



HAL
open science

État de santé bucco-dentaire des mineurs non accompagnés accueillis au service d'odontologie du CHRU de Nancy en 2017: un premier constat

Thibault Perrin

► To cite this version:

Thibault Perrin. État de santé bucco-dentaire des mineurs non accompagnés accueillis au service d'odontologie du CHRU de Nancy en 2017: un premier constat. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. hal-03297988

HAL Id: hal-03297988

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297988v1>

Submitted on 23 Jul 2021

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADÉMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE

ANNÉE 2019

N°10553

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

par

Thibault PERRIN

né le 07/04/1993, à Lunéville (54)

État de santé bucco-dentaire des mineurs non accompagnés accueillis au service d'odontologie du CHRU de Nancy en 2017 : un premier constat.

présentée et soutenue publiquement le 16/01/2019

Examineurs de la thèse :

Pr. J.-M. MARTRETTE	Professeur des Universités	Président
<u>Dr. C. CLÉMENT</u>	<u>Maître de Conférences</u>	<u>Directrice de thèse</u>
Dr. K. YASUKAWA	Maître de Conférences	Juge
Dr. A. BAUDET	Assistant	Juge

Par délibération en date du 11 décembre 1972, la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Président : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen : Professeur Jean-Marc MARTRETTE

Vice-Doyens : Dr Céline CLEMENT – Dr Rémy BALTHAZARD – Dr Anne-Sophie VAILLANT

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG - Pr ARTIS - Pr M. VIVIER

Doyens Honoraires : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS

Professeur émérite : Pr M-P FILLEUL

Département Odontologie pédiatrique Sous-section 56-01	Mme	DROZ Dominique	Maître de Conférences *
	Mme	JAGER Stéphanie	Maître de Conférences *
	M.	PREVOST Jacques	Maître de Conférences
	Mme	HERNANDEZ Magali	Maître de Conférences *
	M.	LEFAURE Quentin	Assistant
Département Orthopédie dento-faciale Sous-section 56-01	Mme	DARSAT Claire	Assistante*
	M.	EGLOFF Benoit	Maître de Conférences *
	Mme	GREGOIRE Johanne	Assistante
Département Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale Sous-section 56-02	Mme	LAWTON Mathilde	Assistante
	Mme	CLÉMENT Céline	Maître de Conférences *
	M.	BAUDET Alexandre	Assistant *
Département Parodontologie Sous-section 57-01	Mme	NASREDDINE Greyce	Assistante
	M.	AMBROSINI Pascal	Professeur des Universités *
	Mme	BISSON Catherine	Maître de Conférences *
	M.	JOSEPH David	Maître de Conférences *
	M.	LACH Patrick	Assistant
Département Chirurgie orale Sous-section 57-01	Mme	MAYER-COUPIN Florence	Assistante
	Mme	PAOLI Nathalie	Enseignante univ. – Praticien attachée*
	Mme	GUILLET-THIBAUT Julie	Maître de Conférences *
	M.	BRAVETTI Pierre	Maître de Conférences
	Mme	PHULPIN Bérengère	Maître de Conférences *
Département Biologie orale Sous-section 57-01	M.	CLERC Sébastien	Assistant*
	M.	HASNAOUI Nasr	Assistant
	Mme	KICHENBRAND Charlene	Enseignante univ. – Praticien attachée*
	M.	YASUKAWA Kazutoyo	Maître de Conférences *
Département Dentisterie restauratrice, endodontie Sous-section 58-01	M.	MARTRETTE Jean-Marc	Professeur des Universités *
	Mme	EGLOFF-JURAS Claire	Assistante*
	M.	MORTIER Éric	Professeur des Universités *
	M.	AMORY Christophe	Maître de Conférences
	M.	BALTHAZARD Rémy	Maître de Conférences *
	M.	ENGELS-DEUTSCH Marc	Maître de Conférences
	M.	VINCENT Marin	Maître de Conférences*
	Mme	GEBHARD Cécile	Assistante
Département Prothèses Sous-section 58-01	M.	GEVREY Alexis	Assistant
	M.	GIESS Renaud	Assistant *
	M.	DE MARCH Pascal	Maître de Conférences
	M.	SCHOUVER Jacques	Maître de Conférences
	Mme	VAILLANT Anne-Sophie	Maître de Conférences *
	Mme	CORNE Pascale	Maître de Conférences Associée *
	M.	CIESLAK Steve	Assistant
	M.	HIRTZ Pierre	Assistant *
	M.	MAILLET Maxime	Assistant
	Mme	MOEHREL Bethsabée	Assistante
Département Fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux Sous-section 58-01	M.	VUILLAUME Florian	Assistant
	Mme	STRAZIELLE Catherine	Professeur des Universités *
	Mme	MOBY (STUTZMANN) Vanessa	Maître de Conférences *
	M.	SALOMON Jean-Pierre	Maître de Conférences

Souligné : responsable de département

* temps plein

Mis à jour le 01/09/2018

À notre président de thèse

Monsieur Jean-Marc MARTRETTE,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialiste qualifié en Médecine Bucco-Dentaire

Docteur en Sciences Pharmacologiques

Habilité à Diriger des Recherches

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section : Chirurgie orale ; Parodontologie ; Biologie orale (57-01)

Doyen de la Faculté d'Odontologie de Nancy

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites de présider cette thèse, ainsi que pour la disponibilité dont vous avez fait preuve durant la durée de nos études sous votre direction.

À notre directrice de thèse

Madame Céline CLÉMENT,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lorraine, mention Sciences de la Vie et de la Santé

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Sous-section : Prévention ; Épidémiologie ; Économie de la santé ; Odontologie légale (56-02)

Responsable du Département de Prévention - Épidémiologie - Économie de la santé
- Odontologie légale

Vice-Doyen de la Faculté d'Odontologie de Nancy

Veillez recevoir ici le témoignage de nos plus chaleureux remerciements pour l'accompagnement et les conseils que vous nous avez prodigués durant la réalisation de cette thèse, ainsi que pour votre implication et votre énergie investie dans la prise en charge des jeunes dont il est question ici.

À notre juge

Monsieur Kazutoyo YASUKAWA,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialiste qualifié en Médecine Bucco-Dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes, mention Sciences de la Vie et de la Santé

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Sous-section : Chirurgie orale ; Parodontologie ; Biologie orale (57-01)

Responsable du Département de Biologie orale

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury, mais également et surtout de nous avoir aiguillés sur cette thématique au début de notre réflexion.

À notre juge

Monsieur Alexandre BAUDET,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistant Hospitalier Universitaire

Sous-section : Prévention ; Épidémiologie ; Économie de la santé ; Odontologie
légale (56-02)

*Nous vous remercions d'avoir accepté de
participer à ce jury ainsi que pour votre
aide précieuse tout au long de la
réalisation de cette thèse.*

Merci...

À Véronique et Bruno mes parents, cette réussite est la vôtre, rien de tout cela n'aurait été possible sans vous ; pour votre soutien quotidien, votre éducation irréprochable, à la maison et à l'école, la liberté que vous m'avez laissée, la confiance dans mes choix pas toujours très censés, la présence permanente et rassurante, pour tout le reste et bien plus encore,

À Léa ma sœur, ma jumelle, ma compagne de voyage depuis notre arrivée concomitante sur Terre il y a plus de 25 ans, qui m'aide à voir autrement et plus loin que le bout de mon nez, pour tout ce qu'on a fait et tout ce qu'il nous reste à faire ensemble,

À Laurette et Antoine, ma sœur et mon frère, la Reine des Airs et le Prince des Ébénistes, si la Maison familiale reste encore aujourd'hui synonyme de bien-être pour moi, vous y êtes pour quelque chose,

À Bernadette et Marie-Madeleine mes grands-mères, Jean et Jean-Paul mes grands-pères, pour tout ce temps passé à vos côtés, vos bienveillantes attentions, vos enseignements, votre sagesse, votre philosophie et tout ce que vous m'avez transmis,

À Sylvie et Patrice, ma marraine et mon parrain, pour avoir toujours été présents pour moi, même avec l'éloignement,

Aux Docteurs Denis Bazin, Christine Girard-Caye, Mélanie Aubry, Noëlle Auguste et Kaëlig Pasquet ainsi qu'à leurs assistantes, Mme Thomassin, Pascale, Stéphanie, Isabelle et Charline, pour l'accueil, les conseils, durant mes stages de formation, et pour le début de ma vie professionnelle,

À Agnès Marchand, vice-présidente du Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle, et Céline Da Silva, infirmière du Réseau Éducatif en Meurthe-et-Moselle, pour votre aide et la précision de vos renseignements sur les rouages du système de prise en charge des Mineurs Non Accompagnés en Meurthe-et-Moselle tout au long de la rédaction de ma thèse,

À Hélène, ma Liégeoise préférée, mon amie, ma confidente, pour avoir su me sortir du marasme dans lequel je m'étais perdu, pour être devenue indispensable à ma vie et à mon équilibre, pour mon plus grand plaisir, pour toujours,

À Adrien, Clément, Mélanie, Paul-Henri, Thomas, Éva-Chloé, Benjamin et Morgane, amis de primaire, du collège, du lycée, parfois des trois en même temps, pour tous ces souvenirs, pour votre amitié qui perdure encore aujourd'hui,

À Apolline, ma sainte patronne et amie, pour ces centaines de kilomètres parcourus à tes côtés sur les trottoirs nancéiens, les chemins de campagnes lorrains ou les sentiers bretons, pour tout ce voyage fait ensemble, je n'étais pas le même avant d'avoir la chance de te connaître, pour la préciosité immense de ton amitié, pour tout ce qui est à venir, à pied évidemment,

À Louis, Thibaut, Sarah, Agathe, Sophie, Maeva et Anne, mes chers camarades de promotion et confrères-consœurs, pour toutes ces années d'études qui auraient assurément été bien moins sympathiques sans vous,

À Laure, Childéric, Thibaut, Jonas, François, Alvin, Céline, Lucile, Thomas, Julia, Frédérique et Marion, mes binômes et partenaires au fauteuil de ma 4^{ème} à ma 6^{ème} année, pour tout ce que j'ai appris à vos côtés,

À l'Orchestre Symphonique Universitaire de Lorraine, mon cher OSUL, je te dois tellement... à tous ceux qui le font vivre depuis 6 ans que je l'ai rejoint, aux trois Bureaux dans lesquels j'ai eu la chance d'exercer, mais plus spécialement à Pierre, Myriam, Aurélia, Julien, Jérémy, Nelda, Clara, Marie, Marion, Sara, Aurélie, Alice, Hélène, Romain, Charles-Antoine, Émillien, Hugo, Albert, Victor, Jules, Jules, Simon et Guillaume, pour tous ces projets montés à vos côtés et ceux encore à venir, pour votre douce folie, pour la chaleur de votre amitié et de votre confiance,

À Marion, notre histoire ne fait que commencer, bien malin qui pourra imaginer où elle nous emmènera, la seule certitude c'est que cette histoire je veux la vivre avec toi. Pour ton amour, pour ta confiance, pour ta patience, pour ta compréhension, pour ta main dans la mienne, pour être toi tout simplement et pour tout ce qui nous attend,

À tous mes professeurs de musique à l'école de musique de Lunéville ou au Conservatoire de Nancy, les ensembles musicaux et leurs membres que j'ai fréquentés et côtoyés durant toutes ces années, le Chœur Universitaire de Nancy, l'Ensemble Leszczynski, Idyll et ses Restes, Petrichór, pour m'avoir permis et me permettre encore de m'éclater dans le 4^{ème} Art,

À Pili, pour ces centaines de messages, ces heures de lecture et d'écriture partagées, cette amitié épistolaire rouge et blanche délicatement saupoudrée de sonorités islandaises, de ballons ovales, mais surtout d'affection sincère,

À Étienne, Régis, Yves, Manon, Emmanuel, Christian, Stéphane, Lionel, Jérôme, Mikaël, Julien, pour ces années de passion commune et de pépiage forumique,

À Natalie, Emma, Stana, Alexandre, François, Pierre, Raymond, Georges, Jules, Joanne, John, Clive, Douglas, Howard, François, John, JBX, Ralph, Gustav, Jónsi, Georg, Kjartan, Orri, Roger, Richard, John, Bob, Douglas, Bono, The Edge, Adam, Larry, Matthew, Dominic, Christopher, Roger, David, Syd, Nick, Richard, Chris, Jon, Guy, Will, Phil, Renan, Raphaël, Bruno, Calogero, Angelo, Michel, Jacques, Georges, Charles, Jean-Jacques, Sébastien, Michel, Xavier, Robert, Fred, Sam, Mathilde, Alice, Cyril, Christophe, Emmanuel, Daniel, Carmen, Gil, Aldebert, Melody, Julie, Howard, John, Hans, John, Harry, Jeremy, Patrick, Nicholas, Alexandre, Frédéric & Sébastien, Mathieu, Antoine, Usul, Bruce, François, Raphaël, Slimane, Mathieu, Florent, Matthias & Benoît, Kriss, David & Grégoire, Julien, Florent, Vincent, Justine, Valentin, Adrien, Lucien, Nicolas, Akim, Éléonore, Jérôme, Marc, Ludovik, Nathalie, Marjorie, Audrey, Juliette, Guillaume, Bastien, Jérémy, Roxane, Medhi, Jules, Ambroise, Andréa, Steven, Pascal, Julien, Benoît, Lionel, Ronan, Brian, Dimitri, Novak, Gilles, Kristina, Nicolas, Medhi, Renaud, Cadel, Daniel, Thor, Thomas, Laurent, Julian, Arnaud, Julien, Pauline, Nikola, Michaël, Yannick, Martin, Tina, Gabriela & Guillaume, pour l'inspiration, l'évasion, les rêves, les émotions bonnes comme plus amères... j'ai *grandi* avec vos productions, vos performances et vos exploits, votre parcours est aussi le mien ; pour m'accompagner tous les jours depuis des années et pour encore très longtemps,

... **Merci.**

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1. Généralités
 - 1.1. Définitions
 - 1.2. Contexte démographique à l'échelle nationale
 - 1.3. Contexte législatif et réglementaire
 - 1.4. Protocoles de prise en charge
 - 1.5. Situation en Meurthe-et-Moselle
 - 1.6. Objectifs de l'étude
2. Étude de la population de Mineurs Non Accompagnés ayant fréquenté le centre de soins dentaires du CHRU de Nancy depuis 2017
 - 2.1. Inclusion des patients à l'étude
 - 2.2. Résultats
3. Discussion sur l'étude
 - 3.1. Critiques et limites de l'étude
 - 3.2. Intérêts de l'étude
 - 3.3. Interprétation des résultats
 - 3.4. Améliorations envisageables à la prise en charge bucco-dentaire des Mineurs Non Accompagnés

CONCLUSION

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Nombre de MNA comptabilisés chaque année en France (source : Rapport Annuel d'Activité 2017 de la Mission Mineurs Non Accompagnés).	20
Figure 2 : Nombre de primo-demandeurs d'asiles dans l'UE (source : Eurostat, cité par le Rapport d'information du Sénat sur la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés, juin 2017).....	21
Figure 3 : L'âge des MNA ayant intégré le dispositif national en 2017 (source : Rapport Annuel d'Activité 2017 de la Mission Mineurs Non Accompagnés)	22
Figure 4 : Pays d'origine des MNA ayant intégré le dispositif national en 2017 (source : Rapport Annuel d'Activité 2017 de la Mission Mineurs Non Accompagnés).	23
Figure 5 : Nombre de personnes reconnues MNA par les départements en 2017 (source : Rapport Annuel d'Activité 2017 de la Mission Mineurs Non Accompagnés).	24
Figure 6 : Clef de répartition 2017 (source : Rapport Annuel d'Activité 2017 de la Mission Mineurs Non Accompagnés).	30
Figure 7 : MNA confiés aux départements suite à une réorientation en 2017 (source : Rapport Annuel d'Activité 2017 de la Mission Mineurs Non Accompagnés).	31
Figure 8 : MNA confiés aux départements au total en 2017 (source : Rapport Annuel d'Activité 2017 de la Mission Mineurs Non Accompagnés)	41
Figure 9 : Âge des MNA vus au service d'odontologie du CHRU de Nancy au moment de leur première consultation	47
Figure 10 : Pays d'origine des MNA vus au service d'odontologie du CHRU de Nancy	48
Figure 11 : Indice CAOD des MNA accueillis au service d'odontologie du CHRU de Nancy	51
Figure 12 : Localisation des caries des MNA accueillis au service d'odontologie du CHRU de Nancy	52
Figure 13 : Répartitions des actes conservateurs et extractions en fonction de la localisation anatomique de la dent chez les MNA accueillis au service d'odontologie du CHRU de Nancy	58
Figure 14 : Probabilités de retrouver de l'eau de source avec une teneur supérieure à 1,5 mg/L dans le monde (d'après Amini et coll., 2008)	66

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Part des MNA intégrant le système depuis 3 ans par tranches d'âge (d'après les Rapports Annuels d'Activité 2016 et 2017 de la Mission Mineurs Non Accompagnés) :.....	22
Tableau 2 : Antécédents de santé générale chez les MNA vus au service d'odontologie du CHRU de Nancy.....	49
Tableau 3 : Indice de Ramfjord moyen pour les MNA vus en consultation de dépistage au CHRU d'odontologie de Nancy	53
Tableau 4 : Habitudes et fréquence de brossage pour les MNA vus en consultation de dépistage au CHRU d'odontologie de Nancy	55
Tableau 5 : Présence ou absence de douleurs dentaires chez les MNA vus au service d'odontologie du CHRU de Nancy	57

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AME : Aide Médicale État

ANSM : Agence Nationale de Sûreté du Médicament

APT : Autorisation Provisoire de Travail

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ATM : Articulation Temporo-Mandibulaire

CAOD (indice) : nombre de Dents Cariées Absentes ou Obturées

CASNAV : Centre Académique pour la Scolarisation des élèves allophones
Nouvellement Arrivés

CFA : Centre de Formation des Apprentis

CFP : Centre de Formation Professionnelle

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

CIDE : Commission Internationale relative aux Droits de l'Enfant

CLAT : Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la
Consommation, du Travail et de l'Emploi

DPJJ : Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

GUN : Gingivite Ulcéro-Nécrotique

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

LCU : Lésion Cervicale d'Usure

MIE : Mineur Isolé d'origine Étrangère

MMNA : Mission Mineurs Non Accompagnés

MNA : Mineur Non Accompagné

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

PAP : Prothèse Amovible Partielle

PAPIM : Prothèse Amovible Partielle à Infrastructure Métallique

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PRS : Plan Régional de Santé

PUMA : Protection Universelle Maladie

RDV : Rendez-Vous

REMM : Réseau Éducatif de Meurthe-et-Moselle

UE : Union Européenne

UPE2A : Unités Pédagogiques pour Élèves Allophones Arrivants

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Immigration. Migrants. Ces termes ont toujours été très présents dans les discours des différents responsables politiques occidentaux et français, et peut-être plus encore ces dernières années où règne dans le débat public une tension sociale liée à un contexte économique difficile, mais aussi une crainte générale de « *l'étranger* », exacerbée par des crises géopolitiques et des conflits majeurs à l'échelle de notre planète.

Sources de fantasmes particulièrement tenaces au cœur de nos sociétés, les migrants qui parviennent dans notre pays à l'issue d'un parcours semé d'embûches et de drames pour fuir les conflits et/ou situations économiques précaires de leurs pays d'origine, subissent alors un véritable parcours du combattant pour parvenir à régulariser leur situation, face aux lourdeurs et au zèle de l'Administration et des services de l'État, mais également d'une réglementation changeante et de plus en plus ferme. Il est une catégorie de migrants, peut-être la plus « fragile » d'entre elles, qui n'échappe pas à cela, les mineurs non accompagnés (MNA).

Les MNA sont des mineurs qui, soit qu'ils ont quitté leur pays seuls, soit qu'ils ont perdu des membres de leur famille durant leur parcours migratoire, arrivent en France et en Europe sans tuteur légal. Considérés comme « en danger », ces jeunes sont alors placés sous la responsabilité de l'État par l'intermédiaire des Départements au titre de la protection de l'enfance. Après vérification de leur minorité et de leur isolement, les Départements sont ensuite tenus de protéger ces jeunes, de les soigner, de leur apporter éducation et intégration sociale jusqu'à leur majorité.

Il existe relativement peu de travaux réalisés sur l'état de santé de populations de MNA en France, cette problématique étant d'apparition relativement récente dans notre société, tout du moins dans l'ampleur que nous lui connaissons aujourd'hui, puisque liée directement à la crise migratoire qui a débuté au début des années 2010. Au vu de la précarité de cette population dans notre pays et des atteintes bucco-dentaires qui touchent préférentiellement les populations défavorisées, il nous paraissait dès lors intéressant et nécessaire de réaliser un état des lieux de l'état de

santé bucco-dentaire d'une telle population et de documenter les pathologies orales et problématiques inhérentes rencontrées le plus fréquemment en son sein, cela afin d'évaluer la pertinence de l'offre actuelle de notre système de soins, d'établir les réponses à apporter, d'adapter nos pratiques et nos messages de prévention afin d'améliorer la prise en charge bucco-dentaire de cette population spécifique.

Notre travail s'est ainsi appuyé sur l'étude d'une population de MNA accueillis en Meurthe-et-Moselle et pris en charge par le centre de soins dentaires du CHRU de Nancy depuis 2017.

Dans un premier temps, nous nous attacherons à décrire la situation actuelle en France, par un exposé du contexte démographique mais également des lois et règlements qui régissent la prise en charge administrative, sociale et sanitaire ainsi que les droits d'un jeune MNA sur notre territoire. Nous traiterons également de la conjoncture dans notre département et de ses caractéristiques.

Nous exposerons ensuite les résultats de notre étude, les composantes générales de la population de MNA étudiée et un ensemble d'éléments relatifs à la santé bucco-dentaire de ces jeunes (lésions carieuses, santé parodontale, bruxisme et troubles articulaires, habitudes d'hygiène bucco-dentaire, antécédents de douleurs dentaires, soins réalisés au CHRU de Nancy...).

Nous verrons enfin quels enseignements nous pouvons tirer de nos observations, en comparant par exemple les résultats obtenus à ceux d'une population occidentale, tout en cherchant à les relier avec les caractéristiques inhérentes à cette population particulière (au niveau culturel, de leur parcours migratoire difficile et des bouleversements vécus notamment).

1. GÉNÉRALITÉS

1.1. Définitions

La prise en charge des mineurs isolés d'origine étrangère (MIE) ne peut se concevoir sans avoir au préalable défini précisément ce qu'est un mineur isolé d'origine étrangère. La dénomination et la définition même de cette population a varié ces dernières années, signe que les institutions peinent à appréhender parfaitement cette problématique récente. Le rapport de la sénatrice Isabelle Debré sur les MIE publié en 2010 nous informe ainsi que jusque dans les années 1990, on utilisait en France l'expression « mineurs étrangers non accompagnés » (Debré, 2010). Cette expression a par la suite été abandonnée, car la définition qui en découlait laissait sous-entendre que, parfois accompagnés puis laissés seuls à leur arrivée en France, les jeunes migrants pouvaient alors être considérés comme étant sous la responsabilité juridique de l'accompagnant même s'il n'était pas leur représentant légal.

La sénatrice poursuit en précisant la dénomination choisie alors, celle de « mineurs isolés étrangers », ou « mineurs étrangers isolés », selon le terme que l'on décide de mettre en avant (le caractère « isolé » de l'enfant ou sa minorité). Elle précise ensuite en définissant un MIE comme « *une personne âgée de moins de 18 ans qui se trouve en dehors de son pays d'origine sans être accompagnée d'un titulaire ou d'une personne exerçant l'autorité parentale, c'est-à-dire sans quelqu'un pour la protéger et prendre les décisions importantes la concernant.* »

En 2016, le Garde des Sceaux Jean-Jacques Urvoas signale le remplacement de l'appellation « mineurs isolés d'origine étrangère » pour celle de « mineurs non accompagnés » (MNA), ceci afin de mettre l'accent sur l'isolement de l'enfant et sa minorité tout en laissant de côté sa nationalité qui dans le contexte importe peu (Ministère de la Justice, 2016) mais également dans le but d'une harmonisation lexicale avec les termes utilisés par le droit européen (Doineau et Godefroy, 2017). C'est cet acronyme que nous utiliserons tout au long de notre travail.

