

UNIVERSITE DE NANTES
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2020

N° 3605

**Quels besoins de soins bucco-dentaires chez les Mineurs
Non Accompagnés : état des lieux et méthodologie de mise
en place d'une étude observationnelle à Nantes**

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

Présentée et soutenue publiquement par

Lucie GERBET

Née le 21/07/1994

Le 04/03/2020 devant le jury ci-dessous

Présidente de thèse :

Madame le Professeur Fabienne PEREZ

Assesseurs :

Madame le Docteur Bénédicte ENKEL

Monsieur le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE

Invitée :

Madame le Docteur Adeline SCANVION

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Cécile DUPAS

UNIVERSITE DE NANTES	
<u>Président</u> Pr LABOUX Olivier	
	
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE	
<u>Doyen</u> Pr GIUMELLI Bernard	
<u>Assesseurs</u> Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre	
	
PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.	
Mme ALLIOT-LICHT Brigitte	M. LESCLOUS Philippe
M. AMOURIQ Yves	Mme PEREZ Fabienne
M. BADRAN Zahi	M. SOUEIDAN Assem
M. GIUMELLI Bernard	M. WEISS Pierre
M. LE GUEHENNEC Laurent	
PROFESSEURS DES UNIVERSITES	
M. BOULER Jean-Michel	
MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES	
Mme VINATIER Claire	
PROFESSEURS EMERITES	
M. JEAN Alain	
ENSEIGNANTS ASSOCIES	
M. GUIHARD Pierre (Professeur Associé)	Mme LOLAH Aoula (Assistant Associé)
MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.	ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES DES C.S.E.R.D.
M. AMADOR DEL VALLE Gilles	M. ALLIOT Charles
Mme ARMENGOL Valérie	M. AUBEUX Davy
Mme BLERY Pauline	Mme ARRONDEAU Mathilde
M. BODIC François	Mme BARON Charlotte
Mme CLOITRE Alexandra	Mme BEAURAIN-ASQUIER Mathilde
Mme DAJEAN-TRUTAUD Sylvie	M. BOUCHET Xavier
M. DENIS Frédéric	M. FREUCHET Erwan
Mme ENKEL Bénédicte	M. GUIAS Charles
M. GAUDIN Alexis	Mme HASCOET Emilie
M. HOORNAERT Alain	M. HIBON Charles
Mme HOUCHMAND-CUNY Madline	M. HUGUET Grégoire
Mme JORDANA Fabienne	M. KERIBIN Pierre
M. KIMAKHE Saïd	M. OUVRARD Pierre
M. LE BARS Pierre	M. RETHORE Gildas
Mme LOPEZ-CAZAUX Serena	M. SARKISSIAN Louis-Emmanuel
M. NIVET Marc-Henri	M. SERISIER Samuel
M. PRUD'HOMME Tony	
Mme RENARD Emmanuelle	
M. RENAUDIN Stéphane	
Mme ROY Elisabeth	
M. STRUILLOU Xavier	
M. VERNER Christian	
PRATICIENS HOSPITALIERS	
Mme DUPAS Cécile (Praticien Hospitalier)	Mme QUINSAT Victoire (Praticien Hospitalier Attaché)
Mme BRAY Estelle (Praticien Hospitalier Attaché)	Mme RICHARD Catherine (Praticien Hospitalier Attaché)
Mme LEROUXEL Emmanuelle (Praticien Hospitalier Attaché)	Mme HYON Isabelle (Praticien Hospitalier Contractuel)

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 improbation.

Remerciements

À Madame le Professeur Fabienne PEREZ,

Professeur des Universités - Praticien hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires

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 la présidence de cette thèse,

Pour la qualité et la rigueur de vos enseignements théoriques et cliniques dont j'ai pu bénéficier tout au long de mon cursus universitaire,

Veillez trouver le témoignage de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

À Madame le Docteur Cécile DUPAS,

Odontologiste des Hôpitaux

Ancien Assistant Hospitalier Universitaire des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Praticien hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires – Service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique

Responsable UF Odontologie de l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire – Service Mission Santé Publique

NANTES

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

Pour m'avoir proposé ce sujet de thèse et pour votre disponibilité, vos conseils et votre soutien tout au long de la réalisation de ce travail,

Pour votre enseignement théorique et pratique lors des vacances cliniques de Prothèse Maxillo-Faciale,

Veillez trouver ici l'expression de mon entière gratitude, de mon profond respect et mes remerciements les plus sincères.

À Madame le Docteur Bénédicte ENKEL,

**Maitre de Conférences des Universités - Praticien hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement
et de Recherche Dentaires**

Docteur de l'Université de Nantes

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

Département d'Odontologie Conservatrice - Endodontie

NANTES

Pour m'avoir fait l'honneur de siéger au sein de ce jury de thèse,

Pour votre soutien lors de la réalisation de ce travail,

*Pour votre enseignement et votre gentillesse lors de mes premières vacances cliniques d'Odontologie
Conservatrice et Endodontie,*

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

À Monsieur le Dr Gilles AMADOR DEL VALLE,

**Maitre de Conférences des Universités - Praticien hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement
et de Recherche Dentaires**

Docteur de l'Université de Nantes

Habilité à Diriger des Recherches

**Chef du PHU 4 (Ostéo-articulaire – Tête et cou – Odontologie – Neurochirurgie – Neuro-
traumatologie)**

Chef du département de Prévention – Épidémiologie – Économie de la Santé

Odontologie légale

NANTES

Pour m'avoir fait l'honneur de siéger au sein de ce jury de thèse,

Pour votre enseignement et votre disponibilité tout au long de mon cursus universitaire,

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

À Madame le Docteur Adeline SCANVION,

Médecin des Hôpitaux

Praticien hospitalier au pôle Urgences, Médecine et Santé publique du CHU de Nantes

Responsable du service de la consultation Jean-Guillon – Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé (PASS)

Médecin référent Coordination Régionale des PASS Pays de la Loire

NANTES

Pour m'avoir fait l'honneur de siéger au sein de ce jury de thèse,

Pour votre soutien lors de la réalisation de ce travail,

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

À Madame Marjorie CHEREAUD,

**Attachée de Recherche Clinique investigation - Technicienne d'Études Cliniques au CHU de Nantes
Unité d'investigation clinique Odontologie**

NANTES

*Pour votre disponibilité et votre accompagnement dans les démarches nécessaires à la réalisation de
l'étude clinique,*

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

À Madame Pauline DOMECCYN et à Monsieur Arnaud NEBOUT,

Infirmiers ALMANA (Accueil, Logistique et Mise à l'Abri des Nouveaux Arrivants) – ASBL44

NANTES

Pour m'avoir accordé un entretien dans les locaux d'ALMANA,

Pour votre collaboration et votre aide précieuse dans la réalisation de ce travail,

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

Table des matières

ABREVIATIONS	12
INTRODUCTION	14
1. PARCOURS ET PRISE EN CHARGE DES MINEURS NON ACCOMPAGNES (MNA)	15
1.1. GENERALITES	15
1.1.1. Définitions	15
1.1.2. Cadre juridique et législatif	16
1.1.3. Quelques chiffres.....	17
1.2. PARCOURS LORS DE L'ARRIVEE SUR LE SOL FRANÇAIS	20
1.2.1. Généralités	20
1.2.2. Particularités en Loire Atlantique.....	24
1.3. QUELLE PRISE EN CHARGE MEDICALE ?	29
1.3.1. Généralités sur l'accès aux soins	29
1.3.2. En Loire Atlantique	34
1.3.3. Pour une amélioration de la prise en charge médicale des MNA.....	37
2. LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES MNA	39
2.1. ÉTAT DES LIEUX DANS LA LITTERATURE	39
2.1.1. Introduction.....	39
2.1.2. Matériel et Méthodes	40
2.1.3. Résultats - Discussion	40
2.1.4. Conclusion :	45
2.2. ÉTUDE PRELIMINAIRE AU CHU DE NANTES.....	45
2.2.1. Introduction.....	45
2.2.2. Matériel et Méthodes	45
2.2.3. Résultats - Discussion	46
2.2.4. Conclusion	49
2. METHODOLOGIE DE MISE EN PLACE D'UNE ETUDE CLINIQUE	50
3.1. INTRODUCTION ET RAPPELS	50
3.2. PROTOCOLE DE L'ÉTUDE	51
3.3.1. Justification de l'étude	51
3.3.2. Objectif de l'étude.....	51
3.3.3. Matériel et Méthodes	52
3.3.4. Résultats - Discussion	54
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	56
INDEX DES FIGURES	65
LISTE DES ANNEXES	66

Abréviations

ADF	Assemblée des Départements de France
ADJINA	Accueil de Jeunes pour l'Insertion et l'Autonomie
AEMINA	Accueil et Évaluation de la Minorité et de l'Isolement des Nouveaux Arrivants
AJ	Aide Judiciaire
ALMANA	Accueil, Logistique et Mise à l'Abri des Nouveaux Arrivants
AME	Aide Médicale d'État
ANESM	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ARS	Agence Régionale de Santé
ASAMEH	Accueil Suivi et Accompagnement des Mineurs isolés Étrangers
ASBL	Association Saint Benoit Labre
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASP	Agence de Services et de Paiements
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CASO	Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation
CD	Conseil Départemental
CESEDA	Code des Étrangers, du Séjour Et du Droit d'Asile
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CLAT	Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNIL	Commission Nationale Informatique et Liberté
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPP	Comité de Protection des Personnes
CSD	Centre de Soins Dentaires
CSP	Code de la Santé Publique

CSS	Complémentaire Santé Solidaire
DDS	Dents De Sagesse
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DPJJ	Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DROMIE	Dispositif de Recueil et d'Observation des Mineurs Isolés Étrangers
DSUV	Dispositif de Soins Urgents et Vitaux
EAO	Expertise d'Age Osseux
FJT	Foyer de Jeunes Travailleurs
GNEDS	Groupe Nantais d'Éthique dans le Domaine de la Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MdM	Médecins du Monde
MMNA	Mission Mineurs Non Accompagnés
MNA	Mineurs Non Accompagnés
MSF	Médecins Sans frontière
OFII	Office Française de l'Immigration et de l'Intégration
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OPP	Ordonnance de Placement Provisoire
PAA	Parodontite Apicale Aigue
PAAA	Parodontite Apicale Aigue Abcédée
PASS	Permanence d'Accès Aux Soins de Santé
PEP	Pupilles de l'Enseignement Publique
PUMa	Protection Universelle Maladie
RIPH	Recherches médicales Impliquant la Personne Humaine
SIAO	Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation
UE	Union Européenne
UED	Unité Enfance en Danger
UF	Unité Fonctionnelle
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund

Introduction

Les Mineurs Non Accompagnés (MNA) constituent une population de jeunes migrants grandissante dans les pays d'Europe, et en France en particulier, depuis ces 5 dernières années (1). Un MNA se définit comme une personne originaire d'un pays étranger, âgée de moins de 18 ans, et arrivant sur le territoire sans accompagnant majeur pour assurer sa protection (2,3). De par leur âge, les MNA relèvent de la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (CIDE) (4). En France, leur prise en charge est effectuée par les services d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) (5). Les procédures de mise à l'abri, d'évaluation de la minorité et de l'isolement, et d'orientation des MNA sont décrites par la Circulaire dite « Taubira » du 31 mai 2013, relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers, complétée par la loi du 14 mars 2016 (6,7).

L'objectif de ce travail est d'analyser la santé bucco-dentaire des MNA en Loire-Atlantique, afin d'évaluer leurs besoins et d'améliorer leur prise en charge dans ce domaine.

Dans un premier temps, nous décrirons le parcours et la prise en charge sociale et médicale de ces jeunes migrants, en France et en Loire Atlantique. Nous détaillerons plus particulièrement le droit aux soins.

Nous ferons ensuite une analyse de la littérature portant sur l'état de santé des MNA, en se focalisant sur leur état de santé orale.

Nous présenterons les résultats d'un relevé préliminaire de l'état bucco-dentaire des MNA venus en consultation d'urgence au Centre de Soins Dentaires (CSD) du CHU de Nantes entre janvier 2018 et juillet 2019.

Enfin, nous développerons la méthodologie de mise en place d'une étude observationnelle sur les MNA au CSD. L'objectif de cette étude serait d'analyser précisément les habitudes d'hygiène bucco-dentaire et l'état de santé orale de cette population nouvellement arrivée sur le territoire français, afin d'en appréhender les besoins en termes de soins bucco-dentaires. Les résultats pourraient alors être comparés à ceux retrouvés au sein de la population française générale et précaire du même âge afin de savoir si les MNA nécessitent une prise en charge particulière.

1. Parcours et prise en charge des Mineurs Non Accompagnés (MNA)

1.1. Généralités

1.1.1. Définitions

La Directive 2011/95/UE du Parlement Européen, établit par le Conseil du 13 décembre 2011, définit le Mineur Non Accompagné comme « un ressortissant d'un pays tiers ou un apatride âgé de moins de dix-huit ans, qui entre sur le territoire des États membres sans être accompagné d'un adulte qui est responsable de lui, de par le droit ou la pratique en vigueur dans l'État membre concerné, et tant qu'il n'est pas effectivement pris en charge par une telle personne; cette expression couvre aussi le mineur qui a été laissé seul après être entré sur le territoire des États membres » (2).

Cette définition s'appuie sur trois points : la minorité, l'isolement et extranéité :

- la minorité, pour le Parlement Européen, signifie que l'individu est âgé de moins de 18 ans.
- l'isolement est plus précisément défini par l'arrêté du 17 novembre 2016 : « la personne est considérée comme isolée lorsqu'aucune personne majeure n'en est responsable légalement sur le territoire national ou ne la prend effectivement en charge et ne montre sa volonté de se voir durablement confier l'enfant » (8).
- l'extranéité : l'individu vient d'un pays étranger.

La dénomination de *Mineur Non Accompagné* (MNA) est utilisée en France depuis mars 2016. Auparavant, et depuis la fin des années 90, la dénomination employée était *Mineur Étranger Isolé* ou *Mineur Isolé Étranger*, selon que l'accent était davantage mis sur l'extranéité des jeunes ou sur leur isolement (9,10). Nous trouvons également, dans la loi du 5 mars 2007, qui réforme la protection de l'enfance, les termes de *mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille* pour désigner ces jeunes migrants. Ces mêmes termes sont retrouvés dans la loi plus récente du 14 mars 2016 (6,11).

C'est dans un souci d'harmonisation entre le droit français et européen, et à la demande du Ministère de la Justice, que le terme MNA a été aussi retenu en France (12).

1.1.2. Cadre juridique et législatif

Les MNA relèvent, de par leur âge, de la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (CIDE) (4). Cette Convention a été ratifiée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (ONU) le 20 novembre 1989, et est entrée en vigueur en France le 6 septembre 1990. Ce texte édicte des principes tels que la non-discrimination (article 2), la prise en compte de l'intérêt supérieur de l'enfant dans toute décision le concernant (article 3-1), l'obligation d'assurer à tout enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être en cas d'incapacité de ses responsables légaux (article 3-2) et l'obligation de l'État d'assurer une protection spéciale à l'enfant privé de son milieu parental (article 20).

A l'échelle nationale, les MNA peuvent bénéficier des dispositions relatives à la protection de l'enfance. Leur prise en charge s'appuie sur plusieurs textes de loi :

- la loi du 5 mars 2007 rappelle que, de par leur minorité, des MNA relèvent des services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) (11).
- la loi du 14 mars 2016, relative à la protection de l'enfance, donne un fondement légal au dispositif de répartition des MNA entre les départements en complétant la Circulaire Taubira de 2013 (6,7), ceci afin d'harmoniser l'accueil sur le territoire. Cette loi décrit également le dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation de ces mineurs. Elle sera suivie de plusieurs dispositions réglementaires, notamment l'arrêté du 17 novembre 2016 (8).
- la loi de police et de sûreté du Code civil précise que « les dispositions relatives à la protection de l'enfance en danger sont applicables sur le territoire français à tous les mineurs qui s'y trouvent, quelle que soit leur nationalité » (13).
- les articles L. 511-4-1 et L. 521-4 du Code des étrangers, du séjour et du droit d'asile (CESEDA), rappellent que les MNA n'ont pas l'obligation de détenir un titre de séjour, et ne peuvent faire l'objet ni d'une obligation de quitter le territoire, ni d'une expulsion (14).
- le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) précise les modalités de mise à l'abri et d'accueil provisoire des MNA dans les départements, par les services de l'ASE (5).

1.1.3. Quelques chiffres

Comme le montre la figure 1, le nombre de MNA demandeurs d'asile, dans les pays membres de l'Union Européenne, a été stable de 2008 à 2013 : entre 11000 et 13000 nouveaux demandeurs étaient dénombrés chaque année. Ce nombre a presque doublé en 2014, puis quadruplé en 2015, année pour laquelle 95200 demandes d'asile ont été effectuées par des migrants reconnus mineurs et non accompagnés. Depuis, une forte diminution a été observée, avec 31400 demandes en 2017 et 19700 en 2018 (1).

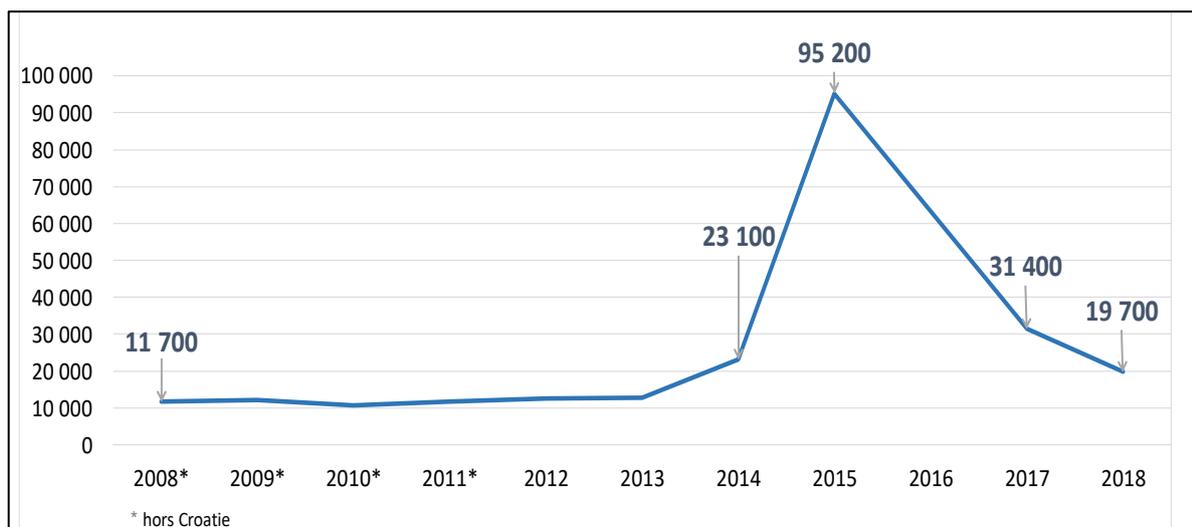


Figure 1 : Nombre de demandeurs d'asile considérés comme mineurs non accompagnés dans les États membres de l'UE de 2008 à 2018 (1)

En France, depuis le 30 mai 2013, la *Mission Mineurs Non Accompagnés* (MMNA), rattachée à la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ), présente mensuellement des chiffres sur le nombre de MNA confiés à l'ASE par décision judiciaire (15). En 2017, 14908 nouveaux MNA ont été confiés à l'ASE sur décision de justice contre 5033 en 2014. Ce nombre a donc triplé en trois ans avec une augmentation record de plus de 85% entre 2016 et 2017 (16). Pour l'année 2018, la cellule a eu connaissance de 17 022 MNA déclarés. L'accroissement est donc plus modéré (14%) (3). Ces chiffres n'intègrent que les jeunes effectivement évalués mineurs. L'association Médecin du Monde indique, dans son rapport annuel de 2018, avoir recueillis 1700 migrants mineurs en errance en 2017. Le plus souvent, il s'agissait de jeunes déboutés ou ayant entamé une procédure de recours, donc non comptabilisés par la MMNA (17). Une enquête, conduite par l'Assemblée des Départements de France (ADF), a estimé de son côté, que les départements ont effectués 25000 évaluations de minorité et isolement en 2016, puis 54000 en 2017 (18).

Nous allons détailler les caractéristiques de ces MNA accueillis en France. En 2018, ils étaient très majoritairement âgés de 15 ans et plus : 32,67% étaient dans leur 15^{ème} année, 44,04% avaient 16 ans et presque 12% avaient 17 ans révolus (Cf. Figure 2). Ils venaient majoritairement d'Afrique subsaharienne (Cf. Figures 3) (3).

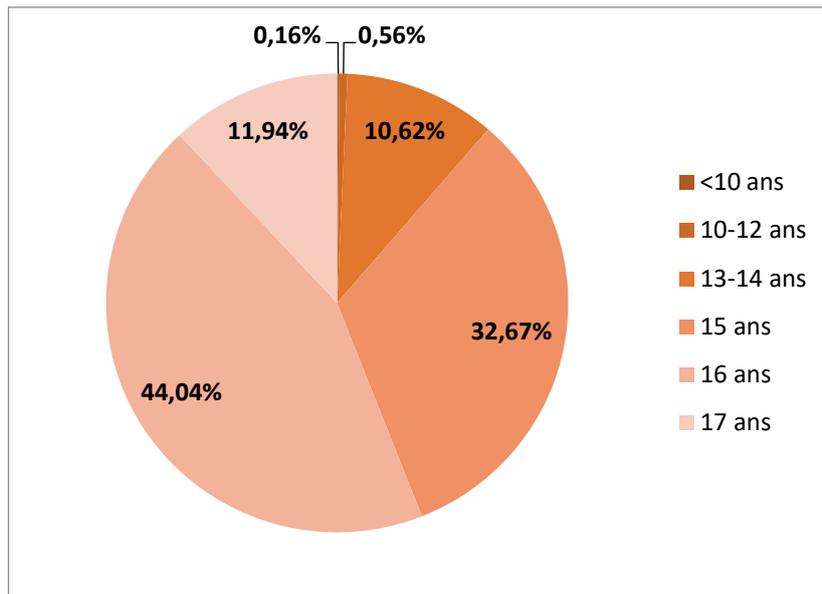


Figure 2 : Age des MNA accueillis en France en 2018 (3)

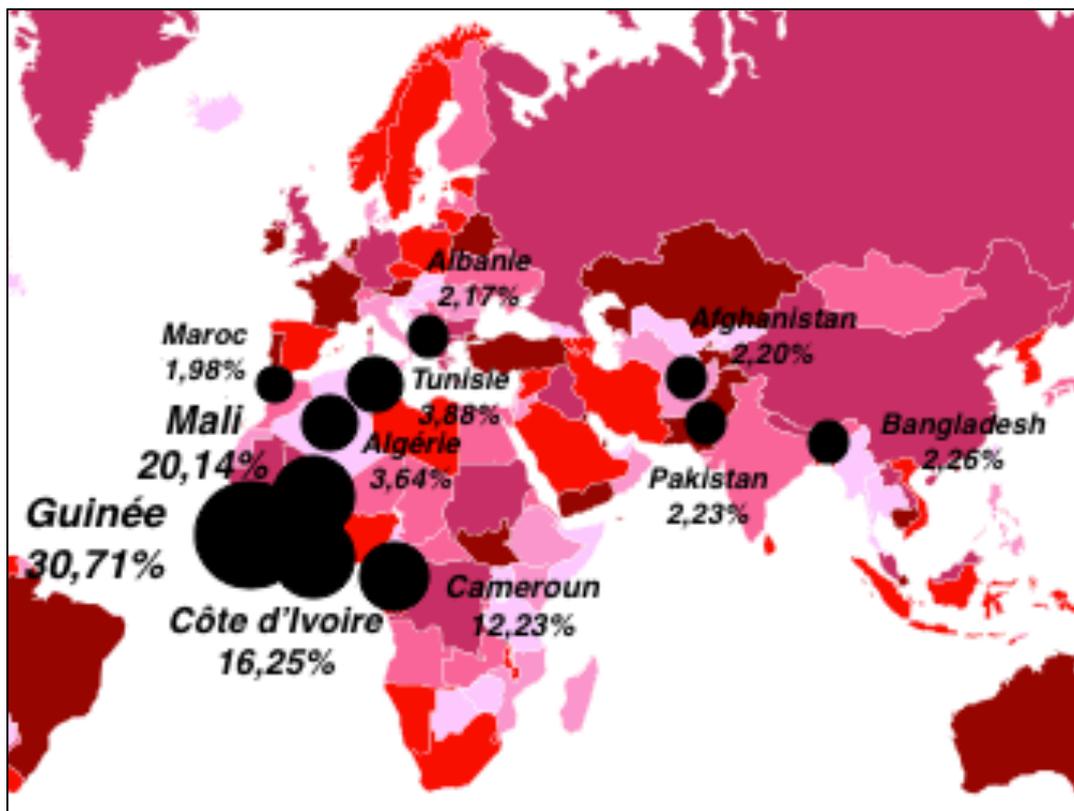


Figure 3 : Pays d'origine des MNA accueillis en France en 2018 (3,19)

1.2. Parcours lors de l'arrivée sur le sol français

1.2.1. Généralités

A son arrivée sur le territoire français, le jeune se déclarant MNA bénéficie, dans un premier temps, d'une mise à l'abri provisoire. Ce recueil est suivi d'une évaluation, pour confirmer ou infirmer son statut de MNA. Puis, si la minorité et l'isolement sont établis par les autorités compétentes, il est mis sous tutelle et pris en charge par l'ASE. Ce dispositif, qui relève du champ de la protection de l'enfance, a été mis en place par la Loi n°2016-297 du 14 mars 2016 (Cf. Figure 5) (6).

