay) ✓ Extraction ✓ ODF** ✓ *Jusqu'à 16 ans et 6 mois *Un formulaire est à compléter avec le praticien et à envoyer à l'Assurance Maladie	Prothèse fixe Implant ✗ Inlay-onlay céramique/facette ✗ Inlay-onlay résine ✓ CCM/CC monolithique : incisive → 1 ^{ère} PM ✓ Couronne zircono : 2 ^{ème} PM ✓ CCA : molaire ✓ Bridge ✓ Prothèse amovible PAP résine de transition ✓ Réparation/adjonction ✓ PAP/PTA définitive châssis métallique ✓ PAP > 9 dents /PTA définitive résine ✓	Hôpital et libéral	👍 Validité : 1 an incompressible et renouvelable ⚠ Si prise en charge d'un <u>demandeur d'asile</u> : réalisation de la <u>totalité</u> des soins idéalement dans les <u>6 mois</u> car mobilité fréquente du patient

4. Discussion

Ce travail a permis de décrire la situation législative, la prise en charge médico-sociale des migrants en France, et de produire un document récapitulatif des principaux droits en termes d'accès aux soins dentaires.

Nous pouvons constater, qu'en fonction de la situation de la personne migrante, en irrégularité ou non, le système de santé français ne permet pas la même prise en charge. Néanmoins, lorsque la présence sur le territoire est légale, une personne migrante sera intégrée, sans distinction au système de soins lui permettant ainsi, en théorie, une prise en charge suffisante et adaptée. En théorie, car s'il existe des infrastructures de soins (privées ou publiques) pouvant accueillir ces patients, leur existence-même ne suffit pas à un recours aux soins adapté. En effet plusieurs freins spécifiques à ces populations peuvent être identifiés, le lien entre la situation sociodémographique et l'état de santé des personnes migrantes est plus marqué que pour les personnes non-migrantes (22).

Premier frein et qui apparaît comme majeur : un frein communicationnel et culturel. Une revue systématique de la littérature concernant des études allemandes (23) indiquait que deux études identifiaient la langue et plus largement les différences culturelles comme une raison au non recours aux soins des personnes migrantes. La perception/supposition d'un manque de compréhension vis-à-vis des différences culturelles semblerait freiner ces patients dans leur parcours de soins. Une autre revue systématique de la littérature, anglophone (24) concernant l'accès aux soins de personnes migrantes non anglophones indiquait ces mêmes barrières : linguistiques et culturelles. Elle indiquait également une difficulté à trouver des interprètes, difficulté identifiée dans certaines études. De plus, une étude récente dirigée par le Département des Statistiques, des Études et de la Documentation (25) indique que 35% des primo-arrivants déclarent une impossibilité ou une très grande difficulté dans la compréhension orale (de l'ordre de 30% à l'écrit). Si le pays d'origine est non francophone, ces pourcentages sont de l'ordre de 57% à l'oral et 46% à l'écrit. Ces données ne concernent que l'immigration légale mais on peut, avec de tels pourcentages d'incompréhension et en lien avec ces deux revues, fortement supposer que la barrière de la langue puisse être un frein dans la réalisation des soins bucco-dentaires auprès des populations migrantes. En effet, cette problématique ne peut pas être résolue systématiquement par la mise à disposition d'un interprète, ces prestations coûtant cher à la structure et les interprètes à disposition étant peu nombreux. L'incompréhension qui en résulte, combinée aux différences culturelles peut entraîner un retard de soins voire un refus de soins alors même que les soins sont nécessaires, y compris lorsqu'il s'agit des mineurs accompagnants. Par ailleurs, cette barrière peut être à l'origine d'incompréhensions également de la part du chirurgien-dentiste quant à la ponctualité ou la présence effective en rendez-vous du patient. Une revue systématique de la littérature concernant la santé bucco-dentaire (26) a pu montrer qu'un niveau d'acculturation et de pratique de la langue du pays d'accueil plus important était lié à des visites chez le dentiste plus fréquentes ainsi qu'à des connaissances plus complètes, un comportement plus sain et un meilleur état de santé bucco-dentaire. On peut également noter que ce problème

communicationnel est appuyé par la perception du corps médical d'un manque de confiance de la part des patients et donnant lieu à une peur d'être accusé de racisme d'après 2 études référencées dans une revue systématique de la littérature (27).