L'article 1 de l'arrêté du 17 novembre 2016 relatif aux modalités de l'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille

donne ainsi cette définition d'un MNA : « *Un mineur est considéré comme non accompagné lorsqu'aucune personne majeure n'en est responsable légalement sur le territoire national ou ne le prend effectivement en charge et ne montre sa volonté de se voir durablement confier l'enfant, notamment en saisissant le juge compétent* » (Ministères de la justice, de l'intérieur, des familles, de l'enfance et des droits des femmes et de l'outre-mer, 2016).

1.2. Contexte démographique à l'échelle nationale

Le recoupage de statistiques au niveau des MNA est un exercice assez délicat. Preuve de ce flou, le rapport d'Isabelle Debré faisait état de la présence sur le territoire français en 2009 de 4 000 à 8 000 MNA selon que l'on interrogeait l'Assemblée des Départements de France ou les associations d'aide aux MNA. En effet, nombre de jeunes ne sollicitent pas d'aide en arrivant en France et ne se font pas connaître des autorités, soit par crainte de l'expulsion, soit par méconnaissance du système dont ils peuvent bénéficier, ou encore parce qu'ils se sont fait prendre par des réseaux d'exploitation qui font obstacle à leur prise en charge par les services sociaux (Guégan, 2016 ; Mission Mineurs Non Accompagnés, 2018).

La Mission Mineurs Non Accompagnés (MMNA) a été créée au sein de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ), elle-même sous le contrôle du Ministère de la Justice en 2013, suite à la mise en place entre l'État et les départements du protocole relatif au dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des MIE. Son rôle est de mettre en œuvre la politique du Ministère de la Justice en matière de mineurs non accompagnés, et à ce titre de collecter notamment des données statistiques les concernant (Ministère de la Justice, 2018). Dans son rapport d'activité 2017 publié début 2018, la MMNA nous apprend ainsi que le nombre de MNA officiellement répertoriés en France au cours de l'année 2017 est de 14 908. Ce chiffre, en constante progression depuis plusieurs années, a néanmoins connu une augmentation importante de 85% entre 2016 et 2017 (Figure 1) (Mission Mineurs Non Accompagnés, 2018).

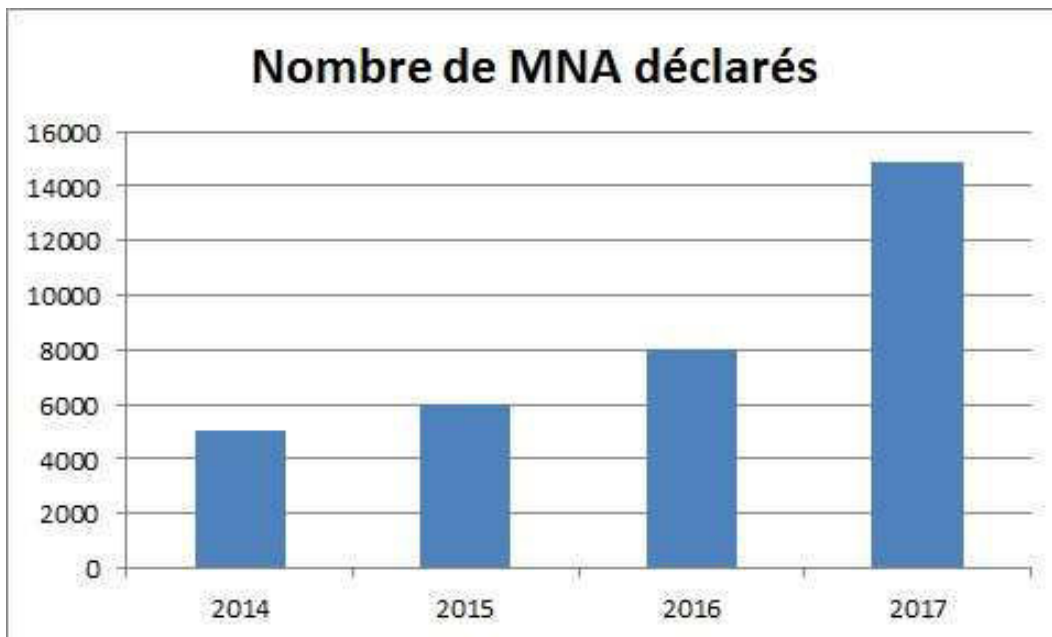


Figure 1 : Nombre de MNA comptabilisés chaque année en France (source : Rapport Annuel d'Activité 2017 de la Mission Mineurs Non Accompagnés).

Si les statistiques proposées par la MMNA sont solides, elles n'en restent pas moins partielles puisqu'elles ne comptabilisent pas l'ensemble des jeunes en cours d'évaluation dont la minorité et le caractère non accompagné n'ont pas encore pu être établis, ainsi que ceux qui n'ont pas intégré le dispositif national pour les raisons avancées plus haut.

Cette évolution du nombre de MNA arrivés en France s'inscrit dans celle du nombre de migrants en général, en augmentation également ces dernières années (Figure 2).

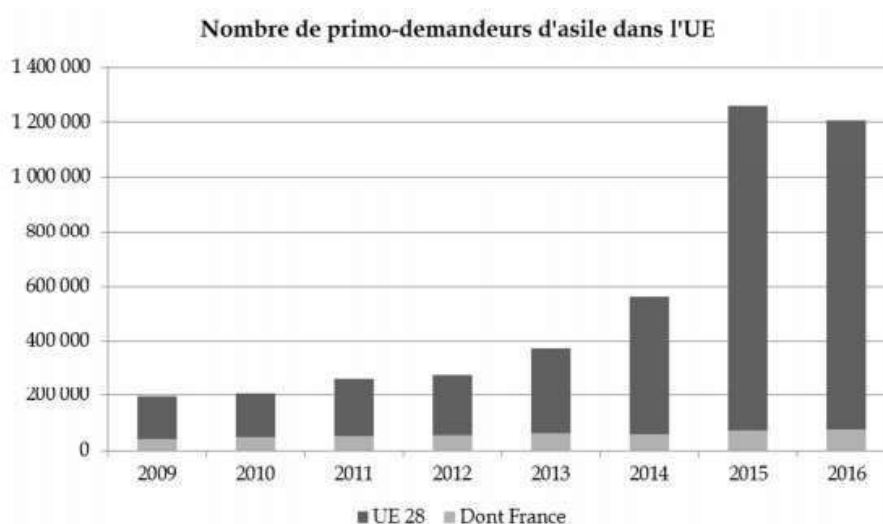


Figure 2 : Nombre de primo-demandeurs d’asiles dans l’UE (source : Eurostat, cité par le Rapport d’information du Sénat sur la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés, juin 2017).

Ainsi, le rapport d’information des sénateurs Doineau et Godefroy relatif à la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés nous informe que « *le nombre de MNA parmi les demandeurs d’asile a ainsi explosé à partir de 2014 suivant la même dynamique que le nombre de demandeurs d’asile ou le nombre de passages irréguliers détectés.* » (Doineau et Godefroy, 2017). D’après Eurostat cité par le même rapport, « *23,1 % des demandeurs d’asile mineurs étaient non accompagnés en 2015* ».

Les raisons de ces migrations rapportées par la MMNA sont très diverses, allant du « *mineur cherchant à fuir un pays en guerre ou des conditions économiques difficiles, à s’échapper de situations familiales douloureuses ayant entraîné une errance dans leur propre pays, ou encore ayant facilité une exploitation par des réseaux de prostitution* » (Mission Mineurs Non Accompagnés, 2018).

Sur les 14 908 MNA enregistrés par la MMNA en 2017, celle-ci indique que 95,9 % d’entre eux (soit 14 296) sont des garçons, contre 4,1 % de filles (soit 612). Cette grande disparité s’explique d’après eux par le fait qu’il est fortement « *probable que les jeunes filles soient moins nombreuses à quitter leurs pays d’origine* », mais également que « *leur vulnérabilité en fait des proies faciles pour les réseaux d’exploitation et des victimes potentielles de la traite des êtres humains* » (Missions Mineurs Non Accompagnés, 2018).

Concernant l'âge des MNA ayant intégré le dispositif national en 2017, les statistiques de la MMNA indiquent clairement que la majorité d'entre eux a entre 15 et 18 ans (Figure 3) (Tableau 1). Ces valeurs sont assez stables depuis quelques années.

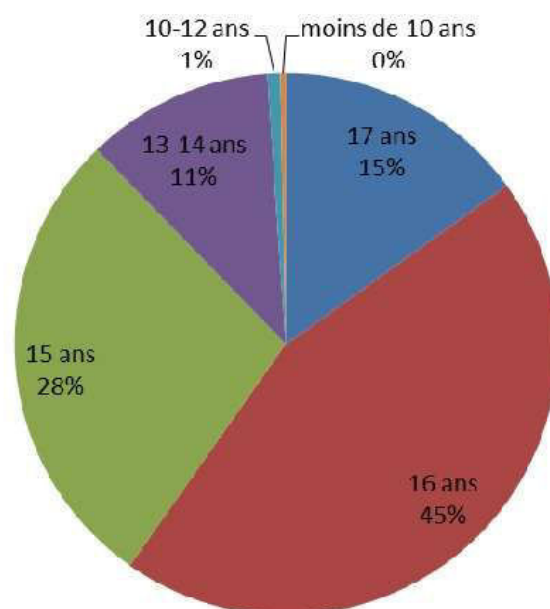


Figure 3 : L'âge des MNA ayant intégré le dispositif national en 2017 (source : Rapport Annuel d'Activité 2017 de la Mission Mineurs Non Accompagnés)

Tableau 1: Part des MNA intégrant le système depuis 3 ans par tranches d'âge (d'après les Rapports Annuels d'Activité 2016 et 2017 de la Mission Mineurs Non Accompagnés) :

Tranches d'âge	2015	2016	2017
Moins de 10 ans	0,18%	0,36%	0,31%
10-12 ans	1,07%	1,60%	0,76%
13-14 ans	10,90%	13,72%	11,20%
15 ans	24,97%	25,75%	27,98%
16 ans	46,09%	44,39%	44,69%
17 ans	16,78%	14,28%	15,07%

Un des aspects étudiés par la MMNA au niveau des MNA concerne le pays d'origine des jeunes. Il ressort des statistiques que la majorité d'entre eux viennent d'Afrique, et notamment d'Afrique de l'Ouest (62 % pour les seuls Guinée, Côte d'Ivoire et Mali). Le rapport des sénateurs Doineau et Godefroy note d'ailleurs une différence entre le pays d'origine des MNA par rapport à ceux des migrants en général, avec une sous-représentation de pays comme la Syrie, l'Irak, l'Afghanistan parmi les MNA (Figure 4).

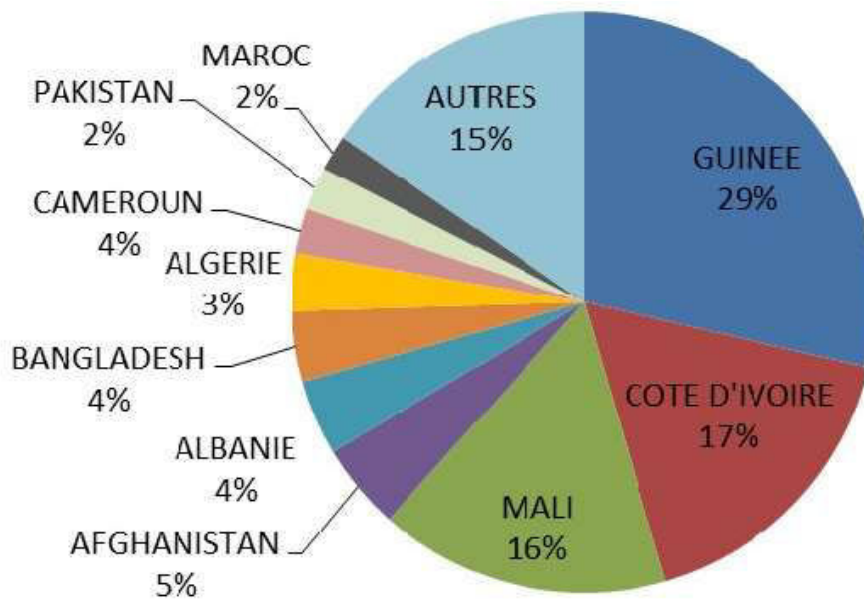


Figure 4 : Pays d'origine des MNA ayant intégré le dispositif national en 2017 (source : Rapport Annuel d'Activité 2017 de la Mission Mineurs Non Accompagnés).

Un dernier élément important à prendre en compte quand on étudie les caractéristiques démographiques des populations de MNA, c'est le département dans lequel ils arrivent, ou plus exactement, celui où ils se font connaître par les services de l'état (Figure 5).

Il y a bien évidemment une forte disparité entre les différents départements métropolitains, due aux circuits qu'empruntent les jeunes pour rejoindre la France, avec une prédominance notable au niveau de l'Île de France, la Métropole Lyonnaise, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ainsi que le Pas-de-Calais, le nombre de MNA répertoriés dans ce département s'expliquant par la présence de nombreux jeunes cherchant à rejoindre le Royaume-Uni (Fattori et coll., 2015 ; François, 2016 ; Jenik, 2017), un pays qui continue d'attirer quantités de migrants même si l'accueil est loin d'être à la hauteur de leurs espérances du fait du durcissement des politiques migratoires depuis quelques années (Lambert, 2018 ; Verbeke, 2018).

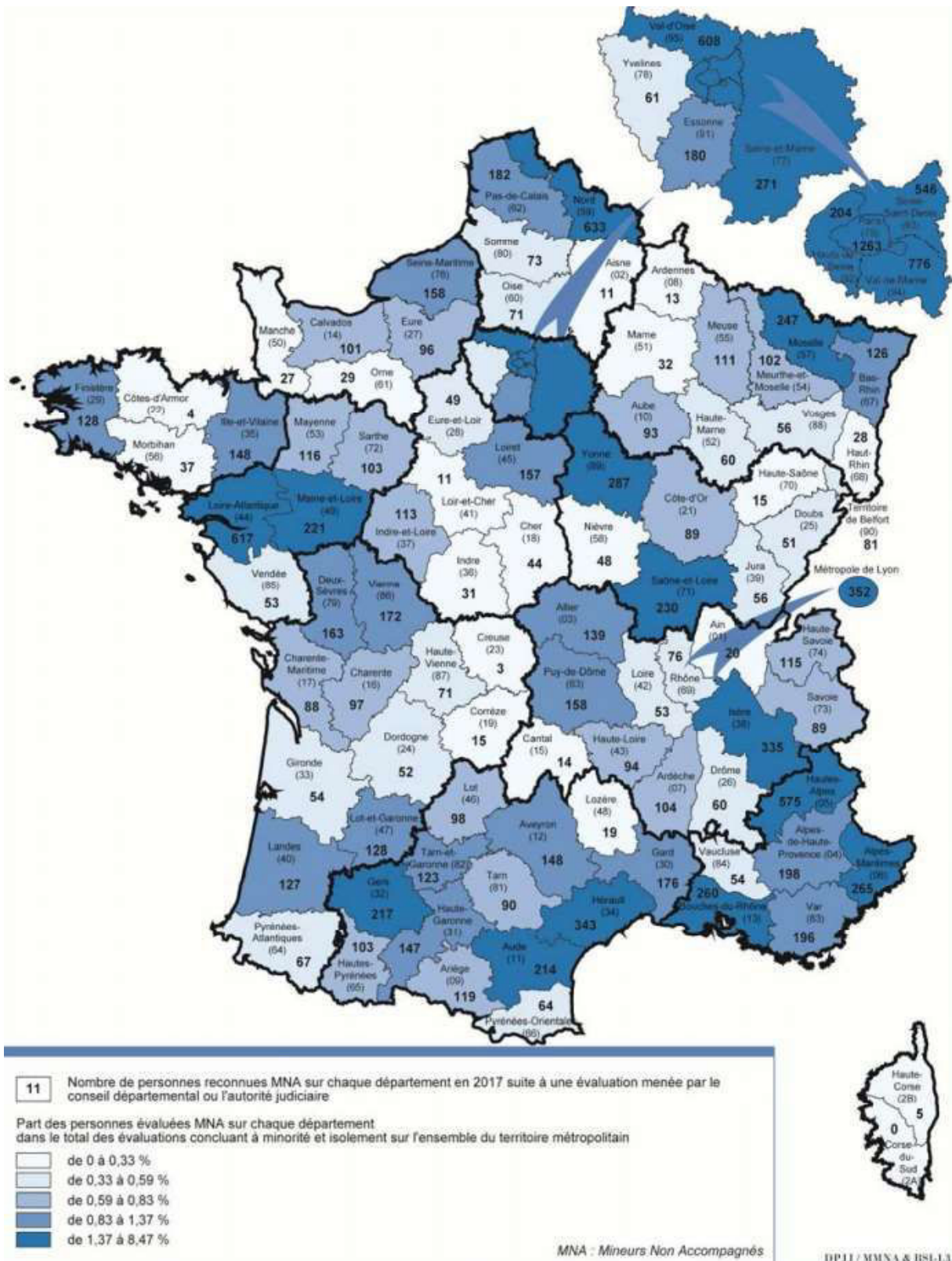


Figure 5 : Nombre de personnes reconnues MNA par les départements en 2017 (source : Rapport Annuel d'Activité 2017 de la Mission Mineurs Non Accompagnés).

1.3. Contexte législatif et réglementaire

Pour faire face à ces problématiques nouvelles, les pouvoirs publics ont dû, ces dernières années, créer un cadre législatif spécifique à même de clarifier et définir la prise en charge de ces jeunes par l'État.

En préambule, il convient de préciser que la France est signataire de la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (CIDE) du 20 novembre 1989. Comme disposé dans l'article 20 de ladite Convention, « *Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciales de l'Etat. Les Etats parties prévoient pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale.* » (ONU, 1989).

En France, depuis la loi de décentralisation de 1982, la protection des mineurs en danger relève de la compétence des départements (InfoMIE.net, 2016). À cet effet a été créé le dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) dont les fonctions sont définies par l'article L221-1 du Code de l'action sociale et des familles. L'ASE, dirigée par le président du Conseil Départemental a notamment pour mission de « *mener [...] des actions de prévention des situations de danger à l'égard des mineurs et [...] organiser le recueil et la transmission [...] des informations préoccupantes relatives aux mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être ou dont l'éducation ou le développement sont compromis ou risquent de l'être, et participer à leur protection* » mais également de « *pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal.* »

L'article L112-3 du Code de l'action sociale et des familles dispose que « *la protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge.* »

Si ce dispositif de l'ASE ne visait initialement pas la prise en charge de jeunes MNA, l'article L111-2 du Code de l'action sociale et des familles dispose que « *les personnes de nationalité étrangère bénéficient dans les conditions propres à*

chacune de ces prestations : - des prestations d'aide sociale à l'enfance,... ». À ce titre, un MNA, considéré comme un mineur « en danger » de par la définition même de son statut, peut prétendre de plein droit à intégrer le dispositif de l'ASE et la protection du Département.

Face à l'augmentation du nombre de MNA accueillis en France ces dernières années, l'État a cependant été contraint de définir un protocole plus précis en vue d'améliorer leur prise en charge par les départements, et notamment de décharger certains territoires où se concentraient préférentiellement les MNA, engorgeant les services administratifs de ces départements.

Ce protocole entre l'État et les départements a été instauré suite à la « *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* », parue au Bulletin Officiel du Ministère de la Justice (Ministère de la Justice, 2013). Ce protocole a notamment pour but de « *limiter autant que faire se peut les disparités entre les départements s'agissant des flux d'arrivée des jeunes, [...] apporter aux jeunes toutes les garanties liées à la nécessaire protection de leur intérêt et au respect de leurs droits, et pour sécuriser leur statut, [...] harmoniser les pratiques des départements* ».

Les nouveautés qui résultent de cette circulaire consistent ainsi en « *une procédure préalable de mise à l'abri et d'évaluation de la situation des intéressés se présentant en qualité de mineurs isolés étrangers* » et « *une répartition territoriale des mineurs isolés étrangers entre les différents départements* » (InfoMIE.net, 2016).

Le 30 janvier 2015, le Conseil d'État décide cependant de suspendre partiellement certaines dispositions de cette circulaire, jugeant que la clef de répartition permettant de réorienter les MNA dans différents départements devait être fixée par la loi (Conseil d'État, 2015).

C'est chose faite avec la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, qui entérine le dispositif mis en œuvre à l'heure actuelle.

1.4. Protocoles de prise en charge

1.4.1. Prise en charge administrativo-judiciaire initiale

La circulaire du 31 mai 2013, renforcée par la loi du 14 mars 2016 et son cortège de décrets d'application a permis de cadrer l'ensemble du dispositif mis en place pour réaliser la mise à l'abri, l'évaluation, et l'orientation du jeune demandeur. Cette prise en charge consiste en premier lieu à déterminer si le jeune est effectivement bien mineur et isolé.

À cet effet, un premier entretien est mené par le Conseil Départemental du lieu où le jeune s'est fait connaître des autorités, « *qui confirme ou infirme la nécessité d'une mesure de protection immédiate* » (Ministères de la justice, de l'intérieur, des affaires sociales et de la santé, 2013). Ce premier entretien a pour but d'écarter les jeunes dont la majorité est claire et ceux qui viennent d'un autre département dans lequel ils doivent se diriger pour reformuler une demande de prise en charge.

À l'issue de ce premier entretien, le Conseil Départemental accueille le jeune pendant une durée pouvant aller jusqu'à cinq jours, dans le cadre d'un accueil provisoire d'urgence ; c'est ce qu'on appelle la mise à l'abri. C'est au cours de ces cinq jours que les services du Département doivent évaluer la minorité et l'isolement du jeune, à l'aide d'entretiens individuels et d'examens des documents potentiellement fournis par le jeune, le tout formant un faisceau d'indices. Ces entretiens doivent a minima aborder au moins six points : « *l'état civil, la composition familiale et la présence éventuelle de certains membres en France, la présentation des conditions de vie dans le pays d'origine et notamment sur le déroulement de la scolarité, l'exposé des motifs de départ du pays d'origine et présentation du parcours migratoire, les conditions de vie depuis l'arrivée en France et d'orientation vers le lieu de l'évaluation, le projet de la personne, notamment en termes de scolarisation et de demande d'asile* » (Doineau et Godefroy, 2017).

À l'issue de ces cinq jours d'évaluation, le Conseil Départemental saisit ensuite le Procureur de la République qui pourra en fonction des résultats de l'évaluation ordonner un classement sans suite si la minorité et/ou l'isolement sont non reconnus, ou bien décréter une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) qui permet au

jeune reconnu mineur et isolé d'être pris en charge par le Conseil Départemental où il s'est fait connaître ou un autre, selon la décision du Juge des Enfants saisi par le Procureur de la République, décision qui doit se prendre selon « *l'intérêt supérieur de l'enfant* » (InfoMIE.net, 2016).

Si le statut du jeune n'a pu être établi avec certitude dans les cinq jours, le Procureur de la République prononce alors une OPP garantissant au jeune sa protection auprès du Conseil Départemental le temps que l'évaluation aboutisse. Le Juge des Enfants doit alors être saisi dans les huit jours. C'est lui qui acte le maintien provisoire du jeune sous la protection du Département et prolonge l'OPP, notamment si les investigations durent plus de huit jours supplémentaires. Si le doute persiste, le Parquet (et seulement lui) peut ordonner une expertise médicale de l'âge. Une fois les résultats connus, le Juge des Enfants peut ordonner une mainlevée de l'OPP si sa minorité et/ou son isolement n'ont pas été établis, ou bien ordonner le placement du jeune reconnu MNA « *dans le département qu'il aura déterminé en application du dispositif d'orientation national* » (Ministères de la justice, de l'intérieur, des affaires sociales et de la santé, 2013).