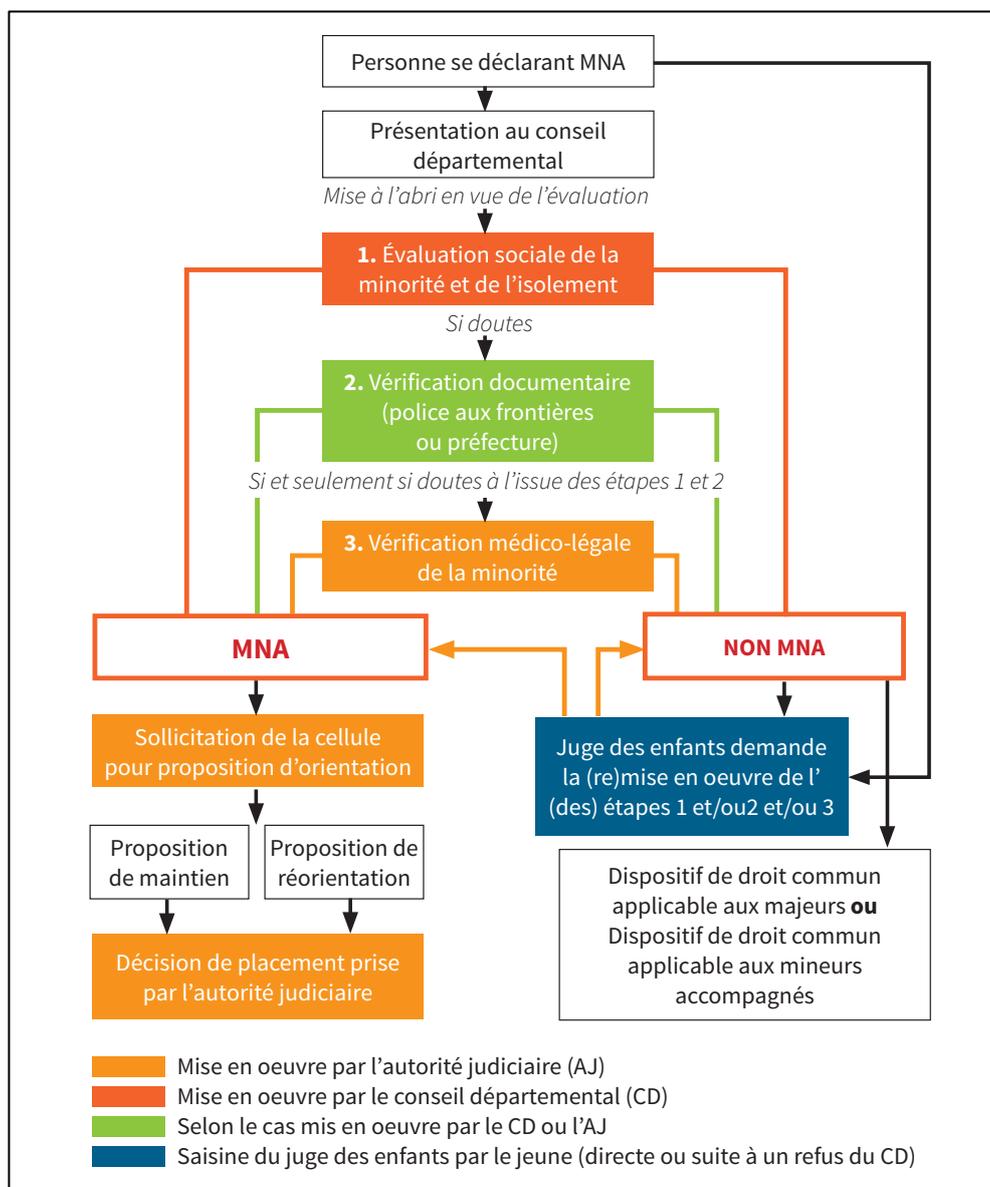


Figure 5 : Procédure d'évaluation de la minorité et de l'isolement (20)

1.2.1.1. *Mise à l'abri provisoire*

D'après le CASF, tout jeune migrant se déclarant mineur et privé temporairement ou définitivement d'une protection familiale doit bénéficier d'un accueil et d'un hébergement provisoire. Cet accueil est mis en place par le service désigné par le Conseil Départemental pour une durée minimum de 5 jours (21). Le service désigné est le plus souvent une association, comme la Croix Rouge Française à Paris ou l'Association Saint Benoit Labre (ASBL) pour le département de Loire Atlantique. Il doit informer le procureur de la République de chaque accueil (22,23). Cet accueil provisoire doit comprendre un hébergement d'urgence ainsi qu'une première évaluation des besoins essentiels du jeune et de son état de santé (7).

1.2.1.2. *Évaluation de la minorité et de l'isolement*

L'évaluation de la minorité et de l'isolement du jeune migrant, est sociale et pluridisciplinaire. Elle est menée par les services du département ou par toute structure, du secteur public ou du secteur associatif, à laquelle cette mission a été déléguée par le Président du Conseil Départemental. Elle se déroule dans une langue comprise par l'intéressé, avec le recours à un interprète si nécessaire. Le jeune doit être informé des objectifs et des enjeux, et notamment de la possibilité d'être pris en charge par le service de l'Aide Sociale à l'Enfance d'un autre département s'il est évalué mineur et isolé.

La trame est dictée par l'arrêté interministériel du 17 novembre 2016. Six points au minimum sont abordés avec le jeune (8) :

- **l'état civil** : Le jeune est interrogé sur sa situation personnelle, son état civil, son pays et sa région d'origine. Il présente tous les documents d'état civil qu'il détient et détaille de leurs conditions d'obtention. Si les personnes à qui a été alléguée l'évaluation constatent des incohérences entre les documents présentés et le récit énoncé, ils l'indiquent dans le rapport de synthèse.
- **la composition familiale** : Les éléments sur sa famille et ses proches dans son pays d'origine sont recueillis, tels que l'identité et l'âge des parents et des membres de sa fratrie, et sa place occupée dans la fratrie. Il est évalué par la suite s'il existe des liens familiaux ou la présence de membres de la famille du jeune en France ou en Europe pour une prise de contact et un rapprochement éventuel.
- **les conditions de vie dans le pays d'origine** : Le jeune doit décrire le contexte géopolitique, la situation économique familiale ainsi que son actuel lieu de vie. Puis, il est interrogé sur son niveau et sur le déroulement de sa scolarité et/ou de sa formation. Il lui est également demandé s'il a exercé un travail ou toute autre activité dans son pays d'origine.

- **les motifs de départ et le parcours migratoire** : Il est demandé au jeune les motifs et la date de son départ, et comment a été organisé et financé son trajet migratoire. L'itinéraire emprunté, la durée et les conditions du séjour dans les pays traversés sont également questionnés.
- **les conditions de vie depuis l'arrivée en France** : La date et les conditions d'entrée sur le territoire français sont demandées au jeune, ainsi que ses conditions de vie en France et comment il a été orienté vers le lieu de l'évaluation.
- **le projet du jeune pour adapter son orientation** : Il est enfin demandé au jeune s'il souhaite être scolarité, faire une demande d'asile, un rapprochement familial, ou autre...

Le rapport d'évaluation et l'avis motivé des évaluateurs sont transmis au président du conseil départemental pour que l'autorité judiciaire (juge des enfants, procureur de la république, ou juge des tutelles) statue sur la minorité et la situation d'isolement du jeune.

1.2.1.3. Compléments d'évaluation

Une vérification de l'authenticité des documents d'identification détenus par le jeune, ainsi que des tests médicaux complémentaires peuvent être demandés par l'autorité judiciaire.

Vérification des documents d'identité :

Les documents d'identification détenus par le jeune sont transmis aux services chargés de la lutte contre la fraude documentaire s'il y a suspicion d'irrégularité, de falsification ou si l'âge allégué par les documents paraît invraisemblable.

En principe, la présomption d'authenticité, prévue par les dispositions de l'article 47 du Code Civil, doit toujours être appliquée pour les actes de l'état civil émanant d'une administration étrangère (24).

Tests d'Expertise d'Age Osseux (EAO) :

Ces tests sont réalisés par un médecin expert désigné par le magistrat. Ils comportent une radiographie de la main et du poignet gauche, un examen dentaire et un examen claviculaire (25). Cette expertise est encadrée par l'Article 388 du CASF, modifié dans l'article 43 de la loi du 15 mars 2016, relative à la protection de l'enfant (26). Ainsi, ces examens radiologiques ne peuvent être réalisés que sur décision de l'autorité judiciaire et avec l'accord du jeune en question. L'article 388 du CASF précise également qu'étant donnée la marge d'erreur que présentent ces examens, ils ne peuvent à eux seuls permettre de déterminer l'âge du jeune. En cas de doute, les conclusions doivent être au profit de l'intéressé (27). La viabilité de ces tests a été contestée par les hautes autorités médicales et scientifiques (28-30). En effet, la

marge d'erreur se situe entre 18 mois et 3 ans selon les méthodes utilisées et elle est d'autant plus importante pour les individus âgés de 15 à 18 ans (31).

Le texte de loi précise enfin qu'un examen du développement pubertaire des caractères sexuels primaires et secondaires ne doit pas être réalisé pour évaluer l'âge du jeune.

1.2.1.4. *Verdict du juge et prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance*

Individu jugé mineur et isolé :

Lorsque un jeune est déclaré effectivement mineur et isolé, il peut, à ce titre, bénéficier des dispositions relatives à la protection de l'enfance (hébergement, tutelle, scolarisation, ...) décrites dans la loi du 14 mars 2016 (32).

En tenant compte, comme le précise la loi, de l'intérêt supérieur du MNA, le juge peut décider de le maintenir dans le département où a eu lieu son évaluation, ou bien, de le réorienter dans un autre département via une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP). Le département de réorientation du jeune est choisi en fonction d'une clé de répartition, attribuée à chaque département français. L'objectif de cette clé est de répartir de manière proportionnée les MNA sur le territoire. Elle est redéfinie chaque année en fonction du nombre de nouveaux MNA confiés au service de l'ASE et du nombre de MNA toujours pris en charge par le département. Les modalités de calcul de cette clé de répartition sont plus précisément décrites dans le décret du 24 juin 2016 (33).

L'évaluation de la minorité et de l'isolement ne doit pas être, en principe, renouvelée à l'arrivée du jeune dans le département d'accueil. Pourtant, d'après la littérature, cette pratique avait parfois cours, encore récemment, dans certains départements (34). Pour les jeunes concernés, cette méfiance des institutions et l'absence de reconnaissance de leurs droits fait grandir un sentiment d'injustice et d'isolement. Ceci n'est pas sans conséquence pour leur bien-être psychologique déjà mis à rude épreuve au cours de leur parcours migratoire.

Jeune débouté :

Si le jeune est considéré majeur ou non-isolé par le juge pour enfants, celui-ci prononce la décision de non-lieu à assistance éducative. Cette décision exclut le jeune de toute prise en charge par les dispositifs de protection de l'enfance. Elle peut néanmoins faire l'objet d'un recours, conformément à l'article 1191 du Code de Procédures Civile (35).

Le président du Conseil Départemental a l'obligation de présenter à l'intéressé les raisons du refus de prise en charge et doit lui mentionner les voies ainsi que délais de recours possibles. Il doit également l'informer des droits reconnus aux personnes majeures en matière d'hébergement d'urgence, d'aide médicale, de demande d'asile ou de titre de séjour (36). En ce qui concerne l'aide médicale, l'actuel projet de loi du gouvernement sur l'immigration tant à réduire l'accès et la durée de la couverture maladie des demandeurs d'asiles (Cf. partie 1.3. Quelle prise en charge médicale ?).

En pratique, les jeunes déboutés sont souvent livrés à eux-mêmes face à des démarches administratives de recours très complexes. Des associations peuvent parfois les aider dans leurs démarches, c'est par exemple le cas de Médecins Sans Frontières à Paris et de Médecins du Monde à Nantes (17,37).

D'après un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2018, le taux de reconnaissance de minorité et isolement variait de 9 à 100 % selon les départements (38). Au cours de l'année 2016, en Loire-Atlantique, 901 évaluations ont été déclarées à l'Agence de Services et de Paiements (ASP) et transmises à la Direction Générale de la cohésion sociale (DGCS). Parmi elles 589 ont conclu à l'état de minorité et d'isolement du jeune, soit un taux de reconnaissance de 65,4% pour une moyenne nationale de 52,3% la même année (39). L'association Médecin du Monde relève également des inégalités territoriales pour la mise à l'abri provisoire et d'évaluation des MNA (40).

1.2.2. Particularités en Loire Atlantique

Dans le département de Loire Atlantique, la mise à l'abri, l'évaluation ainsi que l'accueil des MNA sont réalisés, depuis 2015, par l'Association Saint Benoit Labre (ASBL) présentée ci-dessous (23).

1.2.2.1. Association Saint Benoit Labre

Depuis 1953, l'ASBL lutte contre l'exclusion des personnes en difficultés sociales et professionnelles. L'association gère, dans le cadre de conventions publiques, des services et établissements d'accueil d'urgence et d'insertion. Elle participe à la Maison de la Veille Sociale 44 : Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO), Urgence et Insertion, 115 (Samu Social).



Figure 6 : Logo ASBL (23)

En 2012, l'association crée un service Mineurs Isolés Étrangers (« AT'HOME »). Ce service a accompagné 30 jeunes l'année de sa création.

En mars 2015, l'ASBL obtient l'agrément au titre de la protection de l'enfance. En octobre de la même année, les services d'Accueil et Évaluation de la Minorité et de l'Isolement des Nouveaux Arrivants (AEMINA) et d'Accueil, Suivi et Accompagnement des Mineurs isolés Étrangers (ASAMEH) sont mis en place pour l'évaluation de la minorité, l'accueil et l'accompagnement des jeunes étrangers isolés jusqu'à leur majorité. S'en suit l'ouverture de plusieurs centres d'hébergements et de foyers pour accueillir ces jeunes (Chapeau Berger à Vertou, Frère Louis à Nantes, Sainte Luce, ...). Récemment, 70 places d'hébergement d'urgence ont également été ouvertes à Nantes pour les migrants, mineurs et majeurs, qui s'étaient installés au Square Jean-Baptiste Daviais.

En 2018, les services consacrés aux MNA ont accompagné 550 jeunes sur l'année.

1.2.2.2. Parcours type dans le département

Toute personne se déclarant MNA en Loire Atlantique est donc orientée (via le commissariat, les urgences du CHU, ou par le bouche-à-oreille) vers l'ASBL. C'est d'abord le service AEMINA qui intervient en réalisant un premier entretien d'accueil, visant à écarter les demandes abusives. Le jeune est ensuite reçu par le service d'Accueil, Logistique et Mise à l'Abri des Nouveaux Arrivants (ALMANA), où il peut se reposer 2 à 3 jours avant l'entretien d'évaluation de la minorité et de l'isolement.

Le deuxième entretien d'évaluation est réalisé par une équipe sociale pluridisciplinaire du service AEMINA, suivant les réglementations en vigueur dictées par l'Arrêté du 17 novembre 2017 (8). Les interprètes qui interviennent lors de cet entretien font partie de l'Association Santé Migrants de Loire Atlantique (ASAMLA) pour les jeunes non francophones (41).

A l'issue de l'évaluation, un rapport est rédigé et envoyé au Conseil Départemental de Loire Atlantique. Un juge des tutelles statue alors sur la minorité et la situation d'isolement du jeune, afin de permettre l'ouverture d'une protection.

Comme vu précédemment, le juge peut demander une vérification de l'authenticité des documents d'identité en possession du jeune et/ou des tests médicaux complémentaires (Cf. Figure 7).

Pendant toute la durée de ce processus d'évaluation, le jeune est pris en charge par le service ALMANA jusqu'au verdict du juge. Cette mise à l'abri temporaire et l'accompagnement social qui s'y rattache sont accordés et financés par le Conseil Départemental de Loire Atlantique et peut durer de 5 jours à 6 mois. Auparavant, l'aide apportée par l'État, était de 250 euros par jour pendant 5 jours seulement. Depuis 2018, l'État apporte une aide forfaitaire à 500 euros pour chaque jeune à évaluer. S'ajoute à cela une participation journalière pour la mise à l'abri d'urgence de 90 euros pendant 14 jours, puis réduit à 20 euros par jour entre le quinzième et le vingt-troisième jour. Il n'y a plus d'aide financière journalière passé ce délai (42).

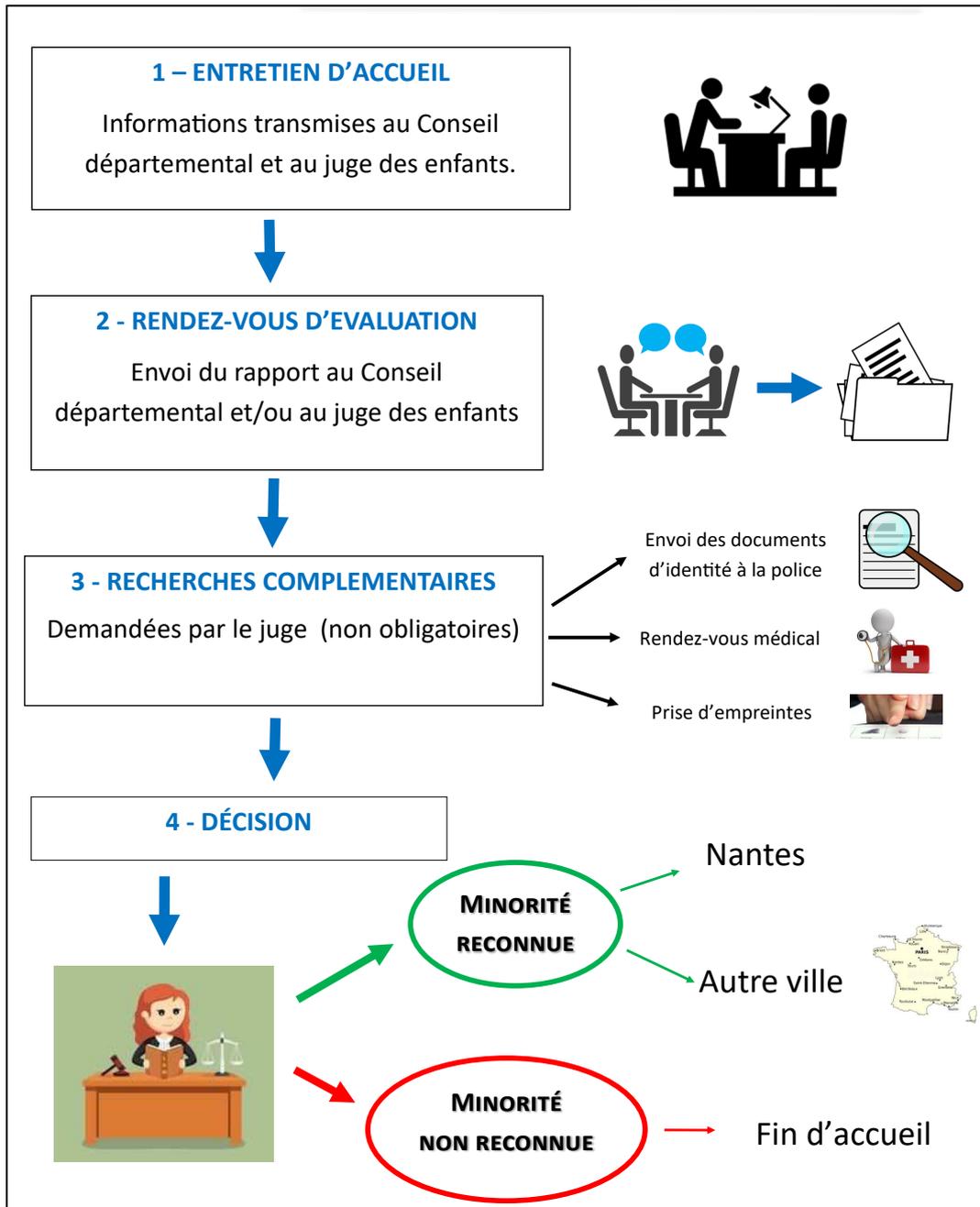


Figure 7 : Procédure d'évaluation pour tous les nouveaux arrivants (livret d'accueil, Annexe 1)

Le nombre de jeunes accueillis par ALMANA varie selon les périodes, en fonction du nombre de nouveaux arrivants. En septembre 2019, environ 150 MNA étaient accueillis par ALMANA à Nantes.

La prise en charge par ce service ALMANA garantit au jeune un accès aux besoins primaires, soit : manger, dormir, se laver, se vêtir, être en sécurité, se soigner et se déplacer. Dès l'arrivée dans le service, un diagnostic est établi par les infirmiers afin d'identifier ses besoins et ses difficultés, et un livret d'accueil lui est remis (Cf. Annexe 1).

Détaillons les besoins primaires :

Dormir :

Des hébergements d'urgence sont possibles en cohabitation, en foyer, en gîte ou à l'hôtel. Le type de logement est choisi en fonction du profil du jeune et des disponibilités selon différents critères tels que l'isolement, la précarité psychique et physique, l'usage de drogue(s), etc. Ceci doit permettre de trouver le logement le plus adapté et le plus sécurisant pour chaque mineur.

Manger :

Dans un premier temps, des tickets services, d'une valeur de 5 euros par repas sont remis au jeune, jusqu'à ce que le diagnostic de pathologie infectieuse (notamment de tuberculose) ait été écarté. Ils sont valables en restaurant et supermarché. Par la suite, le MNA a accès à des repas complets et équilibrés, midi et soir, au Restaurant du Foyer de Jeunes Travailleurs (FJT) de Nantes, grâce à une carte remise par le service ALMANA.

Hygiène :

Un kit hygiène est fourni au jeune à son arrivée. Il contient du savon, du shampoing, du déodorant et du dentifrice, renouvelables tous les mois, ainsi qu'une brosse à dents et des cotons tiges, renouvelables tous les 2 mois. Enfin, une paire de tongs, un rasoir, un peigne et un coupe-ongle sont donnés de façon non-renouvelable.

Lors de l'accueil, un « point vêture » est fait avec le jeune et des vêtements lui sont donnés en fonction de ses besoins. Une carte laverie lui est également remise pour lui permettre de laver son linge toutes les semaines.

Se déplacer :

Des tickets de transport Tan, à l'unité, sont disponibles ainsi qu'un ticket mensuel nominatif.

A l'issue de l'évaluation, si le juge valide la minorité et l'isolement du jeune, il lui ouvre une tutelle. Le jeune est alors pris en charge par le service Accueil Suivi Accompagnement Mineurs Isolés Étrangers (ASAMEH). Celui-ci propose un accompagnement social afin de guider au mieux le MNA dans son projet de vie : scolarisation, formation professionnelle, démarches administratives, préparation à la majorité... En septembre 2019, le service ASAMEH accompagnait environ 190 jeunes âgés de 13 à 18 ans (43).

D'autres dispositifs de la Protection de l'Enfance sont validés par le Conseil Départemental de Loire Atlantique. Les MNA peuvent quitter le service ASAMEH pour l'un d'eux :

- **AT'HOME Agglo** : 110 MNA pris en charge dans l'agglomération Nantaise.
- **AT'HOME Hors Agglo** : 70 MNA répartis à Châteaubriant, Saint-Nazaire et dans le Sud Loire Nantais.

- **Association ETAPE Jeunes** : le service ADJINA (Accueil de Jeunes pour l'Insertion et l'Autonomie) accueille 50 MNA à Clisson et à Ancenis (Cf. Figure 8) (44).
- **Association PEP (Pupilles de l'Enseignement Public)** : Le PEP Loire Atlantique Anjou dispose d'un service SAMNA (Service d'Accueil des Mineurs Non Accompagnés) qui propose un hébergement et un accompagnement des MNA en Loire Atlantique et Maine et Loire (Cf. Figure 9) (45).
- **Familles solidaires** : En lien avec les associations PEP Atlantique-Anjou et Étape Jeunes, des familles volontaires peuvent accueillir chez elles, à temps plein ou le temps des week-ends et des vacances, des MNA (46).