Deuxième frein lié au premier : un frein informationnel. Du fait de la méconnaissance du système de soins et des droits associés auxquels les personnes migrantes auraient droit ainsi que de la barrière linguistique, le recours aux soins est retardé (28). Il est par ailleurs suggéré dans une revue systématique de la littérature concernant la fréquentation des services d'urgence (29), qu'une fréquentation accrue comparativement à la population non migrante serait en partie due à un manque d'information sur l'accessibilité aux soins en général. Une revue systématique concernant l'accès aux soins des personnes migrantes sans-papiers au sein de l'Union Européenne (30) indique également que le manque de connaissances à la fois de la part des patients et des praticiens sur la légalité de la prise charge, la peur d'être dénoncé (même s'il peut n'y avoir aucune obligation), le manque de documentation et lignes directrices sur la qualité d'urgence du soin sont à l'origine d'un faible recours aux soins.

Troisième frein spécifique car il concerne les personnes migrantes en situation irrégulière ou les personnes migrantes nouvellement arrivées sur le territoire : un frein financier. Bien qu'en France il existe un système de soins permettant de couvrir certaines personnes migrantes, celles en situation d'irrégularité en sont exclues et n'ont droit qu'à l'AME, et ce sous un délai de trois mois. De plus, la preuve de résidence en France étant dans beaucoup de cas compliquée à obtenir, l'assurance d'obtenir l'AME n'est pas toujours évidente. Si immigration n'est pas forcément synonyme de précarité nous pouvons tout de même signaler que d'après les données du Département des Statistiques, des Études et de la Documentation (31), la catégorie socio-professionnelle des personnes migrantes est ouvrière dans 32% des cas. Bien que ces données concernent également l'immigration légale, on peut tout de même supposer que la catégorie socio-professionnelle des personnes migrantes en situation irrégulière est relativement similaire, tout en sachant par ailleurs, qu'elles n'ont pas le droit de travailler légalement sans papiers. Dans ces conditions on peut donc fortement supposer que, concernant les soins prothétiques en chirurgie-dentaire, leur accessibilité soit restreinte d'un point de vue financier. Par ailleurs, malgré les différents systèmes de santé, à l'échelle européenne, une revue précédemment citée (28) fait apparaître le coût et l'impact financier des soins dentaires comme un frein au recours aux soins en Allemagne et en Suède. De plus, la revue systématique sur les personnes migrantes sans-papiers également citée précédemment (30) indique bien le facteur financier comme un obstacle aux soins et l'accès aux soins dentaires y est signalé comme limité dans différentes études.

Un quatrième frein a été identifié dans la littérature : un frein social. En effet, l'isolement social et le manque de support social limitent l'accès aux soins (24). De plus, d'après une autre étude portant sur l'impact d'un soutien social sur la santé bucco-dentaire concernant les minorités ethniques et les personnes migrantes (26), le soutien social permettrait un recours aux soins dentaires plus régulier et serait lié à une présence de lésions carieuses en bouche moindre, que ce soit pour les enfants ou les adultes. Il aurait par ailleurs un impact

positif quant à la prise en charge des enfants, les mères soutenues étant plus amenées à prendre des rendez-vous chez le dentiste pour leur enfant. Enfin, il apparaît que celui-ci serait avantageux sur les connaissances et les comportements en termes de santé bucco-dentaire. Le soutien social le plus efficace identifié concernant le recours aux soins est le soutien de la famille et des amis, cependant.

Le frein éducationnel est mentionné également à plusieurs reprises (28, 29), de plus au sein même de la population des migrants, le genre féminin, le fait d'être mineur ou d'avoir un handicap constitue un frein supplémentaire. Ces personnes sont en effet plus susceptibles de subir des violences (30,32). Les interprètes sont par ailleurs généralement de genre masculin (33), créant ainsi une potentielle barrière, ou de l'incompréhension sur des problèmes de santé liés au genre ou au sexe. Cela entraînerait ainsi un recours aux soins moindre.

Malgré ces freins majeurs évoqués, des études et des initiatives peuvent être mises en lumière afin d'améliorer la prise en charge bucco-dentaire des personnes migrantes. La création dans de nombreux hôpitaux de Permanences à l'Accès aux Soins de Santé permettant, si le service est pourvu, une prise en charge bucco-dentaire à titre d'urgence, est un levier intéressant pour favoriser l'accès aux soins.