Différents recours existent pour le jeune tout au long de cette procédure, qui peut saisir directement le Juge des Enfants, comme le disposent les articles 375 du Code Civil et 1191 du Code de Procédure Civile s'il estime que ses droits ne sont pas respectés. En se basant sur les demandes de remboursement formulées par les Départements à l'État, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) estimaient que 69 % des jeunes ont finalement été reconnus MNA à la fin des évaluations entre le 1^{er} juin 2013 et le 31 mars 2014 (IGAS, 2014). Ce chiffre est cependant critiquable et sans doute bien supérieur à la réalité, car les données analysées à l'époque étaient partielles, parfois erronées, certains Départements ayant notamment reconnu ne pas demander de remboursements lorsque l'évaluation ne reconnaissait pas la minorité et/ou l'isolement du jeune. En croisant et corrigeant ces données avec celles de la base de données nationale @MIE, l'IGAS aboutit alors à une proportion de 43 % de jeunes finalement reconnus MNA (IGAS, 2014), un chiffre certainement plus proche de la réalité.

Lorsque le jeune est reconnu MNA, nous avons vu que le Juge des Enfants peut alors choisir le département qui accueillera et protégera la jeune, afin de ne pas faire peser la charge financière de l'accueil de ces jeunes sur les départements où ceux-ci arrivent de manière plus importante, mais également *in fine* pour améliorer la prise en charge de ces jeunes et éviter l'engorgement des services administratifs de ces départements.

Ce dispositif consiste à attribuer chaque année une clef de répartition pour chaque département, qui « *prend en compte à la fois la population de moins de 19 ans du département et l'écart observé au 31 décembre de l'année précédente entre le nombre de mineurs effectivement confiés au département et le nombre qui aurait résulté d'une répartition purement proportionnelle à la population des moins de 19 ans.* » (Doineau et Godefroy, 2017). C'est l'article R221-13 du Code de l'action sociale et des familles qui précise les modalités de calcul de cette clef.

Si l'établissement de cette clef permet d'avoir une vue d'ensemble sur la situation à l'échelle nationale (Figure 6) et aide le Juge des Enfants dans sa réflexion, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) rappelle à l'occasion de son assemblée plénière du 26 juin 2014 que « *le choix du lieu de placement définitif d'un mineur ne peut en aucun cas dépendre d'une logique exclusivement gestionnaire de répartition des effectifs de MIE entre départements* » et que « *la détermination du lieu de la prise en charge doit impérativement tenir compte de l'intérêt supérieur du mineur* » (Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme, 2014).

À titre d'exemple, le Finistère avec une clef de 1,34 % est censé accueillir 13 MNA sur 1 000 inscrits au dispositif. La Meuse (clef de 0.29 %) devrait en accueillir 3 sur 1 000. L'application de cette clef et les réorientations de placement ordonnées par le Juge des Enfants entraînent ainsi une modification du nombre de MNA pris en charge par chaque département comparativement aux MNA qui s'étaient fait connaître dans ces mêmes départements (Figure 7).

Un récapitulatif schématisé réalisé par le site INFOMIE de tout ce dispositif initial se trouve en annexe de ce travail (ANNEXE 1).

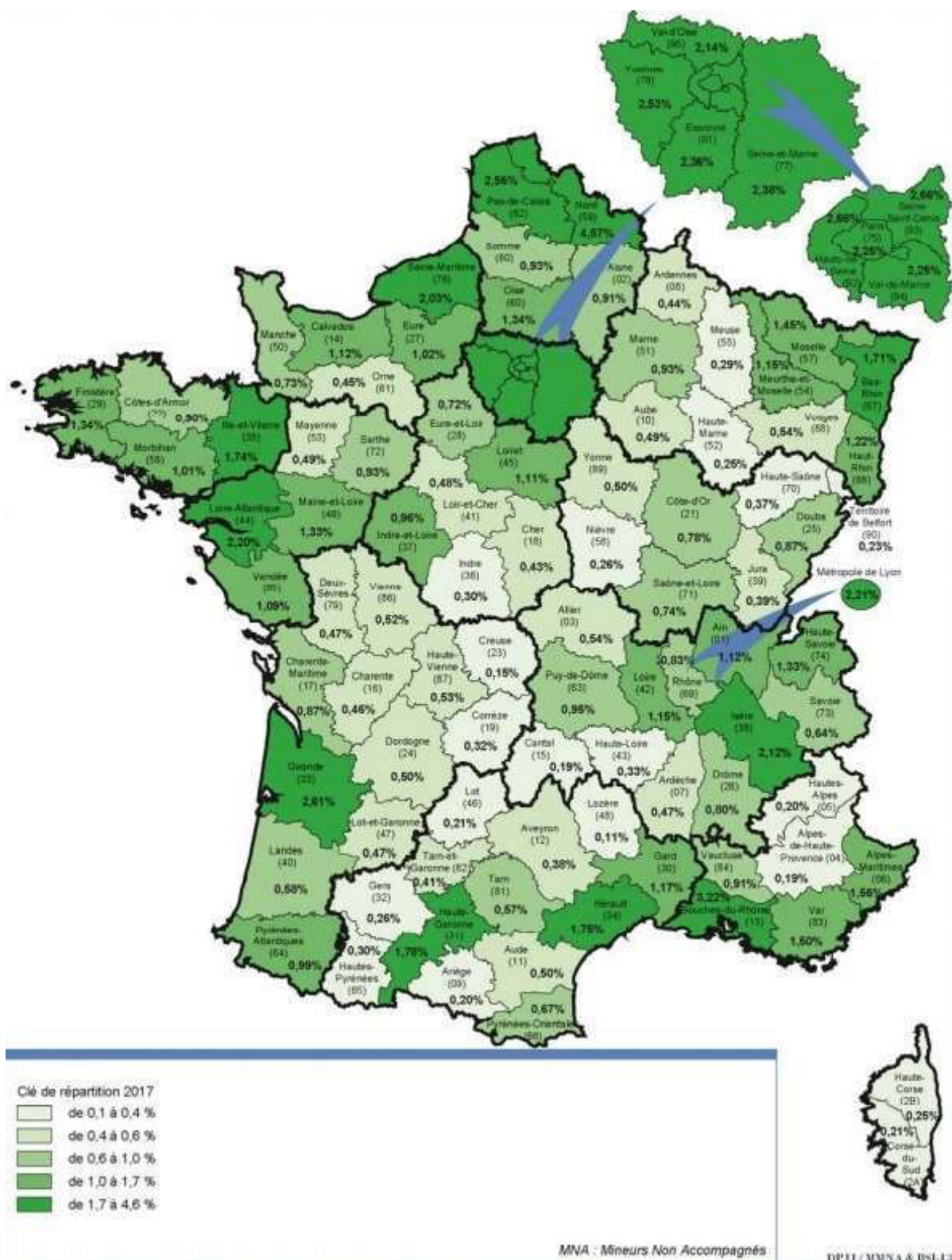


Figure 6 : Clef de répartition 2017 (source : Rapport Annuel d'Activité 2017 de la Mission Mineurs Non Accompagnés).

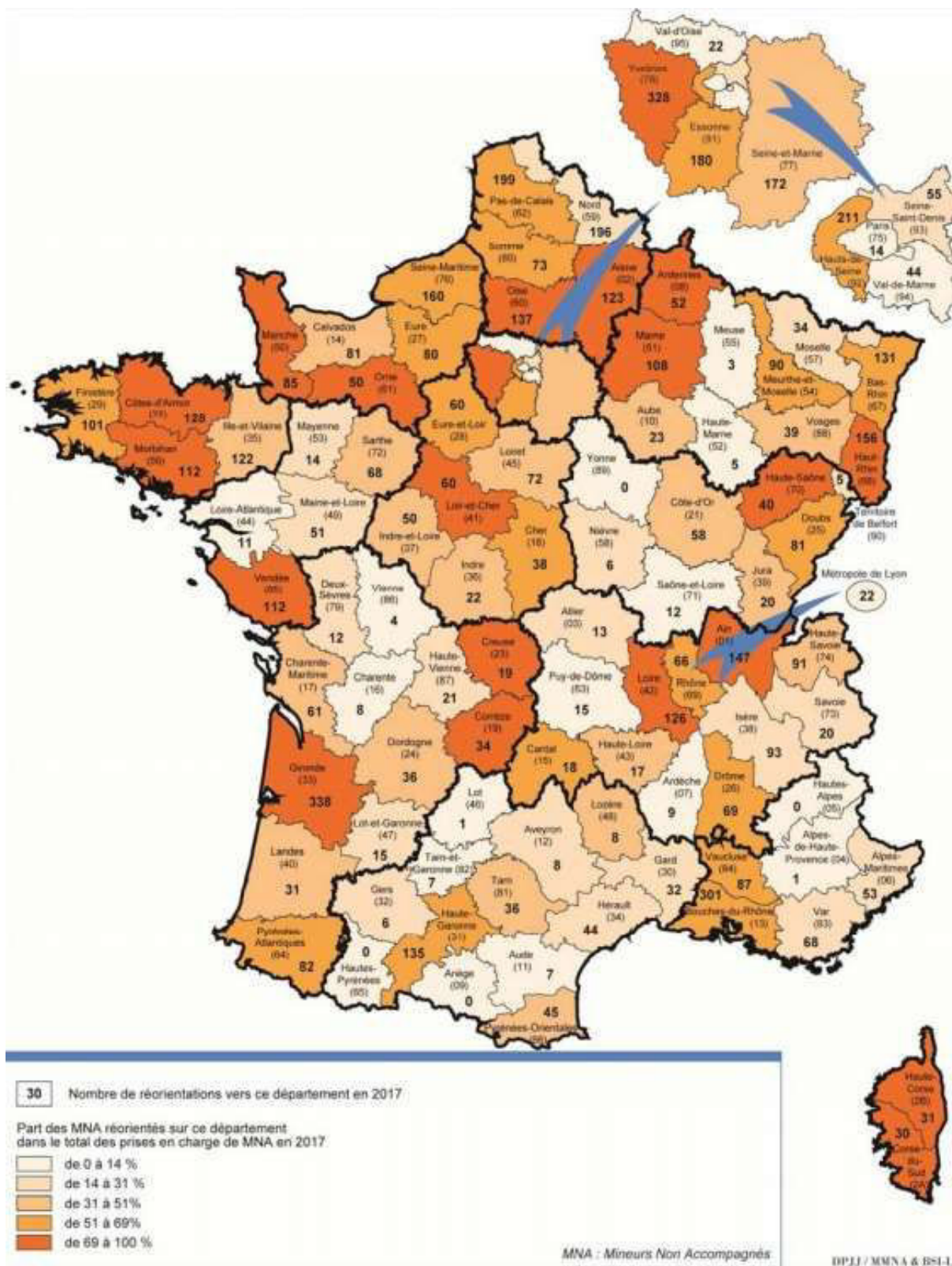


Figure 7 : MNA confiés aux départements suite à une réorientation en 2017 (source : Rapport Annuel d'Activité 2017 de la Mission Mineurs Non Accompagnés).

Si ce dispositif national de mise à l'abri et d'évaluation a permis de cadrer la prise en charge initiale et d'harmoniser les pratiques, il reste cependant largement améliorable.

Le rapport des sénateurs Doineau et Godefroy de juin 2017 pointe ainsi que « *La période de mise à l'abri et d'évaluation représente une charge importante pour les départements.* » S'il n'existe pas de statistiques officielles sur la durée réellement nécessaire à l'évaluation initiale du jeune, le délai de cinq jours n'est bien souvent pas respecté dans certains départements, allant de deux à dix-sept jours (IGAS, 2014) et jusqu'à soixante jours en Seine-Saint-Denis (Doineau et Godefroy, 2017). L'État n'aidant financièrement les départements qu'à hauteur de 250 € par jour dans la limite des cinq jours, le reste à charge pour les départements est assez considérable, les sénateurs Doineau et Godefroy évaluant que « *la prise en charge par l'État ne couvre qu'un dixième des coûts supportés par les départements* ».

Entre autres difficultés, les sénateurs pointent également la notion de conflit d'intérêt qui peut apparaître au sein des associations chargées par délégation du Département de gérer la mise à l'abri et l'évaluation des jeunes, reconnaissant « *qu'il peut être difficile d'évaluer objectivement la minorité de personnes dont on gère également l'hébergement, qui devra prendre fin en cas d'évaluation négative* » (Doineau et Godefroy, 2017)

Il a été rapporté également aux sénateurs que dans certains départements, « *une double saturation des structures d'accueil et des établissements hôteliers [conduit] de nombreux jeunes à ne bénéficier d'aucune mise à l'abri dans le délai d'attente de leur évaluation.* » Ces saturations s'accompagnant même parfois de la multiplication de « *refus-guichet* », c'est-à-dire des refus de prise en charge des jeunes demandeurs « *sans qu'aucune décision administrative ne leur soit notifiée, [...] qui ne semblent s'expliquer que par le physique du jeune qui se présente, et seraient plus nombreux en période de particulière affluence* » (Doineau et Godefroy, 2017).

En ce qui concerne l'évaluation en elle-même, les difficultés rencontrées sont liées à « *la question de la langue, à la question de la formation des évaluateurs* » qui doivent avoir « *une bonne connaissance des pays d'origine des personnes évaluées, notamment de leur situation politique, de leur système scolaire ou encore des groupes ethno-linguistiques qui y sont présents* » pour « *apprécier la cohérence du*

récit », à « *la question de la séparation fonctionnelle des évaluateurs et des éducateurs* » (Doineau et Godefroy, 2017), mais également à une méfiance et une suspicion trop souvent rencontrées entre les évaluateurs, les jeunes et les acteurs associatifs, alors que l'arrêté du 17 novembre 2016 cité par les sénateurs Doineau et Godefroy souligne « *que l'évaluation doit être empreinte de bienveillance* ». Il arrive même parfois qu'un département recommence une évaluation sur un jeune reconnu MNA dans un autre département et placé par le Juge des Enfants sous sa protection, doutant du résultat de la première évaluation et engorgeant plus encore ses propres services sociaux aux détriments d'autres jeunes en attente d'évaluation (Doineau et Godefroy, 2017).

1.4.2. Prise en charge sociale, éducative et/ou professionnelle

Une fois un jeune MNA placé sous la responsabilité d'un département par la Justice, il appartient à celui-ci de mettre en place tous les moyens dont il dispose pour garantir sa protection, un soutien matériel, éducatif et psychologique, au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance à laquelle le jeune a maintenant accès de plein droit (Article L221-1 du Code de l'action sociale et des familles).

La première étape consiste à entreprendre des démarches pour faire prononcer une mesure de tutelle par le juge des tutelles, celle-ci étant rendue possible à la lecture combinée des articles 390 et 373 du Code Civil. La mise sous tutelle n'est en effet pas automatique malgré le statut reconnu de mineur isolé du jeune, du fait de la disjonction des compétences entre le juge des enfants qui valide l'adhésion du jeune à l'ASE, et le juge des tutelles seul habilité à ordonner une mise sous tutelle. Le rapport des sénateurs Godefroy et Doineau pointe ainsi que le délai entre le placement auprès de l'ASE et la mise sous tutelle peut parfois atteindre huit mois durant lesquels le jeune n'a aucune tutelle effective.

Si aucun membre de la famille du MNA ou aucune personne proche susceptible de s'occuper du jeune à la place de leurs parents n'est présent ou connu, la tutelle est déclarée vacante et est ainsi déferée à l'ASE en vertu de l'article 411 du Code Civil. Si des membres de la famille sont présents, ainsi que des personnes qui

« *manifestent un intérêt pour [l'enfant]* », le juge des tutelles nomme un conseil de famille constitué de quatre personnes en précisant en son sein le tuteur du jeune (Article 399 du Code Civil).

L'article 408 du Code Civil dispose que « *le tuteur prend soin de la personne du mineur et le représente dans tous les actes de la vie civile, sauf les cas dans lesquels la loi ou l'usage autorise le mineur à agir lui-même. Il représente le mineur en justice. [...] [Il] gère les biens du mineur et rend compte de sa gestion.* »

En substitution d'une tutelle peut également être opérée une délégation de l'autorité parentale. Ce dispositif « *consiste à confier à un tiers les moyens nécessaires à l'éducation du mineur qui lui est confié* » (InfoMIE.net, 2016), le tiers pouvant être l'ASE, un service partenaire, un membre de la famille du jeune ou encore un particulier. Si l'ASE choisit généralement d'ouvrir une tutelle, la délégation d'autorité parentale est parfois préférée car moins contraignante lorsque la prise en charge du jeune ne nécessite que des actes courants. C'est le juge des affaires familiales qui a la compétence pour prononcer une telle mesure, comme le dispose l'article L213-3 du Code de l'organisation judiciaire.

Pendant le temps nécessaire à ces démarches qui peut comme nous l'avons vu se compter en mois, c'est l'ASE qui a la charge de prendre les décisions relatives au MNA pour tout ce qui est acte usuel (les actes usuels étant défini comme « *des actes de la vie quotidienne, sans gravité, qui n'engagent pas l'avenir de l'enfant* » (InfoMIE, 2016)), les décisions sur les actes non-usuels (décision sur l'orientation, ouverture d'un compte bancaire...) pouvant également être prises par l'ASE mais seulement après autorisation exceptionnelle du Juge des Enfants (InfoMIE.net, 2014). Si le jeune souhaite entreprendre des démarches pour obtenir le statut de réfugié tout en n'étant pas encore sous tutelle, il lui sera alors octroyé un administrateur *ad hoc* nommé par le Procureur de la République (un mineur sans représentant légal étant considéré comme « incapable » juridiquement parlant) qui le représentera auprès de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) (OFPRA, 2013).

Une fois nommé, le tuteur ou délégataire de l'autorité parentale devra notamment garantir l'accès à l'éducation du jeune. La Convention Internationale des Droits de l'Enfant précise en effet sans nuance possible que « *Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation* », (ONU, 1989) et cet aspect a naturellement été

repris assez largement dans le droit français, comme dans l'article L111-1 du Code de l'éducation qui dispose que « *le droit à l'éducation est garanti à chacun* », ou encore la circulaire du Ministère de l'Éducation Nationale d'octobre 2012 qui rappelle que « *l'école est un droit pour tous les enfants résidant sur le territoire national quels que soient leur nationalité, leur statut migratoire ou leur parcours antérieur* » (Ministère de l'Éducation nationale, 2012). En plus d'être un droit pour les enfants étrangers, la scolarisation est d'ailleurs même une obligation pour ceux qui ont moins de 16 ans comme le dispose l'article L131-1 du Code de l'Éducation. Si passé l'âge de 16 ans la scolarisation n'est plus obligatoire, la circulaire de mars 2002 du Ministère de l'Éducation Nationale précise cependant que « *pour les mineurs étrangers de seize ans à dix-huit ans, même s'ils ne sont pas soumis à l'obligation scolaire, il y a lieu de veiller à ce que leur scolarisation puisse être assurée, en prenant en compte naturellement leur degré de maîtrise de la langue française et leur niveau scolaire* » (Ministère de l'Éducation Nationale, 2002).

De plus, si la détention d'un titre de séjour n'est pas demandée pour un mineur étranger, la preuve d'un suivi scolaire du jeune est un atout important, marqueur d'une volonté d'intégration qui comptera lorsqu'il présentera sa demande pour obtenir un titre de séjour une fois sa majorité obtenue (Doineau et Godefroy, 2017).

Dans les premiers jours de leur arrivée, les MNA doivent ainsi être mis en relation avec les centres académiques pour la scolarisation des élèves allophones nouvellement arrivés (CASNAV), structures spécifiques de l'Éducation Nationale dépendantes du rectorat d'Académie, à même d'évaluer le niveau scolaire des jeunes et la réponse éducative adéquate. Seront ainsi évalués leur maîtrise du français oral et écrit, leurs acquis scolaires ainsi que leurs savoir-faire dans différents domaines. Les résultats de ces évaluations permettront ainsi d'affecter le jeune dans un établissement et un niveau adapté (InfoMIE.net, 2016).

Si les jeunes francophones sont le plus souvent affectés dans des établissements scolaires classiques, le cas des jeunes allophones demande une prise en charge particulière. Le but avec ces jeunes sera de leur faire maîtriser le plus rapidement possible la langue française, en vue d'une meilleure intégration scolaire mais surtout en société. Des structures spécifiques ont été mises en place par l'Éducation Nationale pour la scolarisation de ces jeunes, les unités pédagogiques pour élèves

allophones arrivants (UPE2A), renommées ainsi dans la circulaire d'octobre 2012 du Ministère de l'Éducation Nationale, et ont pour objectif premier « *la maîtrise du français enseigné comme langue de scolarisation* », ainsi que l'intégration du jeune au reste de la classe dès que l'enseignement ne nécessite pas une maîtrise du français (Ministère de l'Éducation nationale, 2012).

Si nous avons vu qu'après 16 ans une scolarité pour le MNA est possible et souhaitable, celle-ci prend souvent la forme d'une inscription dans un cursus professionnalisant, ceci afin d'obtenir plus aisément un titre de séjour une fois majeur. Le jeune, en concertation avec des professionnels de l'orientation, peut alors s'inscrire dans un établissement, souvent un Centre de Formation des Apprentis (CFA) ou en Centre de Formation Professionnelle (CFP) (InfoMIE.net, 2018). En cas de formation en alternance nécessitant une autorisation de travail, celui-ci devra alors s'orienter vers la Direction Régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) qui lui délivrera une Autorisation Provisoire de Travail (APT). En effet, le Conseil d'État rappelle bien dans sa décision du 15 février 2017 qu'en application de l'article L5221-5 du Code du travail, que « *les mineurs étrangers âgés de seize à dix-huit ans confiés au service de l'aide sociale à l'enfance doivent être regardés comme autorisés à séjourner en France lorsqu'ils sollicitent, pour la conclusion d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation à durée déterminée, une autorisation de travail. En application de ces dispositions, cette autorisation doit leur être délivrée de plein droit* » (Conseil d'État, 2017).

Comme nous l'avons dit plusieurs fois, justifier d'un cursus scolaire ou de formations professionnelles est un aspect important à remplir pour le jeune qui souhaitera régulariser sa situation une fois la majorité obtenue. Plusieurs cas de figure existent selon la situation du jeune.

Il peut tout d'abord, s'il a intégré l'ASE pendant au moins trois ans avant ses 18 ans (donc avant ses 15 ans) demander la nationalité française, comme le dispose l'article 21-12 du Code civil.

Si le jeune ne souhaite pas obtenir la nationalité française, il lui faudra comme disposé dans l'article L311-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile être titulaire d'un document de séjour. Il existe quatre mentions

différentes sur le titre de séjour que peut obtenir le jeune, « vie privée et familiale », « salarié » ou « travailleur temporaire » qui sont équivalentes, et « étudiant ». La mention retenue dans le dossier de régularisation du jeune sera différente selon son parcours et sa situation, s'il a intégré l'ASE avant ses 16 ans ou non, s'il suit des études classiques, ou depuis au moins six mois une formation destinée à lui apporter une qualification professionnelle. Seront dans tous les cas étudiés « *le caractère réel et sérieux du suivi de la formation, de la nature de ses liens avec la famille restée dans le pays d'origine et de l'avis de la structure d'accueil sur l'insertion de cet étranger dans la société française* » avant de lui octroyer un titre de séjour (Articles L313-11 et L313-15 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile).

1.4.2. Prise en charge sanitaire

L'accès aux soins pour les jeunes MNA est une problématique assez épineuse. Si la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant et son article 24 précisent bien que « *les Etats 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* » (ONU, 1989), dans les faits c'est un peu plus compliqué.

Les MNA sont une population avec des besoins médicaux indéniables et spécifiques qui nécessitent une prise en charge par les professionnels de santé sans délai. De nombreuses études et rapports nous documentent sur les affections les plus souvent retrouvées chez ces jeunes, comme des pathologies infectieuses (tuberculose, bilharziose, parasitose intestinale, hépatite B et C,...), d'autres atteintes organiques (caries, asthme, fractures osseuses,...), un manque de couverture vaccinale, mais aussi et c'est une composante très importante dans cette population, des problèmes psychiatriques (notamment des syndromes de stress post-traumatiques, des troubles du sommeil, des symptômes anxieux ou dépressifs,...) liés au caractère traumatisant de leur parcours, le déracinement à leur pays et l'arrivée dans une nouvelle société avec tout ce que cela implique (Depallens Villanueva et Ambresin, 2010 ; Baudino, 2015 ; Médecins du Monde, 2015 ; Peaud et coll., 2017).