Figure 8 : Logo de l'Association ETAPE Jeunes



Figure 9: Logo de l'Association PEP Atlantique-Anjou

Si le jeune est évalué majeur et/ou non isolé, il n'est plus pris en charge par le service ALMANA. Il peut néanmoins demander de l'aide à l'ASBL pour les démarches permettant de faire un recours ou une demande d'asile ou pour obtenir un titre de séjour.

1.3. Quelle prise en charge médicale ?

1.3.1. Généralités sur l'accès aux soins

Droit fondamental :

La CIDE prévoit, selon l'article 24.1, que « les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services ». La CIDE prévoit également, dans son article 26, que « les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale » (47).

Prestations de santé en France :

- Pour les MNA bénéficiant d'une prise en charge par l'ASE :

Ils sont affiliés à l'assurance maladie via la Protection Universelle Maladie (PUMa) et à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) en leur nom propre (48). La CSS est mise en place depuis le 1^{er} novembre 2019. Elle remplace la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) (49).

La demande d'affiliation doit être faite par les services de l'ASE dans le cadre de la prise en charge par le département. Cette demande nécessite une domiciliation administrative (la plupart du temps, c'est l'adresse du siège de l'association qui prend en charge les jeunes qui est utilisée). Les démarches d'affiliation peuvent prendre de quelques semaines à plusieurs mois en fonction des départements et de la rapidité de leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) à traiter les demandes.

Jusqu'aux récentes réformes annoncées par le gouvernement, une fois affilié, les droits des jeunes étaient ouverts pendant 12 mois, quelle que soit l'évolution de leur situation. Le gouvernement souhaite réduire la durée d'ouverture des droits pour tous les demandeurs d'asile déboutés (mineurs ou majeurs) à 6 mois, ce qui risque d'avoir des conséquences sur la continuité des soins et donc la santé de ces jeunes adultes (50).

- Pour les jeunes migrants non reconnus comme mineurs ou isolés, soit en amont soit en aval du dispositif départemental de mise à l'abri provisoire :

Ils ne peuvent pas prétendre à la PUMa. Ils ne sont pas pour autant reconnus ou considérés comme majeurs en situation irrégulière. Dans ces conditions, en tant que mineurs présumés, ils peuvent donc bénéficier de l'AME sans condition de durée minimale de présence sur le territoire de 3 mois et sans justificatifs de ressources, contrairement aux étrangers en situation irrégulière (48). Ceci ne devrait pas changer avec les réformes du gouvernement sur l'immigration.

En pratique, le rapport annuel de Médecin du Monde de 2018 indique que seuls 4,3 % des MNA qui se présentaient à un Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) avaient une couverture maladie lors de leur première visite. Ces jeunes sont pour certains en attente de leur évaluation ou du verdict du juge et devraient donc pouvoir bénéficier de l'AME sans condition. D'autres ont entamé des procédures de recours après avoir été évalués majeurs et/ou non isolés. Ces derniers ont donc un statut « ni mineur, ni majeur » qui ajoute des difficultés d'accès à une couverture de santé s'ils n'ont pas été affiliés avant le verdict du juge (51).

- Pour les étrangers demandeurs d'asile :

Le gouvernement, dans le cadre du plan de loi de finance 2020, a instauré un délai de carence de 3 mois avant l'accès des demandeurs d'asile à la PUMa. Auparavant, ils y avaient accès dès le dépôt de leur demande. Dorénavant, ils ne bénéficieront que du Dispositif de Soins Urgents et Vitaux (DSUV) les 3 mois suivant leur demande.

Le DSUV est défini à l'article L. 254-1 du Code de l'Action Social et des Familles (CASF). Il est « limité aux soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de la santé de la personne ou de l'enfant à naître, dispensés dans les établissements de santé, publics ou privés, soit dans le cadre d'une hospitalisation soit dans le cadre des actes et consultations externes, y compris la délivrance des médicaments » (52).

Ces personnes se tourneront donc très probablement vers les centres de Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) durant leurs 3 premiers mois sur le territoire.

- Pour les étrangers en situation irrégulière :

Tous les étrangers, quelle que soit leur situation, peuvent avoir accès aux soins grâce aux centres PASS.

Ils peuvent bénéficier de l'AME à condition qu'ils puissent justifier qu'ils résident en France depuis plus de 3 mois. Ceux qui vivent sur le territoire depuis moins de 3 mois, ou dans l'attente de leur affiliation, peuvent bénéficier du DSUV.

A propos de l'AME, parmi la vingtaine de mesures que souhaite mettre en place le gouvernement pour réformer l'immigration dans le pays, figure l'exclusion de la prise en charge de certains soins (50).

Consentement aux soins et absence d'autorisation parentale :

La nécessité d'obtenir le consentement des parents, ou tuteurs légaux, pour les actes médicaux représente l'une des principales entraves à l'accès aux soins pour les MNA. En effet, d'après l'article R. 4127-42 du Code de la Santé Publique (CSP) « un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son responsable légal et d'obtenir leur consentement. » (53). Or, par définition, les migrants mineurs isolés n'ont pas de responsable légal à leur arrivée sur le territoire. Il faut attendre la fin du processus d'évaluation, qu'ils soient jugés MNA pour l'ouverture d'une tutelle par l'ASE a qui sera délégué l'exercice de l'autorité parentale.

Cependant, trois exceptions sont prévues et permettent la dispense du consentement parental (Cf. Figure 10) :

- l'article L. 1111-4 du CSP permet au soignant de passer outre l'absence de consentement des titulaires de l'autorité parentale lorsque l'absence de soin « risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur » (54).
- si la personne mineure demande à garder le secret sur son état de santé, l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique (CSP) le permet pour toutes demandes générales, et les articles L. 5134-1 et L. 2212-7 du CSP pour toutes demandes spécifiques, relatives à la contraception et à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) (55-57).
- lorsque le mineur bénéficie, à titre individuel, du remboursement par l'assurance maladie et de la couverture complémentaire (PUMa et CSS), seul son consentement est requis. Ce qui est le cas du MNA pris en charge dans le cadre de la protection de l'enfance (55).

De plus, l'instruction ministérielle du 8 juin 2018, relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants, prévoit des dispositions spécifiques pour le consentement aux soins des MNA en l'absence de représentation légale (Cf. Figure 11) :

- par analogie aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du CSP précédemment évoqués, si le mineur est accompagné par un majeur de son choix, toute action de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention est possible dès lors qu'elle s'impose pour sauvegarder sa santé (58).
- pour les situations d'urgence, précédemment définies, en l'absence de représentant légale, et à défaut d'autre solution, il est préconisé que l'autorisation de soins soit signée par le mineur (59).

Article L1111-4

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

Article L1111-5

Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

Article L1111-5-1

Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, l'infirmier doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Article L2212-7

Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin ou la sage-femme doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

Article L5134-1

Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

La délivrance de contraceptifs, la réalisation d'examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive, la prescription de ces examens ou d'un contraceptif, ainsi que leur prise en charge, sont protégées par le secret pour les personnes mineures.

Figure 10 : Dispositions législatives et réglementaires du Code de la Santé Publique

Instruction n°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143

Pour les personnes qui indiquent être mineures, et sans représentation légale, la question du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour les soins se pose. En l'absence de représentation légale, par analogie avec les articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du code de la santé publique, si le mineur est accompagné par un majeur de son choix, les médecins et les sages-femmes peuvent mener des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention s'imposant pour sauvegarder la santé des mineurs non accompagnés. Les infirmiers peuvent également mener de telles actions pour les questions relatives à la santé sexuelle.

Figure 11 : Instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants

Le graphique suivant indique, pour les soignants, les possibilités de prise en charge médicale face à un patient nouvellement arrivé sur le territoire. Les soins réalisables dépendent notamment de l'âge du patient et de la couverture maladie dont il bénéficie.

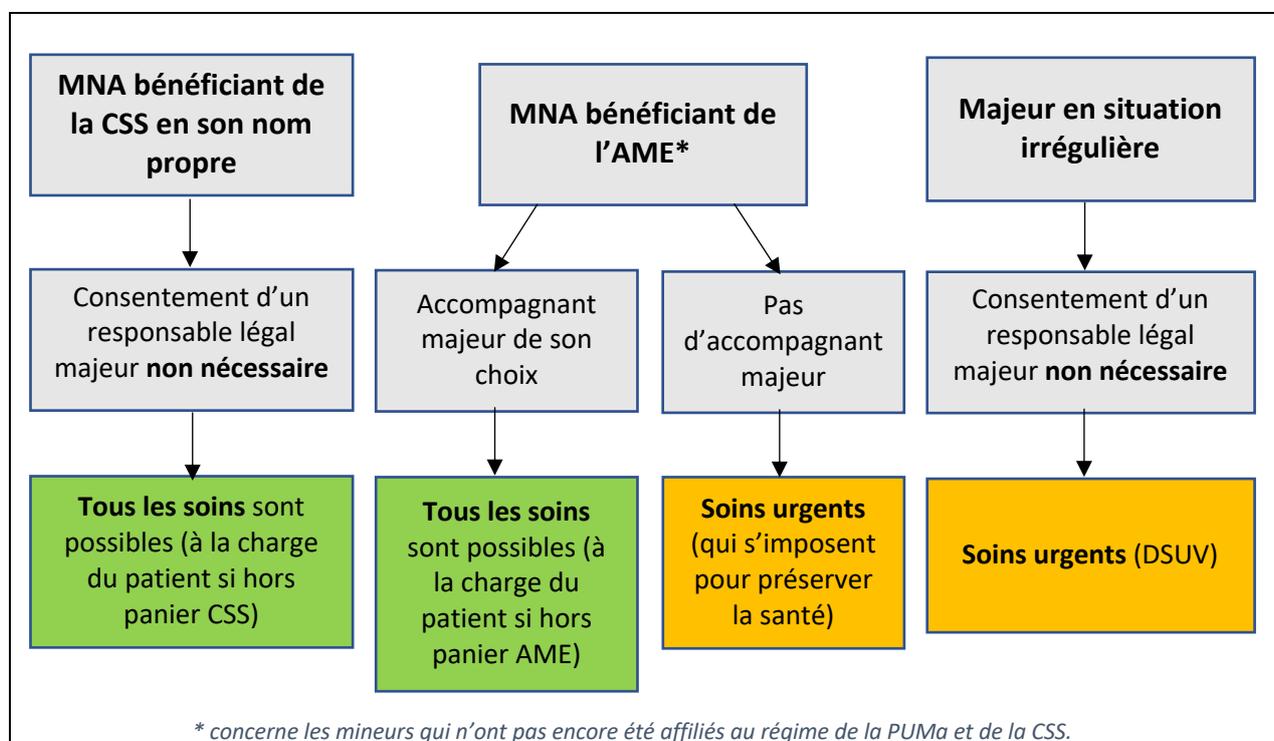


Figure 12 : Quelle prise en charge médicale réaliser face à un patient migrant ?

Visite médicale lors de l'arrivée sur le territoire :

Sur le plan des obligations sanitaires légales, tous les migrants sont soumis à l'arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France. Ils doivent donc bénéficier d'un examen médical de contrôle et de prévention organisé par l'Office Française de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) à leur entrée sur le territoire (60). Cependant, les MNA, de par leur minorité, sont écartés des circuits classiques d'immigration légale. En théorie, ce sont donc les services de l'ASE des départements d'accueil qui devraient réaliser ce bilan médical initial.

En pratique, d'après le rapport du Défenseur des Droits, il existe une grande disparité territoriale (61). Le contenu des bilans proposés varie beaucoup d'un département à l'autre, de même que le moment de leur réalisation. Certains départements d'accueil proposent aux migrants, supposés mineurs, des bilans médicaux systématiques assez complets. Par exemple, d'après l'un des infirmiers d'ALMANA que nous avons rencontrés (Cf. Annexe 2), un bilan sanguin et un dépistage VIH/hépatites sont réalisés dès le recueil provisoire des MNA à Angoulême. *A contrario*, en région parisienne, la situation diffère selon les centres d'accueil concernés : certains ne proposent aucun bilan médical car ils doivent faire face à un afflux de MNA trop important, tandis que d'autres le mettent en place systématiquement à leur arrivée.

Le coût de ces bilans de santé est pris en charge par la CPAM lorsque le MNA y est affilié. Si ce n'est pas encore le cas, l'association qui le prend en charge avance le règlement des soins et fait une demande de remboursement auprès de la CPAM *a posteriori*, après affiliation du jeune en question.

1.3.2. En Loire Atlantique

Les deux infirmiers de l'équipe du service ALMANA ont accepté de répondre à nos questions au cours d'un entretien dans leurs locaux (Cf. Annexe 2). La prise en charge des MNA par l'ASBL a été détaillée, et plus particulièrement au sein du service ALMANA.

Prise en charge médicale à ALMANA :

Depuis sa mise en place, le service ALMANA a développé un réseau de soins pour les MNA avec différents partenaires :

- le CHU : la Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé (PASS) de Nantes, (en cas d'urgence pour les jeunes n'ayant pas encore été affiliés à l'assurance maladie), le Centre de Soins Dentaires et le CLAT (Centre de Lutte Anti-Tuberculose).
- des associations : « La santé n'a pas d'horaire » pour les soins infirmiers et le planning familial pour les problèmes gynécologiques et les questions de contraception.
- des professionnels libéraux, notamment :
 - un chirurgien-dentiste libéral,
 - un Centre Nantais de formation de la podologie,
 - 2 psychologues cliniciennes,
 - 3 médecins généralistes,
 - quelques pharmacies.

Les jeunes pris en charge par ALMANA se rendent à leurs rendez-vous médicaux en autonomie. Chaque jeune détient une carte prouvant qu'il est pris en charge par l'ASBL.

Une permanence des soins est également assurée par les infirmiers du lundi au vendredi. En dehors des horaires d'accueil, les numéros d'urgence (sapeurs-pompiers, police-secours, SAMU, numéro d'urgence européen et numéro d'urgence du service AEMINA) sont donnés aux MNA dans leur livret d'accueil (Cf. Annexe 1).

Affiliation à l'assurance maladie facilitée :

Jusqu'en juillet 2018, le service ALMANA devait faire une demande exceptionnelle d'autorisation de soins, auprès du Conseil Départemental (CD). Le service avançait ensuite les frais engendrés jusqu'à l'affiliation du jeune à l'assurance maladie, ce qui pouvait prendre plusieurs mois. Depuis août 2018, un partenariat entre l'assurance maladie et l'ASBL s'est développé afin de faciliter et d'accélérer les démarches. Désormais, les jeunes pris en charge par ALMANA sont affiliés à l'assurance maladie en 3 à 4 semaines, ce qui améliore grandement l'accès aux soins. L'association rédige une note d'information pour le CD qui envoie à son tour un arrêté d'admission administratif pour la demande d'affiliation. La CPAM délivre l'attestation d'affiliation à la PUMa et à la CSS au service ALMANA. Les nouveaux arrivants sont ainsi affiliés moins d'un mois après leur prise en charge par l'ASBL.

En cas d'urgence, lorsque les soins ne peuvent attendre l'affiliation à l'assurance maladie, les jeunes sont adressés au service de la PASS. Avant la facilitation des démarches, environ 10 jeunes étaient adressés à la PASS chaque jour, aujourd'hui seuls 1 ou 2 y sont adressés chaque mois.

Bilan de santé lors du recueil provisoire :

Lors de l'accueil d'un nouvel arrivant à ALMANA, un premier bilan de santé est réalisé par les infirmiers du service. Ce bilan consiste uniquement à diagnostiquer les pathologies contagieuses, comme la tuberculose ou la gale, et les urgences :

- Si un jeune présente une problématique de santé urgente en arrivant à AEMINA, il est adressé au service des urgences du CHU, s'il bénéficie d'une couverture de santé. S'il ne bénéficie pas encore de couverture de santé, il est adressé à la PASS.
- Les MNA porteurs de la gale ou de punaises de lit sont directement traités par les infirmiers, dans les locaux du service ALMANA.
- Un dépistage de la tuberculose est systématiquement réalisé à l'arrivée du jeune. Ce dépistage se déroule au CLAT où une radiographie pulmonaire est effectuée. Si une anomalie est détectée, un protocole d'isolement est mis en place et le jeune est accompagné par les infirmiers d'ALMANA dans son parcours de soins.

D'après les infirmiers du service, les pathologies générales le plus souvent rencontrées chez les jeunes sont la tuberculose symptomatique et asymptomatique, la gale, des traumatismes physiques dus à des violences subies dans leur pays d'origine ou au cours de leur voyage

migratoire, des symptômes de déshydratation (céphalées, maux de tête, fatigue), des hernies inguinales, des troubles psychologiques (suite aux violences de guerre, usage de drogues, ...) voire psychiatriques qui sont souvent complexes à prendre en charge.

Les infirmiers du service accompagnent les MNA dans leur parcours de soins (organisation des piluliers, des RDV, ...). Ils ont également un gros travail d'écoute auprès des jeunes et les orientent vers des psychologues si nécessaire.

Aucun examen bucco-dentaire n'est réalisé pour les nouveaux arrivants. Si un problème dentaire urgent est détecté, le jeune est d'abord orienté vers le CSD, puis vers le dentiste partenaire pour les soins de suite. D'après les infirmiers d'ALMANA, « les MNA accueillis dans le service ont tous des problèmes dentaires », mais « l'absence d'autorisation de soin par un représentant légal a parfois généré des refus de prise en charge au CSD ». C'est donc pour faciliter l'accès aux soins dentaires que le service a développé un partenariat avec un dentiste libéral. Aujourd'hui, les droits des MNA ont été clarifiés avec les services d'admissions, il est rare qu'un jeune ne soit pas pris en charge au CSD. Cependant, les soignants se retrouvent parfois démunis face au statut de ces jeunes mineurs qui se présentent sans responsables légaux, et ne savent pas toujours quels soins il est possible de leur délivrer.

Les infirmiers ont également rapporté certaines contradictions dans la prise en charge médicale des MNA à Nantes. Par exemple, à la PASS les prises de sang sont réalisées sans demande d'autorisation de soins auprès de l'association. Il en est de même pour les radiographies de dépistage de tuberculose au CLAT. *A contrario*, le Centre de vaccination et le Centre de Soins Dentaires demandent fréquemment ces autorisations avant de prodiguer des soins. Aussi, il faut attendre l'obtention de la tutelle pour que le bilan sanguin et le dépistage VIH/hépatites soient réalisés.

Après obtention de la tutelle :

Lorsque la minorité et la situation d'isolement sont reconnues par le juge, celui-ci délègue l'exercice de l'autorité parentale aux services agréés par l'ASE via la mise sous tutelle du MNA. Une fois dirigé vers l'un de ces services (ASAMEH, ATHOME, PEP, ...), le jeune peut alors être scolarisé, et avoir une prise en charge médicale plus approfondie (notamment une mise à jour de son statut vaccinal et un suivi médical régulier).

Ce sont les éducateurs des associations ou organismes agréés par l'ASE qui prennent le relais pour l'accompagnement dans le parcours de soins des jeunes. L'association ALMANA n'est pas financée par le CD après la fin du recueil provisoire. Ce changement d'interlocuteur pose parfois des problèmes de suivi de traitement pour les jeunes qui sont alors répartis dans tout le département de Loire Atlantique. C'est pourquoi un projet d'harmonisation de la prise en charge des MNA, du recueil provisoire jusqu'à la majorité, est en discussion avec le CD. Une campagne de vaccination va également être mise en place.

1.3.3. Pour une amélioration de la prise en charge médicale des MNA

Depuis peu, des études sont réalisées pour faire un focus sur les obstacles majeurs rencontrés par les MNA pour accéder aux soins, avec pour objectifs d'établir un modèle de prise en charge (62–65).

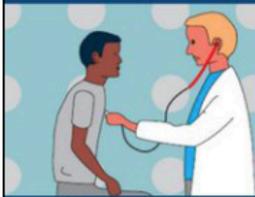
Une récente thèse de la Faculté de Médecine de Marseille a établi, grâce à une enquête en ligne auprès des équipes PASS de France, les principaux obstacles rencontrés par les MNA pour accéder aux soins. Les équipes PASS rapportent notamment : des difficultés de communication avec les jeunes (interprétariat difficile à obtenir), des défauts de couverture sociale, des difficultés d'orientation dans le parcours de soin, des ruptures d'hébergement et d'accompagnement lorsqu'un MNA est débouté, une perte des données médicales lors d'un changement de département, une méconnaissance des soignants face à la situation des MNA, ... (66).

Plusieurs propositions ont ensuite été faites par les équipes PASS pour permettre d'améliorer la prise en charge des MNA et notamment :

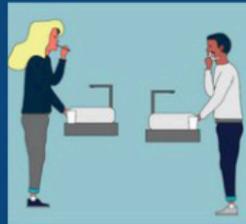
- clarifier la réglementation sur le statut légal des MNA durant la période d'évaluation en prenant en compte les situations cliniques (urgences, consultation, chirurgie, psychiatrie...) et les problématiques liées (consentement aux soins, autorisation de sortie, délivrance de traitements externes...).
- établir un protocole de prise en charge des soins pour les MNA, incluant la réalisation d'un bilan de santé systématique à leur arrivée, comprenant le dépistage des maladies contagieuses (tuberculose, hépatite B et VIH), la mise à jour de leur couverture vaccinale et la proposition d'un test de grossesse pour les jeunes femmes.
- organiser un dépistage systématique des troubles psycho-traumatiques.
- permettre l'accès aux soins dentaires et ophtalmologiques.
- créer un carnet de santé nominatif, comme en Maine-et-Loire où a été mis en place le « passeport santé » pour les MNA (Cf. Figure 13) (67).
- clarifier la coordination du parcours de soins entre les structures (ASE, associations, structures sanitaires).
- prolonger l'accompagnement et l'hébergement des MNA jusqu'à épuisement des recours.
- mettre un interprétariat à disposition de manière pérenne pour toutes les structures de soins.

Certaines de ces propositions sont retrouvées dans le dernier Rapport de mission bipartite de réflexion sur les MNA et dans l'Instruction DGS juin 2018. Nous retrouvons, par exemple, la proposition de mise en place d'un bilan de santé exhaustif et systématique lors de la phase d'évaluation des MNA (3,68). Six propositions des équipes PASS sont aussi présentes dans le rapport ANESM de mars 2018 (69).

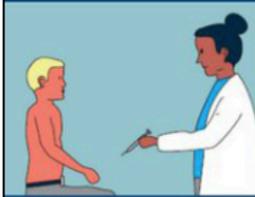
PASSEPORT SANTÉ, OUTIL CLÉ POUR L'ACCUEIL DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS



1. Une synthèse de l'identité du jeune accueilli et des professionnels référents



4. Des conseils d'hygiène quotidienne en français et en anglais



2. Un bilan médical complet
3. Un carnet de vaccination



5. Les numéros et contacts utiles pour les jeunes accueillis

DÉPARTEMENT DE MAINE-ET-LOIRE
anjou

Figure 13 : Plaquette de présentation du passeport santé créé en Maine et Loire (67)

2. La santé bucco-dentaire des MNA

2.1. État des lieux dans la littérature

2.1.1. Introduction

La santé des MNA est peu documentée. La plupart des articles qui portent sur le sujet traitent des troubles psychologiques et psychiatriques, que ces jeunes peuvent présenter à leur arrivée dans le pays d'accueil. Ces troubles sont courants chez les MNA car ils ont fréquemment vécu des expériences traumatisantes dans leur pays d'origine et/ou au cours de leur parcours migratoire (62,70–72).

Des travaux sur les maladies infectieuses que les MNA peuvent présenter sont également retrouvés, telles que des infections ORL ou pulmonaires, des hépatites, parasitoses, ou une tuberculose (73–78)...

En ce qui concerne l'état de santé bucco-dentaire, la littérature concerne surtout les migrants adultes majeurs. 2 études ont été retenues, une revue systématique de littérature européenne de 2015 (79) et une étude transversale menée en Allemagne en 2018 (80).

La revue systématique (79), a pour sujet les recherches portant sur la santé orale des réfugiés ou demandeurs d'asile, publiées entre 1990 et 2014, en anglais, français, italien, espagnol ou portugais. 44 articles y sont analysés. Il en ressort que les populations de migrants sont plus sujettes aux pathologies bucco-dentaires que les populations natives des pays d'accueil. De plus, lorsque des stratégies sont mises en place pour faciliter l'accès aux soins dentaires pour ces populations, une grande amélioration de leur état de santé dentaires est observée. Cette revue systématique note une importante disparité des résultats selon les études analysées, et la nécessité de réaliser plus de recherches sur ce sujet.

L'étude transversale (80), porte sur l'état dentaire de 386 migrants Syriens et Iraquiens, réfugiés en Allemagne depuis moins d'un an et âgés de 18 à 60 ans. L'examen dentaire a été réalisé par un chirurgien-dentiste et leurs habitudes d'hygiène bucco-dentaires ont été interrogées. Les résultats indiquent que 79% des sujets présentaient des caries non soignées, 78,8% présentaient de la plaque dentaire sur les 6 sextants et 60% du tartre sur au moins 3 sextants. La conclusion de cette étude note la nécessité d'améliorer l'accès à une hygiène dentaire adaptée, ceci afin de limiter les risques de développer des pathologies bucco-dentaire et donc la nécessité d'avoir recours aux soins dentaires par la suite.