L'action des associations concernant la médiation à la santé est aussi intéressante mais doit être renforcée. De plus, il existe un peu partout sur le territoire des associations permettant la réalisation de soins primaires réalisés bénévolement par des chirurgiens-dentistes. Néanmoins, ces actions ne sont pas toujours pérennes et ne permettent souvent pas un suivi à moyen ou long terme.

Dans la littérature, on peut constater que la prévention primaire via les pairs, prenant en compte les particularités culturelles et linguistiques constitue un levier d'action pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes migrantes et de leurs enfants. Une étude australienne (34, 35) a par exemple pu évaluer l'efficacité d'un programme de prévention porté par les pairs. En effet, il s'agissait dans ce programme d'une durée de 5 mois de sensibiliser autour de l'hygiène bucco-dentaire des familles migrantes de pays du Proche-Orient. Le suivi des comportements se faisait sur les 18 mois suivants. Des résultats significatifs ont été montrés entre le groupe d'intervention et le groupe témoin notamment sur la fréquence du brossage des enfants concernés âgés de 1 à 4 ans. On peut également évoquer une étude (36) qui a évalué l'intérêt d'un programme de prévention par les pairs auprès de populations migrantes et défavorisées. La méthode de brossage a été améliorée mais pas le temps de brossage. Dans la même lignée, une étude réalisée aux Etats-Unis (37) a évalué l'efficacité d'un programme de prévention basé sur la communauté. Les résultats montraient un meilleur niveau de connaissance mais des freins étaient toujours présents : financier, linguistique, socio-économique, de l'ordre de la confiance et de la peur et concernant le statut légal de la personne migrante. Une troisième étude australienne (38) rapportait une meilleure compréhension des messages de prévention suite à une simplification, traduction et illustration des propos auprès de mères arabophones concernant la santé bucco-dentaire de leur(s) enfant(s). Elle n'évaluait cependant pas l'impact effectif sur les comportements. D'autres

études ont pu mettre en évidence l'intérêt d'un programme de prévention bucco-dentaire tourné vers la communauté concernée (39, 40, 41).

Concernant la prévention secondaire, on peut évoquer deux études réalisées auprès d'enfants. L'une d'elle a été réalisée en Angleterre, évaluant la faisabilité d'un vaste programme de prévention bucco-dentaire, de fluoruration via application de vernis et de scellements de sillons en milieu scolaire (42). Des freins concernant cette action ont été identifiés notamment concernant le consentement des parents, la barrière de la langue et le moindre accès aux soins en découlant, ainsi que la mobilité des familles. La deuxième étude réalisée auprès d'enfants entre 9 et 10 ans (43) a permis d'évaluer que l'application de vernis fluoré permettait de diminuer significativement le nombre de caries bien que le fait d'être migrant ait un impact négatif sur la santé bucco-dentaire.

On peut également noter la présence dans la littérature d'études référençant de vastes programmes de dépistage, prévention et soins, la problématique néanmoins étant qu'il ne soit fait aucune mention de suivi à court, moyen ou long terme (44, 45).

Enfin, il apparaît dans la littérature une étude centrée sur les étudiants et leur future pratique (46). Il s'agissait en effet d'évaluer la conscience des étudiants sur les disparités en santé et leur désir de soigner les populations vulnérables suite à une pratique dans des installations dédiées aux communautés défavorisées. Les résultats montrent que les étudiants sont conscients des déterminants en santé bucco-dentaire et souhaitent faire face à ces disparités.

Les défis pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes migrantes sont encore nombreux. Devant la nécessité d'agir, la "World Dental Federation" a publié en 2020 un document identifiant les leviers d'action dans le domaine de la santé orale, qui peut guider les actions à développer (47, 48, 49). Des études évaluant l'impact d'actions sur le recours aux soins ainsi que sur le niveau de santé orale restent à développer en fonction des contextes.