Si la nécessité d'une prise en charge rapide et sans condition apparaît impérative, elle se heurte néanmoins à plusieurs problèmes majeurs. Avec en premier lieu l'absence d'une réelle prise de conscience politique et de mise en œuvre de dispositifs à même de répondre à cette problématique. On peut ainsi déplorer par exemple que le Plan Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé de Lorraine pour la période 2012-2017, fort de pourtant près de 1 300 pages, et s'il évoque dans certains axes sans plus de précision des actions à destination des « *populations en difficultés sociales* » ou « *précaires* », ne mentionne pas une seule fois l'existence des MNA ni de fait les problématiques qui leurs sont propres (ARS Lorraine, 2012). Le PRS de la période 2018-2028 élaboré par l'ARS du Grand Est pendant la rédaction de cette thèse ne semble pas indiquer d'amélioration à ce sujet (ARS Grand Est, 2018). Ce manque de dispositifs à destination des MNA est d'ailleurs souligné dans le rapport des sénateurs Godefroy et Doineau qui proposent « *d'inciter les ARS à développer des appels à projets expérimentaux destinés à assurer des bilans de santé générale et mentale aux jeunes migrants non-accompagnés.* »

L'accès aux soins en France est conditionné à l'obtention d'une couverture sociale. Une fois reconnu MNA et après son intégration à l'ASE, un jeune peut être affilié à la CMU de base (appelée PUMA (Protection Universelle Maladie) depuis le 1^{er} janvier 2016) et à la CMU complémentaire, comme le précise la circulaire de septembre 2011 de la Direction de la Sécurité Sociale. Tant que son statut n'est pas reconnu, un jeune en cours d'évaluation pourra lui bénéficier de l'Aide Médicale État (AME) , c'est-à-dire une prise en charge des soins à 100 % avec dispense d'avance de frais (Direction de la Sécurité Sociale, 2011). Nous avons cependant vu auparavant que le délai nécessaire pour être reconnu MNA pouvait dans certains départements être relativement long. Tout au long de cette période, les jeunes sont ainsi privés d'une prise en charge dont ils ont besoin, à base de tests de dépistages divers, de rappels vaccinaux ou d'une prise en charge psychologique.

De plus, l'intégration à l'ASE n'entraîne pas une affiliation automatique à la CMU, et d'autres démarches sont alors nécessaires, qui rallongent encore le temps où le jeune ne peut bénéficier d'une prise en charge. D'autant plus que les démarches ne sont pas forcément entreprises immédiatement si le jeune n'est pas correctement accompagné et conseillé. Si certains de ces jeunes savent qu'ils ont droit à une

couverture, l'obtention de celle-ci n'est pas toujours leur priorité à leur arrivée, comparativement à l'intégration à l'ASE, la recherche d'un logement ou une insertion scolaire ou professionnelle (Martin, 2014). D'autres n'ont tout simplement pas connaissance de leurs droits. Dans son rapport d'activité 2015, la section parisienne de Médecins du Monde relatait ainsi que 96,1 % des jeunes pris en charge par leur Programme Mineurs Isolés Étrangers n'avaient pas de droits ouverts lors de leur premier contact (et alors que leur statut de MNA n'était pas encore reconnu), alors qu'en tant que mineurs présumés, ils y ont normalement accès dès leur arrivée en France (Médecins du Monde, 2015).

Le dernier problème affectant une prise en charge optimale précoce des MNA est le consentement du représentant légal, consentement que le professionnel de santé doit rechercher lorsqu'il soigne un mineur, comme le dispose l'article R4127-42 du Code de la santé publique. Cela pose problème tant que le MNA ne fait pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une délégation d'autorité parentale, processus qui, nous l'avons vu, peuvent prendre du temps. L'avis du représentant légal ne pouvant être obtenu, le professionnel de santé ne pourrait ainsi prodiguer aucun soin (hors soins d'urgence). Il existe cependant des dérogations à cette obligation, prévues par les articles L1111-4 et L1111-5 du Code de la santé publique, qui permettent au soignant d'entreprendre des soins pour « *sauvegarder la santé d'une personne mineure* » ou si l'absence de soins « *risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur* », ce qui ne le dispense pas de faire le maximum pour recueillir le consentement du jeune dans tous les cas.

Ces dérogations au principe de consentement du responsable légal ne sont, nous le voyons, en théorie applicables que lorsque les soins revêtent un caractère urgent ou impératif pour sauvegarder la santé du jeune ou lorsque le mineur est bénéficiaire de la CMU (Article L1111-5 du Code de la santé publique). Les termes « urgent » et « impératif » aux définitions assez vagues peuvent rebuter des professionnels de santé à la réalisation de certains soins, notamment chez les jeunes dont l'évaluation n'est pas terminée et pour lesquels l'isolement et la minorité ne sont pas encore reconnus, ces professionnels engageant alors leur responsabilité médicale. Bien conscient de ce cas de conscience imposé aux praticiens, le rapport des sénateurs Godefroy et Doineau envisageait comme solution de « *redéfinir les limites de la responsabilité médicale des professionnels de santé lorsque des situations*

d'urgence leur imposent d'opérer des actes médicaux sur un jeune migrant dont la minorité et l'isolement ne sont pas établis. »

À l'heure actuelle, comme le souligne un article de Médecins du Monde paru dans le Journal du Droit des Jeunes en 2014, il est « difficile de recevoir des soins dentaires » lorsque le jeune n'est pas encore reconnu MNA, les deux mesures d'exception à la recherche du consentement de l'autorité parentale (rattachement à la CMU ou soins nécessaires à la sauvegarde de la santé de l'enfant) n'étant pas remplies (Corty et coll., 2014).

1.5. Situation en Meurthe-et-Moselle

En vue de compléter et préciser les différentes informations trouvées sur la situation en Meurthe-et-Moselle, qu'elles proviennent de rapports nationaux officiels ou d'articles de la presse régionale, nous avons contacté Mme Agnès Marchand, vice-présidente du Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle, déléguée à l'enfance, la famille, la santé et au développement social, chargée notamment de l'Aide Sociale à l'Enfance, qui a aimablement accepté de répondre à nos questions lors d'un entretien téléphonique réalisé le 22 mai 2018 dernier.

Comme l'ensemble des départements métropolitains, la Meurthe-et-Moselle n'échappe pas au phénomène d'afflux de MNA ces dernières années. Dans un communiqué de presse datant du 3 octobre 2016, le président du Conseil Départemental Mathieu Klein évaluait le nombre de MNA pris en charge à près de 300, contre environ 80 en 2013. Il expliquait alors cette augmentation impressionnante notamment par le fait que la Meurthe-et-Moselle avait été le premier département à se porter volontaire pour accueillir des MNA issus du démantèlement de la lande de Calais au début de l'année 2016 (Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle, 2016). La Préfecture de Meurthe-et-Moselle citée par la radio France Bleu Sud Lorraine évoquait ainsi à l'époque l'arrivée de 130 jeunes en provenance de Calais (Dincher, 2016).

Le rapport d'activité 2017 de la Mission Mineurs Non Accompagnés du Ministère de la Justice, fait état dans ses statistiques de 170 MNA confiés au Département sur l'année 2017 (Figure 8) (Mission Mineurs Non Accompagnés, 2018).

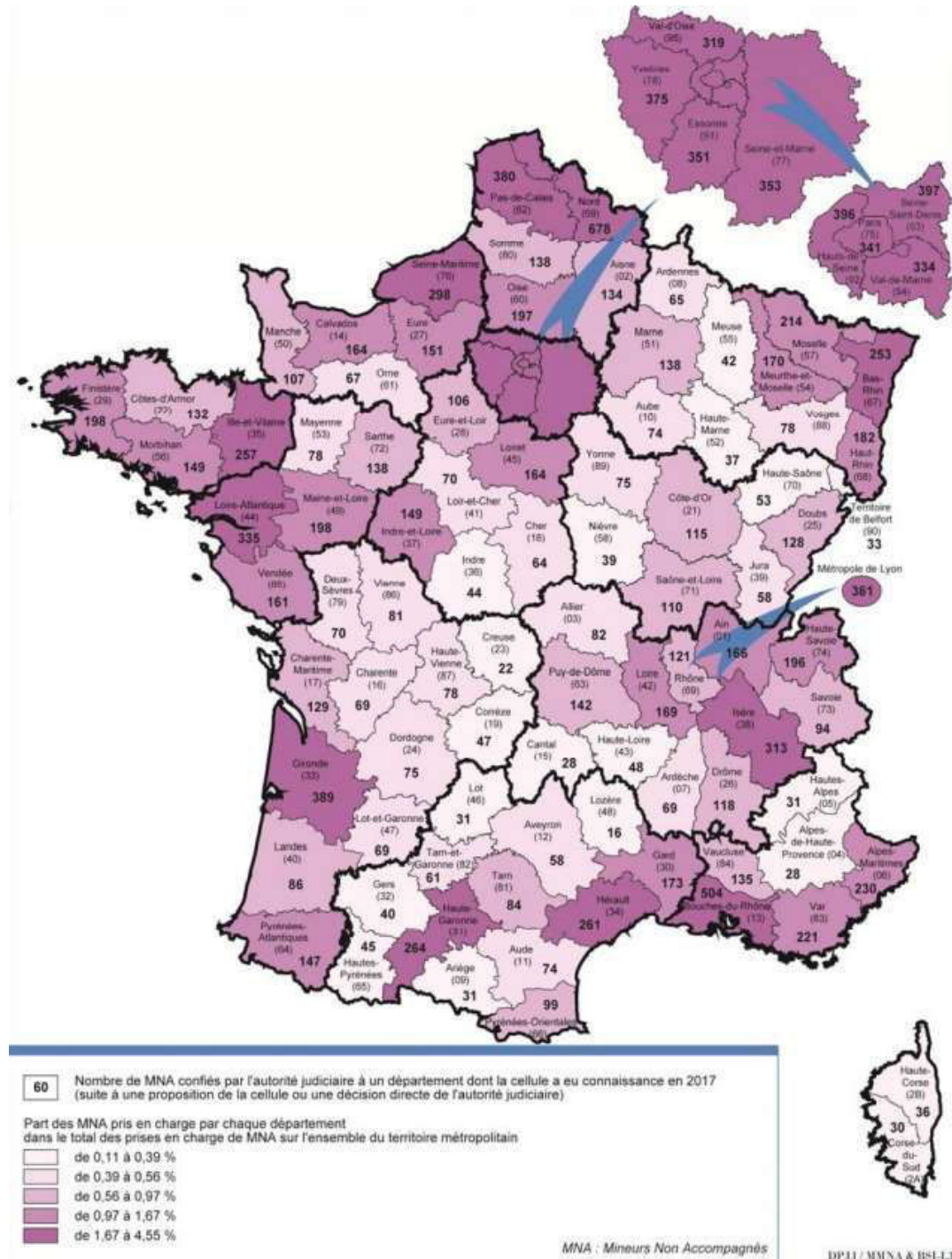


Figure 8 : MNA confiés aux départements au total en 2017 (source : Rapport Annuel d'Activité 2017 de la Mission Mineurs Non Accompagnés)

À ce nombre de 170 nouveaux MNA pris en charge par l'ASE de Meurthe-et-Moselle en 2017, il faut cependant rajouter l'ensemble des MNA déjà pris en charge et qui n'ont pas encore quitté le dispositif, autrement dit ceux qui n'ont pas encore atteint leur majorité. Ainsi dans un article publié le 11 septembre 2017, le journal l'Est Républicain faisait état de 316 MNA recueillis en Meurthe-et-Moselle, de près de 40 nationalités différentes avec une prédominance de Maliens, de Soudanais et de Guinéens (Rivet, 2017).

La vice-présidente du Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle avançait, elle, le chiffre de 411 jeunes (évalués et non encore évalués) pris en charge par le Département en date du 22 mai 2018.

Ainsi, à l'image de nombre de départements peinant à assurer une prise en charge optimale de ces jeunes, le Président du Conseil Département Mathieu Klein reconnaissait dans une interview publiée dans l'Est Républicain le 11 septembre 2017 que si l'accueil des MNA était « *un principe sur lequel [il] ne [transigerait] pas, quelles que soient les difficultés, [...] nous sommes arrivés à saturation en matière de capacités d'accueil, de moyens humains, de financement.* » Comme piste d'amélioration, il proposait d'ailleurs que la phase d'évaluation de la minorité et de l'isolement des jeunes ne soit plus à la charge des départements mais de l'État dans des centre interdépartementaux, en vue de réduire la pression budgétaire sur les Conseils Départementaux et d'améliorer la rapidité de l'évaluation (Rivet, 2017). Il est à noter qu'il défendait déjà cette idée un an auparavant lors de son communiqué de presse du 3 octobre 2016, sans effet jusqu'ici (Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle, 2016).

Mme Marchand nous a appris que cette idée ne serait pas mise en place malgré les demandes des Conseils Départementaux, et que l'État préférerait réévaluer les frais de la période d'évaluation pour ne pas limiter le remboursement effectué aux Départements aux seuls cinq jours prévus pour l'évaluation et qui sont très souvent insuffisants (Mme Marchand avançait un délai de deux mois nécessaires en moyenne pour évaluer la minorité et l'isolement d'un jeune en Meurthe-et-Moselle, du fait de contraintes matérielles mais aussi de l'intervention du procureur qui demande souvent des investigations supplémentaires).

Le Département dispose de plusieurs locaux municipaux ou départementaux, mais se retrouve néanmoins contraint à solliciter également des hôtels pour héberger les jeunes MNA dont il a la charge, à Malzéville, Neuves-Maisons, Sion, ou encore à l'Armée du Salut sur le site de Saurupt à Nancy (Dincher, 2016). Dans un article du 4 août 2017, France Bleu Sud Lorraine relatait le chiffre de quatre millions d'euros de budget pour le Conseil Départemental pour la prise en charge des MNA (Sarango, 2017), chiffre approximatif confirmé par Mme Marchand, qui détaille également qu'un million d'euros environ était au final remboursé par l'État, laissant au Département la charge des trois millions restants. Au niveau du Conseil Départemental, plusieurs personnels sont affectés exclusivement à la question des MNA (un cadre, un adjoint, trois assistantes et deux travailleurs sociaux), sans compter les personnels du Réseau Éducatif de Meurthe-et-Moselle (REMM, structure mise en place au sein de l'ASE), dont le nombre varie (infirmières, éducateurs, psychologue...) (Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle, 2016).

Une particularité de la répartition des MNA après évaluation en Meurthe-et-Moselle repose notamment sur une initiative du Conseil Départemental saluée à l'échelle nationale (Mission Mineurs Non Accompagnés, 2017), soit la création d'un réseau de « *familles solidaires* », invitant tout foyer à se porter volontaire pour recevoir un jeune MNA chez lui et lui apporter un « *environnement chaleureux et sécurisant* » (Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle, 2016). Mme Marchand nous a cependant confié que cette initiative avait relativement peu fonctionné, ne permettant qu'à cinq jeunes MNA d'être accueillis dans des familles, ceci s'expliquant par le fait que nombre des familles volontaires lors de la mise en place du dispositif s'attendaient à accueillir de très jeunes enfants, ce qui nous l'avons vu n'est pas le cas de la grande majorité des jeunes MNA qui arrivent en France actuellement.

Souhaitant relancer ce concept de « *solidarité citoyenne* », le Département a lancé fin 2017 une « *Fabrique participative* » destinée à rassembler acteurs associatifs et professionnels pour « *élaborer des dispositifs d'engagement citoyen permettant à des particuliers de contribuer à l'accompagnement de ces jeunes* » (Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle, 2017).

En ce qui concerne les problématiques de santé, Mme Marchand nous a appris qu'un partenariat avec la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) et le

CLAT (Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse) du CHRU de Nancy, qui sont sollicités immédiatement à l'arrivée d'un jeune en Meurthe-et-Moselle afin de réaliser des bilans de santé précocement. Elle reconnaissait cependant une certaine difficulté pour généraliser ces bilans de santé, qui se heurtent parfois au refus des jeunes, peu habitués à nos pratiques de soins (prise de sang notamment).

Au niveau social, la Meurthe-et-Moselle est également un des seuls départements de France à mettre en place un dispositif pour accompagner les jeunes MNA qui viennent d'avoir 18 ans. Une centaine d'entre eux bénéficient de ces « *contrats jeunes majeurs* » d'après Mme Marchand, qui permettent de ne pas abandonner complètement ces jeunes souvent très volontaires, et de les aider à finir leur formation professionnelle.

Le dernier point que nous avons abordé avec Mme Marchand concernait les améliorations à apporter à ce dispositif national, et sans surprise ses réponses ont tourné autour des moyens insuffisants mis à disposition, en termes d'accompagnement dès l'arrivée des jeunes (barrière de la langue, scolarisation...), d'hébergement afin de trouver des lieux stables (les locaux utilisés étant souvent des locaux mis à disposition de manière temporaire par des collectivités) et bien sûr financiers, la pression budgétaire exercée sur les Conseils Départementaux étant de plus en plus forte.

1.6. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude a consisté à identifier les problèmes bucco-dentaires les plus fréquemment rencontrés chez une population de MNA pris en charge au service d'odontologie du CHRU de Nancy. Elle s'est intéressée également à mettre en évidence les habitudes alimentaires et d'hygiène bucco-dentaires chez ces jeunes, ainsi qu'aux réponses thérapeutiques qui leur ont été apportées.

À terme cette étude pourra, nous l'espérons enfin (en évaluant les problèmes rencontrés dans la prise en charge de ces jeunes), permettre d'améliorer les pratiques administratives et sanitaires afin de répondre au mieux aux enjeux de santé bucco-dentaire spécifiques de cette population.

2. ÉTUDE DE LA POPULATION DE MINEURS NON ACCOMPAGNÉS AYANT FRÉQUENTÉ LE CENTRE DE SOINS DENTAIRES DU CHRU DE NANCY DEPUIS 2017

2.1. Inclusion des patients à l'étude

2.1.1 Source des données

L'étude réalisée par nos soins a porté sur 67 jeunes MNA, ce qui représentait, si on s'appuie sur les chiffres avancés plus haut, entre 16 % et 21 % de l'ensemble des MNA qui séjourneraient actuellement en Meurthe-et-Moselle. 35 d'entre eux ont été vus en première consultation de dépistage par le Dr. Céline CLÉMENT sur le foyer d'accueil de Pixérécourt à Malzéville avant d'être éventuellement pris en charge au service d'odontologie du CHRU de Nancy par la suite, tandis que les 32 autres se sont présentés directement au service sans consultation de dépistage préalable, depuis le début de l'année 2017 jusqu'à février 2018. Ont été exclus de l'étude les jeunes dont la minorité et le caractère d'isolement n'étaient pas encore établis avec certitude, et ceux pour lesquels le trop peu d'éléments recueillis rendait les informations inexploitable.

2.1.2. Modalités de recueil et sélection des données

Les informations recueillies au cours des premières consultations de dépistage l'ont été au moyen d'un document de 2 pages permettant d'établir un profil assez large du portrait administratif, médical et bucco-dentaire du jeune MNA (ANNEXE 2). Ces informations ont ensuite été complétées avec le contenu des dossiers médicaux et dentaires établis par la suite au service d'odontologie du CHRU de Nancy au cours de leur prise en charge. Pour les jeunes n'ayant pas été vus en première consultation de dépistage, les informations à leur sujet ont été exclusivement récupérées dans lesdits dossiers au service.

Les informations suivantes ont été recueillies :

Âge (au jour de la première consultation), pays d'origine, date de première consultation, antécédents médicaux connus, date du dernier RDV chez un dentiste, schéma de bouche, présence de plaque et de tartre, signes de gingivite, de bruxisme, troubles au niveau des articulations temporo-mandibulaires, grignotage ou consommation de sodas/boissons sucrées, fréquence de brossage, douleurs dentaires actuelles, soins dentaires à entreprendre.

Les principales difficultés en ce qui concerne le recueil de ces données proviennent du fait que nombre des dossiers constitués sont incomplets, notamment ceux réalisés lorsque le jeune MNA n'a pas été vu en première consultation de dépistage et s'est présenté directement au service d'odontologie. Comme nous le verrons, dans ces cas-là le jeune vient bien souvent pour une urgence douloureuse, et la spécificité de la prise en charge qui en découle a empêché la récolte de certaines des informations utiles pour notre étude. Lorsque cela s'est avéré nécessaire et plus pertinent, les statistiques et enseignements issus de ces données ont ainsi parfois été tirés d'un effectif plus petit que l'ensemble des 67 jeunes MNA inclus au total (nous nous sommes ainsi basés parfois exclusivement sur les informations recueillies sur l'effectif des 35 MNA vus en première consultation de dépistage), et ce afin d'éviter au maximum de biaiser les résultats.

Ces données (notamment celles issues des dossiers consultés au service d'odontologie du CHRU de Nancy) ont été récupérées jusqu'à la date du 13 juillet 2018. Elles ont été collectées et analysées dans un tableur édité sous Microsoft Excel 2010 ®.

2.2. Résultats

2.2.1. Caractéristiques de la population

Comme indiqué plus haut, la population de notre étude était constituée de 67 MNA. Sur ces 67 jeunes, on comptabilisait 59 garçons (88 %) et 8 filles (12 %), une disparité qui, nous l'avons vu, est également observable à l'échelle nationale.

En ce qui concerne l'âge de ces MNA, il allait de 11 ans pour le plus jeune jusqu'à 17 ans, une majorité d'entre eux ayant entre 15 et 17 ans (moyenne : 15,7 ans, écart-type : 1,2 ans) (Figure 9).

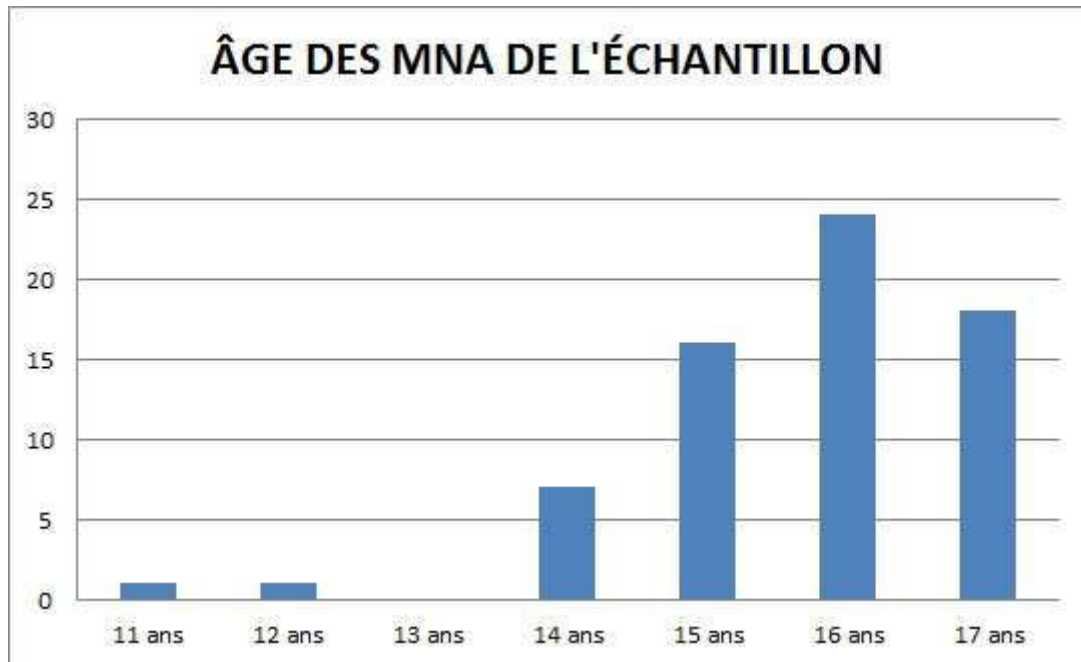


Figure 9 : Âge des MNA vus au service d'odontologie du CHRU de Nancy au moment de leur première consultation

Nous avons également répertorié le pays d'origine des MNA inclus dans notre étude. Pour nombre d'entre eux qui n'ont pas été vus en première consultation de dépistage, cette information n'a malheureusement pas pu être enregistrée (Figure 10).

