



UNIVERSITE
BRETAGNE
LOIRE

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

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Pauline Rieu

Née le 31/07/1993 à Tours

**Etat de santé des
mineurs non
accompagnés dits
« mineurs isolés
étrangers » dans le
Morbihan en 2018 et
2019.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 10/11/2020**

devant le jury composé de :

Matthieu REVEST

PU-PH en Maladies infectieuses – CHU Rennes /
président

Jean-Pierre GANGNEUX

PU-PH en Parasitologie et mycologie – CHU
Rennes / *juge*

Éric MENER

Professeur associé en médecine générale –
Département de médecine générale Rennes / *juge*

Bernard GALLEN

Docteur en médecine générale – Groupe Hospitalier
Bretagne Sud / *directeur de thèse*



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

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Pauline Rieu

Née le 31/07/1993 à Tours

**Etat de santé des
mineurs non
accompagnés dits
« mineurs isolés
étrangers » dans le
Morbihan en 2018 et
2019.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 10/11/2020**

devant le jury composé de :

Matthieu REVEST

PU-PH en Maladies infectieuses – CHU Rennes /
président

Jean-Pierre GANGNEUX

PU-PH en Parasitologie et mycologie – CHU
Rennes / *juge*

Éric MENER

Professeur associé en médecine générale –
Département de médecine générale Rennes / *juge*

Bernard GALLEN

Docteur en médecine générale – Groupe Hospitalier
Bretagne Sud / *directeur de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
CUGGIA	Marc	PU-PH	technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur associé	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY	Benoit	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLÉ	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie; transfusion

JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutiques-Médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie; embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIÉ	Jean-Marc	PU-PH	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses; maladies tropicales
THIBAULT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAULT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique; reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BOUGET	Jacques	Professeur des Universités EMERITE	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CHALES	Gérard	Professeur des Universités EMERITE	Rhumatologie
DAUBERT	Jean-Claude	Professeur des Universités EMERITE	Cardiologie
DEUGNIER	Yves	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
EDAN	Gilles	Professeur des Universités CONSULTANAT	Neurologie
HUSSON	Jean-Louis	Professeur des Universités EMERITE	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN	Denis	Professeur des Universités EMERITE	Chirurgie orthopédique et traumatologique

LEGUERRIER	Alain	Professeur des Universités EMERITE	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur des Universités EMERITE	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MICHELET	Christian	Professeur des Universités EMERITE	Maladies infectieuses; maladies tropicales

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSEMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MC Associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMARY	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCU	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; addictologie
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie

FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	MC Associé	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène- Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NAUDET	Florian	MCU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie- Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements

Au Professeur Matthieu REVEST,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous suis reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Je vous remercie également pour la qualité de vos enseignements lors du DU de médecine tropicale et humanitaire.

Au Professeur Jean-Pierre GANGNEUX,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci à vous et l'ensemble de l'équipe pédagogique du DU de médecine tropicale et humanitaire pour ce bel et riche enseignement.

Au Professeur Éric MENER,

Pour avoir accepté de juger ce travail. Merci pour ta disponibilité et tes conseils lors de ce travail ainsi que lors de mon stage à la maison médicale de Ploërmel.

Au Docteur Bernard GALLEN,

Un grand merci pour ta disponibilité et ton attention bienveillante tout au long de ce travail. Je te suis infiniment reconnaissante de m'avoir proposé un sujet aussi passionnant et enrichissant. Merci pour ce semestre fléchi au centre de Lorient qui restera un des meilleurs souvenirs professionnel et humain de mon internat. En espérant pouvoir de nouveau travailler ensemble prochainement.

A toute l'équipe du centre du voyageur international de Lorient, merci pour votre accueil, c'était un plaisir de travailler avec vous.

A Madame Béatrice MAUDET et son équipe de l'Aide Sociale à l'Enfance, merci de m'avoir accueilli dans vos locaux et de m'avoir autorisé l'accès aux dossiers des MNA pour mener au mieux ce travail.

Au Docteur Gaylord DELOBRE, pour les conseils suite à la relecture de ce travail.

A tous les médecins, professionnels médicaux/paramédicaux, mais aussi patients rencontrés au cours de mes études et qui m'ont tant appris et qui m'ont fait aimer la médecine générale.

A mes proches ;

Mes parents, Juliette, Robin, mes grands-parents et toute ma famille,

Julien,

Mes amis de toujours et de médecine de Tours,

Mes amis de l'internat breton ; Merci pour tout, votre soutien et ces bons moments.

Table des matières

<u>Introduction</u>	10
Contexte et définitions	10
Définitions	10
Contexte migratoire	10
Typologie des MNA	11
Différents facteurs de vulnérabilité et besoin en santé	12
Cadre légal	12
Modalités d'accès aux soins	14
Les acteurs de santé en Bretagne	15
Objectif de l'étude	15
<u>Matériels et Méthodes</u>	16
Caractéristiques générales	16
Population étudiée	16
Recueil des données	16
Analyse statistique des données	17
<u>Résultats</u>	18
Caractéristiques de la population	18
Pathologies diagnostiquées	20
Pathologies infectieuses parasitaires	21
Pathologies infectieuses non parasitaires	22
Autres pathologies	23
Pathologies mentales	24
Pathologies dentaires	25
Prise en charge spécialisée, examens complémentaires et traitements	26
Prise en charge spécialisée	26
Examens complémentaires	27
Traitements	27
Statut vaccinal	28
<u>Discussion</u>	30
Discussion concernant la méthodologie	30
Forces de l'étude	30
Limites de l'étude	30
Discussion des principaux résultats	31
Pathologies mentales	32
Pathologies infectieuses	32
Sérologies et rattrapage vaccinal	33
Bilan recommandé pour les MNA par le HCSP	34
Perspectives	35
<u>Conclusion</u>	37

Références bibliographiques	38
Liste des abréviations	42
Annexes	43

Liste des illustrations :

Liste des figures :

<u>Figure n°1</u> : Répartition des MNA par nationalité.....	20
<u>Figure n°2</u> : Répartition des MNA par nationalité et année de prise en charge	20
<u>Figure n°3</u> : Proportion des pathologies diagnostiquées chez les MNA	21
<u>Figure n°4</u> : Répartition des principales pathologies chez les MNA	26
<u>Figure n°5</u> : Répartition des traitements prescrits par classe thérapeutique	28
<u>Figure n°6</u> : Statuts sérologiques par pathologies	29
<u>Figure n°7</u> : Prévalence de patients non immunisés par région	29

Liste des tableaux :

<u>Tableau n°1</u> : Caractéristiques de la population selon les régions COMEDE.....	19
<u>Tableau n°2</u> : Effectifs et prévalence des pathologies infectieuses	23

Liste des documents annexés :

<u>Annexe n°1</u> : Procédure d'évaluation de la minorité et de l'isolement.....	43
<u>Annexe n°2</u> : L'accès aux droits et aux soins des mineurs non accompagnés en France	44
<u>Annexe n°3</u> : Autorisation d'accès aux dossiers MNA	45
<u>Annexe n°4</u> : Classification et effectifs par région d'origine selon le COMEDE	47
<u>Annexe n°5</u> : Fiche médicale type bilan de santé MNA du centre de Lorient	48
<u>Annexe n°6</u> : Protocole médical Bilharziose, Réseau Louis Guilloux.....	50
<u>Annexe n°7</u> : Anciennes et nouvelles normes sérologie tétanos	51

I. INTRODUCTION

1. Contexte et définitions

a) Définitions

Aujourd'hui, parmi les exilés en Europe, on retrouve de plus en plus de mineurs : selon l'Unicef plus d'un exilé sur 3 est mineur (1)(2). Parmi ces enfants migrants, une partie d'entre eux sont seuls, sans leurs parents et sans adulte référent.

Ce sont les mineurs non accompagnés (MNA), anciennement appelés jusqu'en 2016, mineurs isolés étrangers (MIE).

La définition retenue par la Directive du Parlement européen en 2011 est celle d'un « ressortissant d'un pays tiers ou un apatride âgé de moins de 18 ans, qui entre sur le territoire des États membres sans être accompagné d'un adulte qui est responsable de lui, de par le droit ou la pratique en vigueur dans l'État membre concerné, et tant qu'il n'est pas effectivement pris en charge par une telle personne; cette expression couvre aussi le mineur qui a été laissé seul après être entré sur le territoire des États membres» (3).

Le terme MNA est donc le terme administratif qui désigne des personnes âgées de moins de 18 ans, de nationalité étrangère, privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille sur le territoire français (4).

b) Contexte migratoire

La problématique des MNA a pris une ampleur croissante au cours de ces dernières années, dans un contexte global de crise migratoire qui touche l'Union Européenne et notamment la France.

Longtemps sous-estimé, le nombre exact d'enfants et adolescents non accompagnés en France est difficile à connaître.

Néanmoins, les chiffres fournis par le rapport annuel de la mission MNA (MMNA) du ministère de la Justice font état de 17 022 mineurs non accompagnés déclarés à la cellule nationale sur l'année 2018 contre 14 908 en 2017 et 8 054 en 2016 (5). L'année 2017 a connu une augmentation record de 85 %, suivie d'une nouvelle augmentation de 14 % en 2018.

Ces estimations varient selon les acteurs : dans un rapport de l'assemblée des départements de France (ADF), l'aide sociale à l'enfance (ASE) a estimé à 25 000 le nombre de MNA protégés à la fin de l'année

2017. L'ADF indique également que le nombre de mineurs isolés non protégés, incluant les enfants déclarés majeurs, n'est pas connu (6)(7).

Dans son rapport d'activité de 2019, le COMEDE (comité pour la santé des exilés) estimait à 50 000 en 2017 le nombre d'enfants particulièrement vulnérables dont la moitié était des MNA et l'autre moitié des enfants relevant de la protection de l'OFPPA au titre d'asile (8).

c) Typologie des MNA

La définition de MNA recouvre une très grande hétérogénéité de situations individuelles. La différence dans les profils des jeunes concerne leur âge, leur composition familiale, les conditions culturelles et socio-économiques dans lesquelles ils ont grandi dans leur pays d'origine, la nature de leur isolement et la raison de leur parcours migratoire (9).

Chaque histoire est singulière, mais différents profils se dessinent. Dans le cadre d'une étude sociologique, Angelina Etienne détermine une typologie définissant les raisons de départs des jeunes migrants. L'analyse des données définit une configuration à 7 types de MNA (10)(11):

- les exilés : ce sont les enfants qui se réfugient en France pour des raisons de conflits ethniques, de guerres, d'appartenance à un groupe minoritaire discriminé dans le pays origine.
- les fugeurs : ces sont ceux qui s'émancipent de leur famille pour échapper à des maltraitances ou conflits intrafamiliaux.
- les errants : ils vivaient déjà dans la rue dans leur pays d'origine, ils ont saisi l'occasion de la poursuite d'une errance plus lointaine en quête d'une vie meilleure.
- les mandatés : ce sont les jeunes incités par leur famille à se rendre en Europe pour les soutenir économiquement.
- les exploités : sont les enfants victimes d'une émigration à des fins d'exploitation de tous genres (travail clandestin, vol forcé, drogues, pédophilie, prostitution...).
- les rejoignants : ce sont ceux dont le projet initial est de retrouver un membre de la famille et qui se retrouve isolé suite à une mésentente ou impossibilité de rejoindre « la communauté ».
- les aspirants : ce sont les jeunes à la recherche de meilleures conditions de vie, engagés dans une forme de quête plus personnelle cherchant à se réaliser en tant qu'individu à travers la migration.

Les profils des MNA sont complexes, les raisons du départ sont parfois multiples et leurs projets migratoires peuvent évoluer avec le temps.

d) Différents facteurs de vulnérabilité et besoin en santé

Ces enfants et adolescents appartiennent à un public fragilisé du fait de leur âge, leur isolement, parce qu'ils ont fait l'expérience de parcours migratoires souvent longs et dangereux et qu'ils ont dû survivre dans des conditions de forte précarité.

Ces différents facteurs de vulnérabilité influencent *in fine* leur état de santé.

Des études épidémiologiques sur l'état de santé des MNA, menées en Gironde et dans le Maine et Loire, sont en accord pour souligner une prévalence non négligeable de pathologies infectieuses et non infectieuses nécessitant une prise en charge adaptée et précoce (12)(13).

Concernant la santé mentale des MNA, des études françaises et internationales montrent une prévalence bien plus importante des troubles psychiques (anxiété, dépression, état de stress post-traumatique...) que dans la population générale (14)(15)(16).