5. Bibliographie

1. Cour des comptes. L'entrée, le séjour et le premier accueil des personnes étrangères. 2020. Disponible sur : https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-05/20200505-rapport-entree-sejour-premier-accueil-personnes-etrangeres_0.pdf
2. Organisation Mondiale de la Santé. Comité Régional de l'Europe, 60ème session. Stratégie et plan d'action sur la santé des réfugiés et des migrants dans la Région européenne de l'OMS, 2016. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/315847/66wd08f_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf?ua=1
3. Safon MO. La santé des migrants. IRDES, 2018. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-migrants.pdf>
4. Défenseur des droits. République Française. Rapport : Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer, 2019. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-etrangmalad-num-07.05.19_0.pdf
5. Guisao A, Jangal C, Quéré M, Laporte A, Riou F. La santé des migrants primo-arrivants : résultats des bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(19-20):382-8. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_2.html
6. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé des réfugiés et des migrants dans la Région européenne de l'OMS : Pas de santé publique sans santé des réfugiés et des migrants, 2018. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018>
7. La Cimade. DISPOSITIF D'ACCUEIL DES DEMANDEURS D'ASILE : ÉTAT DES LIEUX 2020 [Internet]. 2020 [Consulté le 10/10/2020]. Disponible sur : <https://www.lacimade.org/schemas-regionaux-daccueil-des-demandeurs-dasile-quel-etat-des-lieux/>
8. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Cartographie et données publiques [Internet]. 2021 [Consulté le 10/10/2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>
9. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. 2021. [Visité le 09/2020] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006070158/
10. Bailleul C, Senovilla Hernández D. Dans l'intérêt supérieur de qui ? : Enquête sur l'interprétation et l'application de l'article 3 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant dans les mesures prises à l'égard des mineurs isolés étrangers en France. [Rapport de recherche] PPUAM 2013, Migrinter. 2016, 157 p. fihal-01337126f
11. La Cimade. TYPOLOGIE DES DIFFÉRENTS LIEUX D'HÉBERGEMENT POUR MIGRANT·E·S [Internet] . 2019 [Consulté le 06/07/2020] . Disponible sur : <https://www.lacimade.org/publication/typologie-lieux-hebergement-migrants/>
12. OFPRA. Demander l'asile en France [Internet]. [Consulté le 07/08/2020]. Disponible sur : <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/la-procedure-de-demande-d-asile/demander-l-asile-en-france>
13. ADOMA. Le dispositif AT-SA [Internet]. 2013. Disponible sur : <https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjGhdi087fuAhURfBoKHZEKDCUQFjABegQIBxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.interieur.gouv.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F66224%2F479285%2Ffile%2FADOMA-Le-dispositif-ATSA.pdf&usq=AOvVaw3dzVx1yITzJfgFSjwaQK1H>
14. Cabannes PY, Sigal M. Le personnel des centres d'hébergement pour adultes et familles en difficulté sociale. 2019. *LES DOSSIERS DE LA DREES*, n°46, décembre. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd46.pdf>
15. Code de la santé publique. 2021. [Consulté le 11/07/2020] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/

16. Haute Autorité de Santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins [Internet]. 2017.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve...pdf
17. Téoran J, Rustico J. Un programme national de médiation sanitaire, de l'expérimentation à la généralisation. 2015. *Études Tsiganes* « Citoyenneté, mobilité et territoires » n°52-53. Disponible sur : http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2015/05/Un_programme_national_de_m%C3%A9diation_sanitaire.pdf
18. ASAV. Etat des lieux des actions de santé menées auprès des Gens du voyage Réseau FNASAT 2012-2013. 2013. Disponible sur : <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2015/04/%C3%A9tat-des-lieux-sant%C3%A9-gdv-ASAV.pdf>
19. Code de la sécurité sociale. 2021. [Consulté le 03/09/2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006073189
20. Code de l'action sociale et des familles. 2021. [Consulté le 10/09/2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006074069/
21. Assurance Maladie. SOINS DENTAIRES PROTHETIQUES ET D'ODF PRIS EN CHARGE PAR LA CMU COMPLEMENTAIRE. 2019. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/node/3895>
22. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire - BEH*, Saint-Maurice (Val de Marne) : Institut de veille sanitaire, 2012, 2012 (2-3-4), pp.17-21.
23. Klein J, von dem Knesebeck O. Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany : a systematic review. *Int J Equity Health*. 2018 Nov 1;17(1):160. doi: 10.1186/s12939-018-0876-z. PMID: 30382861; PMCID: PMC6211605.
24. Dougherty L, Lloyd J, Harris E, Caffrey P, Harris M. Access to appropriate health care for non-English speaking migrant families with a newborn/young child: a systematic scoping literature review. *BMC Health Serv Res*. 2020 Apr 15;20(1):309. doi: 10.1186/s12913-020-05157-x. PMID: 32293440; PMCID: PMC7158115.
25. Jourdan V et Prévot M. LES PRIMO-ARRIVANTS EN 2019, UN AN APRÈS LEUR PREMIER TITRE DE SÉJOUR : PREMIERS RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE ELIPA 2. 2020. DSED, *Infos Migrations*, n°98, juin. Disponible sur : https://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/122924/985974/file/IM_98_Premiers_resultats_ELIPA2.pdf
26. Dahlan R, Badri P, Saltaji H, Amin M. Impact of acculturation on oral health among immigrants and ethnic minorities: A systematic review. *PLoS One*. 2019 Feb 28;14(2):e0212891. doi: 10.1371/journal.pone.0212891. PMID: 30818332; PMCID: PMC6395030.
27. Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W, Prakongsai P. Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Serv Res*. 2015 Sep 17;15:390. doi: 10.1186/s12913-015-1065-z. PMID: 26380969; PMCID: PMC4574510.
28. Pabbla, A., Duijster, D., Grasveld, A. *et al.* Oral Health Status, Oral Health Behaviours and Oral Health Care Utilisation Among Migrants Residing in Europe: A Systematic Review. *J Immigrant Minority Health*. 2020. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01056-9>
29. Credé SH, Such E, Mason S. International migrants' use of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2018 Feb 1;28(1):61-73. doi: 10.1093/eurpub/ckx057. PMID: 28510652; PMCID: PMC5881666.
30. Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy Plan*. 2014 Oct;29(7):818-30. doi: 10.1093/heapol/czt061. Epub 2013 Aug 16. PMID: 23955607; PMCID: PMC4186209.
31. Hajji I. CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES DES IMMIGRÉS ET DESCENDANTS D'IMMIGRÉS. 2020. DSED, *Infos Migrations*, n°99, juillet. Disponible sur :