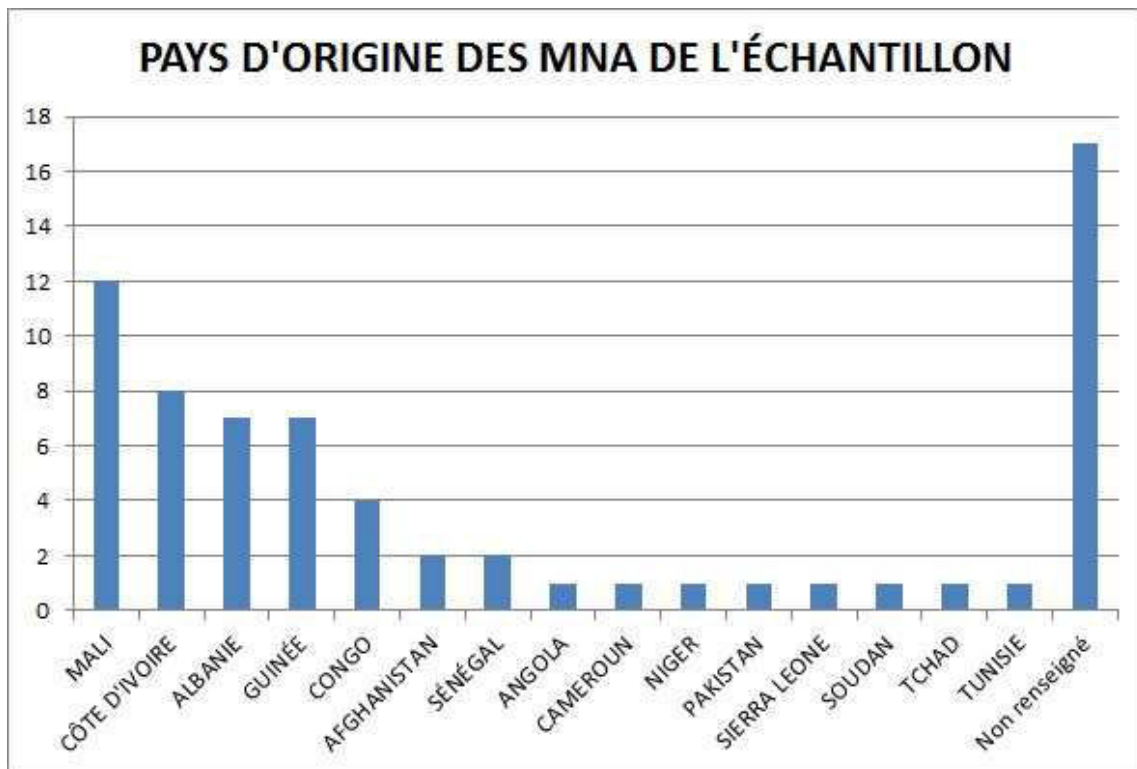


Figure 10 : Pays d'origine des MNA vus au service d'odontologie du CHRU de Nancy

On peut donc constater une forte proportion de jeunes en provenance d'Afrique (80 % des MNA dont le pays d'origine est connu), les autres venant principalement d'Albanie, mais aussi d'Afghanistan ou du Pakistan.

2.2.2. Données médicales générales

Que le jeune soit vu en première consultation de dépistage ou se soit présenté directement au service, il a la plupart du temps bénéficié d'un bilan de santé global au début de sa prise en charge par le Département. Des examens sont par exemple réalisés systématiquement avec le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse de Nancy, ainsi que des sérologies pour dépister des infections de type hépatite ou VIH. Ces informations nous permettent d'avoir un bon aperçu des pathologies qui touchent le plus fréquemment ce type de population (Tableau 2).

Tableau 2 : Antécédents de santé générale chez les MNA vus au service d'odontologie du CHRU de Nancy.

Antécédents de santé déclarés :	TOTAL :
RAS :	32
32	
Maladie virale :	7
- Hépatite A	1
- Hépatite B	4
- VIH	1
- Mononucléose infectieuse	1
Maladie parasitaire :	6
- bilharziose	4
- paludisme	1
- gale	1
Maladie bactérienne :	5
- tuberculose	5
Autres :	3
- problèmes digestifs sans diagnostic	2
- amputation main gauche	1
Non renseignés :	18
18	

Il est à noter que l'on retrouve dans cette liste plusieurs des pathologies retrouvées également dans de précédentes études sur l'état de santé de populations de MNA (bilharziose, hépatites, tuberculose...) menées dans d'autres régions françaises ou suisses (Depallens Villanueva et Ambresin, 2010 ; Baudino, 2015 ; Médecins du Monde, 2015 ; Peaud et coll., 2017).

2.2.3. Données bucco-dentaires

Le corps de notre étude a porté sur l'état de santé bucco-dentaire d'une population de MNA pris en charge au service d'odontologie du CHRU de Nancy. Pour l'ensemble des 35 jeunes vus en consultation de diagnostic, un schéma de bouche détaillé a été réalisé, mais d'autres problématiques liées à la santé orale ont également été abordées (douleurs dentaires, problèmes articulaires, habitudes alimentaires, fréquence de brossage, date de la dernière visite éventuelle chez un chirurgien-dentiste, problèmes parodontaux, bruxisme). Pour les 32 jeunes consultés

directement au service, l'ensemble de ces informations n'a pas toujours été récupéré. Nous avons ainsi adapté nos analyses en conséquence pour chaque point, afin de coller le plus possible aux effectifs pour lesquels nous avons pu recueillir telle ou telle information.

- Situation initiale

Pour réaliser le schéma de bouche de chaque jeune, une classification a été utilisée. Celle-ci distinguait une dent saine (code 0), d'une dent atteinte par une carie (code 1, 2 ou 3 en fonction de l'atteinte carieuse), d'une dent porteuse d'une obturation (code 4 ou 5), d'une dent porteuse ou remplacée par une prothèse (code 6 ou 7) ou tout simplement d'une dent absente (code 8).

- Lésions carieuses

Pour le codage des différents stades carieux, le code 1 représentait les lésions carieuses initiales actives, le code 2 les lésions avec pertuis inférieur à 2 millimètres, et le code 3 les lésions avec une ouverture supérieure à 2 millimètres (cf. ANNEXE 2).

Sur les 67 jeunes MNA, 254 caries ont été objectivées (79 de stade 1, 87 de stade 2, 88 de stade 3 - dont 38 laissant la dent à l'état de racines), 9 dents présentaient des obturations, et 10 dents étaient absentes. Aucune restauration prothétique, fixe ou amovible, n'a été observée. Seuls 9 jeunes étaient exempts de toute carie active.

Ces chiffres bruts sont à détailler plus précisément, compte tenu du fait que certains des jeunes, consultant en urgence au service pour un problème spécifique et n'étant pas revenus ensuite, n'ont pas reçu un examen complet de la sphère orale. Le chiffre de 254 caries pour l'ensemble de l'effectif de MNA est ainsi très certainement inférieur à la réalité et ne permet pas d'établir des statistiques solides.

Si l'on se rapporte uniquement aux jeunes qui ont eu un examen complet (soit au total 48 jeunes sur les 67 de départ), nous obtenons un total de 238 caries (78 de stade 1, 84 de stade 2, 76 de stade 3 - dont 36 laissant la dent à l'état de racines), 9 dents présentaient des obturations, et 10 dents étaient absentes.

Ces chiffres nous permettent ainsi d'obtenir un indice CAOD moyen par jeune (l'HAS définit l'indice CAOD comme « le nombre de dents cariées, absentes pour carie et obturées en denture permanente » (HAS, 2010). Rapporté au nombre de jeunes inclus dans ce calcul, on obtient un indice CAOD moyen de 5,35.

La localisation de ces 238 caries a également été enregistrée, afin de déterminer les dents les plus touchées chez ces jeunes. Sans surprise, il s'agit des molaires (68 % des caries totales dont 58 % pour les seules premières et deuxièmes molaires), et notamment les molaires mandibulaires (55 % des caries molaires) (Figure 12).

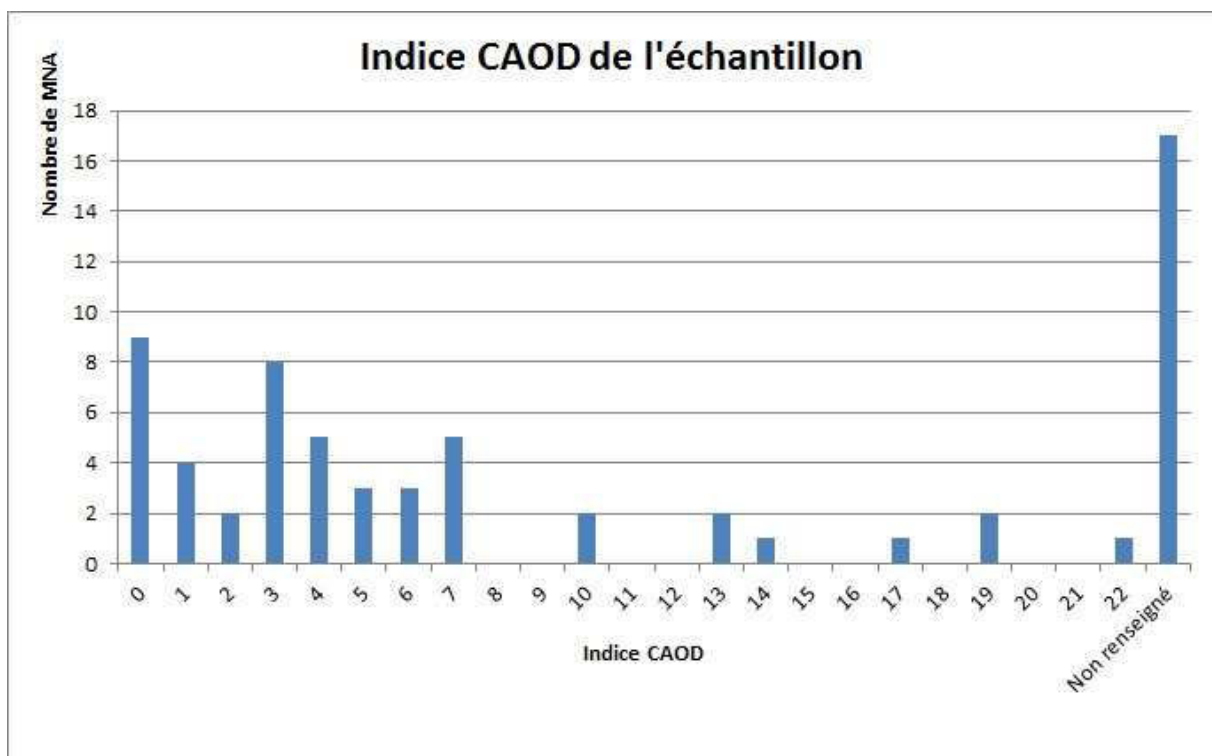


Figure 11 : Indice CAOD des MNA accueillis au service d'odontologie du CHRU de Nancy

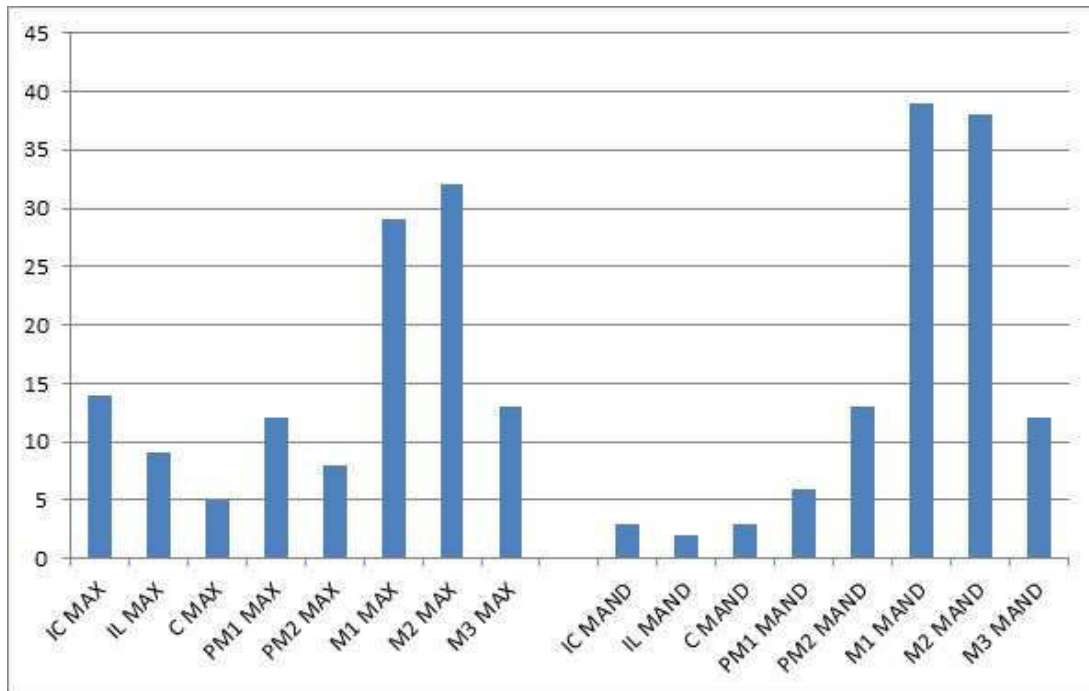


Figure 12 : Localisation des caries des MNA accueillis au service d'odontologie du CHRU de Nancy

En ce qui concerne les autres aspects de santé bucco-dentaire, le peu d'informations recueillis sur les jeunes venus directement au service d'odontologie nous amènera à ne traiter que les informations recueillies sur les jeunes vus en première consultation de dépistage.

- Santé parodontale

La santé du parodonte a été évaluée chez les 35 jeunes vus en première consultation de dépistage. Des signes de gingivite (œdème, inflammation, saignement) ont été retrouvés chez 8 d'entre eux, soit 23 %.

La présence de tartre a également été mesurée par l'intermédiaire de l'indice de Ramfjord, qui porte le nom de son créateur qui l'a théorisé en 1959. Cet indice a été modifié pour ne s'intéresser ici qu'à la quantité de tartre présente sur les faces linguales des dents 32-31-41-42. L'indice est de 0 lorsqu'il n'y a pas de tartre visible, il est de 1 lorsqu'il y a présence de tartre supra-gingival avec un liseré calcifié

inférieur à 1mm d'épaisseur, il est de 2 lorsqu'il y a présence de tartre supra ou sous-gingival d'une hauteur supérieure à 1mm d'épaisseur, et il est enfin de 3 lorsqu'il y a présence de tartre supra ou sous-gingival abondant avec mise en continuité d'une dent à l'autre (Ramfjord, 1959).

Cet indice a été mesuré pour 34 des 35 jeunes vus en première consultation de dépistage. Seulement 3 d'entre eux ne présentaient pas de tartre et obtenaient un score de 0 (Tableau 3).

Tableau 3 : Indice de Ramfjord moyen pour les MNA vus en consultation de dépistage au CHRU d'odontologie de Nancy

Indice de Ramfjord moyen sur 32-31-41-42	
égal à 0	3
entre]0 et 1]	13
entre]1 et 2]	13
entre]2 et 3]	5
	34

Il est à noter chez un jeune étant venu directement au service, la présence d'une poche parodontale de 8 millimètres au niveau de la dent 16 avec formation d'un abcès palatin.

Une suspicion de gingivite ulcéro-nécrotique (GUN) était également en cours de diagnostic chez un jeune avec un terrain de parodontite agressive (déchaussement généralisé déjà important).

- Bruxisme et troubles articulaires

Un autre point de santé orale abordé avec les MNA vus en première consultation de dépistage était les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) et les symptômes de bruxisme. 4 jeunes sur 35 (11 %) ont déclaré souffrir de troubles de l'ATM qui ont été objectivés en consultation (claquements, craquements, latérodéviation).

En ce qui concerne le bruxisme, a été recherchée la présence de facettes d'usure sur la denture des jeunes. Il s'avère que 21 jeunes sur 35 (60 %) présentent des signes d'usure sur des dents dont la localisation diffère, avec cependant une prédominance pour les incisives maxillaires et mandibulaires, les pointes canines ou encore les cuspides vestibulaires des premières molaires maxillaires.

- Désordres de nature orthodontique

Si un diagnostic d'orthodontie précis n'a pu être réalisé pour les 35 jeunes vus en première consultation de diagnostic, des désordres importants ont pu être mis en évidence chez 10 d'entre eux (soit 29 %), comme une béance antérieure (2 cas), des versions dentaires (2 cas), une supracclusion (1 cas), un inversé d'articulé (2 cas) ou encore des diastèmes (4 cas).

- Hygiène bucco-dentaire

L'hygiène bucco-dentaire dans son ensemble (habitudes de brossage, pratiques alimentaires...) a également été étudiée pour les 35 jeunes vus en première consultation de diagnostic. 11 d'entre eux (31 %) révèlent être adeptes de grignotage, à base de sodas, de bonbons, chocolat et autres gâteaux.

Ces jeunes ont de plus été interrogés sur leurs habitudes de brossage, et des résultats ont pu être obtenus pour 31 d'entre eux. On peut observer une grande disparité dans les pratiques (Tableau 4).

Tableau 4 : Habitudes et fréquence de brossage pour les MNA vus en consultation de dépistage au CHRU d'odontologie de Nancy

Habitudes de brossage		
fréquence :		
- 1 fois par jour		15
- 2 fois par jour		13
- 3 fois par jour		3
matin :		
- OUI	avant repas :	22
	après repas :	8
- NON		1
midi :		
- OUI	avant repas :	0
	après repas :	4
- NON		27
soir :		
- OUI	avant repas :	1
	après repas :	14
- NON		16

Leur parcours en termes de soins dentaires leur a également été demandé. 25 des 35 jeunes (71 %) n'avait jamais vu de chirurgien-dentiste de leur vie, 4 d'entre eux ont déjà reçu des soins dans leur pays d'origine, tandis que les 6 autres ont pu bénéficier de soins depuis leur arrivée dans l'Union Européenne.

○ Autres éléments notables

Parmi les autres éléments notables repérés chez les jeunes MNA vus en première consultation, on peut également citer :

- Un patient présentant une canine maxillaire (23) incluse, avec persistance de dent lactéale (63)
- Un patient avec agénésies des incisives latérales maxillaires (12-22), avec persistance des canines lactéales (53-63) et éruption des canines définitives (13-23) en lieu et place des incisives latérales

- Un patient présentant des dents surnuméraires (nombre et localisation non précisés dans le dossier médical établi lors de la première consultation en urgence)
- Trois patients présentant des lésions cervicales d'usure (LCU), principalement sur les prémolaires maxillaires et mandibulaires, mais aussi dans un cas sur les incisives latérales maxillaires
- Deux patients présentant une fluorose dentaire, dont un avec une atteinte sévère touchant toutes les dents avec perte de substance dentaire sur les dents postérieures et diminution de la dimension verticale
- Un patient avec un défaut de minéralisation de l'émail, sans diagnostic établi
- Deux patients avec antécédent de traumatisme sur une incisive centrale maxillaire, ayant entraîné dans un cas une nécrose aseptique sur 21, et dans l'autre une expulsion de 11
- Un patient présentant une péricoronarite au niveau du site d'éruption de 48

- Douleurs dentaires

Le dernier point sur lequel étaient interrogés les jeunes en première consultation concernait la présence de douleurs dentaires au moment de la consultation ou dans les jours précédents. Les 67 jeunes MNA de notre étude ont répondu à cette question, et 46 d'entre eux ont confié souffrir de douleurs dentaires (soit 69 %). Ce chiffre est à nuancer tout de suite du fait de la présence d'un biais de sélection de par l'origine même de l'un des sous-groupes de notre étude ; en effet, les 32 jeunes qui sont allés directement au service d'odontologie pour une première consultation s'y sont rendus la plupart du temps pour gérer une urgence douloureuse (c'était effectivement le cas pour 30 d'entre eux soit 94 % des jeunes de ce sous-groupe), faisant augmenter considérablement le pourcentage de jeunes se plaignant de douleurs dentaires.

Si on s'intéresse au sous-groupe des 35 jeunes ayant reçu une consultation de diagnostic sur site d'hébergement, on constate que 16 d'entre eux (soit 46 %) se plaignaient de douleurs dentaires, pourcentage certainement plus représentatif en vue de futures interprétations et généralisations (Tableau 5).

Tableau 5 : Présence ou absence de douleurs dentaires chez les MNA vus au service d'odontologie du CHRU de Nancy

Douleurs dentaires ?	TOTAL :
Chez les MNA ayant eu une visite de dépistage :	35
- OUI	16
- NON	19
Chez les MNA s'étant présentés spontanément au service :	32
- OUI	30
- NON	2

- Soins réalisés au centre de soins

Pour chaque jeune vu en première consultation de diagnostic, ainsi que pour les jeunes venus (et revenus) en consultation directement au service d'odontologie du CHRU de Nancy, un plan de traitement a été établi, composé majoritairement de soins conservateurs, de chirurgie, avec quelques prises en charge prothétiques également. Les chiffres détaillés ci-après sont cependant très certainement inférieurs à ce qui serait nécessaire en réalité, puisque nous l'avons vu, dans certains cas le schéma de bouche n'a pu être établi chez certains jeunes, et *a fortiori* le plan de traitement complet non plus (Figure 13).

- Soins conservateurs

Sur l'ensemble des 67 MNA seront à réaliser au moins 160 soins conservateurs, restaurations à la résine composite le plus souvent, mais aussi à l'amalgame. 25 dévitalisations sont également prévues. Ce nombre peut être amené à augmenter en fonction du déroulement des soins et des effractions pulpaire éventuelles au cours de l'éviction carieuse (Figure 12).

- Chirurgie

80 avulsions dentaires au minimum ont été prévues sur les 67 jeunes vus en consultation, dont deux extractions de dents incluses (une canine maxillaire et une dent de sagesse maxillaire) (Figure 13).

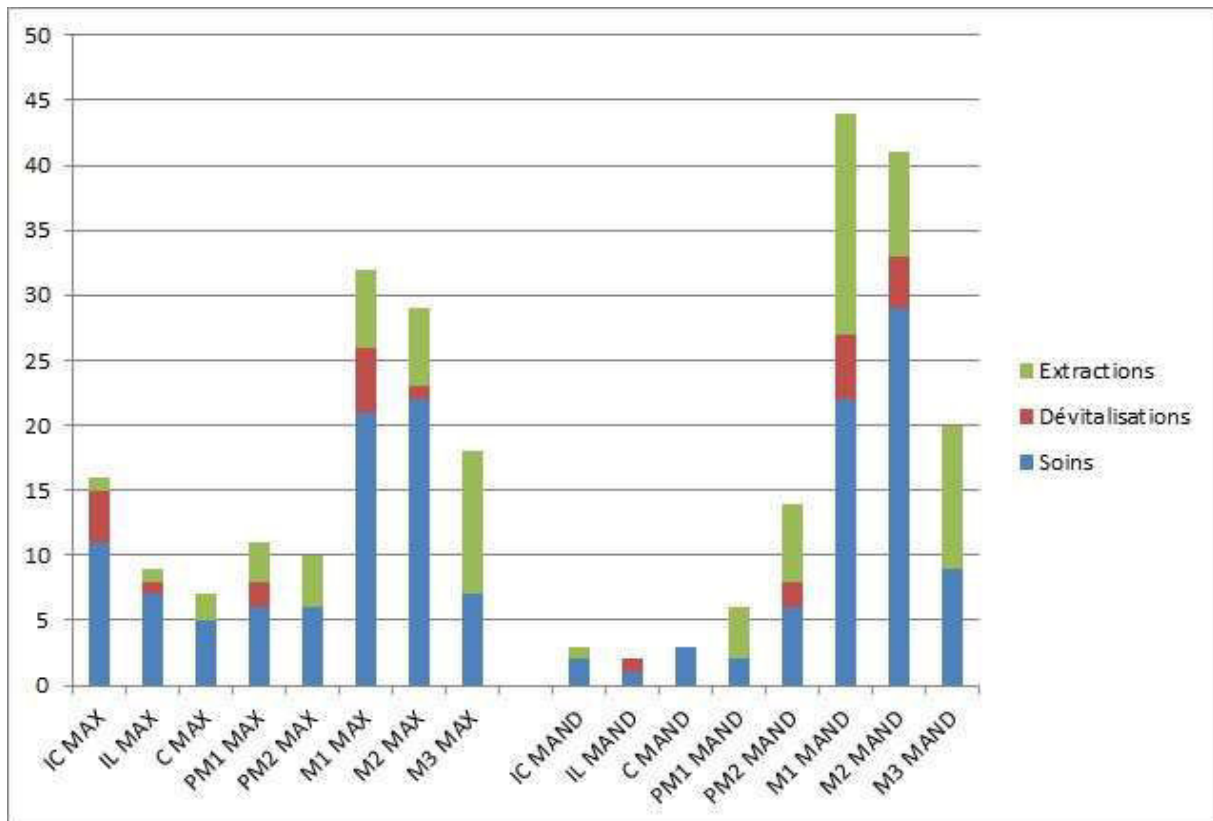


Figure 13 : Répartitions des actes conservateurs et extractions en fonction de la localisation anatomique de la dent chez les MNA accueillis au service d'odontologie du CHRU de Nancy

- Soins prophylactiques

Au moins 43 patients sur les 67 jeunes vus en consultation (soit 64%) doivent recevoir un détartrage. On peut même supposer que ce chiffre est encore supérieur, puisque sur les 35 jeunes ayant reçu un examen de diagnostic complet, 32 nécessitaient un détartrage (soit 91 % de ce sous-groupe).