Nous avons ensuite focalisé les recherches sur l'état de santé bucco-dentaire des migrants âgés de moins de 18 ans, en incluant la littérature portant sur les migrants mineurs non isolés.

2.1.2. Matériel et Méthodes

Les recherches ont été réalisées sur plusieurs bases de données telles que PubMed, SUDOC-ABES, DUMAS et Google Scholar. Les mots clés utilisés pour les recherches anglophones étaient : « unaccompanied child », « unaccompanied minor », « child migrant » ou « minor refugee », associés à « oral health » ou « dental disease ». Ceux utilisés pour les recherches francophones étaient : « mineurs non accompagnés », « mineurs isolés étrangers » ou « migrants mineurs » associés à « santé bucco-dentaire » ou « pathologies dentaires ».

Les articles, rapports ou thèses retenus devaient répondre aux critères d'éligibilité suivant :

- avoir été publié dans les 10 dernières années (depuis 2009),
- être en langue française ou anglaise,
- traiter de la santé bucco-dentaire des migrants mineurs, de plus de 10 ans, accompagnés ou non, ou au moins évoquer leur santé bucco-dentaire.

2.1.3. Résultats - Discussion

Les recherches réalisées ont permis d'identifier 14 références bibliographiques, dont 5 en langue française. Les principaux résultats seront présentés dans le tableau 14.

Sur les 9 articles anglophones retenus, seuls 2 articles traitent spécifiquement de la santé des MNA et évoquent leur état dentaire. C'est pourquoi nous avons également retenus les études portant sur tous les mineurs migrants, qu'ils soient accompagnés ou non. Parmi ces études, se trouvent 3 revues systématiques de littérature, 2 études rétrospectives et 4 études observationnelles transversales. Six études ont été menées en Europe, et 3 aux États-Unis ou au Canada.

Les articles francophones retenus évoquent uniquement l'état bucco-dentaire des mineurs non accompagnés. Il s'agit, d'une étude réalisée au CHU d'Angers, de trois travaux de thèse en Médecine, ainsi que du dernier rapport de Médecins du Monde publié en 2018.

Auteurs	Année, Pays	Type d'étude	Population ou données étudiée(s)	Résultats et/ou conclusions
Julihn, et coll. (81)	2010, Suisse	Étude longitudinale rétrospective de cohorte basée sur registre national	15538 adolescents suivis de 13 à 19 ans.	DMFsa** migrants > DMFsa natifs
Jaeger et coll. (82)	2012, Suisse	Revue systématique	25 études publiées depuis 2000 sur la santé des migrants mineurs en Suisse	Les mineurs migrants ont plus de caries que les mineurs Suisses non migrants
Baudino (83)	2015, France	Étude observationnelle, rétrospective	Dossiers médicaux de 142 MNA	42 MNA (29,6%) présentaient des caries et 3 (2,1%) présentaient des abcès
Cassar et coll. (84)	2016, Royaume-Unis	Étude observationnelle transversale	>800 MNA sur l'année 2015	65% présentaient des lésions carieuses
Marquardt, et coll. (85)	2016, Allemagne	Étude observationnelle transversale	102 MNA âgés de 12 à 18 ans	Caries chez 20,1% des garçons et 20,8% des filles en moyenne
Hoover et coll. (86)	2016, Canada	Étude pilote, observationnelle transversale	133 migrants et réfugiés originaires du Bouthan et âgés de 3 à 15 ans,	Le dmft/DMFT score* réfugiés > dmft/DMFT score migrants > dmft/DMFT score natifs
Reza et coll. (87)	2016, Canada	Revue systématique	32 études d'Amérique du Nord publiées entre 1999 et 2014 sur la santé orale d'enfants migrants, âgés de 0 à 18 ans	Santé orale des enfants migrants généralement moins bonnes que celle des natifs
Riggs et coll. (88)	2017, Etats-Unis	Revue systématique	12 études internationales (États-Unis, Canada, Australie, Israël) publiées entre 2006 et 2016 sur la santé orale d'enfants migrants	D'autres études doivent être menées pour établir des conclusions sur l'état de santé orale des migrants
Peaud et coll. (89)	2017, France	Étude observationnelle, rétrospective	Dossiers médicaux de 117 MNA	35,9% des MNA présentaient des pathologies bucco-dentaires
Carrasco-Sanz et coll. (90)	2017, Europe	Étude rétrospective sur la base de données européenne des soins pédiatriques	492 pédiatres ont complété la base de données concernant la santé de leur patients migrants âgés de 0 à 18 ans	Besoin de soins dentaires patients migrants > patients natifs du pays pour 86% des pédiatres
Riatio et coll. (91)	2018, Espagne	Étude observationnelle transversale	300 enfants migrants Syriens âgés de 5 à 13 ans	75% des enfants présentent des caries
Milliet (92)	2018, France	Étude observationnelle, rétrospective	Dossiers médicaux de 117 MNA	>50% des MNA présentaient pathologies bucco-dentaires
Médecins du Monde (51)	2018, France	Recueil de données médicales	332 patients âgés de 12 ans ou plus, accueillis dans les Caso	Moyenne de 4,4 dents cariées et 5,3 dents absentes
Bouvrot et coll. (66)	2019, France	Recueil de données médicales	Enquête auprès de 55 centres de PASS en France	10% des diagnostics sont des pathologies bucco-dentaires

*Le dmft/DMFT score est un outil permettant d'évaluer l'indice carieux individuel. Il s'agit de calculer le nombre de dents cariées, absentes et obturées, pour les dents temporaires (dmft) ou définitives (DMFT).

** Le DMFsa score permet d'évaluer l'accroissement du nombre de surfaces dentaires cariées, absentes et obturées.

Figure 14 : Tableau récapitulatif de la littérature sur la santé bucco-dentaire des enfants migrants, depuis 2009

Littérature internationale :

Ces 9 études portent sur des individus d'âges et d'origines diverses.

Pour les 2 études portant spécifiquement sur des MNA, l'âge minimum n'est pas précisé pour l'étude de Cassar et coll. (84), il est de 12 ans pour celle de Marquardt et coll. (85). Parmi les études portant sur des jeunes migrants accompagnés, 4 concernent des enfants de 0 à 18 ans, 2 indiquent des fourchettes plus précises d'âge (de 3 à 15 ans (86) et de 5 à 13 ans (91)) et la dernière étude suit des adolescents migrants de leur 13^{ème} à leur 19^{ème} anniversaire (81).

Les individus étudiés ont des origines diverses dans la plupart des études, exceptée pour l'étude de Riatto et coll. (91), qui ne porte que sur des enfants migrants Syriens.

Les 2 études portant sur les MNA ont obtenu des résultats très différents pour la prévalence de caries dentaires. Pour Cassar et coll., elle est de 65%, tandis que pour Marquardt et coll., elle est de 20,1% chez les garçons et 20,8% chez les filles. Elle est également la plus élevée chez les MNA d'origine Sub-saharienne (37,9%) et d'Afrique du Nord (30,8%) (84,85). Notons qu'il n'est jamais précisé par qui a été réalisé les examens bucco-dentaires.

Parmi les revues systématiques de littératures, 2 d'entre-elles s'accordent sur le fait que les mineurs migrants présentent une moins bonne santé bucco-dentaire par rapport aux mineurs natifs du pays d'accueil (87,82). La troisième n'a pas obtenu de différences significatives entre les enfants migrants et natifs, et elle met en avant la nécessité de mettre en place de nouvelles études sur le sujet (88).

L'étude rétrospective sur la base de données européennes des soins pédiatriques, indique que 86% des pédiatres ont rapporté un besoin de soins dentaires supérieur pour leurs patients migrants par rapport aux patients natifs du pays (90).

L'étude suisse de Julihn et coll. (81), montre une augmentation du nombre de surfaces dentaires cariées, entre le 13^{ème} et le 19^{ème} anniversaire, plus importante chez les adolescents migrants nés en Europe de l'Est (55,6%), Afrique (56,6%) et Asie (51,3%) par rapport à celle des enfants natifs du pays (37,5%).

L'étude pilote canadienne de Hoover et coll. (86) porte sur les migrants et les réfugiés présents depuis moins de 7 ans sur le territoire, âgés de 3 à 15 ans et originaires du Bhoutan. Les résultats indiquent que les enfants migrants et réfugiés présentent plus de dents cariées, soignées et obturées que les enfants natifs du pays. En effet, l'indice CAO est en moyenne de 5,80 pour les réfugiés et de 3,52 pour les migrants récents, contre 0,49 pour les enfants nés au Canada.

Enfin, l'étude de Riatto et coll. (91), indique que 75% des enfants migrants Syriens examinés présentent des caries dentaires, ainsi qu'un indice carieux plus élevé que les enfants natifs d'Espagne. L'examen a été réalisé par un chirurgien-dentiste.

Bien qu'hétérogènes, les résultats de ces études semblent indiquer que les mineurs migrants sont plus touchés que les mineurs natifs des pays d'accueil par les pathologies bucco-dentaires, et notamment la maladie carieuse. Nous pouvons cependant regretter le faible nombre d'études qui traitent de la santé bucco-dentaire des MNA.

Littérature française :

Thèse Gironde 2011-2013 (83):

Pour cette première thèse, une étude rétrospective a été menée à partir d'un recueil de données médicales, collectées chez 142 MNA pris en charge par le Dispositif de Recueil et d'Observation des Mineurs Isolés Étrangers (DROMIE), en Gironde, entre janvier 2011 et décembre 2013. L'examen clinique a été réalisé par un médecin généraliste ou par un infirmier. Au terme de cet examen, 42 jeunes (29,6%) présentaient des caries dentaires, 3 (2,1%) des abcès et 23 d'entre eux (16,2%) avaient déjà pu bénéficier de soins chez un chirurgien-dentiste.

Étude CHU Angers 2017 (89):

Cette étude épidémiologique, rétrospective, observationnelle, et monocentrique a été réalisée en 2017, sur 117 dossiers médicaux de MNA accueillis par l'Unité Enfance en Danger (UED) de l'ASE, entre septembre 2014 et décembre 2015.

Il était principalement retrouvé des pathologies infectieuses (chez 62% des jeunes) mais également dentaires, avec 42 jeunes atteints, soit plus d'un jeune sur 3 (35,9%) (89). Il n'est pas précisé dans l'article quel type de pathologies dentaires est observé ni qui a réalisé l'examen bucco-dentaire, ce qui peut minimiser les résultats recueillis si l'examineur n'était pas chirurgien-dentiste.

Thèse Dijon 2009-2017 (92) :

Pour cette seconde thèse, une étude épidémiologique rétrospective a également été menée sur 117 dossiers médicaux de MNA pris en charge par l'ASE de Côte d'Or, de janvier 2009 à juin 2017. Les dossiers étudiés contenaient le compte rendu du bilan de santé réalisé systématiquement au centre de santé de la CPAM. Ce bilan comprend une consultation avec un médecin généraliste, et une consultation avec un chirurgien-dentiste. L'examen dentaire a donc été réalisé par ce dernier.

Les résultats indiquent que plus de 50% des jeunes examinés présentaient des pathologies bucco-dentaires (Cf. Figure 15). 51 MNA présentaient au moins une carie non soignée (42,7%), le plus souvent entre 2 et 4, et l'un d'entre eux présentait une dent à l'état de racine. 9 MNA (7,7%) souffrent de gingivite, 4 (3,1%) présentaient un abcès dentaire ou une autre infection bucco-dentaire à traiter.

Statut vis-à-vis de l'examen bucco-dentaire	Nombre de patients
Normal	57 (48,7%)
Non réalisé*	4 (3,1%)
Abcès dentaire	2 (1,7%)
Racine à extraire	1 (0,9%)
1 carie	13 (11,1%)
2 à 4 caries	28 (23,9%)
5 à 10 caries	9 (7,7%)
Gingivite	9 (7,7%)
État infectieux à traiter (sans précision)	2 (1,7%)

*En raison d'un suivi déjà en cours pour une pathologie bucco-dentaire

Figure 15 : Tableau récapitulatif de la thèse indiquant des résultats du bilan bucco-dentaire ainsi que le nombre et le pourcentage de patients correspondant

L'auteur note l'intérêt du dépistage des pathologies bucco-dentaires pour ces jeunes, qui n'ont souvent pas eu accès à des conditions d'hygiène acceptables pendant plusieurs mois, voire plusieurs années. Certains n'ont jamais bénéficié d'examen ou de soins bucco-dentaires avant leur arrivée en France (92).

Rapport de Médecins du Monde 2018 (51) :

En 2017, 24338 personnes ont été accueillies dans les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientations (CASO) de Médecins du Monde (Mdm). Parmi eux, 3477 se déclaraient mineurs (soit 14,3 % de la population accueillie) à 96,6 % d'origine étrangère, dont 1700 se déclaraient mineurs non accompagnés.

En 2015, Mdm a mis au point un programme spécifique à Paris, pour assister les MNA dans leurs démarches. Puis en 2016, deux autres programmes similaires ont été développés en Normandie et à Nantes (Cf. Annexe 3).

Dans son rapport, Mdm décrit un état de santé bucco-dentaire très dégradé des populations accueillies, mineurs et majeurs confondus. 332 personnes de 12 ans ou plus ont bénéficié d'un bilan bucco-dentaire avec évaluation de l'indice CAO. Les patients, majeurs et mineurs confondus, présentent en moyenne 4,4 dents cariées et 5,3 dents absentes. Ces résultats sont bien supérieurs à ceux retrouvés dans la population générale française. En effet, d'après le rapport de l'HAS de mars 2010, le nombre de dents cariées non traitées était de 1 à 1,2 pour les adultes et de 1,6 à 1,95 pour les adolescents dans la population générale. En revanche, il se rapproche du nombre de dents cariées de population consultant dans les centres PASS qui est de 4,4 (93,94).

Enquête auprès des équipes PASS (thèse 2019) (66):

Dans cette thèse, les pathologies dentaires font partie des diagnostics les plus fréquemment rencontrés par les équipes PASS chez les MNA, soit 10% des diagnostics.

2.1.4. Conclusion :

L'analyse de la littérature semble indiquer que les MNA présentent plus de pathologies bucco-dentaires que la population générale du même âge. Néanmoins, très peu d'études s'intéressent spécifiquement à la santé bucco-dentaire des MNA. De plus, les territoires concernés par ces études ne permettent pas toujours une comparaison avec la France, car les populations migrantes et les politiques d'accueil sont différentes. Par ailleurs, les examens bucco-dentaires sont rarement réalisés par un chirurgien-dentiste, et les données recueillies ne sont souvent pas assez précises pour permettre une comparaison statistique viable avec la population générale d'adolescents non-migrants.

Face à la pauvreté des données sur le sujet, nous avons décidé de réaliser une étude préliminaire rétrospective sur les bases de données du CHU de Nantes. Ceci, afin de recueillir des informations sur l'état de santé bucco-dentaire des MNA venus consultés au CHU sur une période de 18 mois. Le but étant de mettre en place, par la suite, une étude clinique au Centre de Soins Dentaires du CHU de Nantes afin d'évaluer beaucoup plus précisément l'état de santé bucco-dentaire de MNA accueillis à Nantes. En fonction des résultats observés, l'objectif final de ce projet est d'appuyer les demandes de budgets spécifiques pour une prise en charge adaptée aux besoins de ces jeunes patients.

Le protocole de cette future étude sera détaillé dans la partie 3.3.

2.2. Étude préliminaire au CHU de Nantes

2.2.1 Introduction

Nous avons souhaité connaître le nombre de MNA accueillis à Nantes, entre janvier 2018 et juillet 2019, afin d'évaluer la faisabilité d'une étude sur l'état de santé dentaire de ces jeunes. Nous voulions également savoir combien d'entre eux avaient consulté au CSD au cours de cette période et étudier leur dossier afin d'avoir une idée de leur état de santé bucco-dentaire.

2.2.2 Matériel et Méthodes

Étant donné que tous les MNA bénéficient d'une radiographie pulmonaire diagnostique au CLAT dès leur prise en charge par l'ASBL, une recherche informatique a été effectuée sur la base de données du CHU afin de déterminer leur nombre sur la période étudiée. Nous avons ainsi pu rechercher combien de ces MNA avaient bénéficié d'une consultation aux urgences et/ou dans le service de chirurgie orale du CSD sur cette même période.

A la suite de ces requêtes, nous avons consulté les dossiers des MNA venus au CSD. Nous avons relevé le motif de consultation pour chacun et étudié les radiographies panoramiques à chaque fois qu'elles avaient été réalisées. Nous avons pu y comptabiliser le nombre de dents absentes, à l'état de racine, cariées, obturées et dépulpées.

2.2.3 Résultats - Discussion

Entre le 1^{er} janvier 2018 et le 1^{er} juillet 2019, 461 MNA ont bénéficié d'une radiographie pulmonaire au CLAT. La tranche d'âge majoritairement représentée est celle des 15-16 ans (39,05%), suivie des 16-17 ans (37,74%). L'âge moyen est de 15,9 ans (Cf. Figure 16).

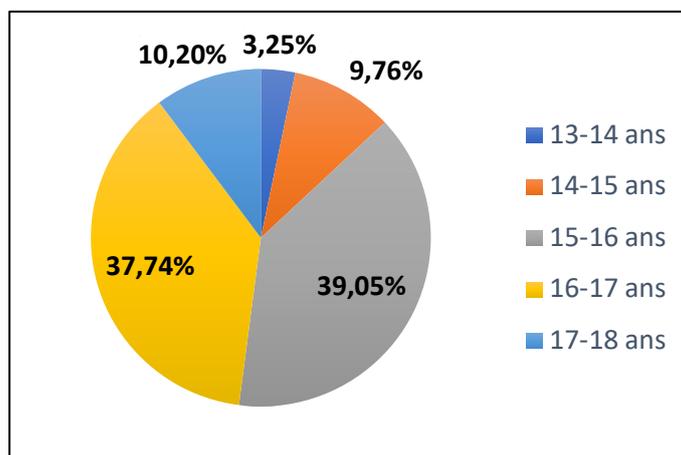


Figure 16 : Age des MNA ayant bénéficiés d'une radiographie pulmonaire au CLAT du CHU de Nantes entre janvier 2018 et juillet 2019.

Il ressort que 76 consultations ont été réalisées au CSD au total : 62 aux urgences dentaires et 14 en chirurgie orale. Parmi les consultations d'urgences, 10 sont des 2^{ème} visites ou plus. Ainsi, 52 MNA âgés de 15 ans ou plus, ont consulté les urgences dentaires sur la période étudiée et 13 d'entre eux (soit ¼) ont par la suite eu un rendez-vous dans le service de chirurgie orale pour une ou plusieurs avulsions. La moyenne d'âge de ces patients était de 16,5 ans, la tranche d'âge la plus représentée était celle des 16-17 ans (42,11%) (Cf. Figure 17). Les MNA les plus représentés sont plus âgés lorsqu'ils consultent au CSD que lorsqu'ils bénéficient de la radiographie diagnostique au CLAT (15-16 ans en majorité).

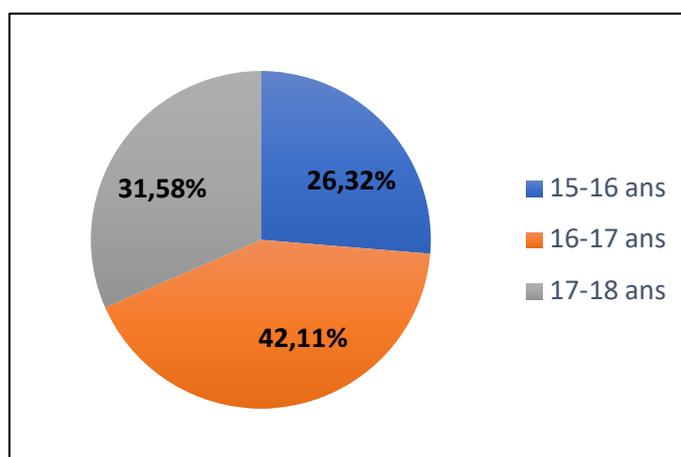


Figure 17 : Âges des MNA de 15 ans et plus ayant consultés en urgence au CSD du CHU de Nantes entre janvier 2018 et juillet 2019

La grande majorité des MNA qui ont consulté en urgence étaient affiliés à la CMU-C (37 d'entre eux, soit 71,15%), 11 n'avaient aucune couverture maladie (ils dépendaient donc de la « filière PASS ») (Cf. Figure 18).

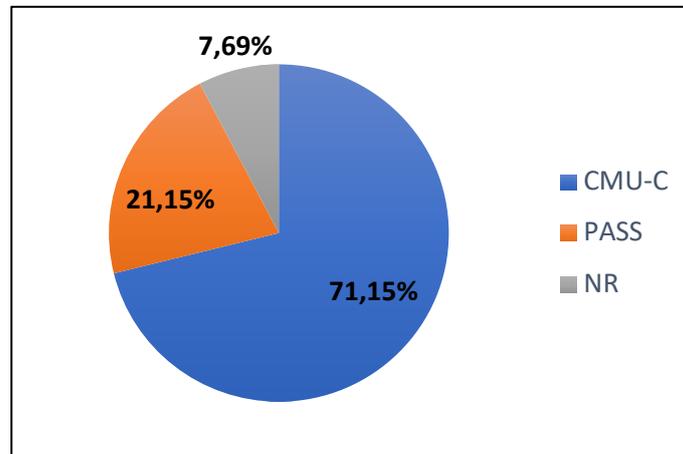


Figure 18 : Couverture santé des MNA de 15 ans et plus ayant consultés en urgence au CSD du CHU de Nantes entre janvier 2018 et juillet 2019

Les motifs de consultations les plus fréquents étaient les pulpites irréversibles (22,6%), les parodontites apicales aiguës abcédées (22,6%) et les parodontites apicales aiguës (20,9%). Venaient ensuite les périoronarites de dents de sagesse (9,7%) et les syndromes du septum (9,7%). Les traumatismes alvéolo-dentaires (6,5%), les alvéolites (4,8%) et les pulpites réversibles (3,2%) ont été plus rarement diagnostiqués (Cf. Figure 19).

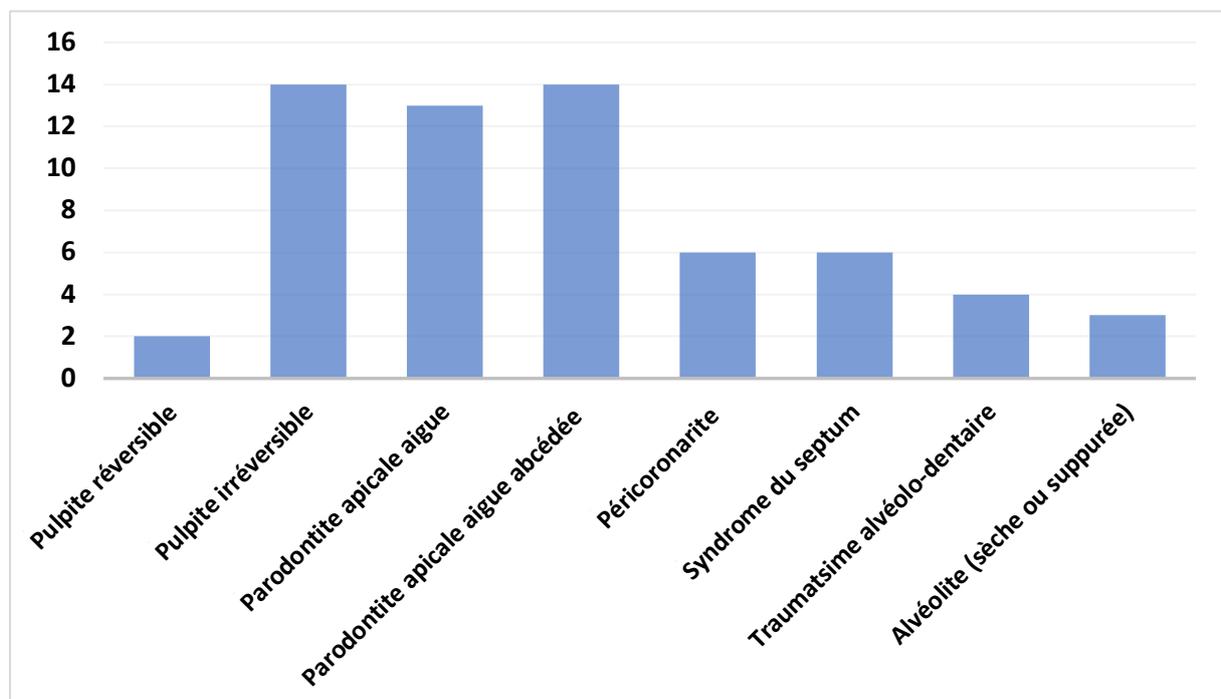


Figure 19 : Motifs de consultations des MNA de 15 ans et plus ayant consultés en urgence au CSD du CHU de Nantes entre janvier 2018 et juillet 2019

Pour ce qui est de l'analyse des 19 radiographies, soit 36,5% des MNA ayant consulté aux urgences dentaires, plus de la moitié d'entre eux (55,56%) ont au moins une dent absente (Cf. Figure 20).