https://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/123619/990697/file/IM_99_IM_CS_immigres_et_descendants.pdf

32. Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H. *et al.* Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe : a scoping literature review. 2020. *BMC Public Health* **20**, 1039. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>
33. Lyberg A, Viken B, Haruna M, Severinsson E. Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women. *J Nurs Manag.* 2012 Mar;20(2):287-95. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01364.x. Epub 2011 Dec 9. PMID: 22380422.
34. Gibbs L, Waters E, Christian B, Gold L, Young D, de Silva A, Calache H, Gussy M, Watt R, Riggs E, Tadic M, Hall M, Gondal I, Pradel V, Moore L. Teeth Tales: a community-based child oral health promotion trial with migrant families in Australia. *BMJ Open.* 2015 Jun 11;5(6):e007321. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007321. PMID: 26068509; PMCID: PMC4466605.
35. Gibbs L, Waters E, de Silva A, Riggs E, Moore L, Armit C, Johnson B, Morris M, Calache H, Gussy M, Young D, Tadic M, Christian B, Gondal I, Watt R, Pradel V, Truong M, Gold L. An exploratory trial implementing a community-based child oral health promotion intervention for Australian families from refugee and migrant backgrounds: a protocol paper for Teeth Tales. *BMJ Open.* 2014 Mar 12;4(3):e004260. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004260. PMID: 24622949; PMCID: PMC3963385.
36. Reinhardt CH, Löpker N, Noack MJ, Rosen E, Klein K. Peer teaching pilot programme for caries prevention in underprivileged and migrant populations. *Int J Paediatr Dent.* 2009 Sep;19(5):354-9. doi: 10.1111/j.1365-263X.2009.00982.x. Epub 2009 Apr 16. PMID: 19486371.
37. Ponce-Gonzalez I, Cheadle A, Aisenberg G, Cantrell LF. Improving oral health in migrant and underserved populations: evaluation of an interactive, community-based oral health education program in Washington state. *BMC Oral Health.* 2019 Feb 13;19(1):30. doi: 10.1186/s12903-019-0723-7. PMID: 30760255; PMCID: PMC6375135.
38. Arora A, Al-Salti I, Murad H, Tran Q, Itaoui R, Bhole S, Ajwani S, Jones C, Manohar N. Adaptation of child oral health education leaflets for Arabic migrants in Australia: a qualitative study. *BMC Oral Health.* 2018 Jan 10;18(1):10. doi: 10.1186/s12903-017-0469-z. PMID: 29321012; PMCID: PMC5764006.
39. Freeman R. Promoting Inclusion Oral Health: Social Interventions to Reduce Oral Health Inequities. *Dent J (Basel).* 2020 Jan 7;8(1):5. doi: 10.3390/dj8010005. PMID: 31936009; PMCID: PMC7175175.
40. Finlayson TL, Asgari P, Hoffman L, Palomo-Zerfas A, Gonzalez M, Stamm N, Rocha MI, Nunez-Alvarez A. Formative Research: Using a Community-Based Participatory Research Approach to Develop an Oral Health Intervention for Migrant Mexican Families. *Health Promot Pract.* 2017 May;18(3):454-465. doi: 10.1177/1524839916680803. Epub 2016 Dec 1. PMID: 27913659.
41. Yuan S. Evaluating an Oral Health Education Intervention in Chinese Undocumented Migrant Mothers of Infants in Northern Ireland. *Dent J (Basel).* 2019 Jan 19;7(1):8. doi: 10.3390/dj7010008. PMID: 30669476; PMCID: PMC6473219.
42. Burgess-Allen J, Braithwaite M, Whiston S. Challenges associated with implementation of a school-based tooth-brushing and fluoride varnish programme in a diverse and transient urban population. *Community Dent Health.* 2018 May 30;35(2):71-74. doi: 10.1922/CDH_4101Burgess-Allen04. PMID: 29558062.
43. Winter J, Weber K, Martin K, Heinzl-Gutenbrunner M, Pieper K. Evaluation of an intensified prevention program for 4th graders with increased caries risk using ICDAS. *Int J Paediatr Dent.* 2016 Jul;26(4):250-8. doi: 10.1111/ipd.12191. Epub 2015 Sep 16. PMID: 26374492.
44. Connor A, Rainer LP, Simcox JB, Thomisee K. Increasing the delivery of health care services to migrant farm worker families through a community partnership model. *Public Health Nurs.* 2007 Jul-Aug;24(4):355-60. doi: 10.1111/j.1525-1446.2007.00644.x. PMID: 17553025.
45. Chaffin JG, Pai S, Bagramian RA. Cost-efficiency of a community dental delivery program for migrant children. *J Dent Child (Chic).* 2003 Jan-Apr;70(1):47-50. PMID: 12762608.