Quatre patients nécessitaient des applications topiques de fluor. Dans le cas du patient atteint d'une fluorose sévère, cette prise en charge initiale sera peut-être réévaluée si les fluorations s'avèrent insuffisantes.

- Réhabilitations prothétiques

Le nombre total de restaurations prothétiques nécessaires pour les 67 jeunes vus au service d'odontologie n'était pas encore connu au moment de notre étude puisqu'il dépendra en partie des suites de certains actes non encore réalisés, comme les dévitalisations par exemple. Néanmoins, toujours au moment de la réalisation de cette étude, il avait déjà été prévu la réalisation de 4 couronnes sur inlay-core (deux couronnes céramo-métalliques sur dents antérieures, et deux couronnes coulées sur dents postérieures), ainsi que la réalisation chez 5 patients de prothèses amovibles partielles à infrastructure métallique (PAPIM), avec réalisation de prothèses amovibles partielles (PAP) immédiates pour deux d'entre eux en raison des grands édentements à compenser (8 dents maxillaires et mandibulaires à remplacer dans les deux cas).

3. DISCUSSION SUR L'ÉTUDE

3.1. Critiques et limites de l'étude

Nous avons évoqué à plusieurs reprises tout au long de l'exposé de nos résultats le caractère imparfait de la représentativité de notre étude ; plusieurs facteurs nous amènent à avancer cette idée.

Le premier facteur vient de la première consultation qu'ont reçue l'ensemble des MNA. Les 32 jeunes venus directement au service d'odontologie du CHRU de Nancy ont été reçus par nombre d'étudiants externes en odontologie, internes ou enseignants, avec possiblement des diagnostics différents, induisant un doute sur le caractère reproductible des données les concernant. Le caractère rétrospectif de notre étude limite également la quantité d'informations que nous avons pu récupérer sur ces jeunes, puisque les opérateurs ne savaient pas au moment de leur prise en charge qu'une telle étude allait être menée, et n'ont ainsi parfois pas investigué autant qu'il l'aurait fallu pour nous permettre d'avoir des informations complètes. Quant aux 35 jeunes vus en consultation de diagnostic, s'ils ont tous été vus par le même opérateur, le Dr. Clément, dont les résultats ont été enregistrés au moyen d'un document standardisé (cf. ANNEXE 2), ces consultations se sont déroulées « sur site d'accueil », au seul foyer d'accueil de Pixérécourt, dans des conditions loin d'être optimales pour garantir un examen exhaustif et précis (pas de fauteuil dentaire, pas de scialytique...). Et comme nous l'avons vu, nombreux autres sites d'hébergement existent (Neuves-Maisons, Sion, Saurupt,...), cela limitant la représentativité de nos résultats.

Un important biais de sélection nous empêche également des généralisations hâtives quant aux résultats que nous pouvons retirer de notre enquête. En effet, en ce qui concerne le sous-groupe de jeunes MNA venus spontanément au service d'odontologie, nous avons vu que l'origine de leur venue était très souvent une urgence douloureuse. Nous avons donc affaire ici à une population souffrant de douleurs dentaires, non représentative de l'ensemble des MNA de Meurthe-et-Moselle, de France ou d'ailleurs.

Un autre paramètre à prendre en compte est la barrière de la langue qu'ont rencontrée les opérateurs au cours de leurs consultations. Si une majorité de jeunes, notamment ceux issus des pays d'Afrique francophones, comprenaient et pouvaient s'exprimer en français, plusieurs d'entre eux ne maîtrisaient pas du tout notre langue, ou bien trop peu pour nous assurer de la véracité de leurs réponses aux questions qui leur étaient posées. Ce paramètre a beaucoup joué lors du recueil des habitudes alimentaires et d'hygiène bucco-dentaire par exemple, mais aussi en ce qui concerne leurs antécédents médicaux. Pour le site de Pixérécourt, une infirmière préparait et communiquait en amont des consultations de diagnostic, les dossiers médicaux des jeunes avec le plus d'informations possibles.

Le dernier facteur expliquant les limites de notre étude, peut-être le plus important, concerne la prise en charge de ces jeunes au service d'odontologie, une fois la première consultation effectuée. Sur les 67 jeunes inclus dans notre échantillon, on n'en dénombre pas moins de 25 pour lesquels la prise en charge a été stoppée. Plusieurs raisons expliquent cela, tout d'abord les RDV non honorés par les jeunes sans prévenir (12 RDV concernés sur la période qui nous concerne), qui n'ont bien souvent pas débouché sur la prise d'un nouveau RDV. Parfois, les résultats d'une sérologie ou d'un test médical étaient attendus avant que le jeune (et ses accompagnateurs) reprenne un RDV, RDV qu'il ne reprenait que rarement, faute de fin de période de mise à l'abri, fugue, déplacement d'un jeune d'un site à un autre, problème d'accompagnement d'un jeune,... Des contraintes liées au système d'organisation du service d'odontologie du CHRU de Nancy ont également entraîné une prise en charge chaotique pour les jeunes, « bringuebalés » entre différents étudiants externes, différents services (parfois même entre le service d'Odontologie pédiatrique (prise en charge jusque 16 ans) à Brabois et les autres services sur le site d'Heydenreich), des RDV non refixés après la gestion de l'urgence initiale, ou à la rentrée consécutivement à une période de permanence de soins pendant les vacances où le jeune avait reçu ses premiers soins.

3.2. Intérêts de l'étude

Malgré les limites de notre étude évoquées ci-dessus, celle-ci n'est pas pour autant dénuée d'intérêt. La problématique de l'accueil et de la prise en charge des MNA est nous l'avons vu, une problématique récente non encore vraiment maîtrisée par les pouvoirs publics, tout comme les enjeux de santé généraux (et bucco-dentaires) liés à cette population.

Notre travail de recherche pour l'élaboration de cette thèse ne nous a en effet pas permis de découvrir une précédente étude faisant un réel point sur les affections bucco-dentaires rencontrées chez des MNA. Si on peut remettre en cause la représentativité de l'échantillon étudié, cette étude originale permet néanmoins de faire un premier constat, d'établir à partir d'un effectif non négligeable les problèmes de santé bucco-dentaire qui affectent le plus souvent cette population aux caractéristiques spécifiques, afin d'y apporter les réponses adéquates.

Établir ce constat peut également permettre de mesurer la qualité de la prise en charge de ces jeunes, au niveau administratif et sanitaire, en repérant les difficultés rencontrées tout au long de leur parcours pour permettre d'améliorer cette prise en charge.

Une telle étude permet enfin de sensibiliser les différents acteurs de la santé bucco-dentaire, notamment le personnel du service d'odontologie du CHRU de Nancy (mais aussi les personnels des services d'odontologie d'autres hôpitaux ou encore les praticiens libéraux qui pourront être amenés à prendre en charge des MNA), aux problématiques particulières liées à cette population, comme les enjeux de santé bucco-dentaire qui leur sont propres afin d'améliorer les pratiques.

3.3. Interprétation des résultats

Certaines des informations recueillies lors de notre étude ne peuvent s'apprécier qu'en les comparant avec des données issues de la littérature scientifique, et ce afin d'en saisir toute la portée. Cependant, le manque d'études réalisées sur l'état de

santé bucco-dentaire des MNA ne nous permet pas de comparer les résultats de notre échantillon avec d'autres échantillons équivalents. Nous sommes ainsi contraints de nous tourner vers des études plus généralistes, portant par exemple sur l'état de santé de jeunes qui ont migré avec leurs parents, à la différence des MNA que nous avons suivis ici. Si une comparaison entre deux groupes de natures différentes nous interdit toute conclusion péremptoire, il semble néanmoins assez intuitif d'imaginer que la proximité réelle (en termes d'origines, de parcours, d'habitudes sociales) qui existe entre de tels groupes nous autorise à faire des rapprochements pertinents. Nous aborderons ici quelques points spécifiques de notre étude qui ont attiré notre attention.

3.3.1. Lésions carieuses et indice CAOD

Dans un document édité en 2010 sur la prévention en termes de caries dentaires, la Haute Autorité de Santé (HAS) indique que les populations migrantes sont des populations à risque élevé de caries (HAS, 2010). Nous l'avons vu dans notre étude, puisque seulement 9 jeunes sur 67 avaient un indice CAOD de 0 (soit 13 % de jeunes indemnes de toute carie). La moyenne retenue de l'indice CAOD pour notre étude est de 5,35, et les 48 jeunes ayant reçu un examen complet présentaient un total de 238 caries, soit 4,96 caries à soigner par jeune en moyenne. À titre de comparaison, le document de la HAS mentionné plus haut nous informe qu'en France, 20 à 50% des adolescents selon les études sont indemnes de toute carie, que la moyenne de l'indice CAOD est de 4 pour cette tranche d'âge, et que le nombre de caries à soigner découvertes lors d'un RDV de contrôle est compris en moyenne entre 1,60 et 1,95 (HAS, 2010).

On observe donc que les chiffres retrouvés dans notre étude semblent montrer une prévalence de la carie plus importante au sein d'une population de MNA que de jeunes Français. Plusieurs études et travaux, réalisés en Allemagne, en Suisse et en Amérique du Nord, semblent également aller dans ce sens, à savoir que la santé orale est plus précaire chez les enfants et jeunes migrants (Bissar et coll., 2007 ; Jaeger et coll., 2012 ; Reza et coll., 2016 ; Riggs et coll., 2017).

Une étude américaine décrit quant à elle que les jeunes migrants n'ont pas nécessairement plus de caries que des enfants américains (51,3 % des jeunes migrants en ont ou en ont eu, contre 49,3 % pour les jeunes américains), mais que la différence se fait surtout au niveau du risque de présenter des caries non traitées (48,7 % des mineurs migrants étudiés présentaient en effet des caries non traitées contre seulement 22,8 % des jeunes américains) (Cote et coll., 2004). C'est un aspect du problème que l'on retrouve également dans notre étude. L'indice CAOD de notre groupe observé n'est pas franchement supérieur à l'indice moyen chez les jeunes Français (5,35 contre 4), mais l'essentiel de ce chiffre pour les MNA provient de caries non traitées (4,96 sur 5,35, soit 93 %), alors que la part des caries non traitées est bien plus faible dans l'échantillon témoin français (entre 1,60 et 1,95 sur 4, soit entre 40 et 49 %) (HAS, 2010). Les besoins en soins dentaires sont certes supérieurs pour une population de MNA, mais c'est surtout le manque d'accès aux soins tout au long de leur enfance et adolescence qui semble expliquer leur état de santé bucco-dentaire à leur arrivée en France. On peut également supposer que l'alimentation disponible en Europe, plus riche en sucres par rapport aux aliments de leurs pays d'origine, joue également un rôle important dans le développement de lésions carieuses chez ces jeunes, même si nous n'avons pas retrouvé d'études ou de travaux évoquant cette question.

3.3.2. Bruxisme

Un point intéressant abordé dans notre étude concerne la prévalence du bruxisme au sein des MNA. Sur les 35 jeunes vus en consultation de dépistage avec lesquels cet aspect a été évoqué, nous avons retrouvé des facettes d'usure occlusales chez 60 % d'entre eux.

De multiples études sont disponibles sur la prévalence du bruxisme dans la population générale mais également chez l'enfant et l'adolescent. Une étude brésilienne rapporte le chiffre de 16,9 % de cas de bruxisme chez l'adolescent (Prado et coll., 2018), tandis qu'une étude canadienne avance, elle, le chiffre de 15 % de cas de bruxisme chez l'enfant de 7 à 17 ans (Carra et coll., 2011). Une revue de littérature internationale réalisée en 2013 à partir de 22 études retrouve des

valeurs assez larges de prévalence du bruxisme, dues à l'hétérogénéité des groupes et des méthodes utilisées, comprises entre 3,5 % et 40,6 % (Manfredini et coll., 2013).

Il semblerait donc que les MNA souffrent plus de bruxisme que la moyenne.

Si l'étiologie de cette pathologie est multifactorielle et que tous ces facteurs ne sont pas encore déterminés, la littérature semble s'accorder sur le fait que des hauts niveaux d'anxiété et de stress, vécu ou anticipé, sont corrélés avec l'apparition de phénomènes de bruxisme (Firmani et coll., 2015 ; Kuhn et Türp, 2018). Or un nombre conséquent d'études et de travaux ces dernières années reconnaissent sans ambiguïté le fait que les populations de MNA sont particulièrement sujettes à des problèmes de santé mentale, comme le syndrome de stress post-traumatique, l'anxiété, la dépression, problèmes directement liés aux événements vécus durant leur migration, à la précarité de leur situation une fois arrivés, et à leur isolement durant tout ce temps (Seglem et coll., 2011 ; Vervliet et coll., 2014 ; Vervliet et coll., 2014 ; Baudino, 2015).

Tous ces éléments tendent à établir le lien entre les problèmes fréquents de santé mentale chez les MNA et les nombreux cas de bruxisme retrouvés au sein de cette population, même si d'autres investigations seront nécessaires avant de pouvoir l'affirmer solidement.

3.3.3. Fluorose

Nous avons diagnostiqué deux cas de fluorose au sein de la population de MNA étudiée. La fluorose est une maladie due à un surdosage en fluor survenant au moment de la minéralisation des dents chez l'enfant, entraînant une porosité et une fragilité de l'émail qui est alors susceptible de se colorer de manière exogène (colorations blanches à brunes).

Une des sources d'apport de fluor possibles pour l'organisme est liée à sa présence dans l'eau de boisson. L'Agence Nationale de Sûreté du Médicament (ANSM), nouveau nom de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé,

recommande pour éviter tout risque de fluorose de ne pas en consommer plus de 0,05 mg/kg/jour sans dépasser 1 mg/J, mais également de ne pas boire de l'eau dont la teneur en fluor excède 1,5 mg/L (AFSSAPS, 2008).

Or la population mondiale n'est pas sur un pied d'égalité en ce qui concerne la teneur de fluor dans l'eau de source, et certaines zones géographiques sont particulièrement à risque (Figure 14).

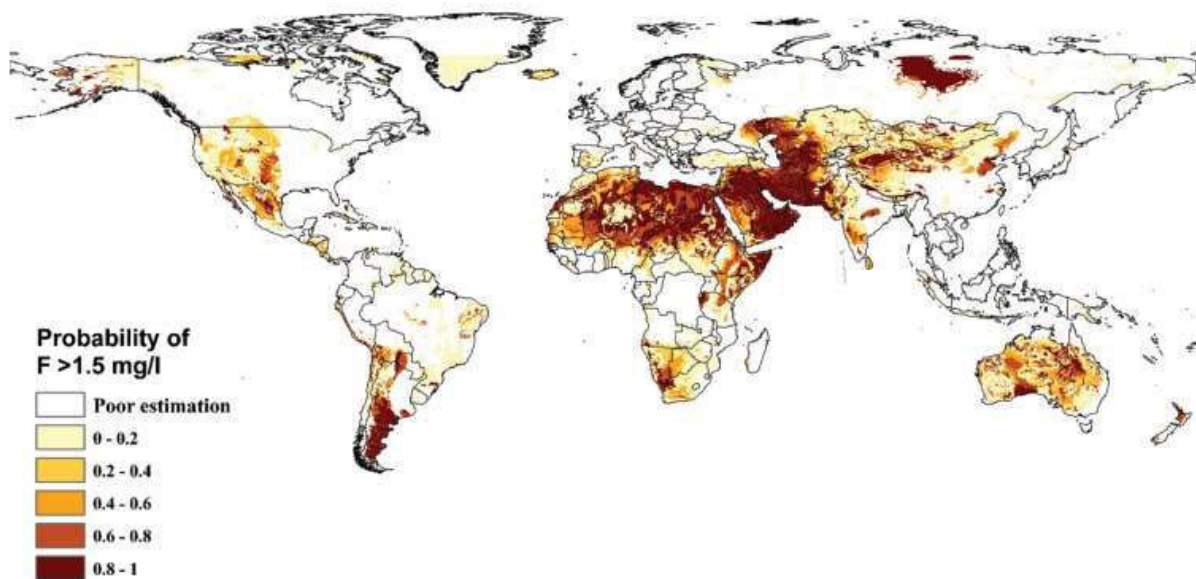


Figure 14 : Probabilités de retrouver de l'eau de source avec une teneur supérieure à 1,5 mg/L dans le monde (d'après Amini et coll., 2008)

Nous pouvons remarquer sur cette carte que nombre de pays où le risque de consommer de l'eau avec une teneur en fluor trop importante est élevé, sont également des pays dont sont issus les jeunes MNA. Ainsi dans notre étude, les deux patients atteints de fluorose étaient originaires d'Afghanistan (pour celui présentant la fluorose la plus sévère) et de Tunisie, deux pays effectivement « à risque » si nous nous en référons à la carte ci-dessus.

Nous pouvons donc imaginer que la présence de cas de fluorose au sein de populations de MNA n'est pas à négliger, et est même à rechercher systématiquement en vue d'une prise en charge précoce et adaptée. Une récente étude allemande faisait ainsi état de 6 % de patients atteints de fluorose, à des stades de sévérité divers, au sein d'une population de migrants (majeurs, mais la

fluorose se développant dans l'enfance, l'âge des groupes étudiés importe peu) (Solyman et Schmidt-Westhausen, 2018).

3.4. Améliorations envisageables à la prise en charge bucco-dentaire des Mineurs Non Accompagnés

Nous l'avons vu avec l'exposé des différents chiffres de notre étude, les MNA représentent une population pour laquelle une prise en charge bucco-dentaire semble plus que nécessaire, et ce à plusieurs points de vue.

En effet si on prend en exemple le groupe de MNA ayant reçu une consultation de diagnostic, il apparaît que 34 des 35 jeunes vus ont besoin de soins dentaires (ce chiffre monte à 66 jeunes sur 67 si on considère l'ensemble de notre échantillon), de soins de caries pour la plupart (soins restaurateurs ou avulsions), mais *a minima* d'un détartrage. Cette nécessité en soins est d'autant plus indispensable quand on sait que 71 % des jeunes à qui la question a été posée n'ont jamais vu de chirurgien-dentiste de leur vie, et que 46 % de ces mêmes jeunes se plaignent de douleurs dentaires.

Le nombre non négligeable de jeunes de notre étude adeptes du grignotage (31 %) depuis leur arrivée en France, mais surtout le nombre très importants de ceux-ci qui ne se brossent pas les dents aux bons moments de la journée (seulement 14 jeunes sur 32 interrogés réalisent un brossage après le repas du soir, quand 22 jeunes sur 32 se brossent les dents avant le petit-déjeuner) nous laissent à penser qu'il est primordial d'adresser un message de prévention spécifique à ces jeunes.

Face à une population en besoin de soins immédiats (parfois urgents) ou de soins à long terme (les cas de bruxisme, de fluorose, le cas de gingivite ulcéro-nécrotique sur une parodontite agressive), qui n'a bien souvent jamais eu de prise en charge bucco-dentaire ni de message de prévention sur les bons comportements à adopter en termes d'habitudes alimentaires et de brossage, il nous apparaît comme indispensable de systématiser les visites de dépistage et de prévention chez ces jeunes, et ce le plus tôt possible dès qu'ils intègrent le dispositif national de mise à

l'abri. Le Défenseur des Droits n'arrivait pas à une autre conclusion dans un rapport de 2016, lorsqu'il demandait aux Conseils Départementaux de « *prendre des dispositions pour qu'un bilan de santé soit effectivement systématiquement effectué dès le stade du recueil provisoire et de l'évaluation* » (Défenseur des Droits, 2016).

On se heurte alors aux lenteurs administratives qui entraînent parfois nous l'avons vu un délai de plusieurs mois entre le signalement du jeune, la reconnaissance de son statut de MNA et l'ouverture de ses droits CMU, délai pendant lequel sa prise en charge est de fait très complexe.

Plutôt que d'attendre une hypothétique modification de la loi ou du système actuel de la part de l'État, la mise en place d'un dispositif spécifique entre les Conseils Départementaux, les Centres Hospitalo-Universitaires et des praticiens libéraux volontaires, à base de consultation de diagnostic systématique dès la phase de mise à l'abri si possible, nous semble le meilleur moyen pour permettre à ces jeunes de recevoir une consultation dentaire le plus précocement possible, avec un message de prévention adapté, ceci afin d'intercepter les pathologies en cours, d'en limiter l'apparition de nouvelles, mais également afin d'éviter la survenue d'urgences dentaires ultérieurement, pour lesquelles les douleurs physiques et psychologiques engendrées viendraient se surajouter à la charge mentale que doivent supporter les MNA et que nous avons évoquée auparavant.

Peut-être faut-il s'interroger sur la pertinence de la réalisation d'un support d'information à destination des jeunes et des professionnels de la santé bucco-dentaire amenés à les prendre en charge, qui renseignerait les premiers sur les pathologies les plus fréquentes qu'ils peuvent rencontrer et sur les gestes simples et réflexes pour garantir une hygiène bucco-dentaire de qualité, et les seconds sur les spécificités de cette population en vue d'en améliorer une prise en charge qui se heurte bien souvent à une méconnaissance des caractéristiques de ces jeunes et notamment de leur vécu et habitudes culturelles.

Nous touchons en effet du doigt un point important de la prise en charge de ces jeunes, qui est que nous ignorons beaucoup d'eux. Nous méconnaissons leur parcours, leur culture, les difficultés parfois dramatiques qu'ils ont traversées tout au long de leur migration (risques mortels, violence, prostitution, enfermement, esclavage (Vincent, 2017 ; Vincent, 2017)...), l'impact des bouleversements qui

s'opèrent depuis leur arrivée dans notre pays à tout point de vue. Une étude australienne évoquait également la diversité qui existait dans le monde en termes de pratiques d'hygiène bucco-dentaire (en évoquant l'exemple du *miswak*, une racine d'arbuste utilisée dans de nombreux pays notamment de tradition musulmane, servant de brosse à dents naturelle avec un pouvoir antibactérien à préciser) face à laquelle il ne fallait pas adopter un regard dogmatique, et que la connaissance et la conscience de cette diversité culturelle était primordiale pour appréhender une meilleure prise en charge de populations qui, si elles n'ont pas nos habitudes, ne sont pas nécessairement dans le faux (Riggs et coll., 2012).