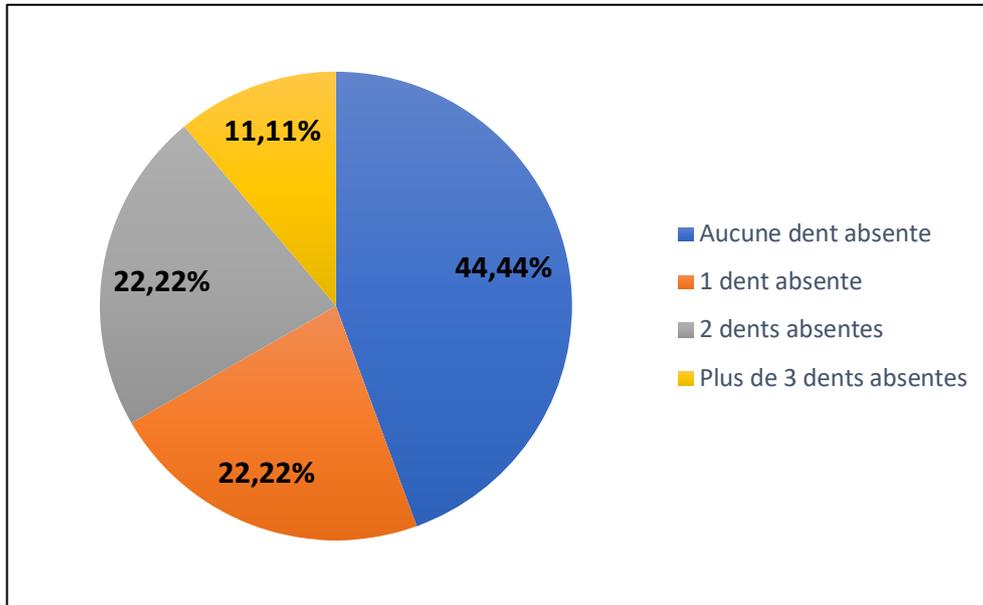


Figure 20 : Nombre de dents absentes (hors dents de sagesse) sur les radiographies panoramiques de 19 MNA de 15 ans et plus venus au CSD de Nantes entre janvier 2018 et juillet 2019

De même, il a été observé que 57,89% de ces 19 patients avaient au moins une dent à l'état de racine et que plus d'un quart (26,32%) avaient au moins 3 dents, a priori non conservables (Cf. Figure 21).

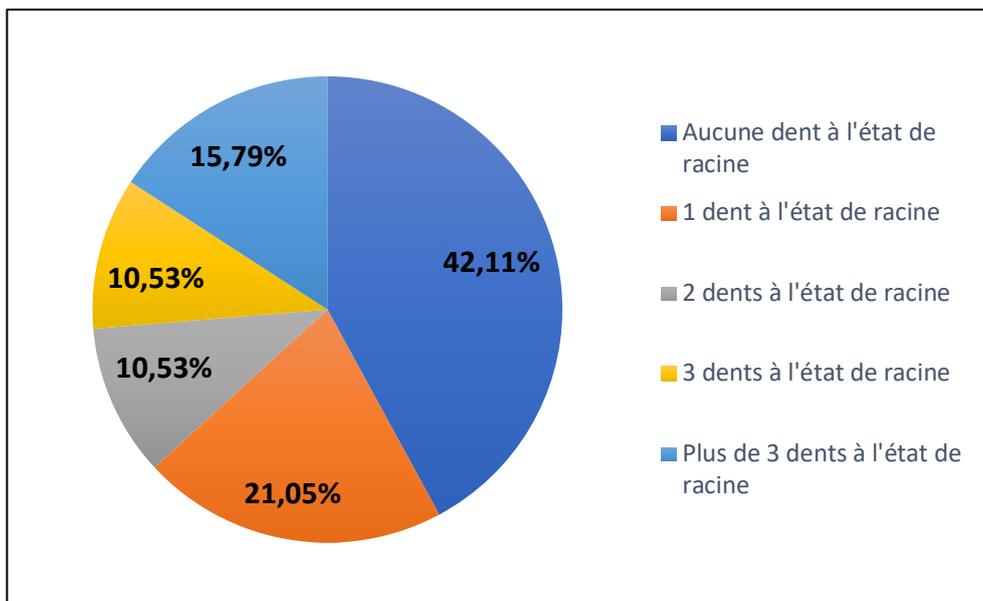


Figure 21 : Nombre de dents à l'état de racine sur les radiographies panoramiques de 19 MNA de 15 ans et plus venus au CSD de Nantes entre janvier 2018 et juillet 2019

Excepté pour un patient parmi les 19 étudiés, ils présentaient tous au moins une carie dentaire visible sur la radiographie, avec 5 caries ou plus pour 42,11% d'entre eux (Cf. Figure 22). Des dents obturées coronairement étaient visibles sur seulement 3 radiographies (15,79%). Deux d'entre eux présentaient une unique obturation et le troisième 5 obturations. Une seule dent était dépulpée sur les 19 radiographies panoramiques.

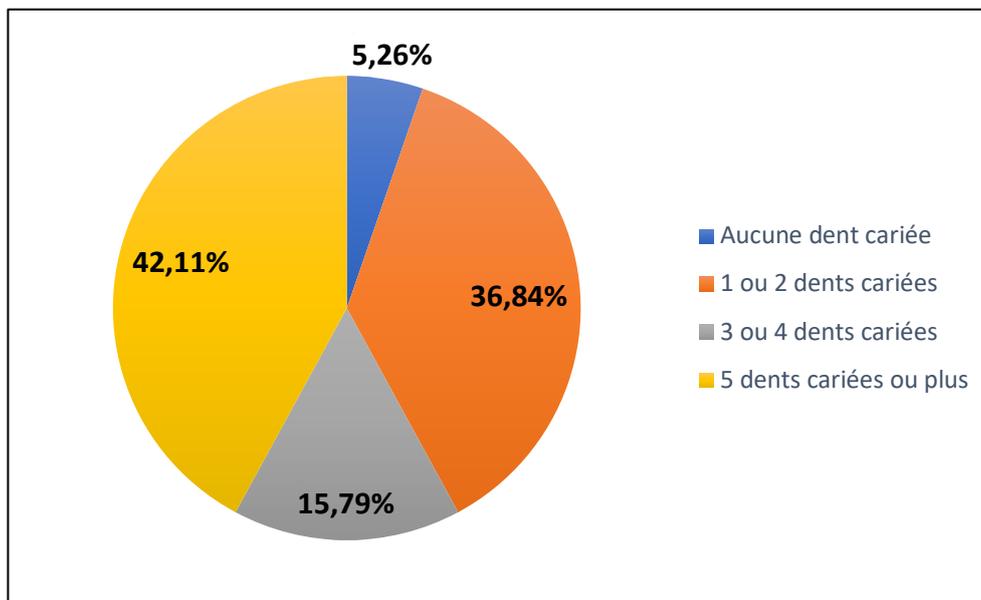


Figure 22 : Nombre de dents cariées visibles sur les radiographies panoramiques de 19 MNA de 15 ans et plus venus au CSD de Nantes entre janvier 2018 et juillet 2019

Les résultats de cette étude préliminaire indiquent que les MNA venus aux urgences du CSD, présentent un mauvais état dentaire. En effet, les motifs de consultation les plus fréquents étaient des pulpites irréversibles et des parodontites apicales aiguës abcédées ou non. De plus, les radiographies panoramiques étudiées ont mis en évidence un nombre important de dents absentes, cariées et à l'état de racine chez ces jeunes, avec très peu de soins dentaires réalisés. Néanmoins, cet échantillon n'est certainement pas représentatif de la population MNA accueillie à Nantes, car ils ne représentent que 11,28% des nouveaux arrivants sur cette période et ils sont venus consulter en urgence. De même, les radiographies panoramiques observées ne concernent que 4,12% d'entre eux. Leur état bucco-dentaire est donc très certainement beaucoup plus délabré que celui de la moyenne des MNA pris en charge par l'ASBL.

2.2.4. Conclusion

Bien que peu représentatifs de la population étudiée, les résultats de cette étude préliminaire semblent aller dans le sens d'un besoin important en matière de prévention et de soins bucco-dentaires chez les MNA. La mise en place d'une étude observationnelle sur un échantillon plus représentatif semble donc nécessaire afin de mieux évaluer leur état de santé bucco-dentaire et d'aller vers une amélioration de leur prise en charge dans ce domaine.

2. Méthodologie de mise en place d'une étude clinique

3.1. Introduction et rappels

Suite aux résultats de notre recherche préliminaire, nous avons souhaité mettre en place une étude observationnelle au CSD. Ceci, afin d'évaluer avec plus de précision l'état de santé bucco-dentaire des MNA nouvellement arrivés à Nantes et pris en charge par le service ALMANA. La réalisation d'une étude implique un certain nombre de règles à respecter, et notamment, la rédaction d'un protocole clinique (Cf. Annexe 5).

La recherche clinique en France est encadrée par la Loi Jardé (95). Il s'agit d'études scientifiques réalisées sur la personne humaine et visant à développer les connaissances médicales ou biologiques. Il existe trois catégories de recherches dites de Loi Jardé. Elles sont différenciées, d'une part, par la nature de l'intervention prévue, à savoir, si elle modifie ou non la prise en charge habituelle des participants, et d'autre part, par le niveau de risque et de contraintes pour les personnes qui y participent.

- Les **recherches de Catégorie 1** ou **recherches interventionnelles** impliquent une intervention sur la personne non dénuée de risque et non justifiée par leur prise en charge habituelle.
- Les **recherches de Catégorie 2** ou **recherches interventionnelles à risques et contraintes minimales** ne portent pas sur les médicaments et peuvent comporter des interventions ou actes à risques minimales. Ces actes sont listés dans un arrêté du ministère de la santé (96).
- Les **recherches de Catégorie 3** ou **recherches non interventionnelles** ne comportent aucun risque ou contrainte, et ne modifient ni la pratique des actes ni l'utilisation des produits habituels.

Quelle que soit la catégorie de l'étude, des règles sont à respecter (Cf. Graphique récapitulatif en Annexe 4) :

- la recherche doit être portée par un promoteur qui assure la gestion, veille au respect des bonnes pratiques cliniques et vérifie le financement.
- le protocole de recherche doit avoir obtenu l'avis favorable d'un comité de protection des personnes (CPP).
- la recherche doit obtenir une autorisation de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) qui concerne le traitement des données personnelles des participants ou respecter la méthodologie de référence.
- la recherche est menée sous la direction d'un investigateur qui informe les participants et recueille leur accord de participation à l'étude.

Les recherches interventionnelles de catégorie 1 doivent également obtenir l'autorisation de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM). Pour les recherches de catégories 2 et 3, l'ANSM doit être informée de l'avis favorable du CPP.

Les **recherches rétrospectives**, sont hors Loi Jardé. Elles portent sur des données ultérieurement collectées auprès de la population étudiée. Elles doivent uniquement obtenir l'avis favorable du Comité d'Éthique, et s'assurer de la protection des données par l'anonymisation de celles-ci et par la protection de la base de données grâce à un code d'accès (97).

Notre étude sera donc une recherche non interventionnelle, ou étude de catégorie 3.

3.2. Protocole de l'étude

3.3.1 Justification de l'étude

Comme exposé dans la première partie, les Mineurs Non Accompagnés sont nombreux à arriver sur le territoire français depuis les cinq dernières années. Nous avons pu voir que le nombre d'évaluations de minorité et d'isolement, effectuées par les départements français, a plus que doublé entre 2016 et 2017 (18). Bien que des associations humanitaires, comme Médecins du Monde, alertent sur l'état de santé des MNA, les connaissances sur le sujet sont très limitées, notamment pour ce qui est de leur état de santé bucco-dentaire. Or, il est probable que le parcours de vie de ces jeunes migrants augmente leurs risques de développer des pathologies bucco-dentaires, notamment par défaut d'accès à des moyens d'hygiène adaptés et aux soins, dans leur pays d'origine et/ou surtout au cours de leur parcours migratoire. Ceci nous amène à penser que les MNA présentent très probablement un plus mauvais état bucco-dentaire que celui de la population adolescente française moyenne. La littérature s'intéressant à l'état de santé générale des MNA en France et semble aller en ce sens (83,92). Les données recueillies seront comparées aux données de la littérature qui concernent la population adolescente générale française (98–101).

3.3.2 Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude est de déterminer si la population ciblée présente un besoin de soins bucco-dentaires plus important que la population générale française du même âge, et si elle est davantage exposée aux facteurs de risque de développement de ces pathologies, et dans quelles mesures.

3.3.3 Matériel et Méthodes

Type d'étude :

Cette recherche est une étude observationnelle, monocentrique, transversale (évaluation ponctuelle au cours d'une consultation) visant à évaluer l'état de santé bucco-dentaire de Mineurs Non Accompagnés.

Population étudiée :

Le département de Loire Atlantique a délégué la prise en charge des MNA à l'Association Saint Benoit Labre située à Nantes. Nous nous sommes donc rapprochés du service ALMANA afin d'évaluer la possibilité de mise en place du recrutement des MNA qui participeront à l'étude. Ainsi, les bilans bucco-dentaires seraient réalisés chez les jeunes volontaires pris en charge par le service ALMANA de l'ASBL. L'étude prendra fin lorsque 50 MNA auront été inclus.

Information des patients et recueil de données :

L'information du patient, le recueil de la non-opposition, l'interrogatoire et l'examen clinique auront lieu au cours d'une unique consultation au Centre de Soins Dentaires du CHU de Nantes.

Une note d'information (Cf. Annexe 6) (traduite en anglais et en arabe) sera donnée et une explication de l'étude sera réalisée verbalement par l'investigateur auprès de chaque jeune le jour de la consultation.

Au cours de cette consultation, un questionnaire (Cf. Annexe 7) sera rempli par l'investigateur grâce à un interrogatoire mené auprès du mineur, et à un examen bucco-dentaire qui sera réalisé selon les recommandations de l'OMS (miroir dentaire, sonde droite et lampe type scialytique). Aucune radiographie ni aucun soin ne sera réalisé au cours de cette consultation. Un compte-rendu de l'examen sera fait au patient et il lui sera proposé, si nécessaire, une prise en charge au CSD dès qu'il sera affilié à la PUMa. Si des soins urgents sont nécessaires avant l'affiliation, ils pourront être réalisés dans le cadre du protocole de la PASS.

Variables recueillies :

Le critère d'évaluation principal à recueillir est l'indice CAO, décrit par Klein et Palmer en 1937, correspondant au nombre de dents Cariées, Absentes ou Obturées (102). C'est-à-dire que, lors de l'examen clinique, l'investigateur fera le compte du nombre de dents cariées, du nombre de dents absentes pour cause de carie, et du nombre de dents obturées définitivement. Cet indice permettra de mesurer le niveau d'atteinte carieuse de la population étudiée. Il sera précisé par le stade de l'atteinte carieuse (carie initiale, récidivante, ...) et par l'évaluation (a priori) de la conservabilité des dents et l'indice de traitement qui en découle.

Les autres critères d'évaluation secondaires seront recueillis lors de l'interrogatoire. Il s'agit de renseigner :

- les caractéristiques sociodémographiques : quel est l'âge du sujet ? Quel est son niveau de scolarisation ? Quel est son niveau de français ? Quel est son pays d'origine ? Est-il en contact avec sa famille ? A-t-il des frères et sœurs et si oui, combien ? Quelle est la date de son départ du pays ? Combien de temps a duré son parcours migratoire et y-a-t-il eu des pays intermédiaires avant d'arriver en France ? Depuis quand est-il en France et à Nantes ? Quel est son lieu de vie actuel ?
- les habitudes toxiques (susceptibles d'aggraver son état bucco-dentaire) : consomme-t-il du tabac, de l'alcool, du cannabis ou d'autres substances psychoactives ? En quelle quantité et à quelle fréquence ?
- le comportement alimentaire : combien de repas structurés fait-il par jour ? Grignote-t-il ? Quelle quantité de boissons sucrées consomme-t-il ?
- les habitudes d'hygiène bucco-dentaire : combien de brossages réalise t'il quotidiennement ?
- la dernière consultation dentaire : où et quand a été réalisé le dernier examen bucco-dentaire ? Pour quel motif (urgence ou non) ?

L'examen clinique permettra aussi d'évaluer l'état parodontal du patient et la présence ou non d'une anomalie dentaire ou dento-maxillaire.

Anonymisation et accès aux données :

Sur les questionnaires, l'identification de chaque participant à l'étude sera un code composé de la première lettre du nom et du prénom, suivies des deux derniers chiffres du numéro personnel d'enregistrement du patient (IPP).

L'accès aux questionnaires et aux données recueillies sera réservé aux investigateurs et méthodologistes de l'étude.

Analyse statistique :

La description des variables comprendra les minimum, maximum, moyenne, écart-types et les quartiles pour les variables quantitatives et l'effectif et le pourcentage des modalités pour les variables qualitatives.

3.3.4 Résultats - Discussion

Cette étude n'a, pour le moment, pas pu être réalisée. En effet, nous avons d'abord voulu mettre en place cette consultation uniquement le temps de la réalisation de l'étude auprès de 50 MNA. Or, le fait de faire venir les personnes uniquement pour les besoins d'une recherche est considéré comme une modification de leur prise en charge habituelle. Ce qui fait que notre requête devenait une étude de catégorie 2. Or, ce type d'étude est interdite sur des sujets en attente de décision judiciaire, donc impossible sur les MNA pris en charge par ALMANA car ils sont en procédure d'évaluation. Pour être réalisée, notre recherche doit être conforme à la définition d'une étude de catégorie 3, soit ne modifiant pas la prise en charge des MNA.

Néanmoins, pour réaliser cette recherche, une consultation « bilan » au CSD pourrait être proposée à chaque MNA dès leur prise en charge par le service ALMANA de l'ASBL. Comme c'est déjà le cas pour la réalisation d'une radiographie pulmonaire diagnostique au CLAT. Au cours de cette consultation, un bilan bucco-dentaire serait réalisé et le questionnaire complété par un chirurgien-dentiste. Une fois les droits ouverts, le jeune pourrait ensuite être pris en soins au CSD, ou chez un praticien libéral. Ainsi, les MNA viendraient en consultation au CSD, non pas spécifiquement pour les besoins de l'étude mais pour un bilan bucco-dentaire proposé lors de leur prise en charge par ALMANA. Notre étude serait alors réalisable car conforme à la définition d'une recherche non interventionnelle de catégorie 3.

Après avoir opéré les modifications nécessaires, le protocole de cette étude (Cf. Annexe 5) a finalement été accepté par le comité du Groupe Nantais d'Éthique dans le Domaine de la Santé (GNEDS).

Quelques modalités pratiques restent à préciser avant de débiter les consultations au CSD. Notamment obtenir une salle de soins dédiée et déterminer les créneaux de consultations, en partenariat avec l'ASBL et les chefs de service du CSD.

Ce travail devrait finalement pouvoir débiter dans les mois à venir. Il permettrait d'avoir une évaluation précise de l'état de santé dentaire des MNA afin de mieux appréhender leurs besoins en termes de soins bucco-dentaires.

Conclusion

Ce travail nous a permis de mieux connaître le parcours et la prise en charge des Mineurs Non Accompagnés sur le territoire français et plus particulièrement en Loire Atlantique. Nous avons pu observer que, malgré une volonté d'harmonisation de cette prise en charge, des disparités territoriales importantes existent et un certain nombre d'obstacles persistent et entravent parfois l'accès des MNA à leurs droits, notamment le droit d'être soigné.

Nous avons pu constater dans la littérature que les MNA sont particulièrement touchés, de par leur parcours de vie, par un certain nombre de problèmes de santé, notamment des pathologies infectieuses et des troubles psychologiques. Bien que peu étudiées spécifiquement dans la littérature, les pathologies bucco-dentaires sont également fréquemment évoquées chez ces jeunes migrants. Par ailleurs, leur statut de mineur combiné à l'absence de représentant légal majeur induit des questionnements en ce qui concerne le consentement aux soins. Une clarification et une généralisation des connaissances sur le sujet auprès des soignants serait bénéfique pour faciliter l'accès aux soins des MNA.

Bien que le statut des MNA nouvellement arrivés sur le territoire rend complexe la réalisation de recherches scientifiques sur cette population, des études, telles que celle que nous avons pour projet de réaliser, permettraient d'améliorer les connaissances sur leur santé bucco-dentaire. En effet, connaître leurs habitudes d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire ainsi que leur état dentaire permettrait d'objectiver leurs besoins dans ce domaine et favoriserait ensuite une meilleure prise en charge de ces jeunes patients.

Bibliographie

1. InfoMIE.net. Communiqué de presse Eurostat - Demandeurs d'asile considérés comme mineurs non accompagnés. Près de 20 000 mineurs non accompagnés parmi les demandeurs d'asile dans l'UE en 2018. Un quart sont Afghans ou Érythréens [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <http://www.infomie.net/spip.php?article4801>
2. Directive 2011/95/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011 concernant les normes relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir bénéficier d'une protection internationale, à un statut uniforme pour les réfugiés ou les personnes pouvant bénéficier de la protection subsidiaire, et au contenu de cette protection. Journal officiel de l'Union européenne. 20 déc 2011:18.
3. Mission Mineurs Non Accompagnés. Rapport annuel d'activité 2018, Juin 2019 [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAA-MMNA-2018.pdf
4. Legifrance. Arrêté du 17 novembre 2016 pris en application du décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 relatif aux modalités de l'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/11/17/JUSF1628271A/jo/texte>
5. Duvivier É. Quand ils sont devenus visibles... Essai de mise en perspective des logiques de construction de la catégorie de « mineur étranger isolé ». Pensee Plurielle, sept 2009;21(2):65-79.
6. Debré I. Les Mineurs Isolés Etrangers en France [Internet]. Sénat; 2010 mai. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/publications-10047/rapports-thematiques-10049/situation-des-mineurs-isoles-etrangeurs-19491.html>
7. Legifrance. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100>
8. Legifrance. Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant [Internet]. 2016-297 mars 14, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032205234&categorieLien=id>
9. Justice.gouv.fr. Comité de suivi des mineurs non accompagnés du 7 mars 2016 [Internet]. [cité 6 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/mineurs-non-accompagnes-12824/comite-de-suivi-des-mineurs-non-accompagnes-du-7-mars-2016-29232.html>
10. Unicef. Convention-des-droits-de-lenfant.pdf [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>
11. Justice.gouv.fr. Circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers : dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSF1314192C.pdf

12. Legifrance. Code civil [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721>
13. Legifrance. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L511-4. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032172264&cidTexte=LEGITEXT000006070158&dateTexte=20161101>
14. Legifrance. Code de l'action sociale et des familles [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=43B5F1B9B279E591164D01AEFD395547.tplgfr42s_1?idSectionTA=LEGISCTA000006157559&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20190828
15. Justice.gouv.fr. Justice / Portail / Mineurs non accompagnés [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/mineurs-non-accompagnes-12824/>
16. Mission Mineurs Non Accompagnés. Rapport annuel d'activité 2017, Mars 2018 [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAA-MMNA-2017.pdf
17. Médecins du Monde. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France 2017 [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/10/16/rapport-de-observatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2017>
18. Gazette Santé Social. Mineurs non accompagnés : l'ADF appelle à clarifier les compétences entre l'Etat et le département [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <http://www.gazette-sante-social.fr/51410/mineurs-non-accompagnes-ladf-appelle-a-clarifier-les-competences-entre-letat-et-le-departement>
19. Map.comersis.com. Responsive World interactive map for web [Internet]. Disponible sur: <https://map.comersis.com/carte-Responsive-World-interactive-map-for-web-cm4za4hf1o5.html>
20. Justice.gouv.fr. Plaquette presentation mna.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/plaquette_presentation_mna.pdf
21. Legifrance. Code de l'action sociale et des familles - Article R221-11. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038748455&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20190630>
22. Croix-Rouge française. DEMIE 75 - Dispositif D'évaluation des Mineurs Isolés Etrangers [Internet]. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.croix-rouge.fr/Annuaire/DEMIE-75-DISPOSITIF-D-EVALUATION-DES-MINEURS-ISOLES-ETRANGERS4>
23. Association Saint Benoit Labre - Lutte contre l'exclusion des personnes en difficultés sociales et professionnelles et vient en aide aux plus démunis [Internet]. Association saint benoit labre. Disponible sur: <https://asbl44.com/>