En définitive, les MNA sont des enfants cumulant de nombreux facteurs de vulnérabilité justifiant une prise en charge en santé adaptée et pluridisciplinaire avec une attention particulière aux souffrances psychiques.

2. Cadre légal

La Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant précise leur statut : en tant que « *mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille* »(17), ils relèvent de l'enfance en danger et doivent à ce titre être accueillis par les établissements et services de protection de l'enfance (18). La protection de l'enfance relève des conseils départementaux (CD)(19).

La circulaire du ministère de la Justice du 31 mai 2013 met en place un système de répartition par département, piloté par une cellule nationale sous la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) dans le but d'équilibrer la répartition nationale des MNA et d'harmoniser les évaluations (20).

Le décret du 30 janvier 2019, relatif aux modalités d'évaluation et autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel, prévoit comme un appui à l'évaluation, la création d'un fichier biométrique. Ce fichier est destiné à centraliser les décisions d'évaluation de minorité des départements permettant de savoir si ce statut a été refusé ailleurs (21).

Concernant le déroulé du parcours (22)(23) :

Le dispositif de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des MNA prévu par l'article R221-11 du code de l'action sociale et des familles (CASF)(24) s'articule en deux phases (*annexes n°1,2*):

- une phase administrative
- une phase judiciaire

La première phase administrative dans le cadre d'un accueil provisoire d'urgence (APU) dure cinq jours. Le jeune se déclarant MNA doit se présenter au CD et doit faire l'objet d'un entretien d'accueil et d'une mise à l'abri.

L'évaluation de la minorité et de l'isolement se base dans un premier temps par une évaluation sociale faite « dans une démarche de neutralité et bienveillance » par des professionnels formés et dans une langue comprise par l'intéressé.

Si le jeune présente des documents d'identités prouvant sa minorité, la loi prévoit que ceux-ci font foi. En cas de doute, dans un deuxième temps, il est possible de demander une vérification d'authenticité des documents d'identité en faisant appel au bureau de la fraude de la police aux frontières (PAF).

Ce n'est que si le doute persiste au terme de l'évaluation sociale et documentaire, et seulement dans ce cas, qu'il peut être procédé à une expertise médicale de l'âge sur décision de l'autorité judiciaire (25). Il s'agit en général de mesure de l'âge osseux à partir de radiographies du poignet. Le manque de fiabilité de cet examen, notamment après 15 ans, est connu et rappelé par l'Académie de Médecine en 2007 (26).

Dans le délai de cinq jours, le président du CD saisit le procureur de la République (27). Celui-ci s'appuie sur le dispositif national (M-MNA) pour désigner le CD qui accueillera le mineur.

Si l'évaluation n'a pas abouti en cinq jours, on entre dans la phase judiciaire. Le CD désigné doit saisir le parquet qui prend une ordonnance de placement provisoire (OPP) permettant la poursuite de la mise à l'abri et de l'évaluation (20).

Dans un délai de huit jours, si l'évaluation n'a toujours pas abouti, le juge des enfants doit être saisi et peut prononcer une nouvelle OPP ou des mesures d'assistance éducative.

Le juge des enfants peut également être saisi à tout moment soit directement par le jeune, soit après refus de prise en charge par le CD (28). Si le jeune n'a pas eu d'évaluation, le juge des enfants peut prendre une OPP le temps de l'évaluation.

Le mineur peut faire appel de la décision de non-lieu à assistance éducative du juge des enfants (29). Les délais de prise en charge sont rarement respectés, il arrive que la phase d'évaluation dure plusieurs mois (2).

Les jeunes exclus d'une prise en charge par l'ASE se trouvent dans une situation administrative complexe : non reconnus comme mineurs mais pourtant non majeurs, ils sont exclus de tous les dispositifs. Ils sont alors dans une situation d'extrême vulnérabilité, forcés de survivre dans des conditions de grande précarité et exposés à de nombreux risques avant de pouvoir faire reconnaître leur minorité.

3. Modalités d'accès aux soins

Les MNA pris en charge par les services de l'ASE ou de la PJJ bénéficient de la protection universelle maladie (PUMa, anciennement CMU) et de la complémentaire santé solidaire (CSS, anciennement CMU-c). Seules l'ASE et la PJJ peuvent demander l'ouverture des droits auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) (30)(31).

Les personnes non reconnues mineures ou isolées sont assimilées à des étrangers en situation irrégulière et bénéficient de l'aide médicale d'état (AME) (32). Contrairement aux majeurs, les personnes se déclarant mineures ne sont pas soumises à une présence de trois mois sur le territoire français. Elles peuvent donc demander l'AME dès l'arrivée en France mais sous réserve de fournir une adresse de domiciliation auprès d'un organisme agréé.

En attendant l'ouverture des droits, toute personne se déclarant MNA peut bénéficier gratuitement de soins dans une permanence d'accès aux soins de santé (PASS).

Selon une étude qualitative, le système de soins français reste obscur pour ces jeunes avec de nombreuses incompréhensions. Le rôle de l'éducateur est donc primordial pour les démarches d'accès aux soins (33).

Il existe une disparité d'un département à l'autre concernant les droits d'accès aux soins. Une des demandes de Médecins du Monde concernant l'amélioration de l'accès aux soins des MNA est l'ouverture de la CSS dès la première présentation du jeune (avant la phase d'évaluation) (2). Cela permettrait à la personne un accès aux soins pendant un an, quels que soient les résultats de l'évaluation. Dans un avis du 26 juin 2014, la commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH) recommande concernant les MNA de n'apporter aucune restriction d'accès aux soins médicaux (34).

4. Les acteurs de santé en Bretagne

Selon le rapport d'activité annuel de 2018 et 2019 de la M-MNA, la région Bretagne a accueilli 860 MNA en 2018 et 832 en 2019 dont 178 (1,05%) en 2018 et 177 (1,07%) en 2019 dans le Morbihan (5)(35).

Créé en 2005 à Rennes, le centre médical Louis Guilloux (CMLG) est un centre d'accès aux soins et à la prévention pour la population migrante. Cette structure associative est issue du réseau Louis Guilloux, créé en 1991. Un pool d'interprètes médico-sociaux a également été créé permettant des consultations en langue maternelle pour les patients allophones. La reconnaissance en tant que centre de référence pour la prise en charge des migrants primo-arrivants a permis la création, en 2011, d'un dispositif d'appui des professionnels pour l'ensemble de la Bretagne : le DATASAM (Dispositif d'Appui Technique pour l'Accès aux Soins des Migrants) avec des médecins coordinateurs dans 6 villes (Brest, Lorient, Vannes, Quimper, Rennes et Saint-Brieuc)(36).

Suite aux consultations de dépistage dans un centre d'accès aux soins dédiés aux migrants primo-arrivants, les besoins en santé des MNA requièrent en premier lieu des soins primaires et des soins de santé mentale. Les médecins généralistes sont donc des interlocuteurs privilégiés pour ce public qui nécessite une prise en charge globale.

La consultation du migrant fait appel à l'ensemble des compétences, et notamment la compétence transculturelle, du médecin généraliste défini par la WONCA (organisation mondiale des médecins généralistes)(37). Ces consultations, souvent marquées par la barrière linguistique et culturelle, amènent les médecins à des interrogations sur eux-mêmes et leurs missions. L'analyse de ces interrogations montre l'intérêt d'une réflexion transdisciplinaire et l'importance du réseau local (38).

5. Objectif de l'étude

Il n'existe à ce jour pas d'étude épidémiologique concernant les MNA dans les départements de la région Bretagne. L'objectif principal de cette étude est de décrire les caractéristiques épidémiologiques des MNA dans le Morbihan pour cibler leurs besoins de santé et améliorer leur prise en charge médicale.

II. MATERIELS ET METHODES

1. Caractéristiques générales

Il s'agit d'une étude épidémiologique, rétrospective, observationnelle, descriptive, monocentrique.

2. Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient tous les MNA pris en charge pour bilan de santé initial lors de la consultation dédiée aux migrants du centre des voyageurs de l'hôpital de Lorient du 01/01/2018 au 31/12/2019. Les sujets déclarés majeurs ou non isolés étaient exclus de l'étude.

3. Recueil des données

Un recueil de données a été réalisé sur l'ensemble des dossiers des MNA ayant été pris en charge à l'hôpital de Lorient. Un accord d'accès aux dossiers administratifs a été obtenu auprès de la directrice Enfance Famille du Morbihan (*annexe n°3*). Toutes les données ont été anonymisées. Conformément aux descriptions de la CNIL, il s'agit d'une étude interne avec inscription sur le registre de traitement du Groupe Hospitalier Bretagne Sud.

Pour chaque dossier, il a été recueilli : le sexe, l'âge lors de la consultation, le pays d'origine, le décès d'un ou des parents, le niveau scolaire dans le pays d'origine, le motif de départ, le parcours migratoire, les violences subies lors du parcours, la durée du parcours migratoire, les moyens de transport utilisés, le délai entre l'arrivée en France et la mise à l'abri par l'ASE, ainsi que les associations auxquelles l'ASE a confié la prise en charge des MNA.

Selon la nationalité, les effectifs ont également été classés par région d'origine avec la classification utilisée par le COMEDE (8). Le niveau scolaire dans le pays d'origine a été étudié selon la classification internationale type de l'éducation (CITE) élaborée par l'UNESCO (39). Le parcours migratoire a été classé selon trois trajets principaux ; la route méditerranéenne de l'ouest (via le Maroc), centrale (via la Libye) et celle de l'est (via la Turquie)(40).

Concernant les données analysées lors de la consultation, il a été recueilli : l'année de la consultation à Lorient et la nécessité d'un interprétariat. Le centre de Lorient utilise un interprétariat professionnel téléphonique pour les patients allophones.

Chaque consultation comprenait systématiquement un recueil des antécédents médicaux personnels et familiaux, un entretien médical avec évaluation psychologique et un examen clinique. A la fin de cette consultation, il était réalisé un bilan biologique, un dépistage radiographique de la tuberculose et un rattrapage vaccinal. Selon les besoins, il pouvait également être prescrit d'autres examens complémentaires, des traitements médicamenteux et une orientation vers une prise en charge spécialisée. Dans un deuxième temps, le MNA était reçu en consultation de suivi et de commentaires des résultats.

Le bilan biologique initial comprenait : NFS, plaquettes, CRP, glycémie capillaire, créatinine, bilan hépatique, ferritine, sérologies : VIH, VHB, VHC, Syphilis, Rougeole, Rubéole, Varicelle-Zona ; dosage des anticorps antitétanique pré vaccination, PCR urinaire *Chlamydia trachomatis* et *Gonocoque*, un test de détection de l'interféron gamma (Quantiféron®), dosage des β HCG plasmatiques chez les filles et un examen parasitologique des selles (EPS) sur 3 jours avec méthode de Baermann.

Selon l'origine géographique ou le contexte clinique, il était également réalisé une sérologie bilharziose (41), une sérologie *Helicobacter pylori* et un test Helikit®, une électrophorèse de l'hémoglobine, un examen parasitologique des urines.

Concernant l'évaluation psychologique, à partir des données des dossiers, les diagnostics ont été classés selon les critères du DSM-V et de la CIM-10.

4. Analyse statistique des données

Les données ont été recueillies sur le logiciel Microsoft Excel 2008®. Un total de 42 variables par patient a été récolté. Les résultats ont été analysés par des analyses statistiques descriptives à l'aide des logiciels JMP® et XLSTAT®.

Les graphiques et cartes ont été réalisés avec les logiciels Articque Cartes & Données®, XLSTAT® et Prism7®.

III. RESULTATS

1. Caractéristiques de la population

Au total, 273 dossiers ont été inclus dans l'étude dont 267 garçons (97,8%) et 6 filles (2,2%). Le sexe ratio H/F était de 44,5/1. L'âge moyen lors du premier bilan était de 15,8 ans avec une médiane de 16 ans. L'âge minimum était de 12 ans et le maximum de 17 ans.

Concernant les raisons du départ, les trois causes les plus fréquentes étaient la précarité ($n=81$), la maltraitance ($n=73$) et la mésentente familiale ($n=60$). 60 jeunes ont évoqués des raisons multiples, 1 jeune n'a pas donné de motif à son départ. Les autres motifs de départ étaient : les études ($n=53$), les conflits ($n=47$), décès d'un ou des parents ($n=9$), mariage forcé ($n=5$), santé ($n=2$), autres ($n=2$).