Cette méconnaissance est également valable dans les deux sens, ces jeunes ne savent bien souvent rien ou trop peu du fonctionnement complexe de notre système de santé. Quand on sait le caractère parfois traumatisant d'un soin dentaire dans la population occidentale, il n'est pas difficile d'imaginer l'angoisse que peut représenter une prise en charge bucco-dentaire chez un jeune MNA, bien souvent algique de surcroît, dans ce qui s'avère être ses premiers contacts avec le monde médical occidental. Il en va d'ailleurs de même pour l'ensemble des soins médicaux à réaliser chez ces jeunes, qui n'en comprennent parfois pas la finalité, et les vivent comme une intrusion qui peut rentrer en écho avec les traumatismes qu'ils ont vécus auparavant.

Si la nécessité de faire passer un message de prévention destiné à ces jeunes est évidente, il paraît clair qu'il faut l'adapter à ce que nous savons de tous les éléments évoqués ci-dessus, afin que ce message soit le plus approprié possible et qu'il puisse trouver bonne réception au sein de cette population. Cela ne sera possible qu'en renforçant nos connaissances sur ces jeunes, par l'intermédiaire de nouvelles études et travaux de recherche.

Nous avons enfin vu que beaucoup de jeunes (25 sur 67) n'ont pas pu aller au bout de leur prise en charge et de leur cursus de soins au service d'odontologie du CHRU de Nancy, et ce pour de multiples raisons. Il nous semble pertinent de bien insister avec tous les acteurs de cette prise en charge (les jeunes MNA eux-mêmes, leurs éducateurs et accompagnateurs, mais aussi les étudiants qui les prennent en charge au service) sur l'importance et la nécessité d'un suivi rigoureux et complet, afin de limiter autant que faire se peut la possibilité de ne pas voir ces jeunes revenir en

consultation, cela pouvant se produire pour des multiples raisons (soins médicaux plus « urgents » à réaliser, démarches administratives nombreuses, sortie du dispositif une fois la majorité atteinte, non-confiance dans le système de soins...).

Une coordination entre tous les acteurs et notamment les professionnels de santé s'impose afin d'améliorer la prise en charge et la cohérence du parcours de soins de ces jeunes. À cette intention s'est tenue en décembre 2017 au CHRU de Nancy une réunion interprofessionnelle organisée par le Réseau Éducatif de Meurthe-et-Moselle où étaient conviés des acteurs du Département, médico-sociaux, professionnels de santé hospitaliers ou libéraux, afin de faire le point sur le dispositif actuel et de discuter des améliorations à apporter, notamment en thème de coopération entre les services, de systématisation des dépistages, de prise en charge de pathologie pendant la phase de mise à l'abri, ou encore de continuité des soins.

Face à l'augmentation du nombre de MNA accueillis en France en général et en Meurthe-et-Moselle en particulier, il nous apparaît plus qu'opportun de multiplier ce genre de réunions et de rencontres entre les différents acteurs amenés à travailler avec ces jeunes (et notamment les praticiens libéraux qui pourraient à l'avenir apporter leur concours dans le but de soulager le secteur hospitalier), afin de sensibiliser le plus grand nombre à cette problématique qui devrait selon toute vraisemblance prendre une place de plus en plus importante dans les années qui viennent.

CONCLUSION

La problématique des mineurs non accompagnés gagne en importance dans notre société depuis quelques années du fait de l'augmentation du nombre de jeunes migrants qui franchissent nos frontières pour chercher un avenir meilleur, cela au terme d'un parcours migratoire périlleux où ils ont côtoyé de près la mort, la violence, les trafics en tout genre, l'esclavage, la prostitution...

Face à cet afflux de jeunes considérés comme « en danger », la France a tenté et tente encore de légiférer afin de trouver la réponse la plus adaptée pour prendre en charge cette population dont l'accueil, la santé et l'éducation lui reviennent par l'intermédiaire des départements. Si le système actuel de mise à l'abri, d'évaluation, de répartition et de solidarité entre les départements n'est pas parfait, du fait notamment des délais administratifs engendrés par le nombre toujours plus important de jeunes qui sollicitent les services de l'État, il a cependant permis d'harmoniser les pratiques à l'échelle du pays et d'indiquer un protocole à suivre pour les départements qui en manquaient cruellement avant la circulaire de 2013 entérinée par la loi de mars 2016.

En terme de prise en charge sanitaire, beaucoup de progrès restent à accomplir, le délai entre le début de la phase de mise à l'abri et l'obtention de la CMU étant bien trop long, les différents examens de dépistage et les premiers soins réalisés sur les jeunes étant alors réalisés pendant ce temps selon le bon vouloir des services départementaux, alors que nous l'avons vu, une prise en charge médicale précoce est bien souvent nécessaire chez ces jeunes, atteints de pathologies spécifiques, d'atteintes somatiques diverses, mais aussi de traumatismes psychiques résultant de leur parcours.

La Meurthe-et-Moselle fait plutôt partie des bons élèves en terme de prise en charge des MNA. Des partenariats menés avec la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT) notamment, permettent un dépistage précoce des différentes pathologies qui affectent ces jeunes. Les « contrats jeunes majeurs » passés avec eux permettent également à ceux-ci de ne pas être complètement abandonnés une fois leur majorité obtenue et sortis du

dispositif. Comme beaucoup de départements, la Meurthe-et-Moselle se heurte cependant à des problèmes budgétaires et logistiques importants pour améliorer la prise en charge de ces jeunes, notamment en termes d'hébergement, problèmes qui risquent de s'intensifier avec l'augmentation du nombre de MNA accueillis en France.

L'étude de 65 jeunes nous a permis de réaliser quelques observations intéressantes en ce qui concerne leur santé bucco-dentaire. Ces jeunes sont sensiblement plus touchés par la carie qu'une population occidentale du même âge (indice CAOD de 5,35 pour les MNA contre 4 pour des jeunes Français), l'essentiel de ces caries étant non encore soignées (93 % de l'indice CAOD représentant des caries non soignées, contre 50 % pour des Français). Très peu d'entre eux (29 %) ont déjà consulté un chirurgien-dentiste au cours de leur enfance ou depuis leur arrivée en Europe, cela étant à mettre en regard de leurs méconnaissances en termes d'hygiène bucco-dentaire et notamment de la fréquence du brossage et des techniques d'élimination de la plaque dentaire appropriées.

En plus de ces facteurs, nous pouvons également supposer que l'apparition de comportements de grignotage favorisés par l'alimentation sucrée européenne joue un rôle dans le développement de lésions carieuses et de l'apparition d'une symptomatologie douloureuse ; nos observations retrouvent ainsi pas moins de 46 % de jeunes MNA souffrant de douleurs d'origine dentaire.

Il est à noter également la pourcentage inhabituellement élevé pour une population de cet âge-là de signes de bruxisme (60 % des jeunes), ce que l'on peut assimiler à une des somatisations de leurs atteintes psychiques dues aux traumatismes vécus durant leur migration et à l'angoisse de la précarité de leur situation en Europe.

Nous pouvons tirer de notre étude quelques enseignements en vue d'améliorer la prise en charge bucco-dentaire de ces jeunes. En tout premier lieu, il nous paraît primordial que chacun d'entre eux puisse bénéficier d'une première consultation chez un chirurgien-dentiste afin de dépister précocement les atteintes dentaires dont ils sont victimes. Les contraintes logistiques et financières sont évidemment des freins à cette amélioration, mais nous proposons qu'une telle consultation soit systématisée, et ce dès la phase de mise à l'abri, avant que le jeune ne soit reconnu comme MNA et qu'il ait obtenu la CMU donc.

Ces jeunes arrivent dans notre pays à l'issue d'un voyage éprouvant dont ils ne ressortent pas indemnes physiquement et psychologiquement ; à leur arrivée en France et au début de leur prise en charge par les départements, il paraît assez logique que les soins dentaires ne sont pas leur priorité alors que les démarches administratives et le stress de la situation à laquelle ils doivent faire face sont leurs principales préoccupations. Systématiser une consultation dentaire précoce permettrait ainsi de ne pas attendre que les jeunes se plaignent auprès de leurs éducateurs d'une douleur dentaire, et accélérerait également la mise en place d'un plan de traitement qui nous l'avons vu, ne souffre parfois d'aucun délai.

Une telle consultation dentaire aurait aussi le grand intérêt qu'elle permettrait à des chirurgiens-dentistes de leur délivrer un message de prévention adapté au nouvel environnement dans lequel ils évoluent maintenant, assurément bien différent de celui de leur pays d'origine en termes d'habitudes alimentaires, d'hygiène bucco-dentaire... Une forte proportion de ces jeunes ne sait rien ou trop peu des bonnes pratiques à adopter, n'ont jamais consulté de chirurgien-dentiste, et la mise à disposition d'une alimentation occidentale riche en sucres cariogènes peut avoir des effets catastrophiques sur leur état bucco-dentaire si aucune prévention n'est faite envers eux, le nombre d'avulsions dentaires (80) à réaliser sur les 67 jeunes inclus dans notre étude peut en témoigner.

De surcroît, il nous semble impératif que la prise en charge bucco-dentaire en général, et le message de prévention délivré en particulier, soient le plus possible adaptés aux spécificités des MNA. Il faut bien avoir à l'esprit que ces jeunes, de par leur parcours, leur culture, leurs habitudes, ne peuvent se soigner de la même manière qu'un jeune occidental, même si la finalité est évidemment la même. Nous parlons de jeunes qui ont quitté leur pays d'origine et les membres de leur famille (quand ils ne les ont pas vus mourir pendant leur voyage), avec l'impact émotionnel que nous pouvons imaginer, ont connu la violence, la misère, la prostitution ou l'esclavage avant de parvenir en Europe. Leur vie ici change complètement en termes d'habitudes alimentaires, culturelles, l'accueil réservé par le pays où ils parviennent peut parfois être rude, les démarches administratives longues et complexes.

Nous sommes bien souvent loin de nous rendre compte de l'impact des bouleversements qu'ils vivent, et des conséquences que cela implique pour eux au quotidien, et par ricochet des enjeux que cela implique pour nous, professionnels de santé qui sommes amenés à les prendre en charge. Une formation des acteurs hospitaliers et libéraux à ces questions s'impose, afin que ceux-ci intègrent l'ensemble de ces problématiques au moment des consultations et séances de soins avec ces jeunes. La présence de traducteurs lors de chacune de ces séances nous semble également une nécessité afin d'en faciliter le déroulé, et permettre de rassurer le jeune perdu dans un environnement médical anxiogène dont il ne comprend pas forcément les aboutissants. Une coordination entre les services médicaux comme elle se développe actuellement au niveau du CHRU de Nancy avec les acteurs sociaux et départementaux, s'avère également plus que nécessaire pour faciliter au maximum la continuité des soins sur les MNA.

La santé est un droit universel qui n'est, malheureusement, pas la priorité de ces jeunes lorsqu'ils arrivent sur notre territoire ; à nous d'adapter notre système de soins et notre prise en charge à leur situation, pour assurer leur bonne santé générale et bucco-dentaire dès qu'ils se font connaître auprès des Départements. Nous ne pouvons nous permettre de laisser cette problématique de côté alors que le nombre de MNA arrivant en France est amené à augmenter encore dans les prochaines années ; il en va de notre responsabilité professionnelle mais aussi morale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Amini M, Mueller K, Abbaspour KC, Rosenberg T, Afyuni M, Møller KN, et coll. Statistical Modeling of Global Geogenic Fluoride Contamination in Groundwaters. *Environ Sci Technol.* 2008; 42(10): 3662-8.
2. Baudino P. État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013 [Thèse d'exercice]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2015. 98p.
3. Bissar A-R, Schulte AG, Muhjazi G, Koch MJ. Caries prevalence in 11- to 14-year old migrant children in Germany. *Int J Public Health.* 2007; 52(2): 103-8.
4. Carra MC, Huynh N, Morton P, Rompré PH, Papadakis A, Remise C, et coll. Prevalence and risk factors of sleep bruxism and wake-time tooth clenching in a 7- to 17-yr-old population. *Eur J Oral Sci.* 2011; 119(5): 386-94.
5. Corty J-F, Derosier C, Douay C. Mineurs isolés : état de santé. *J droit jeunes (Éd fr,* 2010). 2014 ; (338-339) : 92-4.
6. Cote S, Geltman P, Nunn M, Lituri K, Henshaw M, Garcia RI. Dental caries of refugee children compared with US children. *Pediatrics.* 2004; 114(6): e733-740.
7. Depallens Villanueva S, Ambresin AE . Soins aux mineurs non accompagnés (MNA) : l'expérience lausannoise. *Rev Med Suisse.* 2010 ; 6 : 1248-1252
8. Firmani M, Reyes M, Becerra N, Flores G, Weitzman M, Espinosa P. Sleep bruxism in children and adolescents. *Rev Chil Pediatr.* 2015; 86(5): 373-9.
9. Guégan M. Représentations, vécus et ressentis par les mineurs isolés étrangers du système de soins français : étude qualitative portant sur 21 entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. Lyon, : Université Claude Bernard ; 2016. 112p.
10. Jaeger FN, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. The health of migrant children in Switzerland. *Int J Public Health.* 2012; 57(4): 659-71.
11. Kuhn M, Türp JC. Risk factors for bruxism. *Swiss Dent J.* 2018; 128(2): 118-24.

12. Manfredini D, Restrepo C, Diaz-Serrano K, Winocur E, Lobbezoo F. Prevalence of sleep bruxism in children: a systematic review of the literature. *J Oral Rehabil.* 2013; 40(8): 631-42.
13. Martin G. La prise en charge des mineurs isolés étrangers [Mémoire]. Cayenne : Université des Antilles et de la Guyane ; 2014. 115p.
14. Peaud C, de Gentile L, Cateland L, Foucault N, Chabasse D, Pichard E, et coll. Évaluation de l'état de santé des mineurs isolés étrangers. *Med Mal Infect.* 2017 ; 47 (4S) : S95.
15. Prado IM, Abreu LG, Silveira KS, Auad SM, Paiva SM, Manfredini D, et coll. Study of Associated Factors With Probable Sleep Bruxism Among Adolescents. *J Clin Sleep Med.* 2018; 14(8): 1369-76.
16. Ramfjord SP. Indices for Prevalence and Incidence of Periodontal Disease. *J Periodont.* 1959; 30(1): 51-9.
17. Reza M, Amin MS, Sgro A, Abdelaziz A, Ito D, Main P, et coll. Oral health status of immigrant and refugee children in North America: a scoping review. *J Can Dent Assoc.* 2016; 82: g3.
18. Riggs E, van Gemert C, Gussy M, Waters E, Kilpatrick N. Reflections on cultural diversity in oral health promotion and prevention. *Glob Health Promot.* 2012; 19(1): 60-3.
19. Riggs E, Rajan S, Casey S, Kilpatrick N. Refugee child oral health. *Oral Dis.* 2017; 23(3): 292-9.
20. Seglem KB, Oppedal B, Raeder S. Predictors of depressive symptoms among resettled unaccompanied refugee minors. *Scand J Psychol.* 2011; 52(5): 457-64.
21. Solyman M, Schmidt-Westhausen A-M. Oral health status among newly arrived refugees in Germany: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2018; 18(1): 132.
22. Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scand J Psychol.* 2014; 55(1): 33-7.

23. Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 23(5): 337-46.

Ressources électroniques :

24. AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé). Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans [Internet]. 2008 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/7db1d82db7f5636b56170f59e844dd3a.pdf
25. ARS Grand Est (Agence Régionale de Santé). Projet Régional de Santé 2018-2028 : cadre d'orientation stratégique 2018-2028 [Internet]. 2018 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-06/04_20180618_PRS_2018-2028_GE_COS.pdf
26. ARS Lorraine (Agence Régionale de Santé). Projet Régional de Santé 2012-2017 [Internet]. 2012 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/PRS_Lorraine_version_integrale_hors_programmes.pdf
27. Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. Avis sur la situation des mineurs isolés étrangers présents sur le territoire national, état des lieux un an après la 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]. 2014 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : http://infomie.net/IMG/pdf/avis_cncdh_-_26_juin_2014.pdf
28. Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle. Réseau éducatif de Meurthe-et-Moselle REMM [Internet]. 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <http://meurthe-et-moselle.fr/actions/enfance-famille/protection-de-lenfance/r%C3%A9seau-%C3%A9ducatif-de-meurthe-et-moselle-remm>

29. Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle, réseau JAM (jeunes à la maison). Dispositif d'accueil de jeunes migrants au sein de familles bénévoles [Internet]. 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : http://www.meurthe-et-moselle.fr/sites/default/files/Page%20Service/PDF/flyer_jam_01.pdf
30. Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle. Mineurs non accompagnés, communiqué de presse du 19 septembre 2017 [Internet]. 2017 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <http://meurthe-et-moselle.fr/sites/default/files/2017-09-19%20CP%20MK%20MNA.pdf>
31. Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle. Accueil des mineurs étrangers non accompagnés, le département lance une fabrique participative [Internet]. 2017 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur: <http://meurthe-et-moselle.fr/Toute-l-actu/accueil-des-mineurs-%C3%A9trangers-non-accompagn%C3%A9s-le-d%C3%A9partement-lance-une-%C2%AB-fabrique-%C2%BB>
32. Conseil d'État. Décision Conseil D'État, 30 janvier 2015, Départements de Haut-de-Seine et autres [Internet]. 2015 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.conseil-etat.fr/Decisions-Avis-Publications/Decisions/Selection-des-decisions-faisant-l-objet-d-une-communication-particuliere/CE-30-janvier-2015-Departement-des-Hauts-de-Seine-et-autres>
33. Debré I. Les Mineurs Isolés Étrangers en France [Internet]. 2010 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000220.pdf>
34. Défenseur des Droits. Les droits fondamentaux des étrangers en France [Internet]. mai 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/736160170_ddd_rapport_droits_etrangers.pdf

35. Dincher J. Évacuation de la jungle de Calais : 40 migrants mineurs isolés hébergés sur la Colline de Sion [Internet]. France Bleu ; 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.francebleu.fr/infos/societe/demantelement-de-la-jungle-de-calais-40-migrants-mineurs-isoles-arrivent-sur-la-colline-de-sion-1477500854>
36. Direction de la Sécurité Sociale. 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) [Internet]. 2011 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/09/cir_33805.pdf
37. Doineau E, Godefroy JP. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés [Internet]. 2017 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r16-598/r16-5981.pdf>
38. Fattori F, Gittus S, Grandin J, Holzinger F, Malécot V, Papin D. France, terre de transit [Internet]. Le Monde ; 2015 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/europe/visuel/2015/06/25/france-terre-de-transit_4662090_3214.html
39. François JB. La France, premier pays de transit sur la route des migrants [Internet]. La Croix ; 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.france-terre-asile.org/rss-actualites/actualites/actualites-choisies/la-france-premier-pays-de-transit-sur-la-route-des-migrants>
40. HAS (Haute autorité de santé). Stratégies de prévention de la carie dentaire [Internet]. 2010 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
41. IGAS (Inspection générale des affaires sociales), IGSJ (Inspection générale des services judiciaires), IGA (Inspection générale de l'administration). L'évaluation du dispositif relatif aux mineurs isolés étrangers mis en place par le protocole et la circulaire du 31 mai 2013 [Internet]. 2014 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_MIE.pdf

42. IGAS (Inspection générale des affaires sociales), IGSJ (Inspection générale des services judiciaires), IGA (Inspection générale de l'administration). L'évaluation du dispositif relatif aux mineurs isolés étrangers mis en place par le protocole et la circulaire du 31 mai 2013 - ANNEXES [Internet]. 2014 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur :
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_MIE_ANNEXES.pdf
43. InfoMIE, Centre ressources sur les mineurs isolés étrangers. Schéma dispositif national [Internet]. 2013 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur :
http://www.infomie.net/IMG/pdf/schema_dispositif_national_23092013.pdf
44. InfoMIE, Centre ressources sur les mineurs isolés étrangers. Tableau récapitulatif de la représentation légale des Mineurs Isolés Étrangers [Internet]. 2014 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur :
http://www.infomie.net/IMG/pdf/tableau_recapitulatif_de_la_representation_legale.pdf
45. InfoMIE, Centre ressources sur les mineurs isolés étrangers. Accès à la scolarisation [Internet]. 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur :
<http://www.infomie.net/spip.php?rubrique205>
46. InfoMIE, Centre ressources sur les mineurs isolés étrangers. Délégation de l'autorité parentale [Internet]. 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur :
<http://www.infomie.net/spip.php?rubrique184>
47. InfoMIE, Centre ressources sur les mineurs isolés étrangers. Dispositifs spécifiques aux mineurs isolés étrangers [Internet]. 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.infomie.net/spip.php?rubrique272>
48. InfoMIE, Centre ressources sur les mineurs isolés étrangers. La tutelle [Internet]. 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur :
<http://www.infomie.net/spip.php?rubrique183>
49. InfoMIE, Centre ressources sur les mineurs isolés étrangers. Le droit commun de la protection de l'enfance [Internet]. 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.infomie.net/spip.php?article1644>

50. InfoMIE, Centre ressources sur les mineurs isolés étrangers. Accès à la formation professionnelle [Internet]. 2018 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.infomie.net/spip.php?rubrique206>
51. Jenik C. La France, cinquième destination des migrants [Internet]. Statista Infographies ; 2017 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://fr.statista.com/infographie/10068/la-france-cinquieme-destination-des-migrants/>
52. Lambert X. Check Point: la Grande-Bretagne est-elle vraiment un Eldorado pour les migrants? [Internet]. RTBF Info ; 2018 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.rtf.be/info/monde/detail_checkpoint-la-grande-bretagne-est-elle-vraiment-un-eldorado-pour-les-migrants?id=9821680
53. Legifrance. Arrêté du 17 novembre 2016 relatif aux modalités de l'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille [Internet]. 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/11/17/JUSF1628271A/jo/texte>
54. Legifrance. Code civil - Article 21-12 [Internet]. 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006419872>
55. Legifrance. Code civil - Article 373 [Internet]. 2002 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426547>
56. Legifrance. Code civil - Article 375 [Internet]. 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426776>)

57. Legifrance. Code civil - Article 390 [Internet]. 2015 [consulté le 1 novembre 2018].
Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006427231>
58. Legifrance. Code civil - Article 399 [Internet]. 2015 [consulté le 1 novembre 2018].
Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=48E16310BC116F661D58894A6D262776.tpdjo13v_3?idArticle=LEGIARTI000006427530&cidTexte=LEGITEXT000006070721
59. Legifrance. Code civil - Article 408 [Internet]. 2015 [consulté le 1 novembre 2018].
Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=7FA9D59E24AC6F8F1DCB4EB5E74C3635.tpdjo14v_2?idArticle=LEGIARTI000022357512&cidTexte=LEGITEXT000006070721
60. Legifrance. Code civil - Article 411 [Internet]. 2016 [consulté le 1 novembre 2018].
Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006427552>
61. Legifrance. Code de la santé publique - Article L1111-4 [Internet]. 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767>
62. Legifrance. Code de la santé publique - Article L1111-5 [Internet]. 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685769>
63. Legifrance. Code de la santé publique - Article R4127-42 [Internet]. 2004 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=3123839F8F219799F7B373AFEBECE3C6.tpdjo15v_3?idArticle=LEGIARTI000006912905&cidTexte=LEGITEXT000006072665

64. Legifrance. Code de l'action sociale et des familles - Article L111-2 [Internet]. 2015 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B0DA5556E630002C7297E2736652FF6E.tpdjo01v_2?idArticle=LEGIARTI000006796415&cidTexte=LEGITEXT000006074069
65. Legifrance. Code de l'action sociale et des familles - Article L112-3 [Internet]. 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=1B40873491F79AB0655A75B0FBBC7D8E.tplgr25s_2?idArticle=LEGIARTI000032207276&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20180425
66. Legifrance. Code de l'action sociale et des familles - Article L221-1 [Internet]. 2018 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=79DBC7269DE7DF2B89DACC8F8A4BD14C3.tpdjo08v_1?idArticle=LEGIARTI000006796782&cidTexte=LEGITEXT000006074069
67. Legifrance. Code de l'action sociale et des familles - Article R221-13 [Internet]. 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000032773770&dateTexte=29990101&categorieLien=cid>
68. Legifrance. Code de l'éducation - Article L111-1 [Internet]. 2013 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071191&idArticle=LEGIARTI000006524366>
69. Legifrance. Code de l'éducation - Article L131-1 [Internet]. 2000 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006524422&cidTexte=LEGITEXT000006071191>