46. Behar-Horenstein LS, Feng X, Roberts KW, Gibbs M, Catalanotto FA, Hudson-Vassell CM. Developing Dental Students' Awareness of Health Care Disparities and Desire to Serve Vulnerable Populations Through Service-Learning. *J Dent Educ.* 2015 Oct;79(10):1189-200. PMID: 26427778.
47. Kateeb E et coll. FDI World Dental Federation. Promoting Oral Health for Refugees : An Advocacy Guide. 2021. Disponible sur :
https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/promoting_oral_health_for_refugees_an_advocacy_guide_final.pdf
48. Santé Publique France. Prévention et promotion de la santé. Repères théoriques et pratiques pour les actions du service sanitaire des étudiants en santé, 2018. Disponible sur :
<https://www.santepubliquefrance.fr/Sante-publique-France/Service-sanitaire/Rapport-service-sanitaire>
49. Exemples d'outils utilisés en promotion de la santé pour les populations migrantes :
<https://www.sutori.com/story/migrants-et-promotion-de-la-sante--dCxDhUAVTsznYdktMoNsfmsk>

N°

**ATENZA (Lisa) – « DROITS ET ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES
DES PERSONNES MIGRANTES EN FRANCE »**
1ill., 1tabl., 30 cm. - (Thèse: Chir. Dent. ; Université Clermont Auvergne ; 2021) - N°

Résumé : La France accueille sur son territoire des personnes migrantes dans un cadre légal bien défini. Ces personnes, selon leur condition, (présence légale ou illégale sur le territoire français) peuvent avoir droit à un certain nombre de prestations en santé bucco-dentaire.

Il s'agit dans le cadre de ce travail de thèse de décrire le contexte législatif français concernant l'accueil et le séjour des personnes migrantes en France, d'en décrire les conditions d'accueil matériel et d'accompagnement et mais également d'identifier les droits et soins réalisables en fonction de leur couverture de santé.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Odontologie

MOTS CLES : migrants, santé bucco-dentaire, France, santé publique

MOTS CLES ANGLAIS : migrants, oral health, France, public health

JURY :

Président : Monsieur Emmanuel NICOLAS, Professeur des Universités

Assesseurs : Madame Stéphanie TUBERT-JEANNIN, Professeure des Universités

Madame Estelle MACHAT, Maître de Conférence des Universités

Madame Nelly GARNIER, Docteur en Chirurgie Dentaire