122 MNA ont déclaré avoir un niveau scolaire équivalent au collège. 100 avaient un niveau primaire, 37 n'ont jamais été scolarisés, 12 avaient un niveau équivalent au lycée et 2 avaient un enseignement post secondaire non supérieur. 91 jeunes rapportaient un parent décédé et 30 étaient orphelins.

Les nationalités principales étaient le Mali ($n=82$), la Guinée-Conakry ($n=80$) et la Cote d'Ivoire ($n=33$). Au total, 23 nationalités étaient représentées. 75,8% ($n=207$) de l'échantillon provient de l'Afrique de l'ouest, 9,1% ($n=25$) de l'Afrique du nord et 4,8% ($n=13$) de l'Asie de sud. Les autres régions représentées étaient l'Europe de l'est ($n=9$), l'Asie centrale ($n=7$), l'Afrique de l'est ($n=7$) et l'Afrique centrale ($n=5$). La *figure 1* résume la répartition des MNA par nationalité.

Concernant le parcours migratoire ; 52,7% ($n=144$) ont emprunté la route méditerranéenne de l'ouest (via le Maroc). 75 jeunes sont passés par la Libye, 15 par la route méditerranéenne de l'est (via la Turquie) et 39 ont pris d'autres parcours. Les moyens de transport les plus utilisés étaient la voie terrestre et maritime ($n=212$). Sur les 235 dossiers avec une durée du temps de trajet renseignée, la moyenne était de 7,2 mois [extrêmes 0,03 ; 51 mois] et la médiane de 5 mois. 50,2% ($n=118$) ont mis moins de 6 mois et 31,9% ($n=75$) ont eu un temps de trajet compris entre 6 mois et 1 an.

56,8% ($n=155$) jeunes ont déclaré l'absence de violences durant leur parcours, 107 déclarent avoir subi des violences dont 64 des violences physiques. Les violences durant le parcours étaient manquantes dans 11 dossiers. Le *tableau 1* résume les caractéristiques de la population selon les régions.

	Région COMEDE	Afrique Centrale	Afrique de l'est	Afrique du nord	Afrique de l'ouest	Asie centrale	Asie du sud	Europe de l'est	Total n(%)
Sexe	♀	1	0	0	4	0	0	1	6 (2.2)
	♂	4	7	25	203	7	13	8	267 (97.8)
Age (moyenne)		16.2	16.6	15.8	15.7	15.4	15.6	16.2	15.8
Parents	vivants	3	5	25	98	3	9	9	152 (55.7)
	1 décédé	2	2	0	79	4	4	0	91 (33.3)
	orphelin	0	0	0	30	0	0	0	30 (11)
Niveau scolaire (CITE)	0	0	1	0	33	2	1	0	37 (13.6)
	1	1	4	3	86	1	4	1	100 (36.6)
	2	4	2	14	84	4	8	6	122 (44.7)
	3	0	0	6	4	0	0	2	12 (4.4)
	4	0	0	2	0	0	0	0	2 (0.7)
Parcours migratoire	Via Maroc	0	0	6	138	0	0	0	144 (52.7)
	Via Libye	2	6	0	67	0	0	0	75 (27.5)
	Via Turquie	0	0	0	0	5	10	0	15 (5.5)
	Autres	3	1	19	2*	2	3	9	39 (14.3)
Moyen de transport	Terre	0	0	0	0	4	3	6	13 (4.8)
	Terre et mer	3	6	0	195	2	6	0	212 (77.7)
	Mer	0	0	20	0	0	0	2	22 (8)
	Avion	2	1	5	12	1	4	1	26 (9.5)
Violences	0	3	1	20	112	2	8	9	155 (56.8)
	Physiques	1	2	1	57	2	1	0	64 (23.4)
	Psychologiques	1	2	1	10	1	1	0	16 (5.9)
	Autres/mixtes	0	2	1	22	0	2	0	27 (9.9)
	inconnu	0	0	2	6	2	1	0	11 (4)
Effectif		5	7	25	207	7	13	9	273

*contient une donnée manquante

Tableau 1 : Caractéristiques de la population selon les régions COMEDE.

Le délai moyen de mise à l'abri par l'ASE était de 6,9 jours [extrêmes 0 ; 120 jours] avec une médiane de 2 jours. 86 jeunes étaient sous la protection de l'ASE lors des consultations, d'autres jeunes ont été orientés auprès d'associations dépendantes de l'ASE pour la suite de leur prise en charge. 128 ont été pris en charge par la Sauvegarde 56, 33 par les Apprentis d'Auteuils, 20 par l'ARASS (Association pour la Réalisation d'Actions Sociales Spécialisées). Les autres associations étaient : l'association Saint Yves de Malestroit ($n=2$), la maison de l'enfance de Saint-Louis ($n=2$), famille d'accueil ($n=1$), centre départemental de l'enfance à Hennebont ($n=1$).

Pendant l'année 2018, 128 MNA ont été reçu en consultation et 145 en 2019. La répartition des MNA par nationalité et par année de prise en charge est résumée dans la *figure 2*. Un interprétariat a été nécessaire pour 100 patients (36,6%).

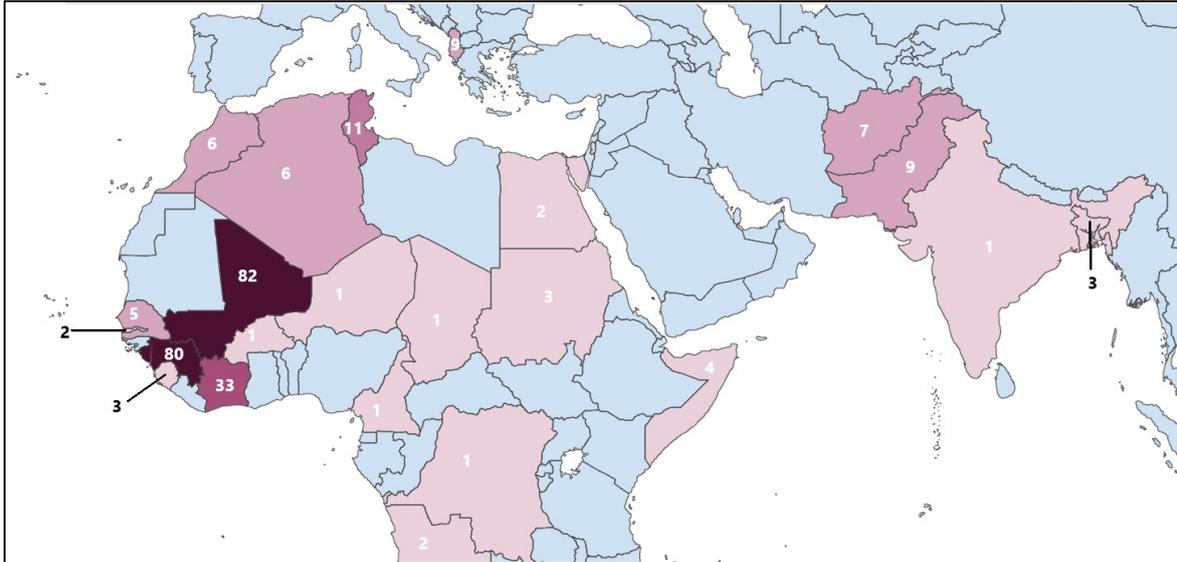


Figure 1 : Répartition des MNA par nationalité.

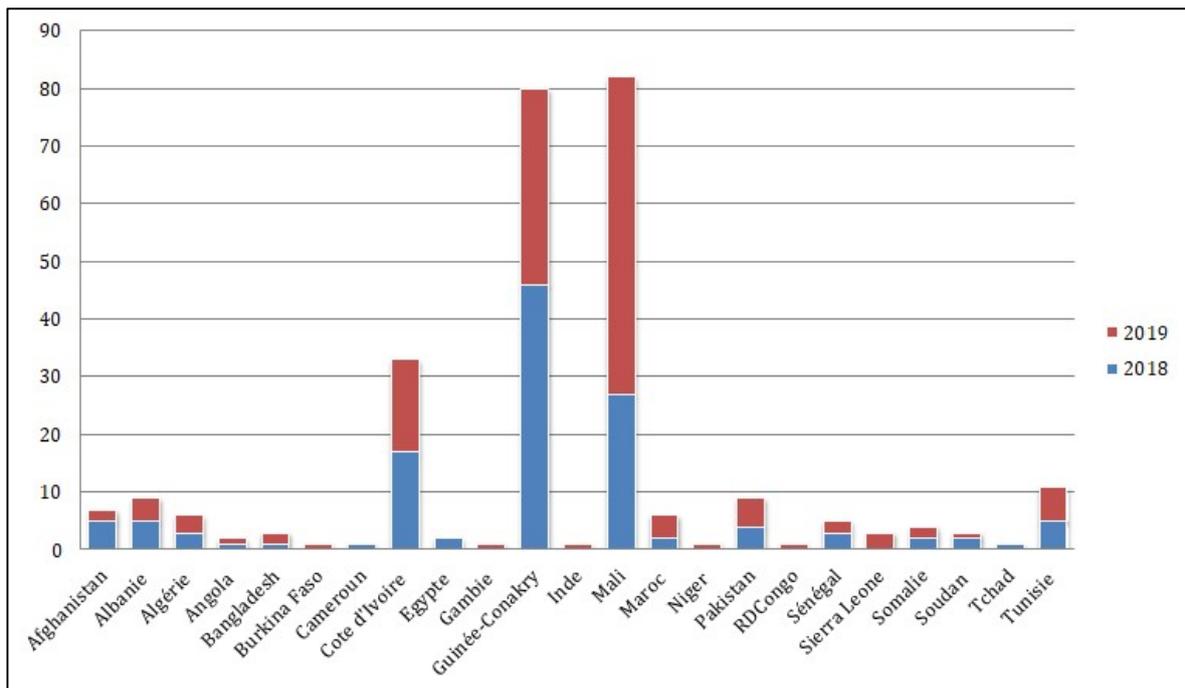
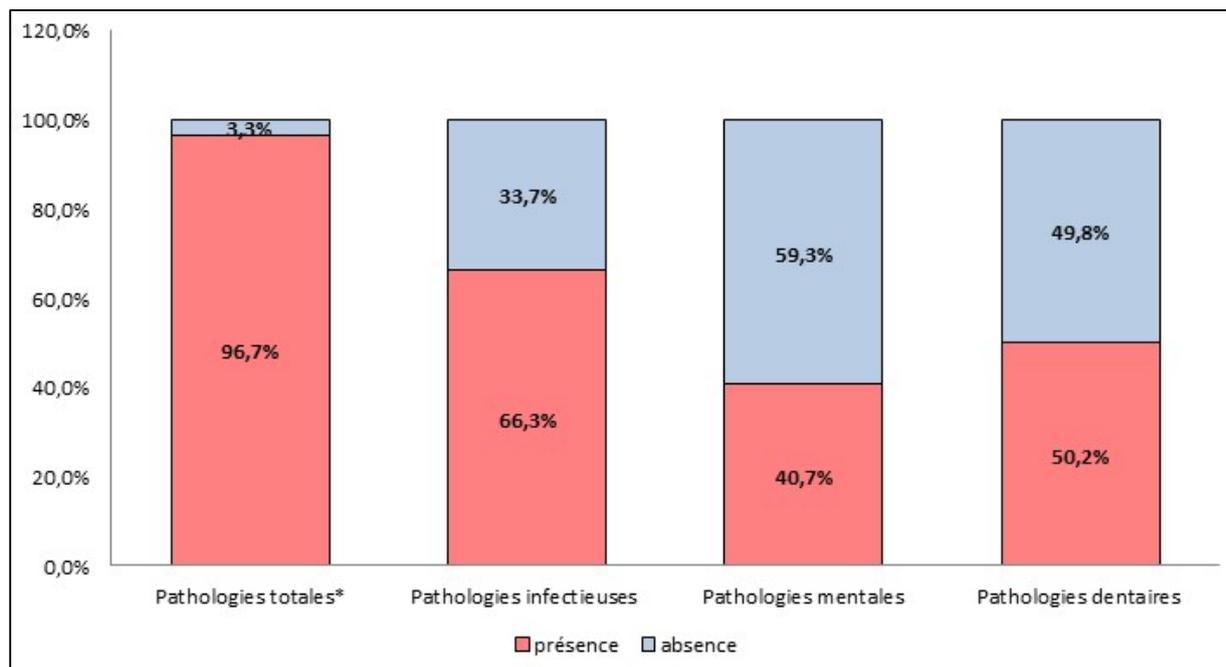


Figure 2 : Répartition des MNA par nationalité et année de prise en charge.