70. Legifrance. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L311-1 [Internet]. 2018 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006335030&cidTexte=LEGITEXT000006070158>
71. Legifrance. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L313-11 [Internet]. 2017 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070158&idArticle=LEGIARTI000024197223>
72. Legifrance. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L313-15 [Internet]. 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=33118DB3851A490690DBFEEA962651CE.tpdjo02v_2?idArticle=LEGIARTI000024195427&cidTexte=LEGITEXT000006070158
73. Legifrance. Code de l'organisation judiciaire - Article L213-3 [Internet]. 2018 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=48085A4113267183C3014774CA5C5F6F.tpdjo08v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006182779&cidTexte=LEGITEXT000006071164
74. Legifrance. Code de procédure civile - Article 1191 [Internet]. 2013 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006412171&cidTexte=LEGITEXT000006070716&dateTexte=20100130>
75. Legifrance. Code du travail - Article L5221-5 [Internet]. 2018 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006903735>
76. Legifrance. Conseil d'État, Juge des référés, 15/02/2017, 407355, publié au recueil lebon [Internet]. 2017 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000034056274>

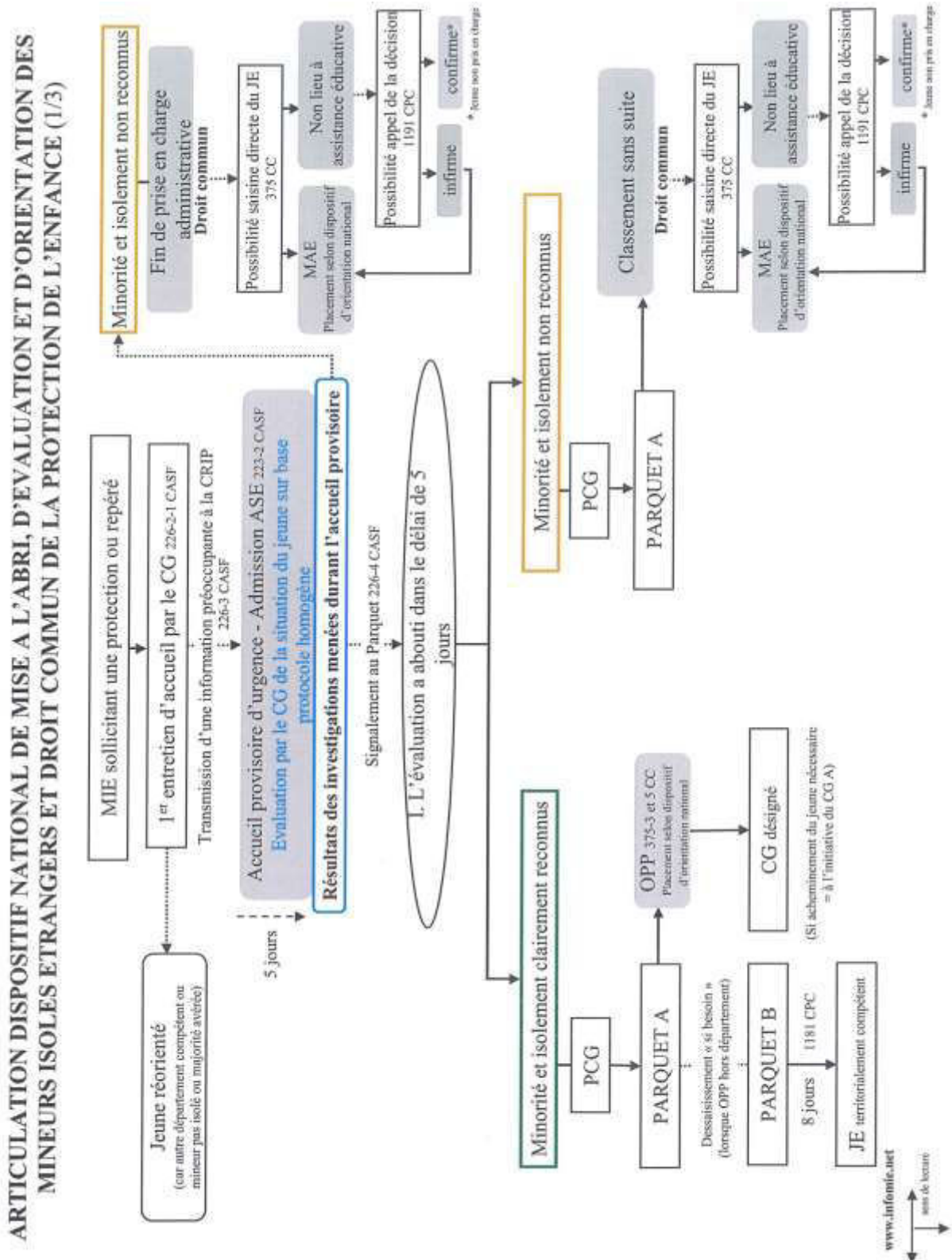
77. Legifrance. Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant [Internet]. 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032205234&categorieLien=id>
78. Médecins du Monde. Programme Mineurs Isolés Etrangers Paris - Rapport d'activité 2015 [Internet]. 2015 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : http://www.infomie.net/IMG/pdf/rapport_d_activite_2015_programme_mie_paris.pdf
79. Ministère de l'éducation nationale. Bulletin officiel de l'éducation nationale spécial n°10 du 25 avril 2002, modalités d'inscription et de scolarisation des élèves de nationalité étrangère des premier et second degrés [Internet]. 2002 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.education.gouv.fr/botexte/sp10020425/MENE0200681C.htm>
80. Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse. Circulaire n° 2012-141 du 2-10-2012 - Organisation de la scolarité des élèves allophones nouvellement arrivés [Internet]. 2012 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : http://www.education.gouv.fr/pid25535/bulletin_officiel.html?cid_bo=61536
81. Ministère de la justice. 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]. 2013 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSF1314192C.pdf
82. Ministère de la justice, Ministère de l'intérieur, Ministère des affaires sociales et de la santé. Dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des mineurs isolés étrangers, protocole entre l'Etat et les départements [Internet]. 2013 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_310513protocolemie2.pdf
83. Ministère de la justice. Communiqué de Jean-Jacques Urvoas, Comité de suivi des mineurs isolés [Internet]. Agence News Presse ; 2016 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : http://www.newspress.fr/Communique_FR_294977_4159.aspx

84. Ministère de la justice. Mission Mineurs Non Accompagnés [Internet]. [2016?] [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/plaquette_presentation_mna.pdf
85. Ministère de la justice, Mission Mineurs Non Accompagnés. Rapport annuel d'activité 2016 [Internet]. 2017 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAA_MMNA_2016.pdf
86. Ministère de la justice, Mission Mineurs Non Accompagnés. Rapport annuel d'activité 2017 [Internet]. 2018 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAA-MMNA-2017.pdf
87. OFPRA (Office français de protection des réfugiés et apatrides). Guide de l'asile pour les Mineurs Isolés Étrangers en France [Internet]. 2013 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : http://infomie.net/IMG/pdf/ofpra_guide_de_lasile_mie_en_france.pdf
88. ONU (Organisation des nations unies). Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant [Internet]. 1989 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.humanium.org/fr/texte-integral-convention-internationale-relative-droits-enfant-1989/>
89. Rivet P. Mineurs étrangers, un problème majeur [Internet]. Est Républicain. 2017 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.estrepublicain.fr/actualite/2017/09/11/mineurs-etrangers-un-probleme-majeur>
90. Rivet P. « Restaurer la sérénité nécessaire » [Internet]. Est Républicain ; 2017 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.estrepublicain.fr/actualite/2017/09/11/restaurer-la-serenite-necessaire>
91. Sarango E. Meurthe-et-Moselle : 260 mineurs isolés pris en charge par le Département [Internet]. France Bleu ; 2017 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.francebleu.fr/infos/societe/meurthe-et-moselle-260-mineurs-isoles-pris-en-charge-par-le-departement-1501866192>

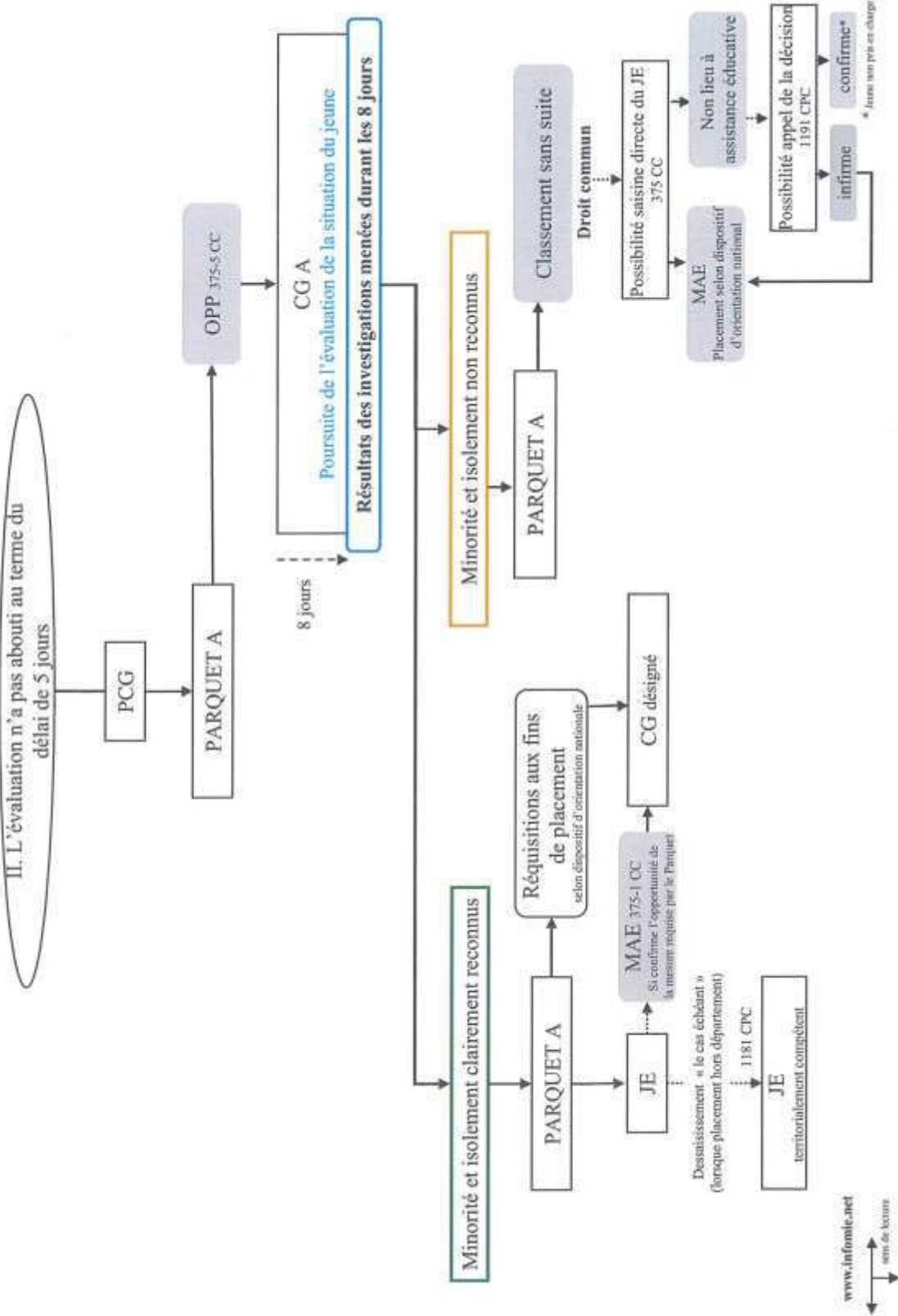
92. Verbeke L. Pourquoi les migrants continuent de rêver d'Angleterre [Internet]. France Culture ; 2018 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <https://www.franceculture.fr/societe/les-migrants-continuent-de-rever-dangleterre>
93. Vincent L. Libye : les migrants pris dans un «système infernal» [Internet]. RFI Afrique ; 2017 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.rfi.fr/afrique/20170522-libye-migrants-systeme-infernal-europe-onu-refugies>
94. Vincent L. Marchés aux esclaves en Libye: un enfer qui ne date pas d'hier [Internet]. RFI Afrique ; 2017 [consulté le 1 novembre 2018]. Disponible sur : <http://www.rfi.fr/afrique/20171120-indignation-apres-diffusion-cnn-images-marches-esclaves-libye>

ANNEXES

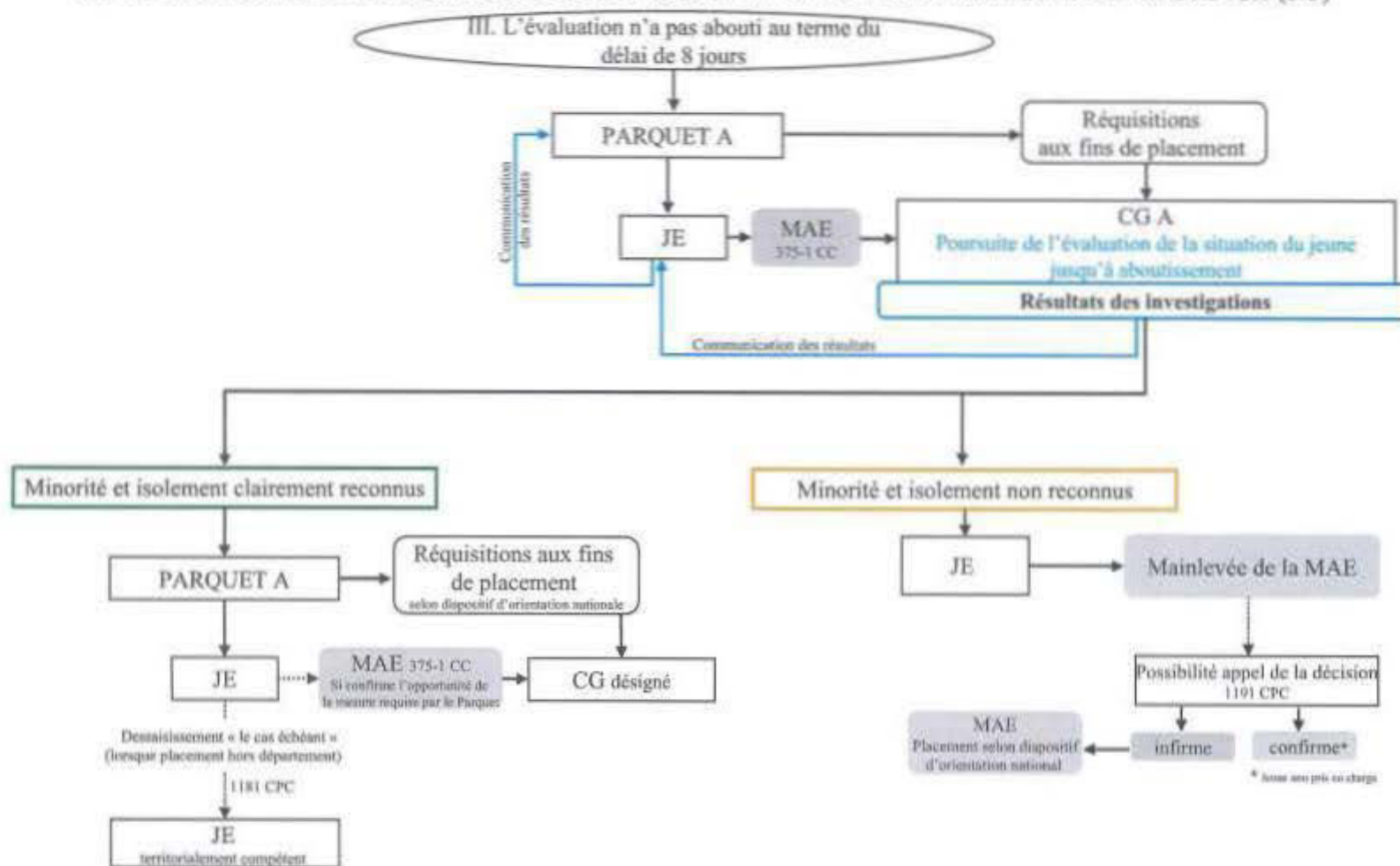
ANNEXE 1 : Schéma du dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des mineurs isolés étrangers (InfoMIE, 2013)



ARTICULATION DISPOSITIF NATIONAL DE MISE A L'ABRI, D'EVALUATION ET D'ORIENTATION DES MINEURS ISOLES ETRANGERS ET DROIT COMMUN DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE (2/3)



ARTICULATION DISPOSITIF NATIONAL DE MISE A L'ABRI, D'EVALUATION ET D'ORIENTATION DES MINEURS ISOLES ETRANGERS ET DROIT COMMUN DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE (3/3)



ANNEXE 2 : Document de recueil des informations médicales, utilisé en 1^{ère} consultation

EXAMEN BUCCO-DENTAIRE SUMPPS

PATIENT	EXAMINATEUR
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Date de naissance	Date de l'examen
Sexe	Lieu du dépistage
Niveau étude	Nationalité
Etablissement	

Santé générale : RAS
 ou Pathologie particulière ? (diabète, risque Oslérien, allergie...)

Tabac ? (nombre de cig par jour, depuis combien de temps ?)

Addiction ?

Activité sportive ? si oui, laquelle ?

Port d'une protection dento-maxillaire ?

Date du dernier rendez-vous chez le dentiste ?

Y a-t-il ou y a-t-il eu un traitement d'orthodontie ?

ETAT DENTAIRE

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

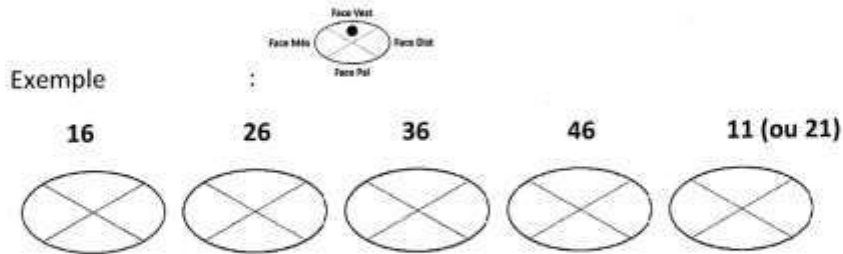
CODE DE REMPLISSAGE DE LA GRILLE :

- 0 saine
- 1 carie initiale active
- 2 pertuis inférieur à 2 mm
- 3 ouverture supérieur à 2 mm
- 4 obturation d'1 face maxi
- 5 obturation de plus d'une face
- 6 couronne
- 7 prothèse (portée)
- 8 définitive perdue non remplacée
- A temporaire saine
- B temporaire cariée ou soignée
- C orthodontie
- X codage impossible

ETAT PARODONTAL

Présence de plaque dentaire : (évaluation SEP)

Faire un point si présence de plaque dans la zone concernée : (plaque visible à l'œil nu ou au passage de la sonde, quelle que soit la quantité)



Présence de tartre : (indice de Ramford modifié)

42	41	31	32

X Absence de la dent naturelle

0 Pas de tartre

1 tartre supra-gingival avec un liseré calcifié inf à 1 mm d'épaisseur

2 tartre supra ou sous-gingival d'une hauteur supérieure à 1 mm d'épaisseur

3 tartre supra ou sous-gingival abondant et mise en continuité d'une dent à l'autre

Gingivite ?

œdème

rougeur

saignement (observé ou décrit par le patient)

AUTRES

Bruxisme ?

Troubles des articulations temporo-mandibulaires ?

Grignotage ?

Consommation de sodas ? Si oui, nombre de verre par jour environ ?

Brossage ?

A quelle fréquence ?

Avec un dentifrice fluoré ?

Douleurs ?

Nécessité d'adresser ?

REMARQUES

Table des matières

TABLE DES FIGURES	12
TABLE DES TABLEAUX	13
LISTE DES ABRÉVIATIONS	14
INTRODUCTION	16
1. GÉNÉRALITÉS	18
1.1. Définitions	18
1.2. Contexte démographique à l'échelle nationale.....	19
1.3. Contexte législatif et réglementaire	25
1.4. Protocoles de prise en charge.....	27
1.4.1. Prise en charge administrativo-judiciaire initiale.....	27
1.4.2. Prise en charge sociale, éducative et/ou professionnelle.....	33
1.4.2. Prise en charge sanitaire	37
1.5. Situation en Meurthe-et-Moselle.....	40
1.6. Objectifs de l'étude.....	44
2. ÉTUDE DE LA POPULATION DE MINEURS NON ACCOMPAGNÉS AYANT FRÉQUENTÉ LE CENTRE DE SOINS DENTAIRES DU CHRU DE NANCY DEPUIS 2017	45
2.1. Inclusion des patients à l'étude	45
2.1.1 Source des données	45
2.1.2. Modalités de recueil et sélection des données.....	45
2.2. Résultats	46
2.2.1. Caractéristiques de la population	46
2.2.2. Données médicales générales.....	48
2.2.3. Données bucco-dentaires	49
3. DISCUSSION SUR L'ÉTUDE	60
3.1. Critiques et limites de l'étude	60
3.2. Intérêts de l'étude.....	62
3.3. Interprétation des résultats.....	62

3.3.1. Lésions carieuses et indice CAOD.....	63
3.3.2. Bruxisme.....	64
3.3.3. Fluorose.....	65
3.4. Améliorations envisageables à la prise en charge bucco-dentaire des Mineurs Non Accompagnés.....	67
CONCLUSION	71
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	75
ANNEXES	88

PERRIN Thibault - État de santé bucco-dentaire des mineurs non accompagnés accueillis au service d'odontologie du CHRU de Nancy en 2017 : un premier constat.

Nancy 2019 : 94 pages, 14 figures, 5 tableaux

Th. : Chir-Dent. : Nancy 2019

Mots-clefs :

- Mineurs isolés
- Mineurs non accompagnés
- Migrants
- Santé bucco-dentaire

Résumé :

La problématique des mineurs non accompagnés, c'est-à-dire des migrants de moins de 18 ans qui arrivent en France sans tuteur légal, prend de plus en plus d'importance dans notre société. La responsabilité de leur prise en charge et de leur protection incombe aux conseils départementaux. Dans ce travail nous réalisons un état des lieux des lois et règlements qui régissent cette prise en charge au niveau social, éducatif et sanitaire notamment. Puis grâce à un échantillon de 67 jeunes mineurs non accompagnés pris en charge au service d'odontologie du CHRU de Nancy depuis 2017, nous étudions les pathologies bucco-dentaires dont ils souffrent le plus souvent ainsi que certaines caractéristiques de leur hygiène bucco-dentaire. Après avoir analysé les résultats obtenus à la lumière de la littérature scientifique, nous proposons enfin quelques propositions destinées à améliorer leur prise en charge au niveau bucco-dentaire.

Membres du jury :

Pr. J.-M. MARTRETTE	Professeur des Universités	Président
<u>Dr. C. CLÉMENT</u>	<u>Maître de Conférences</u>	<u>Directrice de thèse</u>
Dr. K. YASUKAWA	Maître de Conférences	Juge
Dr. A. BAUDET	Assistant	Juge

Adresse de l'auteur :

Thibault PERRIN
3 rue du presbytère
54118 MOYEN

Jury : Président : J-M. MARTRETTE – Professeur des Universités
Juges : C. CLÉMENT – Maître de Conférences des Universités
K. YASUKAWA – Maître de Conférences des Universités
A. BAUDET – Assistant Hospitalo-Universitaire

Thèse pour obtenir le diplôme d'État de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par : Monsieur PERRIN Thibault

né(e) à : Lunéville (Meurthe-et-Moselle)

le 07 avril 1993

et ayant pour titre : « État de santé bucco-dentaire des mineurs non accompagnés accueillis au service d'odontologie du CHRU de Nancy en 2017 : un premier constat ».

Le Président du jury



J.M. MARTRETTE

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie



J.M. MARTRETTE

Autorise à soutenir et imprimer la thèse 10553

NANCY, le 26 NOV. 2019

Le Président de l'Université de Lorraine



P. MUTZENHARDT