24. Legifrance. Code civil - Article 47. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006420801&idTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20061115>
25. Chariot P. Comment critiquer les tests d'âge osseux ? [Internet]. Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux; 2019 janv. Disponible sur: https://www.cnb.avocat.fr/sites/default/files/texte_ao_p_chariot_colloque_cnb_droit_de_la_famille_25_janv_2019.pdf
26. Legifrance. Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant - Article 43. 2016-297 mars 14, 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032205234&categorieLien=id>
27. Infomie. Note d'observations Les examens radiologiques d'âge osseux et l'évaluation de minorité, janvier 2019 [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: https://www.infomie.net/IMG/pdf/infomie_note_emaovf.pdf
28. Comité Consultatif National d'Ethique. Avis n°88 du 23 juin 2005 sur les méthodes de détermination de l'âge à des fins juridiques du Comité Consultatif National d'Ethique [Internet]. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/sur-les-methodes-de-determination-de-lage-des-fins-juridiques>
29. Académie nationale de médecine. Rapport sur la fiabilité des examens médicaux visant à déterminer l'âge à des fins judiciaires et la possibilité d'amélioration en la matière pour les mineurs étrangers isolés [Internet]. Une institution dans son temps. 2007 [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/07-01-sur-la-fiabilite-des-examens-medicaux-visant-a-determiner-lage-a-des-fins-judiciaires-et-la-possibilite-damelioration-en-la-matiere-pour-les-mineurs-etrangers-isoles/>
30. Haut Conseil de la santé publique (HCSP) - Avis relatif à l'évaluation de la minorité d'un jeune étranger isolé - 23 janvier 2014. J Droit Jeunes. Déc 2014; 338-339(8):105-8.
31. Beauthier J-P, Mangin P, Hédouin V. Traité de médecine légale. Bruxelles: De Boeck; 2011.
32. Legifrance. Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 mars 14, 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032205234&categorieLien=id>
33. Legifrance. Arrêté du 28 juin 2016 pris en application du décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 relatif aux modalités de calcul de la clé de répartition des orientations des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032796072&categorieLien=id>
34. Cahier de l'enfance et de l'adolescence RAFEF-GRAPPE (France). Adolescence en exil: les parcours pluriels et singuliers des mineurs non accompagnés : récits, réflexions et pratiques autour d'une situation paradoxale. 2017. Disponible sur : https://cs.iut.univ-tours.fr/index.php?lvl=bulletin_display&id=50953

35. Legifrance. Article 1191 du Code de procédure civile [Internet]. Code de procédure civile. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006412171&idTexte=LEGITEXT000006070716&dateTexte=20100130>
36. Legifrance. Arrêté du 17 novembre 2016 pris en application du décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 relatif aux modalités de l'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille - Article 9. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033420352&categorieLien=id>
37. Binge Audio. Histoires Vraies – Le centre du monde [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://www.binge.audio/category/histoires-vraies/le-centre-du-monde/>
38. Inspection générale des affaires sociales. Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés - IGAS - [Internet]. [cité 6 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article681>
39. Bagarry D. Avis n°276 de l'Assemblée Nationale présentée au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2018, Tome 2, solidarité, insertion et égalité des chances [Internet]. oct 12, 2017. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/budget/plf2018/a0276-tII.pdf>
40. Médecins du Monde. Rapport observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France 2018 bd.pdf. Disponible sur : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2019/10/15/synthese-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-2018>
41. ASAMLA Interprétariat et médiation pour l'intégration. Les objectifs de l'ASAMLA [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <http://www.asamla.fr/objectifs/>
42. Senat.fr. Projet de loi de finances pour 2019 : Solidarité, insertion et égalité des chances [Internet]. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/a18-150-7/a18-150-73.html>
43. Association Saint Benoit Labre. ASAMEH [Internet]. [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: <https://asbl44.com/services/asameh/>
44. L'Étape Nantes. Qui sommes-nous ? [Internet]. [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.etape-nantes.fr/qui-sommes-nous>
45. PEP Atlantique-Anjou - Le service d'accueil des Mineurs Non Accompagnés [Internet]. WordPress. 2018 [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: <http://pep-atlantique-anjou.fr/service-daccueil-de-mineurs-non-accompagnes/>
46. Loire-atlantique.fr. L'accueil solidaire de mineurs [Internet]. [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: https://www.loire-atlantique.fr/jcms/services/enfance-familles/l-accueil-solidaire-de-mineurs/l-accueil-solidaire-de-mineurs-fr-p2_360943
47. Unisef. Convention internationale des droits de l'enfant [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>

48. Direction des Affaires Juridiques. Circulaire n°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'Etat, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs). - APHP [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-ndss2a2011351-du-8-septembre-2011-relative-a-des-points-particuliers-de-la-reglementation-de-laide-medicale-de-letat-notamment-la-situation-familiale-et-la-composition-du-foye/>
49. Direction de l'information légale et administrative. Complémentaire santé solidaire (CSS) [Internet]. Service-Public.fr. 2019. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10027>
50. Rescan M., Pascual J. Quotas, lutte contre la fraude, restriction des soins : les annonces du gouvernement sur l'immigration. Le Monde [Internet]. 6 nov 2019; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/politique/article/2019/11/06/immigration-le-gouvernement-dresse-un-inventaire-de-mesures-pour-occuper-le-terrain_6018235_823448.html
51. La Direction des Opérations France de Médecins du Monde et l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France année 2017 [Internet]. Médecins du Monde; 2018 oct p. 136. Disponible sur: <http://www.infomie.net/IMG/pdf/mdm-rapport-observatoire-2018-bd.pdf>
52. Legifrance. Article L254-1 du Code de l'action social et des familles [Internet]. Code de l'action sociale et des familles juin 14, 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037064970&c idTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20180614>
53. Legifrance. Article R4127-42 du Code de la Santé publique [Internet]. août 8, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912905&c idTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>
54. Legifrance. Article L1111-4 du Code de la Santé Publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685766&c idTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20020305>
55. Legifrance. Code de la santé publique - Article L1111-5. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031927576&c idTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>
56. Legifrance. Code de la santé publique - Article L2212-7. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006687535&c idTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20010707>
57. Legifrance. Code de la santé publique - Article L5134-1. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031927644&c idTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>
58. Legifrance. Instruction n°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants

Instructions et circulaires récentes | Legifrance [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=43755>

59. Lamouche AV. C. Accueil et accompagnement des mineurs non accompagnés [Internet]. Direction des affaires juridiques, Direction des patients, des usagers et des associations; 2018. Disponible sur: https://www.infomie.net/IMG/pdf/guide_mna_daj_dpua_122018.pdf

60. Legifrance. Arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;?cidTexte=LEGITEXT000006053178>

61. Le Défenseur des Droits. Les droits fondamentaux des étrangers en France. 2016 mai p. 272 à 275. Disponible sur : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2016/05/les-droits-fondamentaux-des-etrangers-en-france>

62. Guégan M, Rivollier E. Les mineurs isolés étrangers et le système de soins français : étude qualitative. *Sante Publique (Bucur)*, 2017;29(6):861-7.

63. Baauw A, Rosiek S, Slattery B, Chinapaw M, van Hensbroek MB, van Goudoever JB, et al. Pediatrician-experienced barriers in the medical care for refugee children in the Netherlands. *Eur J Pediatr*. juill 2018;177(7):995-1002.

64. Schrier L., Wyder C., del Torso S., Stiris T., von Both U., Brandenberger J., et al. Medical care for migrant children in Europe : a practical recommendation for first ant follow-up appointments. *Eur J Pediatr* [Internet]. juin 2019;(178). Abstract disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03405-9>

65. Maillefer F., Bovet E., Jaton L., Bodenmann P., Ninane F. Facilitateurs et barrières pour l'accès aux soins chez les requérants d'asile du canton de Vaud en Suisse et recommandations. *Rech Soins Infirm*. févr 2019;(137):26 à 40.

66. Bouvrot E. Accès aux soins des mineurs non accompagnés en France : proposition d'amélioration retenues par les coordinateurs de PASS Régionaux après enquêtes auprès des équipes PASS [Internet]. 2019 [cité 27 sept 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02097633>

67. Direction Enfance Famille Département de Maine-et-Loire. Le « passeport santé » au service des mineurs non accompagnés [Internet]. Disponible sur: <https://www.maine-et-loire.fr/conseil-departemental/grands-projets/mineurs-non-accompagnes/passeport-sante/>

68. Legifrance. Instructions et circulaires récentes | Legifrance [Internet]. [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=43755>

69. Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) - Recommandations de bonnes pratiques : L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers » - InfoMIE.net [Internet]. [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.infomie.net/spip.php?article4154>

70. O'Higgins A, Ott EM, Shea MW. What is the impact of placement type on educational

and health outcomes of unaccompanied refugee minors ? A systematic review of the evidence. *Clin Child Fam Psychol Rev*. Sept 2018;21(3):354-65.

71. Majumder P, Vostanis P, Karim K, O'Reilly M. Potential barriers in the therapeutic relationship in unaccompanied refugee minors in mental health. *J Ment Health*. Juill 2019;28(4):372-8.
72. Marquardt L, Krämer A, Fischer F, Prüfer-Krämer L. Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. *Trop Med Int Health TM IH*. févr 2016;21(2):210-8.
73. Schwarzwald H. Illnesses among recently immigrated children. *Semin Pediatr Infect Dis*. Avr 2005;16(2):78-83.
74. Serre Delcor N, Maruri BT, Arandes AS, Guiu IC, Essadik HO, Soley ME, et al. Infectious diseases in sub-saharan immigrants to Spain. *Am J Trop Med Hyg*. avr 2016;94(4):750-6.
75. Redditt VJ, Janakiram P, Graziano D, Rashid M. Health status of newly arrived refugees in Toronto, Ont. *Can Fam Physician*. juill 2015;61(7):e303-9.
76. Odone A, Tillmann T, Sandgren A, Williams G, Rechel B, Ingleby D, et al. Tuberculosis among migrant populations in the European Union and the European Economic Area. *Eur J Public Health*. juin 2015;25(3):506-12.
77. Kortas AZ, Polenz J, von Hayek J, Rüdiger S, Rottbauer W, Storr U, et al. Screening for infectious diseases among asylum seekers newly arrived in Germany in 2015: a systematic single-centre analysis. *Public Health*. déc 2017;153:1-8.
78. Coppola N, Alessio L, Gualdieri L, Pisaturo M, Sagnelli C, Minichini C, et al. Hepatitis B virus infection in undocumented immigrants and refugees in Southern Italy: demographic, virological, and clinical features. *Infect Dis Poverty*. Févr 2017;6(1):33.
79. Keboa MT, Hiles N, Macdonald ME. The oral health of refugees and asylum seekers: a scoping review. *Glob Health*. Oct 2016;12(1):59.
80. Solyman M, Schmidt-Westhausen A-M. Oral health status among newly arrived refugees in Germany: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* [Internet]. 3 août 2018 [cité 29 sept 2019];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6091105/>
81. Julihn A, Ekblom A, Modéer T. Migration background: a risk factor for caries development during adolescence: Foreign origin and caries development. *Eur J Oral Sci*. déc 2010;118(6):618-25.
82. Jaeger FN, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. The health of migrant children in Switzerland. *Int J Public Health*. Août 2012;57(4):659-71.
83. Baudino P. État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013 [Internet] [Thèse Médecine] [France]. Université de Bordeaux Unité de Formation et de Recherche Sciences Médicales; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01157256>

84. Cassar C, Siggers G. The health of unaccompanied minors in the UK: Trends, needs and ways forward. *Arch Dis Child*. Avr 2016;101(Suppl 1):A2-3.
85. Marquardt L, Krämer A, Fischer F, Prüfer-Krämer L. Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. *Trop Med Int Health*. févr 2016;21(2):210-8.
86. Hoover J, Vatanparast H, Uswak G. Risk determinants of dental caries and oral hygiene status in 3–15 year-old recent immigrant and refugee children in Saskatchewan, Canada : a pilot study. *J Immigr Minor Health*. déc 2017;19(6):1315-21.
87. Reza M, Amin MS, Sgro A, Abdelaziz A, Ito D, Main P, et al. Oral health status of immigrant and refugee children in North America : a scoping review. *J Can Dent Assoc*. févr 2016;82:g3.
88. Riggs E, Rajan S, Casey S, Kilpatrick N. Refugee child oral health. *Oral Dis*. Avr 2017;23(3):292-9.
89. Peaud C, de Gentile L, Cateland L, Foucault N, Chabasse D, Pichard E, et al. Évaluation de l'état de santé des mineurs isolés étrangers. *Méd Mal Infect*. Juin 2017;47(4, Suppl):S95.
90. Carrasco-Sanz A, Leiva-Gea I, Martin-Alvarez L, Torso S del, Esso D van, Hadjipanayis A, et al. Migrant children's health problems, care needs, and inequalities: European primary care paediatricians' perspective. *Child Care Health Dev*. 2018;44(2):183-7.
91. Riatto SG, Montero J, Pérez DR, Castaño-Séiquer A, Dib A. Oral Health Status of Syrian Children in the Refugee Center of Melilla, Spain [Internet]. *International Journal of Dentistry*. 2018 [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/ijd/2018/2637508/>
92. Milliet F. Etat de santé des Mineurs Non Accompagnés accueillis par l'Aide Sociale à l'Enfance en Côte d'Or entre janvier 2009 et juin 2017. [Thèse Médecine] [France] Université de Bourgogne Unité de Formation et de Recherche des Sciences de Santé Circonscription Médecine; 2018.
93. Haute Autorité de Santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire [Internet]. [cité 19 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_991247/fr/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire
94. Zimmer J. Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire d'une population bénéficiant de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) au Centre Hospitalier Saint-Charles de Toul [Thèse Odontologie] [France]. Université de Lorraine; 2018. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/323769375_Evaluation_des_besoins_en_sante_bucco-dentaire_d%27une_population_beneficiant_de_la_PASS_Permanence_d%27Acces_aux_Soins_de_Sante_au_Centre_Hospitalier_Saint-Charles_de_Toul
95. ANRS (France Recherche Nord & Sud Sida-hiv Hépatites). *Typologie_recherche.pdf* [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: http://www.anrs.fr/sites/default/files/2017-07/typologie_recherche.pdf

96. Legifrance. Arrêté du 3 mai 2017 fixant la liste des recherches mentionnées au 2° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034598769&dateTexte=20180417>
97. Inserm. Comprendre la recherche clinique [Internet]. La science pour la santé. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/recherche-inserm/recherche-clinique/comprendre-recherche-clinique>
98. Traver F, Saucey M-JD, Gaucher C. État bucco-dentaire des jeunes participant au dispositif de l'examen bucco-dentaire (EBD). *Sante Publique (Bucur)*. Oct 2014; 26(4):481-90.
99. Chardon O, Guignon N. La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième - Ministère des Solidarités et de la Santé (DRESS). *Etudes Résultats*. févr 2014;(865):6.
100. Ménard C, Grizeau-Clemens D, Wemaere J. Santé bucco-dentaire des adultes. *Evolution*. mars 2016;(35):10.
101. Brisacier A-C, Cadet-Taïrou A, Díaz C, Gandilhon M, Nézet OL, Martinez M, et al. *Drogues, chiffres clés : 7ème édition - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)*. 2017;8. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/7eme-edition-2017/>
102. Direction des actions sanitaires spécifiques du Ministère de la santé et de la population. Calcul de l'indice CAO [Internet]. Programme National de santé bucco-dentaire en milieu scolaire. 2001. Disponible sur: <http://www.sante.dz/Dossiers/dass/fiche4.htm>

Index des figures

Figure 1 : Nombre de demandeurs d'asile considérés comme mineurs non accompagnés dans les États membres de l'UE de 2008 à 2018 (1)	17
Figure 2 : Age des MNA accueillis en France en 2018 (3)	18
Figure 3 : Pays d'origine des MNA accueillis en France en 2018 (3,19)	18
Figure 4 : Carte identifiant le nombre de personnes reconnues MNA par décisions judiciaires et confiées aux départements en 2018 (16)	19
Figure 5 : Procédure d'évaluation de la minorité et de l'isolement (20)	20
Figure 6 : Logo ASBL (23).....	24
Figure 7 : Procédure d'évaluation pour tous les nouveaux arrivants (livret d'accueil, Annexe 1)	26
Figure 8 : Logo de l'Association ETAPE Jeunes	28
Figure 9: Logo de l'Association PEP Atlantique-Anjou	28
Figure 10 : Dispositions législatives et réglementaires du Code de la Santé Publique	32
Figure 11 : Instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants	33
Figure 12 : Quelle prise en charge médicale réaliser face à un patient migrant ?.....	33
Figure 13 : Plaquette de présentation du passeport santé créé en Maine et Loire (67)	38
Figure 14 : Tableau récapitulatif de la littérature sur la santé bucco-dentaire des enfants migrants, depuis 2009	41
Figure 15 : Tableau récapitulatif de la thèse indiquant des résultats du bilan bucco-dentaire ainsi que le nombre et le pourcentage de patients correspondant	44
Figure 16 : Age des MNA ayant bénéficiés d'une radiographie pulmonaire au CLAT du CHU de Nantes entre janvier 2018 et juillet 2019.	46
Figure 17 : Âges des MNA de 15 ans et plus ayant consultés en urgence au CSD du CHU de Nantes entre janvier 2018 et juillet 2019	46
Figure 18 : Couverture santé des MNA de 15 ans et plus ayant consultés en urgence au CSD du CHU de Nantes entre janvier 2018 et juillet 2019	47
Figure 19 : Motifs de consultations des MNA de 15 ans et plus ayant consultés en urgence au CSD du CHU de Nantes entre janvier 2018 et juillet 2019	47
Figure 20 : Nombre de dents absentes (hors dents de sagesse) sur les radiographies panoramiques de 19 MNA de 15 ans et plus venus au CSD de Nantes entre janvier 2018 et juillet 2019	48
Figure 21 : Nombre de dents à l'état de racine sur les radiographies panoramiques de 19 MNA de 15 ans et plus venus au CSD de Nantes entre janvier 2018 et juillet 2019.....	48
Figure 22 : Nombre de dents cariées visibles sur les radiographies panoramiques de 19 MNA de 15 ans et plus venus au CSD de Nantes entre janvier 2018 et juillet 2019	49

Liste des annexes

Annexe 1 : Livret d'accueil ALMANA	67-79
Annexe 2 : Questions entretien ASBL44	80
Annexe 3 : Les programmes de Médecins du Monde en France en 2017	81
Annexe 4 : Organigramme des RIPH	82
Annexe 5 : Protocole Odonto-MNA	83-99
Annexe 6 : Note d'information	99
Annexe 7 : Questionnaire étude Odonto-MNA	100-102



LIVRET D'ACCUEIL ALMANA

Accueil Logistique et Mise à l'Abri des Nouveaux Arrivants





CADRE DE PRISE EN CHARGE

Le service ALMANA (Accueil Logistique et Mise à l'Abri des nouveaux Arrivants) est un dispositif d'hébergement d'urgence en cohabitation, qui s'adresse aux personnes se déclarant mineures non accompagnées et qui sont orientées par le service AEMINA.

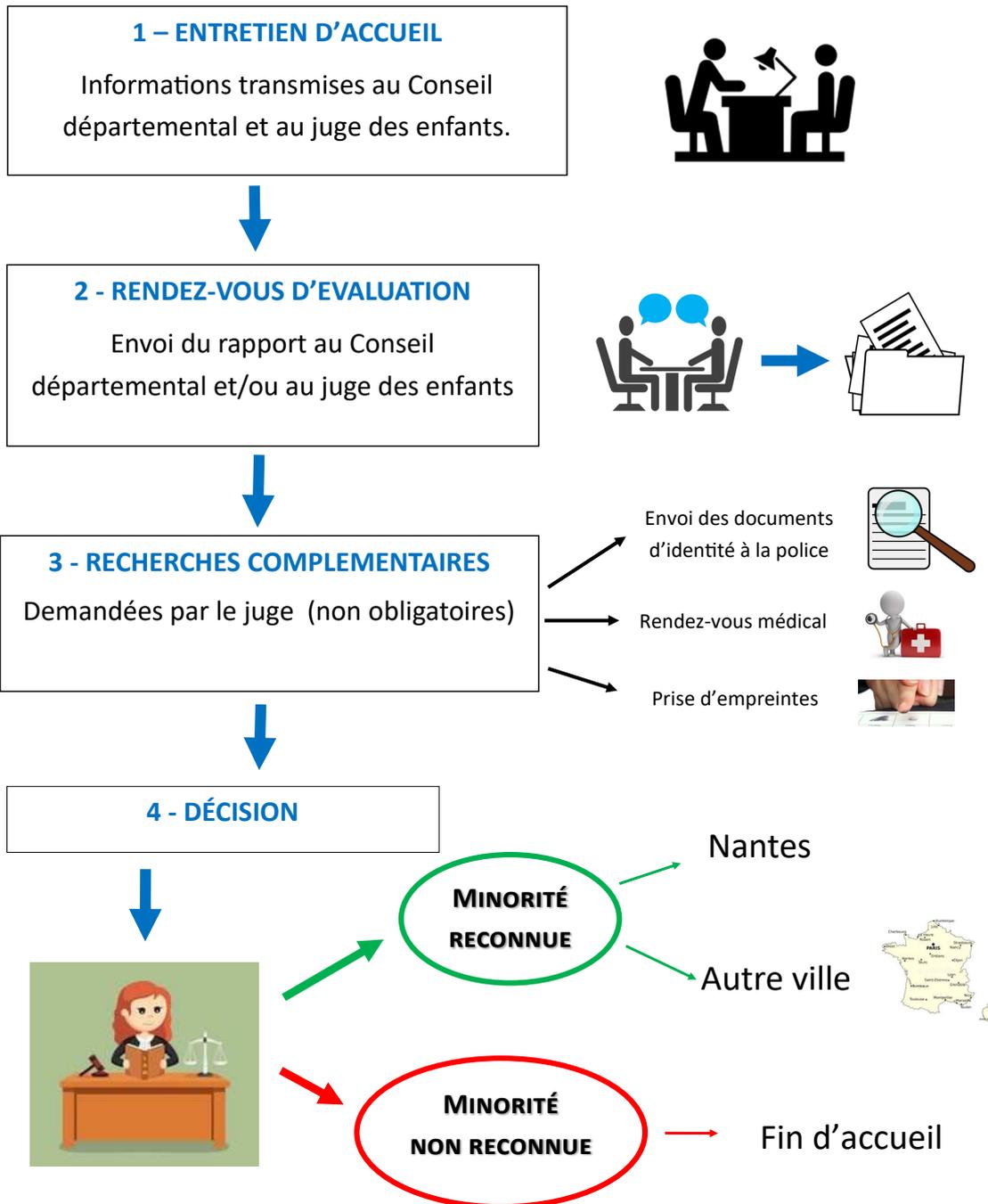
Cette mise à l'abri temporaire et l'accompagnement social qui s'y rattache est accordée et financée par le Conseil Départemental de Loire Atlantique.

La durée de la prise en charge dépend de la durée de l'évaluation de votre minorité, de votre isolement et de la réception de la notification de décision du juge.

La prise en charge sur ce dispositif garantit l'accès aux besoins primaires (manger, dormir, se laver, se vêtir, être en sécurité, se soigner, se déplacer). A votre arrivée, un diagnostic est établi par un travailleur social afin d'identifier vos besoins et vos difficultés.

PROCEDURE D'ÉVALUATION POUR TOUS LES ARRIVANTS :

- Déclarant être âgés de moins de 18 ans
- De nationalité étrangère
- Non-accompagné par leur famille



NOS MISSIONS

ASSURER LES BESOINS PRIMAIRES

DORMIR



⇒ Hébergement d'urgence en cohabitation.

⇒ Mise à l'abri en foyer, en gîte ou en hôtel en fonction des disponibilités.

⇒ Déménagements possibles durant la prise en charge.



MANGER



- Tickets service :

Les tickets service sont remis en attendant l'accès à un autre mode de restauration. Chaque ticket a une valeur de **5€**.

Les commerçants ne rendent pas la monnaie.

Aucun ticket supplémentaire ne vous sera remis, vous devez donc gérer vos tickets pour ne pas dépenser plus d'un ticket par repas.



- Restauration :

Les repas sont pris sur votre lieu d'hébergement.



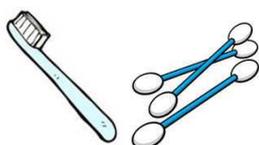
HYGIENE



• Kit

Lors de votre accueil un kit hygiène vous est fourni.

Vous avez la possibilité d'en demander le renouvellement → **1 fois par mois.**



La brosse à dents et les cotons-tiges sont renouvelés tous les **3 mois**

Une paire de tongs pour se rendre à la douche.

NON RENOUEVABLE



• Vestiaire

Lors de votre accueil selon nos disponibilités et vos besoins nous pourrons vous fournir quelques vêtements de dépannage.