2. Pathologies diagnostiquées

Sur l'ensemble de la population, seulement 9 patients (3,3%) ne présentaient aucune pathologie (physique et mentale) et l'absence d'indication à des soins dentaires. La *figure 3* résume la proportion des différentes pathologies diagnostiquées chez les MNA.



*Pathologies totales = présence de pathologies physiques et/ou mentales et/ou dentaires

Figure 3 : Proportion des pathologies diagnostiquées chez les MNA.

Au total, 66,3% ($n=181$) des patients présentaient des pathologies infectieuses dont plusieurs porteurs de différentes pathologies infectieuses parasitaires et non parasitaires. Le *tableau 2* présente les effectifs et prévalence de chaque pathologie infectieuse dans la population.

a) Pathologies infectieuses parasitaires

Au total, 129 patients (47,2% de la population) étaient porteurs de pathologies parasitaires dont 32 de portages multiples (28 avec 2 parasites et 4 avec 3 parasites). 117 patients étaient originaires d'Afrique de l'ouest avec une prévalence de 85,5% ($n=100/117$) de parasites pathogènes dont 96 sérologies bilharziose positives. Les autres patients étaient originaires d'Afrique de l'est ($n=4$), d'Afrique du nord ($n=4$), d'Afrique centrale ($n=2$), d'Asie centrale ($n=1$) et d'Asie du sud ($n=1$).

Sur l'ensemble des sérologies bilharziose réalisées ($n=216$), 101 (46,8%) étaient positives. Les examens parasitologiques des selles de 3 patients retrouvaient des œufs de *Schistosoma mansoni* et 2 examens parasitologiques des urines contenaient des œufs de *Schistosoma haematobium* sur 34 EPU prescrits.

Concernant les examens parasitologiques des selles : au total, 195 EPS ont été prescrits dont 51 comptés comme données manquantes (comprenant également les EPS réalisés en moins de 3 fois).

Parmi les 144 EPS réalisés en 3 fois : 61,1% ($n=88$) EPS sont revenus négatifs, 38,9% ($n=56$) positifs. Parmi les EPS positifs, 9 examens contenaient 2 types de parasites. 41 patients étaient porteurs de parasites non pathogènes (*Entamoeba coli*, *Endolimax nana*, *Entamoeba hartmanni*, *Pseudolimax butschlii*), 8 étaient porteurs de *Blastocystis hominis*. Pour 13 patients, il existait un portage de parasites pathogènes : *Giardia intestinalis* ($n=5$), *Entamoeba histolytica* ($n=3$), *Hymenolepis nana* ($n=2$), *Necator americanus* ($n=2$), *Trichuris trichiura* ($n=1$).

2 cas de gale ont également été diagnostiqués.

b) Pathologies infectieuses non parasitaires

Concernant la tuberculose : 73 cas (26,7% de la population) d'infection tuberculose latente (ITL) ont été diagnostiqués par test Quantiféron® positif et radiographie thoracique normale. Au total 243 tests ont été réalisés, 30% étaient positifs ($n=73$) et un résultat était douteux. La majorité des tests positifs était retrouvée chez des patients originaire de la région d'Afrique de l'ouest ($n=62$) concernant la prévalence d'ITL les 3 principales régions étaient : l'Afrique centrale (75%, $n=3/4$), l'Afrique de l'est (66%, $n=4/6$) et l'Afrique de l'ouest (33%, $n=62/186$). Aucun cas d'ITL n'a été rapporté pour les régions d'Asie centrale et d'Europe de l'est. Il a également été retrouvé un cas de tuberculose pulmonaire, un cas de Mal de Pott et 2 antécédents de tuberculose maladie traitée.

Concernant l'hépatite B : 10,6% ($n=29$) patients avaient une sérologie VHB compatible avec une infection chronique dont 27 originaires d'Afrique de l'ouest et 2 d'Asie centrale. Un cas d'infection aiguë a été diagnostiqué. Un fibroscan® avait été réalisé pour 24 patients, la majorité n'avait pas de fibrose (F0 $n=13$). Aucun cas de cirrhose n'a été diagnostiqué, 11 avaient une fibrose (F1 $n=6$, F2 $n=4$ et F3 $n=1$).

Concernant les autres infections sexuellement transmissibles : 2 cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* ont été dépistés sur un total de 66 PCR réalisées ainsi qu'un cas de Syphilis primaire. Toutes les sérologies VIH et VHC étaient négatives (hormis 1 cas de sérologie VHC positive avec charge virale négative).

Concernant les autres pathologies infectieuses : 35 patients étaient porteurs d'une infection à *Helicobacter pylori* (sérologie et test Helikit® positifs). Un total de 50 sérologies a été prescrit dont 43 de positives et un total de 41 tests Helikit® dont 35 positifs, 3 négatifs et 3 non réalisés. Un cas d'ostéomyélite à *Staphylococcus aureus* a également été diagnostiqué.

Diagnostic	Effectifs n(prévalence%*)
Infections parasitaires	
Bilharziose	101 (46,8)
dont œufs <i>S. mansoni</i>	3 (2,1)
œufs de <i>S. haematobium</i>	2 (5,9)
Autres parasites pathogènes	13 (9)
dont <i>Giardia intestinalis</i>	5 (3,5)
<i>Entamoeba histolytica</i>	3 (2,1)
<i>Hymenolepis nana</i>	2 (1,4)
<i>Necator americanus</i>	2 (1,4)
<i>Trichuris trichiura</i>	1 (0,7)
Autres parasites**	8 (5,6)
dont <i>Blastocystis hominis</i>	8 (5,6)
Parasites non pathogènes	41 (28,5)
Gale	2 (0,7)
Infections non parasitaires	
ITL	73 (30)
Tuberculose maladie	2 (0,7)
Hépatite B chronique	29 (10,6)
Infection à Helicobacter pylori	35 (92,1)
Autres IST	3
dont <i>Chlamydia trachomatis</i>	2 (3)
Syphilis primaire	1 (0,4)
Autres	3 (1,1)

*prévalence sur le nombre de dépistages réalisés, **pathogénicité controversée

Tableau 2 : Effectifs et prévalence des pathologies infectieuses.

c) Autres pathologies

Un total de 153 cas d'autres pathologies a été diagnostiqué dont 48,3% d'atteintes dermatologiques 20,9% de pathologies hématologiques.

- Pathologies hématologiques :

Concernant les hémoglobinopathies, il a été diagnostiqué 1 cas de drépanocytose homozygote, 3 cas d'hémoglobinoses S-C, 2 cas d'hémoglobinoses C hétérozygote et 5 cas de thalassémie mineure. 6 patients avaient une anémie ferriprive et 12 une carence martiale sans anémie. 2 cas de thrombopénie constitutionnelle ont été retrouvés. Concernant la neutropénie ethnique, un seul cas a été pris en charge en hématologie mais il s'agit d'un diagnostic fréquent qui n'a pas été exploré de façon systématique.

- Pathologies dermatologiques :

Au total, 74 patients présentaient des pathologies dermatologiques dont 77% d'origine mycologique : intertrigo des pieds ($n=43$), Pityriasis versicolor ($n=11$) et perlèche ($n=3$). Les autres pathologies étaient de l'acné ($n=10$), du psoriasis ($n=2$), de l'eczéma ($n=2$), de l'urticaire ($n=1$), une pyodermite récidivante ($n=1$) et un herpès labial ($n=1$).

- Pathologies O.R.L / ophtalmologiques :

Un patient présentait un glaucome chronique et 2 une cécité. Pour 4 patients une hypoacousie a été retrouvée après audiogramme, un patient présentait une surdité unilatérale et un patient une surdité congénitale. Plusieurs cas de perforation tympanique dont un cas opéré et un cas de lésion chéloïde de l'oreille ont également été pris en charge.

- Pathologies orthopédiques :

Concernant les atteintes du rachis, 4 patients présentaient une scoliose et 1 patient une maladie de Scheuermann. Au niveau des membres inférieurs, un patient a été pris en charge pour ostéonécrose de hanche dans un contexte de drépanocytose, il a été retrouvé également un cas de maladie d'Osgood-Schlatter, un cas de tendinite des adducteurs, un cas d'ostéo-arthropathie pubienne, un cas de lésion méniscale et un cas de rupture des ligaments croisés. Un patient présentait un doigt surnuméraire et un patient un antécédent d'amputation d'un doigt post-traumatique.

- Autres pathologies :

Au total, 23 autres diagnostics ont été retrouvés ; souffle cardiaque fonctionnel ($n=7$), malformation congénitale artério-veineuse d'un membre ($n=1$), asthme ($n=1$), pathologies herniaires ($n=2$), cryptorchidie ($n=1$), bride séquellaire de circoncision ($n=1$), hémorroïdes externes ($n=1$), troubles du langage ($n=3$), déficit moteur d'un membre ($n=1$), obésité ($n=1$), gynécomastie pubertaire ($n=1$). 3 cas de mutilations sexuelles ont été retrouvés chez des filles.

d) Pathologies mentales

Les pathologies mentales ont été recensées à partir des symptômes décrits dans les dossiers médicaux. Il n'a pas été utilisé de questionnaire ou échelle validés lors des consultations. Les symptômes décrits ont été analysés de façon pondérée et subjective par rapport aux critères diagnostiques des troubles psychiatriques du DSM-V ou de la CIM-10.

Au total, 40,7% ($n=111$) des patients présentaient des symptômes évoquant des pathologies mentales. 58 patients (21,2%) présentaient des symptômes compatibles avec des troubles anxieux, 38 (13,9%) rapportaient des symptômes évoquant un état de stress post-traumatique (ESPT), 8 avaient des troubles du sommeil avec insomnies. 7 patients présentaient d'autres troubles psychiatriques : troubles de l'humeur avec syndrome dépressif ($n=2$), troubles d'ordre psychotique ($n=2$), troubles du comportement et de l'adaptation ($n=2$), troubles liés aux substances et aux addictions ($n=1$).

Concernant la prévalence des pathologies mentales selon les régions, les régions avec une prévalence plus importante étaient l'Asie du sud (69%, $n=9/13$), l'Afrique centrale (60%, $n=3/5$), l'Afrique de l'est ainsi que l'Asie centrale (57%, $n=4/7$ chacun). La prévalence en Afrique de l'ouest étaient de 38% ($n=79/207$). Parmi les jeunes rapportant des violences subies durant leur parcours migratoire 55% présentaient des pathologies mentales ($n=59/107$), pour ceux ne déclarant pas de violences 33,5% avaient des pathologies mentales ($n=52/155$).

e) Pathologies dentaires

Au total, 50,2% ($n=137$) des patients nécessitaient des soins dentaires.

La répartition des pathologies principalement diagnostiquées chez les MNA est représentée par la *figure 4*.

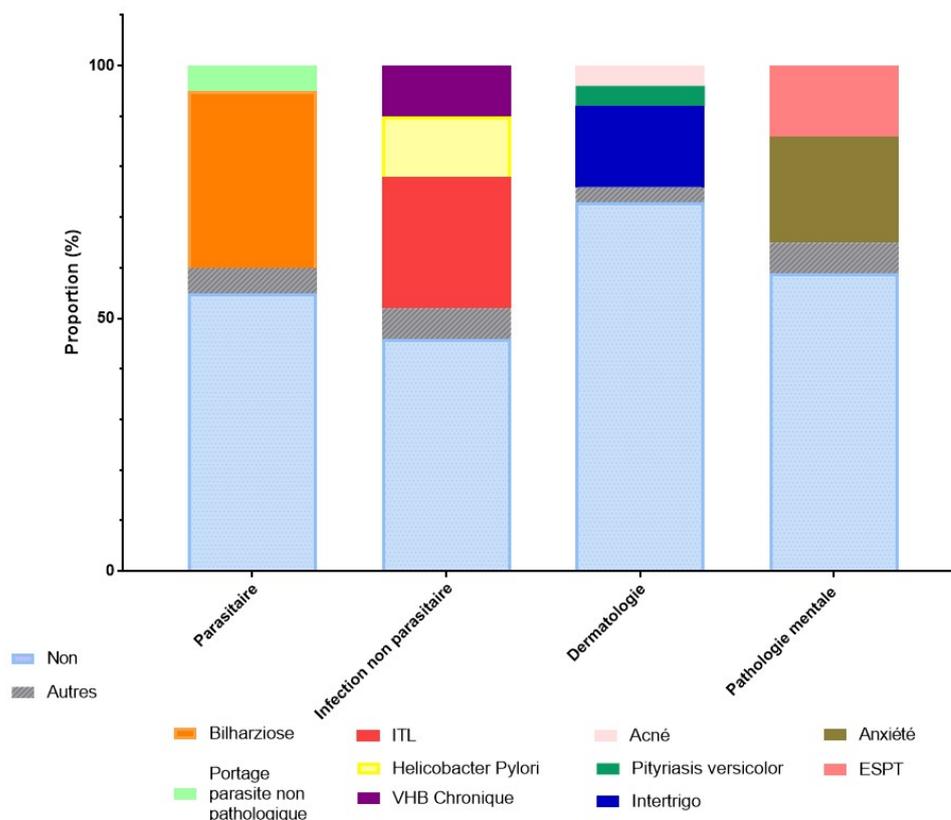


Figure 4 : Répartition des principales pathologies chez les MNA.

3. Prise en charge spécialisée, examens complémentaires et traitements

a) Prise en charge spécialisée

155 patients ont pu bénéficier de prises en charge spécialisées dont 39 de différentes prises en charge.

Concernant les prises en charge médicales, 166 consultations par un spécialiste ont été réalisées. Les trois prises en charge spécialisées les plus fréquentes étaient en infectiologie ($n=68$), prises en charge psychologique/psychiatrique ($n=45$) et en hépatologie ($n=29$). Les autres prises en charge étaient en : cardiologie ($n=9$), pneumologie ($n=4$), hématologie ($n=4$), dermatologie ($n=3$), neurologie ($n=1$), médecine légale ($n=1$), addictologie ($n=1$) et médecine vasculaire ($n=1$).

Concernant les prises en charge chirurgicales, 26 consultations ont été réalisées : en chirurgie O.R.L. ($n=11$), ophtalmologie ($n=6$), orthopédie ($n=5$), chirurgie viscérale ($n=2$) et urologie ($n=2$).

10 patients ont également bénéficié de prises en charges autres avec: kinésithérapeute ($n=6$), orthophoniste ($n=3$) et diététicienne ($n=1$).

b) Examens complémentaires

42 examens complémentaires supplémentaires ont été prescrits ; dont 3 pour le même patient (scanner thoracique, TDM et IRM du rachis). L'examen le plus prescrit était l'échographie abdominale ($n=30$). Les autres examens étaient : le scanner thoracique ($n=4$), radiographie d'un membre ($n=2$), échographie pelvienne ($n=2$), bilan biologique d'hyperéosinophilie persistante ($n=1$).

c) Traitements

70% ($n=191$) des patients avaient eu une prescription de traitement dont 130 plusieurs prescriptions. Les traitements les plus prescrits étaient les anti-parasitaires et antibiotiques. La *figure 5* représente la répartition des traitements prescrits.

Concernant les traitements anti-parasitaires, 113 avaient été prescrits dont 100 ordonnances de Praziquantel en cure unique pour la Bilharziose. Les autres traitements étaient : l'Albendazole ($n=6$), Tiliquinol + Tibroquinol ($n=1$), Ivermectine ($n=5$) et Flubadenzole ($n=1$).

Au total, 108 traitements antibiotiques avaient été prescrits dont 54 traitements anti-tuberculeux : 52 bithérapies pour les ITL et 2 quadrithérapies pour le cas de tuberculose maladie et de mal de Pott. 38 traitements d'éradication d'*Helicobacter pylori* avaient été prescrits donc 37 par protocole avec Bismuth/metronidazole/tétracycline/IPP. Les autres traitements étaient : metronidazole ($n=8$), Levofloxacin/Rifampicine ($n=1$), doxycycline ($n=3$), pristinamycine ($n=1$), azithromycine dose unique ($n=2$) et Benzathine benzylpenicilline ($n=1$).

Concernant les autres classes médicamenteuses prescrites étaient : des traitements anti-viraux ($n=3$) pour une hépatite B chronique avec fibrose, des traitements topiques ($n=59$) pour pathologies dermatologiques dont 43 traitements azolés, 7 traitements pour indication psychiatrique (antipsychotiques $n=3$, hypnotique $n=1$, anxiolytiques $n=2$, benzodiazépines $n=1$), 18 suppléments martiaux, 11 traitements autres (salbutamol $n=2$, antalgiques $n=5$, anti-histaminiques $n=2$, anti acides $n=2$).

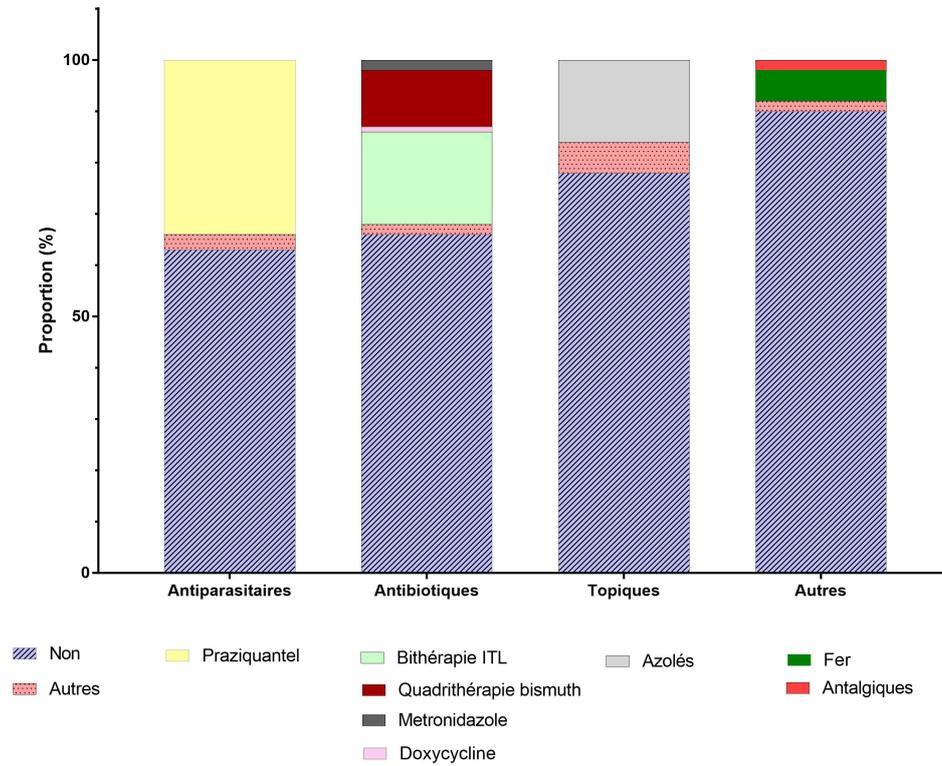


Figure 5 : Répartition des traitements prescrits par classe thérapeutique.

4. Statut vaccinal

A la fin de chaque première consultation il était réalisé une dose de vaccin dTPCa (diphtérie, tétanos, poliomyélite et coqueluche) et une dose de vaccin contre le Méningocoque C. Selon les résultats du bilan biologique de dépistage, la suite du rattrapage vaccinal était effectuée lors des consultations de suivi. Les résultats de patients immunisés pour chaque pathologie sont représentés par la *figure 6* et la prévalence de patients non immunisés selon les régions par la *figure 7*.

Concernant les résultats des sérologies tétanos, 121 patients avaient un taux d'anticorps anti-tétanique $\leq 0,5$ UI/mL dont 68 avaient un taux d'anticorps $< 0,1$ UI/mL et 53 avaient un taux entre 0,1-0,5 UI/mL. 144 patients avaient un taux d'anticorps suffisant ($> 0,5$ UI/mL), 8 patients n'avaient pas eu de sérologies réalisées. Lors des consultations de suivi, 121 patients ont reçu une dose de vaccin dTP.

Concernant l'hépatite B, 115 patients n'étaient pas immunisés et ont bénéficié d'une vaccination en 3 doses. 105 patients avaient une sérologie compatible avec une hépatite B guérie et 23 étaient immunisés après vaccination.

Pour les résultats des sérologies Rougeole et Rubéole, 269 sérologies avaient été réalisées : 44 patients n'étaient pas immunisés pour la rougeole, 17 pour la rubéole, 2 sérologies étaient douteuses. Au total, 63 patients (23% de la population totale) ont été vaccinés en 2 doses. Concernant les sérologies Varicelle-Zona, 272 sérologies avaient été prescrites : 37 patients n'étaient pas immunisés et 11 avaient une sérologie douteuse. Il a donc été réalisé 48 vaccinations en 2 doses (17,6% de l'effectif total).

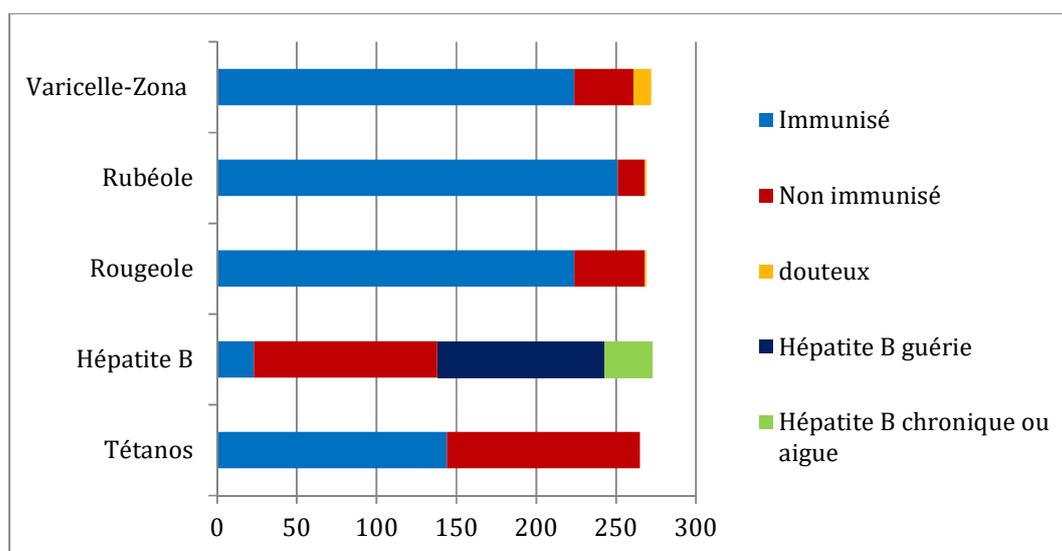


Figure 6 : Statuts sérologiques par pathologies.

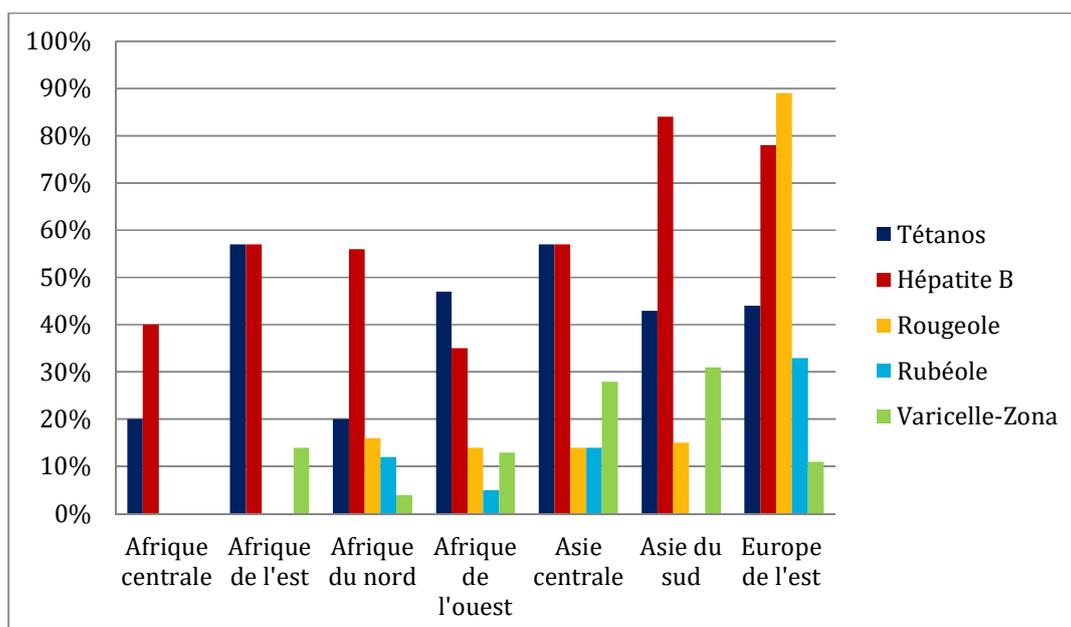


Figure 7 : Prévalence de patients non immunisés par région.