SE DEPLACER

• Tickets TAN à l'unité

Avant d'obtenir votre carte TAN nominative, nous vous donnerons des tickets Tan à l'unité. Vous pourrez les récupérer de préférence pendant les permanences.

Votre ticket doit être composté dès que vous montez dans un véhicule. Il est valable 1h.



• Tickets TAN mensuel

Votre ticket est valable du 1^{er} au 31^{ème} jour du mois et doit être composté, **1 SEULE FOIS**, lors de votre premier voyage. Il doit obligatoirement être accompagné de la carte d'abonnement mensuelle qui est nominative ou de l'attestation provisoire.



En cas de perte, aucun autre ticket ne vous sera remis.



SE SOIGNER



Un infirmier est présent du lundi au vendredi pour répondre à vos **besoins urgents** concernant votre santé.



CLAT

Lors de votre prise en charge sur le service, un dépistage de la tuberculose est prévu systématiquement. A votre arrivée, vous recevez un ticket de rendez-vous à ALMANA pour venir retirer votre convocation au Centre de Lutte Anti Tuberculeuse.

Nos Partenaires :

⇒ PASS

⇒ Pharmacie

⇒ CLAT

⇒ Spécialistes (en cas de besoin)





N° URGENCE FRANCE - 24h/24 - 7 jours/7 :

Pour tous ces appels d'urgence, vous devez donner vos noms, prénoms, adresse précise et n° de téléphone.

NUMÉROS D'URGENCE



N° URGENCE DE L'ASSOCIATION :

ASTREINTE AEMINA

En cas d'urgence :

de 17h30 à 8h30, et week-ends / jours fériés

06.43.08.28.39

HORAIRES

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN	OUVERT De 9h à 12h30	PERMANENCE 	OUVERT De 9h à 12h30	OUVERT De 9h à 12h30	OUVERT De 9h à 12h30
APRES-MIDI	OUVERT De 14h à 17h	OUVERT De 14h à 17h	OUVERT De 14h à 17h	PERMANENCE 	OUVERT De 14h à 17h
SAMEDI					
FERMÉ			FERMÉ		
DIMANCHE					
FERMÉ					



ASSOCIATION SAINT BENOIT LABRE

Siège social

3 allée du Cap Horn

La Ville au Blanc

44120 VERTOU

Tél : 02 40 80 02 02

Annexe 2

Questions entretien ASBL44

- D'où et comment les jeunes se déclarant MNA arrivent-ils dans vos locaux ? En moyenne, combien de nouveaux jeunes recueillez-vous chaque semaine/mois ? Et combien de temps dure leur accompagnement par l'ASBL ?

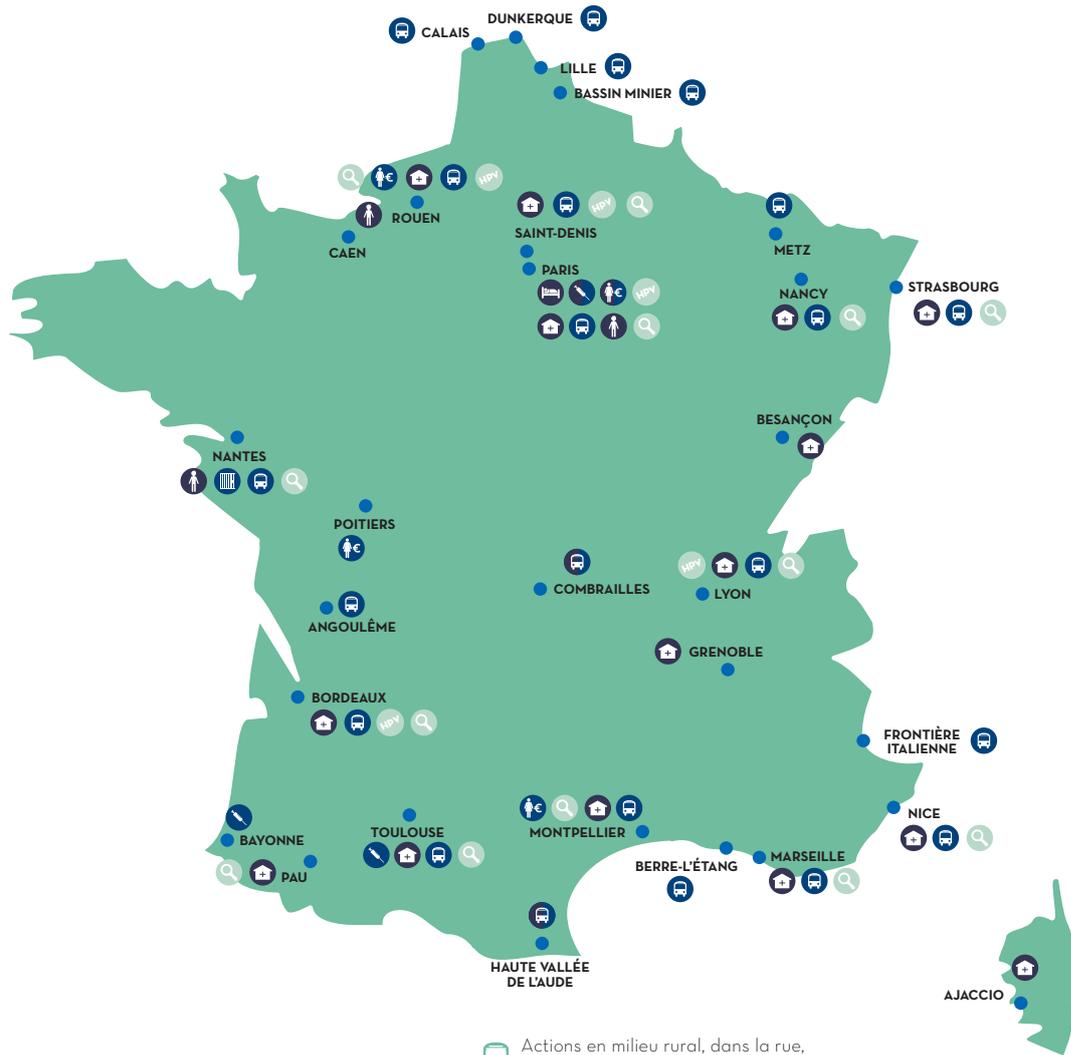
- Comment se déroule leur accueil ? Quelles sont les étapes de prise en charge ? Quels interlocuteurs rencontrent-ils ?

- Un examen médical est-il réalisé lors de l'accueil d'un MNA ? Comment se déroule-t-il ? Y a-t-il un examen dentaire ? Où et comment sont orientés les MNA ayant besoin de soins ? Comment est gérée l'absence d'autorisation parentale ?

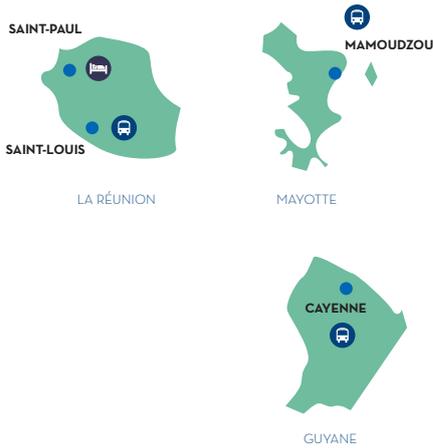
- Comment se déroule l'évaluation de la minorité et de l'isolement ? Par qui est-elle réalisée ? A qui le compte-rendu de cette évaluation est-il transmis ? Comment les MNA sont-ils pris en charge durant cette période d'évaluation ?

- A l'issue de la procédure d'évaluation, comment sont pris en charge les jeunes dont la minorité et l'isolement ont été établis ? Y a-t-il un accompagnement des jeunes considérés comme majeurs ou non-isolés suite à l'évaluation ? Lequel ?

Annexe 3

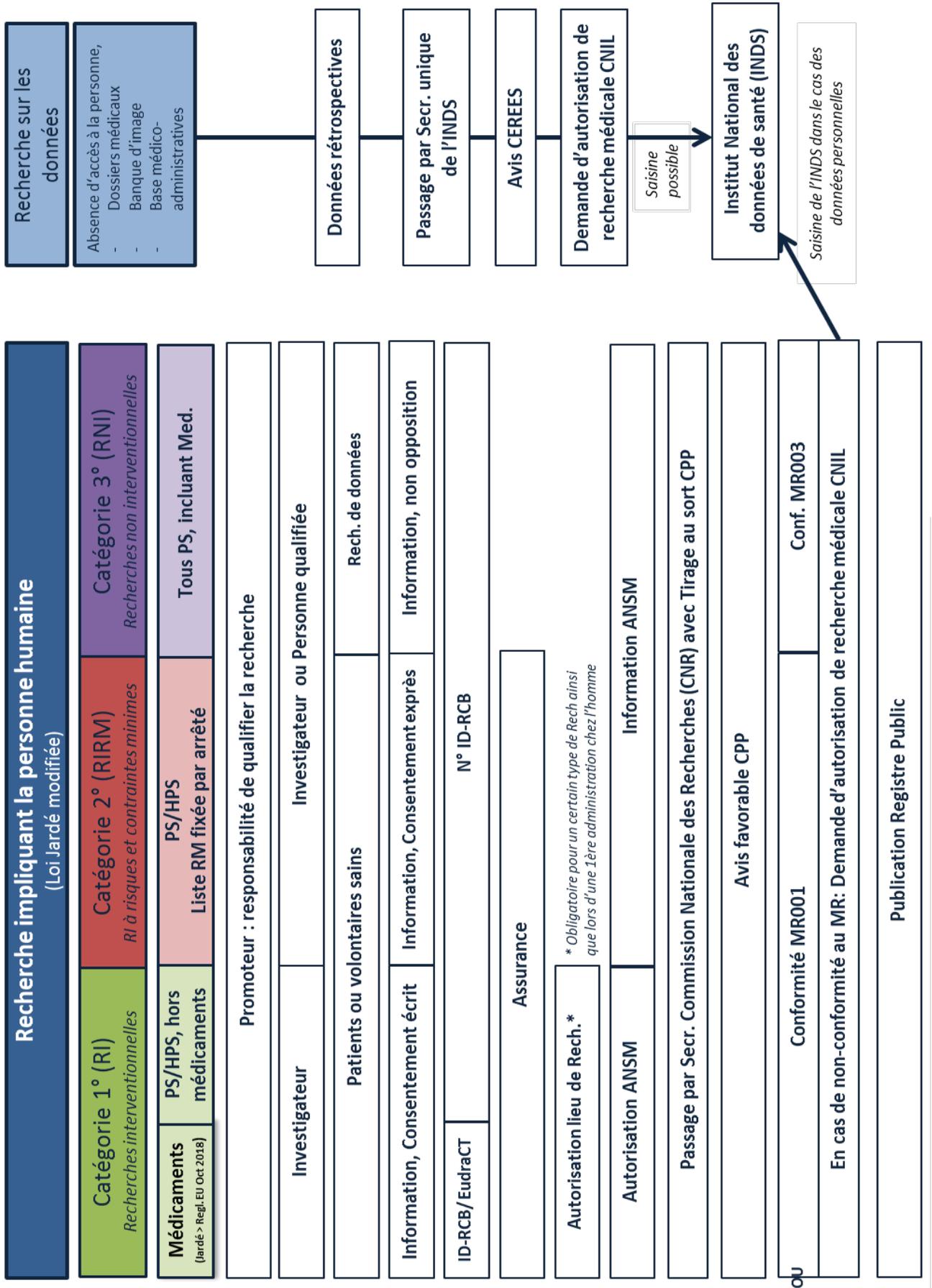


Actions en milieu rural, dans la rue, en bidonville, auprès des migrants...



- Centres d'accueil, de soins et d'orientation
- Parrainage des enfants hospitalisés
- Actions auprès des personnes se prostituant
- Actions auprès des usagers de drogues
- Actions auprès des personnes incarcérées
- Actions auprès des mineurs isolés étrangers
- Amélioration d'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus
- Prévention VIH/Hépatite/IST/Tuberculose
- Actions mobiles
- Actions dans les locaux de MdM
- Programmes transversaux

Annexe 4



Annexe 5

	IMPRIME	Diffusion par : RECHERCHE - Direction de la recherche
	Protocole portant sur une Recherche Non Interventionnelle Hors Loi Jardé (HLJ)	
Processus : RECHERCHE-CHU\Gérer les études à promotion interne\1-Evaluation des projets		

Protocole Odonto-MNA

« État de santé bucco-dentaire des Mineurs Non Accompagnés
pris en charge par l'Association Saint Benoit Labre à Nantes »

Personne qui dirige et surveille la réalisation de la recherche :

Dr Cécile DUPAS
cecile.dupas@chu-nantes.fr
Service d'Odontologie Restauratrice et Chirurgicale,
PHU4,
CHU Hôtel-Dieu Nantes

Odontologiste des hôpitaux – USMP

Méthodologiste :

Bénédicte ENKEL
benedicte.enckel@chu-nantes.fr
Service d'Odontologie Restauratrice et Chirurgicale,
PHU4,
CHU Hôtel-Dieu Nantes

MCU-PH des CSERD

Promoteur :



CHU de Nantes
Direction des Affaires Médicales
et de la Recherche
5, allée de l'île Gloriette
44 093 Nantes cedex 01 (FRANCE)

Tel : 02 53 48 28 35
Fax : 02 53 48 28 36

LISTE DES ABREVIATIONS

ARC	Attaché de Recherche Clinique (moniteur)
CEREES	Comité d'Expertise pour les Recherches, les Etudes et les Evaluations dans le domaine de la Santé
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CRF	Case Report Form (cahier d'observation)
eCRF	Electronic Case Report Form (cahier d'observation électronique)
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
RNI	Recherche Non Interventionnelle
TEC	Technicien d'Étude Clinique
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
MNA	Mineurs Non Accompagnés
ASBL	Association Saint Benoit Labre
ALMANA	Accueil Logistique et Mise à l'Abri des Nouveaux Arrivants
CSD	Centre de Soins Dentaires
CAO	Cariée Absente Obturée
USMP	Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire
CSERD	Centre de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaire

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	2
TABLE DES MATIERES	3
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	4
2. OBJECTIFS ET CRITERES DE JUGEMENT.....	4
2.1. OBJECTIF ET CRITERE D'EVALUATION PRINCIPAL.....	4
2.2. OBJECTIFS ET CRITERES D'EVALUATION SECONDAIRES.....	5
3. POPULATION ETUDIEE	5
3.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION.....	5
3.2. CRITERES D'INCLUSION.....	5
3.3. CRITERES DE NON-INCLUSION	5
4. DESIGN ET DEROULEMENT DE L'ETUDE	6
4.1. METHODOLOGIE GENERALE DE LA RECHERCHE.....	6
5. DATA MANAGEMENT ET STATISTIQUES.....	6
5.1. RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNEES DE L'ETUDE	6
5.2. STATISTIQUES	8
6. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	9
6.1. INFORMATION DU PATIENT	9
LISTE DES ANNEXES	10
ANNEXE 1 : LISTING DES INTERVENANTS PRINCIPAUX	1
ANNEXE 2 : REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	1
ANNEXE 3 : NOTE D'INFORMATION.....	1
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE	1

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Les Mineurs Non Accompagnés (MNA) sont de plus en plus nombreux à arriver sur le territoire français, notamment depuis les cinq dernières années. En effet, la cellule nationale du Ministère de la Justice consacrée aux MNA (*Mission Mineurs Non Accompagnés*) déclare que le nombre de jeunes confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) par décision juridique a triplé entre 2014 et 2017, avec une augmentation record de plus de 80% entre 2016 et 2017 (1).

Ainsi, en 2017, 14908 jeunes ont intégré les dispositifs de protection à l'enfance sur le territoire, dont 335 dans le département de Loire Atlantique (soit 2,2%) (1). Notons que ces chiffres ne prennent pas en compte les jeunes non pris en charge par l'ASE. Médecin du Monde indique que l'association a recueilli 1700 MNA en 2017, la plupart d'entre eux était en situation d'errance car non reconnus « mineur » ou « isolé » par la justice (2). L'Assemblée des Départements de France estime de son côté, que 25000 MNA ont été accueillis sur le territoire français en 2017(3).

L'état des connaissances sur la santé des MNA est très limité, notamment en termes de santé bucco-dentaire. Or, il semble logique de penser que le parcours de vie de ces jeunes migrants peut augmenter leurs risques de développer des pathologies bucco-dentaires.

Deux travaux de thèse en Médecine s'intéressent à l'état de santé générale des MNA en France. La thèse la plus récente, effectuée à Dijon, indique que plus de 50% des jeunes examinés présentaient des pathologies bucco-dentaires. L'examen dentaire était réalisé par un chirurgien-dentiste (4). Pour la seconde thèse, effectuée en Gironde, l'examen clinique de 142 MNA a été réalisé par un médecin généraliste ou par un infirmier. Au terme de cet examen, 42 jeunes présentaient des caries dentaires, 3 des abcès et 24 d'entre eux ont été adressés à un chirurgien-dentiste pour des soins (5).

La présente étude a pour but d'évaluer l'état de santé bucco-dentaire des MNA recueillis par l'Association Saint Benoit Labre, association à qui a été confié les missions d'accueil, d'évaluation et d'accompagnement des MNA en Loire Atlantique (6).

Les données recueillies seront comparées aux données récentes de la littérature qui concernent la population générale d'âge similaire (7-10) Ceci afin de déterminer si les MNA sont effectivement plus à risque de présenter et/ou de développer des pathologies bucco-dentaires que la population adolescente générale.

Les références bibliographiques figurent en annexe du document

2. OBJECTIFS ET CRITERES DE JUGEMENT

2.1. OBJECTIF ET CRITERE D'EVALUATION PRINCIPAL

L'objectif principal est d'évaluer l'état de santé bucco-dentaire des MNA accueillis en Loire Atlantique.

Le critère d'évaluation principal est l'indice CAO correspondant au nombre de dents Cariées, Absentes ou Obturées.

2.2. OBJECTIFS ET CRITERES D'EVALUATION SECONDAIRES

- Caractéristiques sociodémographiques : recueil de l'âge, du niveau de scolarisation, du niveau de français, de données concernant la famille (contact avec les parents, nombre d'enfant, rang et contact avec la fratrie), le pays d'origine, le parcours migratoire, le lieu de vie actuel et les projets éventuels.
- Habitudes toxiques : consommation de tabac, alcool, cannabis ou autres.
- Comportement alimentaire : nombre de repas par jour et consommation de boissons sucrées.
- Habitudes d'hygiène bucco-dentaire : nombre de brossage(s) quotidien(s).
- Dernière consultation dentaire : date, lieu et motif.
- Evaluation de l'état parodontal, de la présence d'une anomalie dentaire ou dento-maxillaire et de l'indice de traitement par interrogatoire et examen clinique.

3. POPULATION ETUDIEE

3.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

Les sujets seront des jeunes migrants nouvellement arrivés en Loire Atlantique, se déclarant mineurs et isolés (non accompagnés par un majeur sur le territoire), et étant pris en charge par le service Accueil Logistique et Mise à l'Abris des Nouveaux Arrivants (ALMANA) de l'ASBL.

Le recrutement des patients sera réalisé sur une période de 4 mois, sur la base du volontariat. Le recrutement s'arrêtera dès que le nombre de 50 patients sera atteint.

3.2. CRITERES D'INCLUSION

- Être pris en charge par l'ASBL ou par un autre service de l'Aide Sociale à l'Enfance et donc avoir obtenu le statut de MNA, ou être en cours d'évaluation par le juge des enfants.
- Être volontaire pour participer à l'étude.

3.3. CRITERES DE NON-INCLUSION

- Être déclaré « Majeur » et/ou « Non Isolé » suite à l'évaluation de la minorité et de l'isolement,
- Ne pas être pris en charge par l'ASBL ni par un autre service de l'ASE,
- Refuser de participer à l'étude,
- Ne pas être accompagné d'un traducteur alors que la langue française n'est pas comprise

4. DESIGN ET DEROULEMENT DE L'ETUDE

4.1. METHODOLOGIE GENERALE DE LA RECHERCHE

La recherche présente les caractéristiques suivantes :

- ❖ Etude observationnelle,
- ❖ Visant à évaluer l'état de santé buccodentaire de population MNA,
- ❖ Monocentrique,
- ❖ Transversale : évaluation ponctuelle sur une consultation.

L'information du patient, le recueil de la non-opposition, l'interrogatoire et l'examen clinique auront lieu au cours d'une unique consultation au Centre de Soins Dentaires du CHU de Nantes.

Au cours de cette consultation, un questionnaire sera rempli par l'investigatrice grâce à l'interrogatoire mené auprès du mineur, puis un examen bucco-dentaire sera réalisé selon les recommandations de l'OMS (miroir dentaire, sonde droite et lampe type scialytique).

Aucune radiographie ni aucun soin ne sera réalisé au cours de cette consultation.

5. DATA MANAGEMENT ET STATISTIQUES

5.1. RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNEES DE L'ETUDE

5.1.1. Recueil des données

Le recueil des données de chaque personne se prêtant à la recherche est réalisé par l'intermédiaire d'un questionnaire clinique (annexe 4).

5.1.2. Traitement et circulation des données

5.1.2.1. Généralités

La saisie, la consultation ou la modification des données ne sera possible que via un fichier Excel.

Ces données sont enregistrées sur Excel, avec un accès contrôlé (identifiant/mot de passe). La structure de la base de données sera approuvée par le responsable de la recherche, et celle-ci sera en mise en place en conformité avec le protocole et les réglementations actuellement en vigueur.

5.1.2.2. Description de l'utilisation (exclusive ou non) de données extraites de systèmes d'information existants ou de bases d'études déjà réalisées

Non applicable

5.1.2.3. Origine et nature des données nominatives recueillies et justification du recours à celle-ci

Non applicable

5.1.2.4. Destinataires des données

Seuls les investigateurs de l'étude (Dr Cécile DUPAS, Dr Bénédicte ENKEL, Lucie GERBET) ainsi que le personnel de l'UIC auront accès aux données.

5.1.3. Identification du participant

L'investigateur principal et les co-investigateurs s'engagent à maintenir confidentielles les identités des personnes se prêtant à la recherche en leur attribuant un code.

Ce code est utilisé pour tous les questionnaires.

La transmission des données d'une personne à des fins de recherche ne sera dès lors possible que sous réserve de l'apposition de ce système de codage ; la présentation des résultats de la recherche doit exclure toute identification directe ou indirecte.

Aucune donnée nominative ne sera recueillie dans le cadre de cette recherche.

La règle de codage est la suivante : N° d'inclusion à deux chiffres.

5.1.4. Durée de conservation et transfert des données

Aucun transfert des données vers un tiers.

Conservation 5 ans.

5.1.5. Données informatisées et soumission à la CNIL

Le traitement des données sera enregistré dans le registre RGPD du CHU de Nantes.

Les données recueillies au cours de l'étude seront conservées dans un fichier informatique respectant la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD).

5.2. STATISTIQUES

5.2.1. Description des méthodes statistiques prévues, y compris du calendrier des analyses intermédiaires prévues

Il s'agira de réaliser un état des lieux de la santé buccodentaire des patients MNA inclus, pris en charge par l'Association Saint Benoit Labre à Nantes. L'évaluation sera unique et ne fera pas l'objet de suivi. L'analyse sera descriptive.

Analyse du critère principal :

Il s'agira de décrire le CAO c'est à dire le nombre de dents Cariées, Absentes ou Obturées (variable quantitative)

Analyse des critères secondaires :

- Description des caractéristiques sociodémographiques des patients inclus.
- Description de la consommation de toxiques
- Description des habitudes alimentaires : nombre de repas par jour et consommation de boissons sucrées.
- Description des Habitudes d'hygiène bucco-dentaire : nombre de brossage(s) quotidien(s)
- Description du suivi de la santé buccodentaire
- Description de l'état parodontal, de la présence d'une anomalie dentaire ou dento-maxillaire et de l'indice de traitement

La description des variables comprendra les minimum, maximum, moyenne, écart-types et les quartiles pour les variables quantitatives et l'effectif et le pourcentage des modalités pour les variables qualitatives.

5.2.2. Justification statistique du nombre d'inclusions

Les données de la littérature concernant le nombre de MNA en France et leur état de santé bucco-dentaire sont variables et encore mal documentées. Aucune publication à ce jour ne rapporte d'évaluation de l'indice CAO pour cette population de patients.

Les recensements des MNA ont rapportés que 335 jeunes ont intégré les dispositifs de protection à l'enfance dans le département de Loire Atlantique en 2017 (1).

D'après l'Association Saint Benoit Labre, environ 150 jeunes MNA sont actuellement pris en charge par le service ALMANA (Accueil, Logistique et Mise à l'Abri des MNA) de l'ASBL à Nantes.

Notre étude observationnelle transversale comprend une période d'inclusion de 4 mois.