IV. DISCUSSION

1. Discussion concernant la méthodologie de l'étude

a) Forces de l'étude

Il s'agit de la première étude épidémiologique concernant les MNA dans la région Bretagne. Les résultats de cette étude viennent compléter des études réalisées dans d'autres régions (8)(12)(13)(42) et permettent d'apporter de nouvelles données concernant les besoins de santé de cette population. Ce travail est une étude de l'état de santé global des MNA avec des résultats concernant la santé somatique et mentale ainsi que des données sur les soins préventifs (dépistages, vaccinations) et les soins curatifs réalisés.

Toutes les consultations ont été réalisées par le même médecin avec une trame de recueil de données et de prescriptions similaires entre les patients en fonction de leur nationalité et tout en suivant l'évolution des recommandations. Cela a permis d'obtenir une base de donnée avec peu de données manquantes et pouvant se rapprocher d'un recueil prospectif.

b) Limites de l'étude

Les limites sont tout d'abord celles liées à la méthode : le caractère rétrospectif de l'étude entraîne certains biais.

La quasi totalité des MNA venaient en consultation sans documents médicaux ou carnet de santé. Le recueil des antécédents médicaux, de la situation familiale, des raisons du départ et conditions du parcours migratoire repose sur les propres déclarations de chaque mineur. Ces biais d'informations pouvaient être dus à plusieurs facteurs ; des biais de mémorisation notamment chez les MNA souffrant d'état de stress post traumatique, l'utilisation de l'interprétariat chez les patients allophones peut entraîner des pertes d'informations comparés à l'entretien direct, des biais de déclaration chez des jeunes souvent confrontés à un climat de suspicion concernant leur âge.

L'étude sociologique d'Angelina Etiemble a permis de décrire une typologie définissant les raisons de départs des MNA, le caractère rétrospectif du recueil des données n'a pas permis l'utilisation de cette typologie car aurait entraîné de nombreux biais de classification.

Le caractère monocentrique de l'étude entraîne un biais de sélection et ne permet pas d'avoir un échantillon représentatif de l'ensemble des MNA présents sur le territoire français et donc de généraliser les résultats.

Les pathologies mentales ont été classées à partir de symptômes décrits dans les dossiers et sans utilisation d'échelle validée ou de questionnaire lors des consultations. Cette méthode entraîne donc un biais de classification non négligeable dans les résultats. L'évaluation psychologique lors de la consultation ayant surtout un but de repérage et de dépistage des patients ayant le plus rapidement besoin d'une prise en charge spécifique explique l'absence de diagnostic précis.

La plupart des données manquantes sont liées à un biais de suivi et d'attrition (perdus de vue) dans cette population qui est fréquemment en situation instable (changement d'accompagnement social durant la prise en charge, changement d'hébergement, changement de statut, fugues etc...).

Les examens parasitologiques des selles prescrits mais non réalisés étaient souvent dus à un manque d'observance et plus rarement de refus ce qui a pu entraîner un biais dans les résultats des pathologies parasitaires. Il en est de même avec les tests Helikit® non réalisés. Tout l'échantillon n'a pas bénéficié de la prescription d'un quantiféron® et d'une PCR urinaire *Chlamydia/Gonocoque* du fait de l'évolution des recommandations de dépistage dans cette population au cours de l'étude ce qui peut également entraîner des biais dans les résultats.

Il n'a pas été réalisé d'analyse en sous-groupe multivariée du fait des effectifs trop différents entre chaque région.

2. Discussion des principaux résultats de l'étude

Les principaux résultats de cette étude montrent que les MNA sont donc très majoritairement des garçons de 16 ans originaires d'Afrique de l'ouest. Les principales raisons de leur départ étaient la précarité, la maltraitance ou mésentente familiale et 39,2% d'entre eux déclarent avoir subis des violences durant leur parcours migratoire. Les principales pathologies diagnostiquées chez ces jeunes sont des pathologies infectieuses (66,3%) dont certaines transmissibles. 40,7% de ces jeunes présentent des pathologies mentales et environ la moitié nécessite des soins dentaires. Les résultats concernant la protection vaccinale montrent un besoin important de rattrapage vaccinal concernant le tétanos et l'hépatite B. En comparaison avec les données de la littérature, les résultats de cette étude sont globalement similaires à ceux retrouvés dans d'autres départements français et européens (12)(13)(15).

On peut souligner une modification des pays d'origine les plus représentés en fonction des années et des flux migratoires.

a) Pathologies mentales

Concernant les pathologies mentales, les résultats semblent moins importants dans cette étude par rapport aux chiffres de l'étude faite en Gironde (12) mais l'absence d'utilisation de questionnaire validé lors de ces études ne permet pas de les comparer avec précision. Une revue de la littérature sur l'état de santé mentale des MNA montre une grande hétérogénéité des résultats sur 31 études internationales (43) cependant les chiffres de notre étude restent dans les intervalles décrits.

b) Pathologies infectieuses

- Dépistage de la bilharziose :

Un dépistage systématique est préconisé pour tout patient originaire d'Afrique subsaharienne, un protocole médical a été réalisé par le Réseau Louis Guilloux (*cf. annexe n°6*) et appliqué dans cette étude. Une schistosomiase chronique reste longtemps cliniquement discrète mais entraîne une morbidité non négligeable. Pour réduire cette morbidité, l'OMS recommande une chimiothérapie préventive en prise unique avec le traitement de référence (Praziquantel) dans les populations à risques de façon périodique (44)(45).

- Dépistage des ITL :

L'infection tuberculeuse latente constitue le réservoir de nombreux cas de tuberculose maladie dans les pays à faible incidence comme la France. De plus, il a été mis en évidence un haut risque de progression des ITL vers la tuberculose maladie chez les enfants et adolescents. En 2019, le HCSP recommande de maintenir le dépistage (test IDR ou Interféron gamma) et le traitement des ITL chez les enfants migrants jusqu'à l'âge de 18 ans (46).

- Infections à *Helicobacter pylori* :

Les recommandations de la HAS et des sociétés de pédiatries (47)(48), préconisent la réalisation d'une gastroscopie avec biopsies suite à une sérologie *Helicobacter pylori* positive. La sérologie ne permet pas de conclure à une infection active par la bactérie.

Le dépistage systématique à *Helicobacter pylori* n'est pas recommandé cependant les MNA représentent une population à risque originaire de zones géographiques endémiques. L'endoscopie est un geste difficile à réaliser chez les adolescents avec nécessité de sédation.

Après discussion avec les gastro-entérologues de Lorient, il a été décidé un protocole avec réalisation d'un test respiratoire à l'urée après une sérologie positive. Un test positif entraînait l'indication d'un traitement probabiliste suivi d'un test respiratoire à l'urée pour surveillance de l'éradication de la bactérie. Ce protocole est discutable aux vues des recommandations mais a été jugé plus acceptable et moins invasifs pour les patients.

c) Sérologies et rattrapage vaccinal

Lors de la première consultation, tous les patients de l'étude ont reçu une dose de vaccination concernant le Méningocoque C comme recommandé pour la population générale ≤ 24 ans. Une dose de vaccination d'TPca a également été faite pour tous les patients, ce qui permet une nouvelle protection vaccinale concernant la coqueluche et la poliomyélite pour lesquelles il n'est pas recommandé de faire des sérologies pour rendre compte d'une immunité post vaccinale.

Selon les dernières recommandations de la HAS de janvier 2020 concernant le rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal inconnu (49)(50), la sérologie rougeole n'est pas recommandée. Le vaccin ROR peut être administré d'emblée sans attendre les résultats de la sérologie VIH ni du dépistage de la tuberculose maladie chez les personnes asymptomatiques. Du fait du manque de corrélats sérologiques de protection contre la rougeole chez une personne ayant une sérologie positive, de l'absence de risque de vacciner une personne déjà immune et de la circulation active du virus de la rougeole en France, la vaccination ROR en 2 doses espacées d'au moins un mois est recommandée chez tous les migrants nés après 1980. Cependant, aucune étude spécifique comparant le coût efficacité d'une vaccination d'emblée par rapport à la réalisation d'une sérologie pré vaccinale n'a été menée en France. Dans notre étude, 44 patients n'étaient pas immunisés contre la rougeole. Une étude spécifique française dans cette population pourrait avoir un intérêt concernant les recommandations actuelles.

La sérologie rubéole est validée concernant sa fiabilité mais n'est également pas recommandée dans le cadre du rattrapage vaccinal hormis pour les femmes en âge de procréer. La sérologie varicelle est par contre recommandée pour les personnes ne déclarant pas d'antécédent de varicelle dans la population générale de 12 à 18 ans ainsi que chez les femmes en âges de procréer et jusqu'à l'âge de 40 ans pour les personnes originaires de zones intertropicales.

Depuis janvier 2020, seul un dosage des anticorps antitétaniques 4 à 8 semaines après vaccination est recommandé dans le cadre du rattrapage. Cette sérologie doit être réalisée par méthode immunoenzymatique. Dans cette étude, une sérologie pré vaccinale ainsi qu'une dose de rappel a été réalisée lors de la première consultation. Il faut également souligner la mise à jour des normes du laboratoire concernant la sérologie tétanos suite aux recommandations de la HAS. Les résultats des sérologies tétanos de cette étude sont basés sur les anciennes normes (*cf annexe n°7*). Malgré les nouvelles recommandations, le protocole de Lorient n'a pas été modifié, cette stratégie est discutable. Elle a été maintenue car la répétition des prélèvements sanguins était difficile à réaliser chez les MNA du fait de la peur de la prise de sang et des croyances ethniques malgré les explications faites avec interprétariat. De plus, la réalisation d'un bilan biologique complet lors de la deuxième consultation a été jugé trop complexe car pouvait entraîner une majoration des perdus de vues sans bilan et le besoin de mettre en place une troisième consultation pour remise des résultats.

Les recommandations récentes sur l'élargissement de la vaccination anti-HPV pour les garçons (51) peuvent aussi faire l'objet d'une indication vaccinale lors des futures consultations de dépistage.

Les dernières recommandations de la HAS sont parues après la fin de notre étude ce qui entraîne certaines discordances et biais dans les résultats. Cependant, il reste important de souligner la vulnérabilité et la susceptibilité des MNA par rapport à la population générale concernant le tétanos, la rougeole, la rubéole et la varicelle. La place de la vaccination est donc primordiale dans leur bilan de santé.

d) Bilan recommandé pour les MNA par le HCSP

En novembre 2019, le HCSP a publié des recommandations avec un référentiel national pour le bilan de santé des MNA (4). Ce bilan de santé s'appuie sur une analyse de la littérature dans différents départements français et selon les recommandations dans d'autres pays européens. Ces recommandations ont permis une comparaison et analyses de nos pratiques. Le bilan proposé est superposable à celui réalisé à Lorient à quelques exceptions près. On note l'absence de réalisation systématique d'un ionogramme sanguin et d'une bandelette urinaire dans notre étude. La réalisation systématique des sérologies rougeole et rubéole, ainsi que le dosage des anticorps antitétaniques pré vaccination ne font pas parti du bilan proposé par le HCSP.

3. Perspectives

Seulement 3,3% de l'échantillon de cette étude ne présentait aucune pathologie (physique, mentale et dentaire), ce chiffre souligne l'intérêt du bilan de santé dans cette population.

Concernant la santé mentale, le centre de Lorient bénéficie, depuis fin 2019, d'une consultation d'évaluation psychologique et d'orientation pour la prise en charge d'un psycho traumatisme réalisé par un infirmier avec interprétariat. Ce réseau de soins spécialisé en santé mentale permet une meilleure prise en charge des MNA et souligne la nécessité d'un suivi par une équipe pluridisciplinaire.

L'avis du HCSP propose une délégation des tâches avec un premier entretien, dans les 48h à partir de la mise à l'abri, réalisé par un infirmier formé. Les objectifs de ce premier entretien sont de repérer des situations nécessitant une prise en charge médicale et/ou psychologique urgente, d'expliquer le déroulement du bilan de santé et d'obtenir le consentement de l'enfant. La mise en place de cet entretien dans le centre de Lorient pourrait permettre de réguler les bilans de santé selon leur degré d'urgence.

La continuité du parcours de soin est primordiale pour améliorer la prise en charge des MNA. Cette continuité des soins relève d'une coopération entre les acteurs de santé et les services de protection de l'enfance. La formation des éducateurs aux besoins de santé des MNA est importante pour renforcer le suivi du parcours de soins. Ils ont un rôle clé d'accompagnement concernant le bon déroulement du parcours de soin (réalisation des examens complémentaires, soins dentaires, vaccination, suivi spécialisé) et la diminution du risque de perdus de vue.

La réalisation du bilan de santé dans un centre spécialisé de référence paraît être le plus adapté pour prendre en charge les MNA. En effet, un centre spécifique bénéficie de l'accès à de l'interprétariat professionnel qui lève la barrière de la langue et permet un consentement aux soins. Une équipe pluridisciplinaire offre aux patients une meilleure prise en charge. Ce type de centre facilite l'accès au bilan de dépistage et la réalisation d'examens avant l'ouverture des droits de santé en ayant la possibilité de retarder la facturation des soins (une fois les droits ouverts). De plus, la réalisation de l'ensemble du parcours du bilan de santé dans un même lieu devrait renforcer l'adhésion aux soins des patients et diminuer le nombre de perdus de vue.

Concernant la coopération entre les acteurs de santé, la mise en place d'un carnet de santé individuel adapté aux MNA semble être une solution pour faciliter la prise en charge d'un centre spécialisé vers la médecine libérale. L'information et la formation des médecins généralistes sur les besoins de santé des MNA renforcerait le fonctionnement du réseau local. Le Réseau Louis Guilloux a mis en place un carnet de santé pour les patients migrants majeurs, la réalisation d'un carnet spécifique dédié aux MNA pourrait faire l'objet d'un projet de travail. La mise en place des recommandations nationales va permettre une harmonisation des pratiques entre les différents départements pour éviter la répétition des examens de dépistage et améliorer le suivi des MNA.

V. CONCLUSION

Les MNA représentent une population vulnérable avec des besoins de santé spécifiques. L'éloignement familial et culturel, les événements traumatisants durant le parcours migratoire, la précarité et le manque de suivi médical dans leur pays d'origine viennent fragiliser leur état de santé. Les résultats de cette étude confirment l'importance d'un bilan de santé adapté et précoce. Une prise en charge spécialisée et pluridisciplinaire semble être justifiée pour améliorer l'état de santé de cette population. L'harmonisation nationale des pratiques du bilan de santé va également permettre d'améliorer le suivi des MNA.

La continuité du parcours de soins est primordiale et relève d'une coopération entre tous les acteurs de santé et des services de protection de l'enfance. La mise en place d'un carnet de santé personnel à l'échelle départementale ou régionale permettrait de favoriser la communication entre les différents professionnels et d'améliorer la prise en charge. Il est également important d'assurer la suite de la prise en charge à la majorité, notamment pour les patients avec des pathologies chroniques.

Références bibliographies :

1. UNICEF. Uprooted: The Growing Crisis for Refugee and Migrant Children [En ligne]. United Nations; 2016. Disponible: http://www.un-ilibrary.org/children-and-youth/uprooted_6ce019a6-en
2. Médecins du Monde. L'accès aux droits et aux soins des MNA en France [En ligne]. Disponible: https://www.gisti.org/IMG/pdf/guide_mna-mdm_partenaires.pdf
3. Directive 2011/95/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011 concernant les normes relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir bénéficier d'une protection internationale, à un statut uniforme pour les réfugiés ou les personnes pouvant bénéficier de la protection subsidiaire, et au contenu de cette protection. Article 2 [En ligne]. 337, 32011L0095 20 déc 2011. Disponible: <http://data.europa.eu/eli/dir/2011/95/oj/fra>
4. Haut Conseil de Santé Publique. Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés [En ligne]. 2019. Disponible: http://www.infomie.net/IMG/pdf/hcspa20191107_bilandesantdesenfantrangeisols.pdf
5. MMNA. Rapport annuel d'activité Mission MNA 2018 [En ligne]. 2018. Disponible: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAA-MMNA-2018.pdf
6. HAS. L'accompagnement des MNA, Recommandations HAS [En ligne]. 2017. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833668/fr/l-accompagnement-des-mineurs-non-accompagnes-dits-mineurs-isoles-etrangeurs-mna
7. Assemblée des Départements de France. L'accueil des MNA dans les départements, fiche Info ADF [En ligne]. 2018. Disponible: <http://www.departements.fr/wp-content/uploads/2018/05/Fiche-info-MNA-Juin-2018.pdf>
8. COMEDE. Rapport du COMEDE 2019 [En ligne]. 2019. Disponible: <http://www.comede.org/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-Comede-2019.pdf>
9. Kobanda Ngbenza D. Le parcours de vie des enfant isolés étrangers en France : contextes et situations. 2014.
10. Etiemble A. Les Mineurs Isolés étrangers en France, Evaluation quantitative de la population accueillie à l'Aide Sociale à l'Enfance. 2002.
11. Etiemble A, Zanna O. Des typologies pour faire connaissance avec les mineurs isolés étrangers et mieux les accompagner. 2013.
12. Monpierre O, Baudino P, Rio-René P, Maurice S, Malvy D, Receveur M-C. État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013. Bull Société Pathol Exot. mai 2016;109(2):99-106.
13. Peaud C, de Gentile L, Cateland L, Foucault N, Chabasse D, Pichard E, et al. Évaluation de l'état

- de santé des mineurs isolés étrangers. *Médecine Mal Infect.* 1 juin 2017;47(4, Supplement):S95.
14. Gerbes A. Le parcours de soins en santé mentale des patients migrants primo-arrivants à Rennes, du centre médical Louis Guilloux à la prise en charge psychiatrique. 2014.
 15. Marquardt L, Krämer A, Fischer F, Prüfer-Krämer L. Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. *Trop Med Int Health TM IH.* févr 2016;21(2):210-8.
 16. ISSOP Migration Working Group. ISSOP position statement on migrant child health. *Child Care Health Dev.* 2018;44(1):161-70.
 17. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Article 1, paragraphe 5. 2016-297 14 mars 2016.
 18. Code de l'action sociale et des familles - Article L312-4. Code de l'action sociale et des familles.
 19. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant - Article 2. 2016-297 14 mars 2016.
 20. 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 [En ligne]. 31 mai 2013. Disponible: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSF1314192C.pdf
 21. Décret n° 2019-57 du 30 janvier 2019 relatif aux modalités d'évaluation des personnes se déclarant mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à ces personnes. 2019-57 30 janv 2019.
 22. Inspection Générale des affaires sociales, Inspection générale de la justice. Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés [En ligne]. 2018. Disponible: http://www.infomie.net/IMG/pdf/2017-177-rapport_mna.pdf
 23. Doineau É, Godefroy J-P. Rapport d'information du Sénat : au nom de la commission des affaires sociales sur la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés, [En ligne]. 2017. Disponible: <https://www.senat.fr/rap/r16-598/r16-5981.pdf>
 24. Code de l'action sociale et des familles - Article R221-11. Code de l'action sociale et des familles.
 25. Code civil - Article 388. Code civil.
 26. Chaussain J-L, Chapuis Y. Sur la fiabilité des examens médicaux visant à déterminer l'âge à des fins judiciaires et la possibilité d'amélioration en la matière pour les mineurs étrangers isolés [En ligne]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2007. Disponible: <http://www.academie-medecine.fr/07-01-sur-la-fiabilite-des-examens-medicaux-visant-a-determiner-lage-a-des-fins-judiciaires-et-la-possiblite-damelioration-en-la-matiere-pour-les-mineurs-etrangers-isoles/>
 27. Décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 pris en application de l'article L. 221-2-2 du code de l'action sociale et des familles et relatif à l'accueil et aux conditions d'évaluation de la situation des mineurs privés

temporairement ou définitivement de la protection de leur famille. 2016-840 24 juin 2016.

28. Code civil - Article 375. Code civil.

29. Code de procédure civile - Article 1191. Code de procédure civile.

30. Ministère de la justice. Foire aux questions mineurs non accompagnés [En ligne]. 2016.

Disponible: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/FAQ_mineurs_isoles.PDF

31. Dupont E. Accès aux soins primaires des Mineurs non accompagnés. Toulouse; 2019.

32. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Circulaire N°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 [En ligne]. 2011. Disponible: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/09/cir_33805.pdf

33. Gueguan M. Représentations, vécus et ressentis par les mineurs isolés étrangers du système de soins français. Lyon; 2016.

34. Commission nationale consultatives des droits de l'Homme. Avis sur la situation des mineurs isolés étrangers présents sur le territoire national. [En ligne]. 2014. Disponible:

https://www.cncdh.fr/sites/default/files/14.06.26_avis_situation_des_mie.pdf

35. Ministère de la justice RM-M. Nombre de MNA confiés par décisions judiciaires du 1er janvier au 31 décembre 2019 inclus [En ligne]. 2019. Disponible:

http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Tableau_mna_2019.pdf

36. Réseau Louis Guilloux. Notre histoire – Le réseau Louis Guilloux [En ligne]. Disponible:

<http://rlg35.org/index.php/qui-sommes-nous/notre-histoire/>

37. WONCA. WONCA Special Interest Group: Migrant Care, Int Health & Travel Medicine [En ligne]. Disponible:

<https://www.globalfamilydoctor.com/groups/SpecialInterestGroups/MigrantCareInternationalHealthandTravelMedicine2.aspx>

38. Coulange E. Vécu de la relation de soin des médecins traitants de « mineurs non accompagnés » en 2016. Angers; 2017.

39. UNESCO. International standard classification of education isced 2011. [En ligne]. 2011.

Disponible: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isc-2011-fr.pdf>

40. Migrations vers l'Europe, les chiffres et les routes. Le Monde.fr [En ligne]. 28 juin 2018;

Disponible: https://www.lemonde.fr/europe/article/2018/06/28/migrations-vers-l-europe-les-chiffres-et-les-routes_5322410_3214.html

41. Aubry P, Gaüzère B-A. Schistosomoses ou bilharzioses. 20 déc 2019; Disponible:

<http://medecinetropicale.free.fr/cours/schistosomoses.pdf>

42. Médecins du Monde. Rapport d'activité 2018 programme MNA Paris [En ligne]. Disponible:

http://www.infomie.net/IMG/pdf/ra_2018_programme_mna_vf.pdf

43. von Werthern M, Grigorakis G, Vizard E. The mental health and wellbeing of Unaccompanied

Refugee Minors (URMs). *Child Abuse Negl.* déc 2019;98:104146.

44. OMS. Schistosomiasis and soiltransmitted helminthiasis: numbers of people treated in 2018 [En ligne]. 2019. Disponible:

<https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/handle/10665/330108/WER9450-eng-fre.pdf?ua=1>

45. OMS. Schistosomiase [En ligne]. Disponible: <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/schistosomiasis>

46. HCSP. Infections tuberculeuses latentes. Détection, prise en charge et surveillance [En ligne].

Rapport de l'HCSP. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique; mai 2019. Disponible:

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=731>

47. HAS. Helicobacter pylori – Traiter pour prévenir ulcère & cancer chez l'adulte [En ligne]. 2019.

Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974257/fr/helicobacter-pylori-traiter-pour-prevenir-ulcere-cancer-chez-l-adulte#toc_1_1_1

48. Kalach N, Bontems P, Raymond J. L'infection à Helicobacter pylori chez l'enfant. *Perfect En Pédiatrie.* juin 2018;1(2):119-26.

49. HAS, SPILF. Rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal incomplet, inconnu, ou incomplètement connu en population générale et chez les migrants primo-arrivants. déc 2019;303.