Nous estimons à 33% le taux de participation des mineurs pris en charge par l'ASBL de Nantes. Un échantillon de 50 jeunes serait représentatif des MNA de l'association et de la population MNA de Loire Atlantique. Le recrutement s'arrêtera lorsque 50 mineurs auront été inclus.

Degré de signification statistique prévu :

Un risque de première espèce alpha de 5% sera appliqué pour les analyses statistiques.

Critères statistiques d'arrêt de la recherche :

Aucune analyse intermédiaire n'est prévue dans la présente recherche. Il s'agit d'une étude observationnelle entrant dans le cadre d'une recherche non interventionnelle.

5.2.3. Méthode de prise en compte des données manquantes, inutilisées ou non valides :

L'information du patient, le recueil de la non-opposition, l'interrogatoire et l'examen clinique auront lieu au cours d'une unique consultation au Centre de Soins Dentaires du CHU de Nantes.

Toutes les données des patients ayant participé à la consultation d'inclusion seront analysées dans le cadre de l'étude.

Aucune procédure de remplacement des cas n'est prévue dans le présent protocole.

Aucune méthode d'imputation des données manquantes ne sera utilisée.

6. CONSIDERATIONS ETHIQUES

6.1. INFORMATION DU PATIENT

L'investigateur s'engage à informer le patient de façon claire et juste du protocole (note d'information en annexe 3). Il remettra au patient un exemplaire de la note d'information. Celle-ci précisera la possibilité pour le patient de refuser de participer à la recherche et de se retirer à tout moment.

L'investigateur notera dans le dossier du patient que celui-ci a bien été informé oralement, a reçu la note d'information et a donné son accord oral pour participer à la recherche ; il datera cette information.

LISTE DES ANNEXES

- ❖ *ANNEXE 1 : Listing des intervenants principaux et coordonnées (investigateurs, ...)*
- ❖ *ANNEXE 2 : Références bibliographiques*
- ❖ *ANNEXE 3 : Note d'information patient*
- ❖ *ANNEXE 4 : Questionnaire*

	IMPRIME	Protocole portant sur une Recherche Non Interventionnelle Hors Loi Jardé (HLJ)	Diffusion par : RECHERCHE - Direction de la recherche
	Processus : RECHERCHE-CHU\Gérer les études à promotion interne\1-Evaluation des projets		

ANNEXE 1 : LISTING DES INTERVENANTS PRINCIPAUX

NOM ET PRENOM	Spécialité & Fonction	Nom de l'établissement	Nom et adresse du service de rattachement	Téléphone et e-mail	N° RPPS (si médecins)
DUPAS CECILE	Odontologiste des hôpitaux de Nantes	CHU Nantes	USMP (Rue de la Mainguais, 44331 Nantes) CSERD (1 Place Alexis Ricordeau 44000 Nantes)	cecile.dupas@chu-nantes.fr	10000875707
ENKEL BENEDICTE	MCU-PH des CSERD	Faculté de Chirurgie Dentaire de Nantes	CSD Odontologie conservatrice et pédiatrique (1 Place Alexis Ricordeau 44000 Nantes)	benedicte.enkel@chu-nantes.fr	10000873082
GERBET LUCIE	Étudiante odontologie	Faculté de Chirurgie Dentaire de Nantes	CSD (1 Place Alexis Ricordeau 44000 Nantes)	lucie.gerbet@etu.univ-nantes.fr	Non applicable

	IMPRIME	Diffusion par : RECHERCHE - Direction de la recherche
	Protocole portant sur une Recherche Non Interventionnelle Hors Loi Jardé (HLJ)	
Processus : RECHERCHE-CHU\Gérer les études à promotion interne\1-Evaluation des projets		

ANNEXE 2 : REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. *Ministère de la Justice. Rapport annuel d'activité 2017 mission Mineurs Non Accompagnés mars 2018 [Internet]. p. 27. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAA-MMNA-2017.pdf*
2. *La Direction des Opérations France de Médecins du Monde et l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France année 2017 [Internet]. Médecins du Monde; 2018 oct p. 136. Disponible sur: <http://www.infomie.net/IMG/pdf/mdm-rapport-observatoire-2018-bd.pdf>*
3. *IGA, IGAS, IGJ et ADF. Les mineurs non accompagnés (mission bipartite de réflexion Inspections générales) [Internet]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/content/download/109800/875229/file/17107R-Mineurs-web.pdf>*
4. *Milliet F. Etat de santé des Mineurs Non Accompagnés accueillis par l'Aide Sociale à l'Enfance en Côte d'Or entre janvier 2009 et juin 2017. Université de Bourgogne UFR des Sciences de Santé Circonscription Médecine; 2018.*
5. *Baudino P. État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013 [Internet] [Thèse Médecine]. Université de Bordeaux U.F.R. Sciences Médicales; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01157256>*
6. *Association Saint Benoit Labre - Lutte contre l'exclusion des personnes en difficultés sociales et professionnelles et vient en aide aux plus démunis [Internet]. Association saint benoit labre. Disponible sur: <https://asbl44.com/>*
7. *Traver F, Saucey M-JD, Gaucher C. État bucco-dentaire des jeunes participant au dispositif de l'examen bucco-dentaire (EBD). Sante Publique (Bucur). 8 oct 2014;Vol. 26(4):481-90.*
8. *Chardon O, Guignon N. La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième - Ministère des Solidarités et de la Santé (DRESS). Etudes Résultats. févr 2014;(865):6.*
9. *Ménard C, Grizeau-Clemens D, Wemaere J. Santé bucco-dentaire des adultes. Evolution. mars 2016;(35):10.*
10. *Brisacier A-C, Cadet-Taïrou A, Díaz C, Gandilhon M, Nézet OL, Martinez M, et al. Drogues, chiffres clés - 7ème édition - 2017 - OFDT. 2017;8.*



ANNEXE 3 : NOTE D'INFORMATION

Note d'information pour la participation à la recherche
« Évaluation de l'état de santé bucco-dentaire des Mineurs Non Accompagnés pris en charge par l'Association Saint Benoit Labre à Nantes »

Investigatrice principale : Dr Cécile DUPAS
Service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique
CHU Hôtel-Dieu
1 Place Alexis Ricordeau 44093 Nantes
Tél : 02 40 08 73 83 Secrétariat : 02 40 08 37 16
recherche-dentaire@chu-nantes.fr

Établissement responsable de la recherche
CHU de Nantes – Direction de la recherche
5 allée de l'île Gloriette, 44 093 NANTES
Contact : Département Promotion
Tél : 02 53 48 28 35
rderecherche@chu-nantes.f

Ce document est remis au patient
Un exemplaire est conservé dans le dossier médical

Madame, Monsieur,

Le service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique du Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes effectue une recherche portant sur l'état de santé bucco-dentaire des Mineurs Non Accompagnés en Loire Atlantique, pris en charge à Nantes par l'Association Saint Benoit Labre. Cette recherche est réalisée à partir de données collectées au cours d'une unique consultation.

Votre participation à la recherche, au cas où vous donneriez votre accord, ne pourra vous être confirmée qu'à la condition que vous remplissiez tous les critères d'inclusion pour participer à cette recherche. Un bilan bucco-dentaire sera réalisé lors de la consultation au Centre de Soins Dentaires et des questions vous seront posées sur votre parcours et vos habitudes de vie. Aucune radiographie et aucun soin ne sera réalisé au cours de cette consultation.

Cette recherche ne présente pas de risque pour votre santé. Les résultats qui en seront issus ne permettront pas d'apporter des informations pertinentes pour votre santé en particulier. Ils favoriseront le développement des connaissances dans le domaine de la santé et devront être confirmés, ensuite, par des études cliniques complémentaires.

Vous pourrez être informé, sur demande, des résultats globaux de cette recherche.

Pour être menée à bien, cette recherche nécessite la mise en œuvre d'un traitement informatisé de vos données personnelles afin de permettre d'analyser les résultats. Un fichier informatique comportant vos données va donc être constitué. Par mesure de confidentialité et pour respecter votre vie privée, vos données seront systématiquement codées. Seuls les professionnels de santé personnellement en charge de l'étude auront connaissance de vos données nominatives.

Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données enregistrées sur informatique, à tout moment, par l'intermédiaire de votre médecin. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées et d'être traitées dans le cadre de cette recherche. Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès de l'investigateur de l'étude mentionné au début de ce document. De même, aucune information collectée durant cette étude ne sera transmise aux autorités françaises.

Ce projet ainsi que le présent document ont été présentés au Groupe Nantais d'éthique dans le domaine de la Santé GNEDS.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à la recherche qui vous est présentée. Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de votre prise en charge. Si vous refusez de participer, les données recueillies ne seront pas utilisées pour cette recherche.

Le chirurgien-dentiste qui vous a proposé la recherche et vous a donné oralement toutes les informations nécessaires peut répondre à toutes vos questions. Nous vous invitons à lire attentivement ce document avant de vous décider. Vous avez un délai de réflexion de 7 jours avant de vous décider.

Nom/Prénom :

J'accepte que mes données soient utilisées pour cette recherche : **oui** **non**

Date :/...../.....

Signature :

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE

ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES MNA PRIS EN CHARGE PAR L'ASBL A NANTES

N° Anonymat : _ _ _ _

Date de l'examen : / /

1. Caractéristiques sociodémographiques :

Date de naissance	
Age	
Age de fin de scolarisation dans le pays d'origine	
Niveau de compréhension et expression orale en français	<input type="checkbox"/> mauvais (0) <input type="checkbox"/> moyen (1) <input type="checkbox"/> bon (2)
Niveau de lecture et d'écriture en français	<input type="checkbox"/> mauvais (0) <input type="checkbox"/> moyen (1) <input type="checkbox"/> bon (2)
Contact avec la famille	<input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)
Nombre d'enfants dans la fratrie	
Pays d'origine	
Date de départ (mois/année)	
Durée du voyage migratoire (en mois)	
Pays intermédiaire(s) <input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)	Pays : Durée (en mois) :
Date d'arrivée sur le territoire français (mois /année)	
Date d'arrivée à Nantes (mois /année)	
Lieu de vie actuel	<input type="checkbox"/> foyer/auberge (1) <input type="checkbox"/> logement indépendant (2) <input type="checkbox"/> hôtel (3) <input type="checkbox"/> famille d'accueil (4) <input type="checkbox"/> squat (5) <input type="checkbox"/> sans domicile fixe (6) <input type="checkbox"/> autre (7) :

2. Habitudes toxiques :

Tabac	<input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)	Nombre de cigarette(s)/jour : Nombre d'année(s) :
Alcool	<input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)	Fréquence : <input type="checkbox"/> festif (1) <input type="checkbox"/> tous les week-ends (2) <input type="checkbox"/> quotidien (3) <input type="checkbox"/> massif (4)
Cannabis	<input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)	Fréquence : <input type="checkbox"/> festif (1) <input type="checkbox"/> tous les week-ends (2) <input type="checkbox"/> quotidien (3) <input type="checkbox"/> massif (4)
Autre	<input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)	Type : Fréquence :

3. Comportement alimentaire :

Nombre de repas assis par jour	<input type="checkbox"/> alimentation déstructurée (0) <input type="checkbox"/> 1 (1) <input type="checkbox"/> 2 (2) <input type="checkbox"/> 3 (3)
Consommation de boissons sucrées	<input type="checkbox"/> jamais (0) <input type="checkbox"/> occasionnel (1) <input type="checkbox"/> quotidien (2) <input type="checkbox"/> ne boit jamais d'eau (3)

4. Habitudes d'hygiène buccodentaire :

Nombre de brossage(s) quotidien(s)	<input type="checkbox"/> 0 (0) <input type="checkbox"/> 1 (1) <input type="checkbox"/> 2 (2) <input type="checkbox"/> 3 (3)
------------------------------------	--

5. Médication :

Prise de médicament(s)	<input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)	Nom : _____ Prescrit : <input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)
------------------------	--	---

6. Dernière consultation dentaire :

Délais	<input type="checkbox"/> 1 mois (1) <input type="checkbox"/> 6 mois (2) <input type="checkbox"/> 1 an (3) <input type="checkbox"/> 2 ans (4) <input type="checkbox"/> >5 ans (5) <input type="checkbox"/> Jamais (0)
Lieu	<input type="checkbox"/> pays d'origine (1) <input type="checkbox"/> pays intermédiaire (2) <input type="checkbox"/> France (3) <input type="checkbox"/> non applicable (0)
Motif	<input type="checkbox"/> bilan (1) <input type="checkbox"/> soin (2) <input type="checkbox"/> urgence (3) <input type="checkbox"/> non applicable (0)

7. État dentaire :

CI : Carie initiale RC : Récidive carieuse CE : A extraire A : Absente (hors ODF et DDS)
 O : Dent obturée S : Scellement sillons PF : Prothèse fixe PA : Prothèse Adjointe

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

8. Etat parodontal :

Plaque dentaire	<input type="checkbox"/> non (0)	<input type="checkbox"/> oui (1)
Tartre	<input type="checkbox"/> non (0)	<input type="checkbox"/> oui (1))
Inflammation gingivale	<input type="checkbox"/> non (0)	<input type="checkbox"/> oui (1)

9. Anomalies dentaires :

Anomalie de forme	<input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)	Description :
Anomalie de teinte	<input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)	Description :

10. Anomalies dento-maxillaires :

Malpositions dentaires nécessitant bilan ODF	<input type="checkbox"/> non (0)	<input type="checkbox"/> oui (1)
Trouble des surfaces masticatoires	<input type="checkbox"/> non (0)	<input type="checkbox"/> oui (1)

11. Douleur :

Présence de douleur dentaire	<input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> provoquée / intermittente (1) <input type="checkbox"/> spontanée / continue (2)
------------------------------	---

12. Conclusion :

Soins parodontaux nécessaires	<input type="checkbox"/> non (0)	<input type="checkbox"/> oui (1)
Soins OCE nécessaires	<input type="checkbox"/> non (0)	<input type="checkbox"/> oui (1)
Soins prothétiques nécessaires	<input type="checkbox"/> non (0)	<input type="checkbox"/> oui (1)
Urgence (Douleur, Infection, Inflammation +++, Dent à extraire)	<input type="checkbox"/> non (0)	<input type="checkbox"/> oui (1)

Annexe 6



Note d'information pour la participation à la recherche
«Évaluation de l'état de santé bucco-dentaire des Mineurs Non Accompagnés pris en charge par l'Association Saint Benoit Labre à Nantes »

Investigateur principal : Dr Cécile DUPAS
Service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique
CHU Hôtel-Dieu
1 Place Alexis Ricordeau 44093 Nantes
Tél : 02 40 08 73 83 Secrétariat : 02 40 08 37 16
recherche-dentaire@chu-nantes.fr

Etablissement responsable de la recherche
CHU de Nantes – Direction de la recherche
5 allée de l'île Gloriette, 44 093 NANTES
Contact : Département Promotion
Tél : 02 53 48 28 35
rderecherche@chu-nantes.fr

Ce document est remis au patient
Un exemplaire est conservé dans le dossier médical

Madame, Monsieur,

Le service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique du Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes effectue une recherche portant sur l'état de santé bucco-dentaire des Mineurs Non Accompagnés en Loire Atlantique, pris en charge à Nantes par l'Association Saint Benoit Labre. Cette recherche est réalisée à partir de données collectées au cours d'une unique consultation.

Votre participation à la recherche, au cas où vous donneriez votre accord, ne pourra vous être confirmée qu'à la condition que vous remplissiez tous les critères d'inclusion pour participer à cette recherche. Un bilan bucco-dentaire sera réalisé lors de la consultation au Centre de Soins Dentaires et des questions vous seront posées sur votre parcours et vos habitudes de vie. Aucune radiographie et aucun soin ne sera réalisé au cours de cette consultation.

Cette recherche ne présente pas de risque pour votre santé. Les résultats qui en seront issus ne permettront pas d'apporter des informations pertinentes pour votre santé en particulier. Ils favoriseront le développement des connaissances dans le domaine de la santé et devront être confirmés, ensuite, par des études cliniques complémentaires.

Vous pourrez être informé, sur demande, des résultats globaux de cette recherche.

Pour être menée à bien, cette recherche nécessite la mise en œuvre d'un traitement informatisé de vos données personnelles afin de permettre d'analyser les résultats. Un fichier informatique comportant vos données va donc être constitué. Par mesure de confidentialité et pour respecter votre vie privée, vos données seront systématiquement codées. Seuls les professionnels de santé personnellement en charge de l'étude auront connaissance de vos données nominatives.

Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données enregistrées sur informatique, à tout moment, par l'intermédiaire de votre médecin. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées et d'être traitées dans le cadre de cette recherche. Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès de l'investigateur de l'étude mentionné au début de ce document. De même, aucune information collectée durant cette étude ne sera transmise aux autorités françaises.

Ce projet ainsi que le présent document ont été présentés au Groupe Nantais d'éthique dans le domaine de la Santé GNEDS.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à la recherche qui vous est présentée. Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de votre prise en charge. Si vous refusez de participer, les données recueillies ne seront pas utilisées pour cette recherche.

Le chirurgien-dentiste qui vous a proposé la recherche et vous a donné oralement toutes les informations nécessaires peut répondre à toutes vos questions. Nous vous invitons à lire attentivement ce document avant de vous décider. Vous avez un délai de réflexion de 7 jours avant de vous décider.

Nom / Prénom :

J'accepte que mes données soient utilisées pour cette recherche : **oui** **non**

Date :/...../.....

Signature :

Annexe 7

ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES MNA PRIS EN CHARGE PAR L'ASBL A NANTES

N° Anonymat : _ _ _ _ _

Date de l'examen : / /

1. Caractéristiques sociodémographiques :

Date de naissance	
Age	
Age de fin de scolarisation dans le pays d'origine	
Niveau de compréhension et expression orale en français	<input type="checkbox"/> mauvais (0) <input type="checkbox"/> moyen (1) <input type="checkbox"/> bon (2)
Niveau de lecture et d'écriture en français	<input type="checkbox"/> mauvais (0) <input type="checkbox"/> moyen (1) <input type="checkbox"/> bon (2)
Contact avec la famille	<input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)
Nombre d'enfants dans la fratrie	
Pays d'origine	
Date de départ (mois/année)	
Durée du voyage migratoire (en mois)	
Pays intermédiaire(s) <input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)	Pays : Durée (en mois) :
Date d'arrivée sur le territoire français (mois /année)	
Date d'arrivée à Nantes (mois /année)	
Lieu de vie actuel	<input type="checkbox"/> foyer/auberge (1) <input type="checkbox"/> logement indépendant (2) <input type="checkbox"/> hôtel (3) <input type="checkbox"/> famille d'accueil (4) <input type="checkbox"/> squat (5) <input type="checkbox"/> sans domicile fixe (6) <input type="checkbox"/> autre (7) :

2. Habitudes toxiques :

Tabac	<input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)	Nombre de cigarette(s)/jour : Nombre d'année(s) :
Alcool	<input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)	Fréquence : <input type="checkbox"/> festif (1) <input type="checkbox"/> tous les week-ends (2) <input type="checkbox"/> quotidien (3) <input type="checkbox"/> massif (4)
Cannabis	<input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)	Fréquence : <input type="checkbox"/> festif (1) <input type="checkbox"/> tous les week-ends (2) <input type="checkbox"/> quotidien (3) <input type="checkbox"/> massif (4)
Autre	<input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)	Type : Fréquence :

3. Comportement alimentaire :

Nombre de repas assis par jour	<input type="checkbox"/> alimentation déstructurée (0) <input type="checkbox"/> 1 (1) <input type="checkbox"/> 2 (2) <input type="checkbox"/> 3 (3)
Consommation de boissons sucrées	<input type="checkbox"/> jamais (0) <input type="checkbox"/> occasionnel (1) <input type="checkbox"/> quotidien (2) <input type="checkbox"/> ne boit jamais d'eau (3)

4. Habitudes d'hygiène buccodentaire :

Nombre de brossage(s) quotidien(s)	<input type="checkbox"/> 0 (0) <input type="checkbox"/> 1 (1) <input type="checkbox"/> 2 (2) <input type="checkbox"/> 3 (3)
------------------------------------	--

5. Médication :

Prise de médicament(s)	<input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)	Nom : _____ Prescrit : <input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)
------------------------	--	---

6. Dernière consultation dentaire :

Délais	<input type="checkbox"/> 1 mois (1) <input type="checkbox"/> 6 mois (2) <input type="checkbox"/> 1 an (3) <input type="checkbox"/> 2 ans (4) <input type="checkbox"/> >5 ans (5) <input type="checkbox"/> Jamais (0)
Lieu	<input type="checkbox"/> pays d'origine (1) <input type="checkbox"/> pays intermédiaire (2) <input type="checkbox"/> France (3) <input type="checkbox"/> non applicable (0)
Motif	<input type="checkbox"/> bilan (1) <input type="checkbox"/> soin (2) <input type="checkbox"/> urgence (3) <input type="checkbox"/> non applicable (0)

7. État dentaire :

CI : Carie initiale RC : Récidive carieuse CE : A extraire A : Absente (hors ODF et DDS)
 O : Dent obturée S : Scellement sillons PF : Prothèse fixe PA : Prothèse Adjointe

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

8. Etat parodontal :

Plaque dentaire	<input type="checkbox"/> non (0)	<input type="checkbox"/> oui (1)
Tartre	<input type="checkbox"/> non (0)	<input type="checkbox"/> oui (1))
Inflammation gingivale	<input type="checkbox"/> non (0)	<input type="checkbox"/> oui (1)

9. Anomalies dentaires :

Anomalie de forme	<input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)	Description :
Anomalie de teinte	<input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> oui (1)	Description :

10. Anomalies dento-maxillaires :

Malpositions dentaires nécessitant bilan ODF	<input type="checkbox"/> non (0)	<input type="checkbox"/> oui (1)
Trouble des surfaces masticatoires	<input type="checkbox"/> non (0)	<input type="checkbox"/> oui (1)

11. Douleur :

Présence de douleur dentaire	<input type="checkbox"/> non (0) <input type="checkbox"/> provoquée / intermittente (1) <input type="checkbox"/> spontanée / continue (2)
------------------------------	---

12. Conclusion :

Soins parodontaux nécessaires	<input type="checkbox"/> non (0)	<input type="checkbox"/> oui (1)
Soins OCE nécessaires	<input type="checkbox"/> non (0)	<input type="checkbox"/> oui (1)
Soins prothétiques nécessaires	<input type="checkbox"/> non (0)	<input type="checkbox"/> oui (1)
Urgence (Douleur, Infection, Inflammation +++, Dent à extraire)	<input type="checkbox"/> non (0)	<input type="checkbox"/> oui (1)

GERBET (Lucie). Quels besoins de soins bucco-dentaires chez les Mineurs Non Accompagnés : état des lieux et méthodologie de mise en place d'une étude observationnelle à Nantes.
7 Annexes ; 22 Figures ; 102 ref. (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2020)

RÉSUMÉ :

Les Mineurs Non Accompagnés (MNA) constituent une population de jeunes migrants grandissante dans les pays d'Europe et en France en particulier, depuis ces 5 dernières années. Toute personne originaire d'un pays étranger, âgée de moins de 18 ans, et arrivant sur le territoire sans accompagnant majeur pour assurer sa protection est dit MNA. De par leur âge, les MNA relèvent de la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant et, en France, leur prise en charge est effectuée par les services d'Aide Sociale à l'Enfance.

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'intérêt et la faisabilité de l'analyse de la santé bucco-dentaire des MNA en Loire-Atlantique.

Le parcours et la prise en charge sociale et médicale de ces jeunes migrants seront décrit, notamment l'accès aux soins et à la santé. Une analyse de la littérature portant sur l'état de santé des MNA, axée sur leur état de santé orale, sera réalisée. Puis, les résultats d'une étude préliminaire de l'état bucco-dentaire des MNA venus en consultation d'urgence au Centre de Soins Dentaires (CSD) du CHU de Nantes entre janvier 2018 et juillet 2019, sera présentée. Enfin, la méthodologie de mise en place d'une étude observationnelle des habitudes d'hygiène bucco-dentaire et l'état de santé orale de ces jeunes nouvellement arrivés en France, sera développée.

L'objectif final est d'appréhender leurs besoins en termes de prévention et de soins bucco-dentaires, et de les comparer à ceux de la population française générale et précaire du même âge.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Odontologie Conservatrice – Santé Publique

MOTS CLES MESH :

population de passage et migrants/transients and migrants
santé bucco-dentaire/oral health
santé des minorités/minority health
santé de l'adolescent/adolescent health
enquête de santé dentaire/dental health survey
évaluation des besoins/needs assessment

JURY :

Présidente : Professeur PEREZ F.

Directrice : Docteur DUPAS C.

Assesseur : Docteur ENKEL B.

Assesseur : Docteur AMADOR DEL VALLE G.

Invitée : Docteur SCANVION A.

ADRESSE DE L'AUTEUR :

21 rue Germain Boffrand

44000 - Nantes

luciegerbet45@orange.fr