50. HAS, SPILF. Synthèse du rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants en cas de statut vaccinal inconnu, incomplet ou incomplètement connu [En ligne]. 2019. Disponible: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/fiche_synthese_rattrapage_vaccinal_migrants_primo_arrivants.pdf)

[01/fiche_synthese_rattrapage_vaccinal_migrants_primo_arrivants.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/fiche_synthese_rattrapage_vaccinal_migrants_primo_arrivants.pdf)

51. HAS. Vaccination contre les papillomavirus chez les garçons [En ligne]. 2019. Disponible:

[https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-](https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/fiche_synthese_de_la_recommandation_vaccinale_vaccination_contre_les_papillomavirus_chez_les_garcons.pdf)

[12/fiche_synthese_de_la_recommandation_vaccinale_vaccination_contre_les_papillomavirus_chez_les_garcons.pdf](https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/fiche_synthese_de_la_recommandation_vaccinale_vaccination_contre_les_papillomavirus_chez_les_garcons.pdf)

Liste des abréviations :

ADF : Association des Départements de France

ARASS : Association pour la Réalisation d'Actions Sociales Spécialisées

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CMLG : Centre Médical Louis Guilloux

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

COMEDE : Comité pour la santé des exilés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DA : Demandeur d'Asile

DATASAM : Dispositif d'Appui Technique pour l'Accès aux Soins des Migrants

EPS : Examen Parasitologique des Selles

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

IDR : Intra Dermo Réaction à la tuberculine

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons

ITL : Infection Tuberculose latente

JE : Juge des Enfants

MMNA : Mission Mineurs Non Accompagnés

MNA : Mineur Non Accompagné

OFPRA : Office Français de Protections des Réfugiés et Apatrides

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PAF : Police Aux Frontières

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

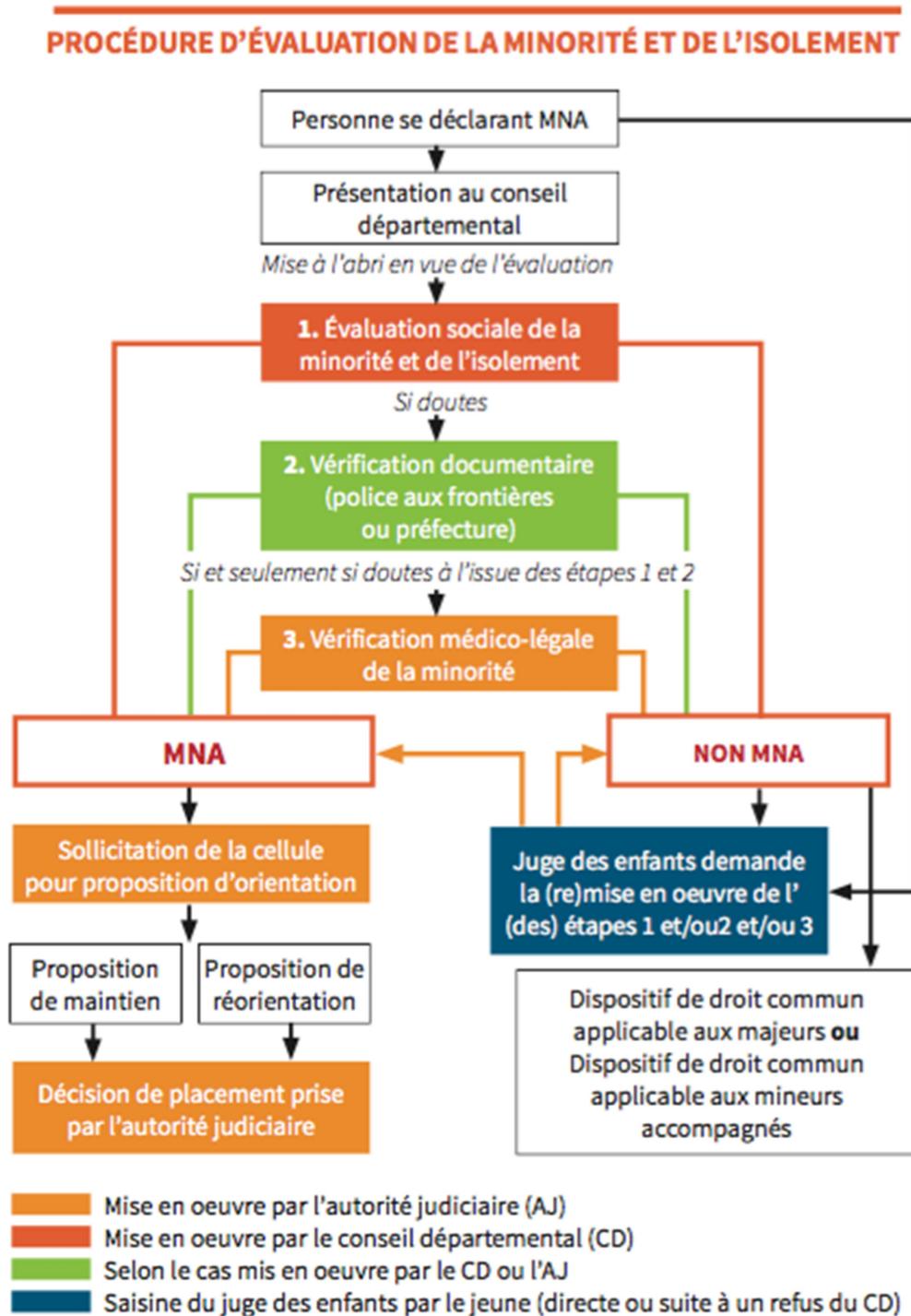
PUMa : Protection Universelle Maladie

UNESCO : Organisation des Nations unies pour l'Education, la Science et la Culture

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

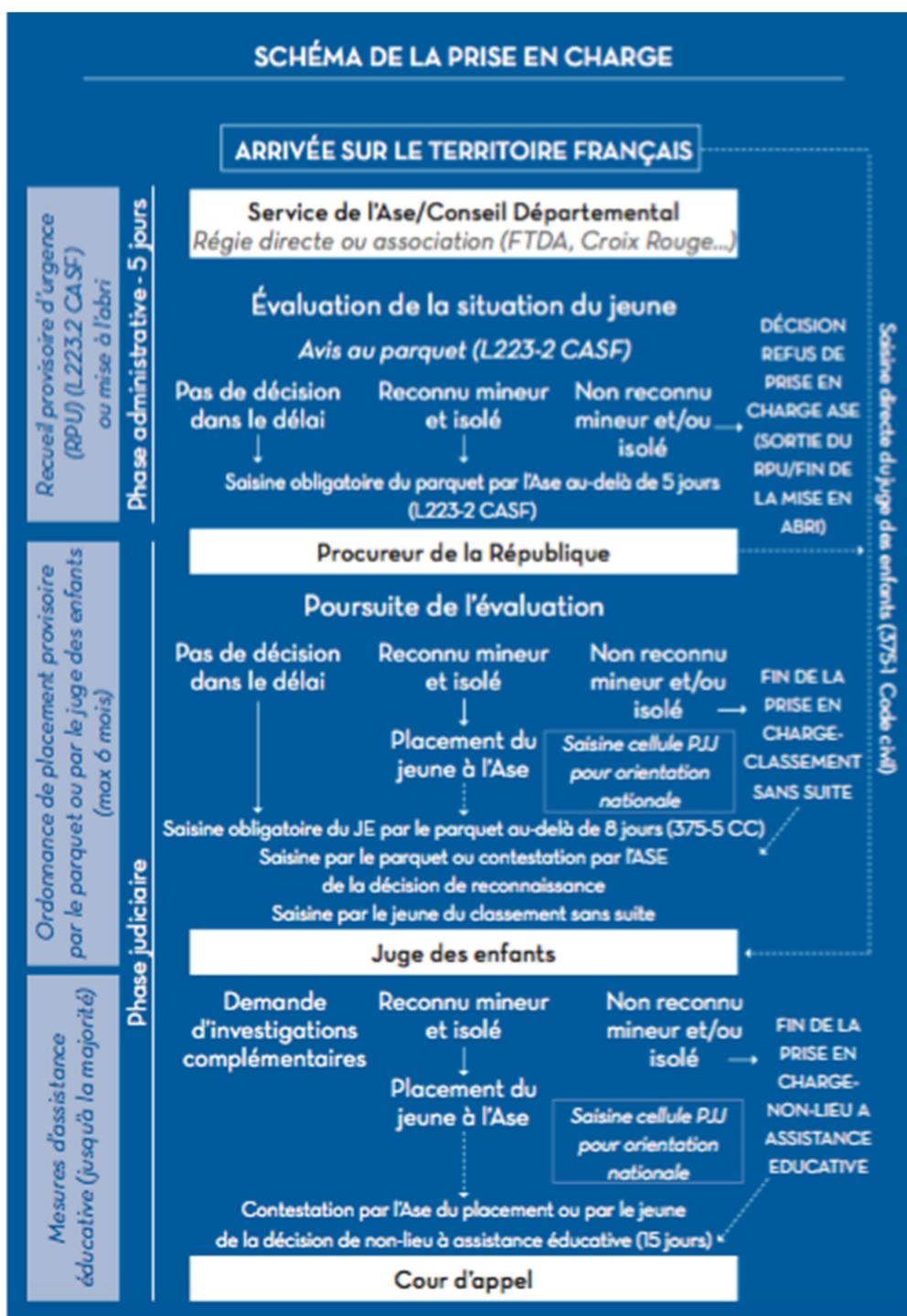
Annexes :

Annexe n°1 : Procédure d'évaluation de la minorité et de l'isolement.



Source : Ministère de la Justice, mission mineurs non accompagnés, 2018.

Annexe n°2 : L'accès aux droits et aux soins des mineurs non accompagnés en France.



Source : Médecins du monde, 2017.

Annexe n°3 : Autorisation d'accès aux dossiers MNA

DIRECTION GÉNÉRALE
DES INTERVENTIONS SANITAIRES ET SOCIALES
DIRECTION DE L'ENFANCE ET DE LA FAMILLE

Vannes, le 21 juillet 2020

Madame RIEU Pauline
Interne en médecine générale

Groupement Mineurs Non Accompagnés
64 rue Anita Conti - CS 20514
56035 VANNES CEDEX
Tél : 02.97.54.79.69

Objet : Votre demande d'autorisation d'accès aux dossiers MNA

Madame RIEU,

Suite à votre demande en date du 14 mars 2020 dernier, je vous informe de mon accord pour pouvoir consulter, dans le cadre de votre travail de thèse de médecine générale, les bilans de santé des jeunes MNA accueillis dans le cadre du dispositif de Protection de l'Enfance 2018-2020.

Cet accord est subordonné au strict respect des points suivants :

- Ces consultations doivent se faire uniquement pour la finalité que vous avez déclarée ;
- Ces consultations se font sous la supervision et sous la responsabilité de Madame MAUDET Béatrice, responsable légal et du Docteur MARGUERON Nathalie ;
- Aucun document ni copie ne peut sortir de l'enceinte du service MNA sans avoir été au préalable rendu anonyme ;
- Vous devez respecter le secret professionnel concernant toutes les données relevant de ces consultations et cela conformément au Code de l'Acton Sociale et de la Famille ;
- Vous ne pouvez pas créer un fichier à partir des données collectées, sauf à vous assurer de l'anonymat pour les données qui figurent sur le fichier. Si vous créez un fichier vous avez seul la responsabilité de vous mettre en conformité avec les exigences de la CNIL. Vous ne pouvez pas héberger cet éventuel fichier sur le réseau informatique du service MNA ;
- Vous devez apposer une affiche durant toute la période de votre recherche dans le bureau de Madame MAUDET qui indique aux usagers :
 - La réalisation en cours d'une recherche dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale ;
 - L'objet de la recherche ;
 - Les personnes à contacter pour se renseigner sur la recherche et pour éventuellement s'opposer à l'utilisation de données personnelles dans le cadre de celle-ci.

Par ailleurs, j'ai bien pris note que vous réalisez ce travail de recherche sur votre temps libre et à titre bénévole. Vous n'êtes donc pas considérée comme un agent de l'établissement.

Dès lors vous devez obligatoirement souscrire une assurance responsabilité civile individuelle qui couvre les tiers (dont le service MNA) des risques liés à cet exercice.

Je vous prie de croire, Madame, en l'expression de ma considération distinguée.

La directrice de l'enfance et de la famille

Sylvie CRUSIERE



**Copie à Mme MAUDET Béatrice
Copie à Mme MARGUERON Nathalie**

Annexe n°4 : Classification et effectifs par région d'origine selon le COMEDE

Afrique centrale	5
Angola	2
Cameroun	1
Congo RD	1
Tchad	1
Afrique de l'est	7
Somalie	4
Soudan	3
Afrique du nord	25
Algérie	6
Egypte	2
Maroc	6
Tunisie	11
Afrique de l'ouest	207
Burkina Faso	1
Cote d'Ivoire	33
Gambie	2
Guinée Conakry	80
Mali	82
Niger	1
Sénégal	5
Sierra Leone	3
Asie centrale	7
Afghanistan	7
Asie du sud	13
Bangladesh	3
Inde	1
Pakistan	9
Europe de l'est	9
Albanie	9

Annexe n°5: Fiche médicale type bilan de santé MNA du centre de Lorient**Bilan médical et de dépistage d'un patient migrant nouvellement arrivé****Identité :**

Sexe : Age : Nationalité :

Interprétariat : Langue :

Prise en charge sociale : Hébergement actuel :

Parcours migratoire :

Motifs de départ :

Violences :

Scolarisation antérieure :

Formation actuelle :

Antécédents :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Mode de vie : tabac : alcool : autres :

Allergies :

Situation et antécédents familiaux :

Vaccination depuis l'enfance :

Examen clinique :

Taille : poids :

Tension artérielle : Fréquence cardiaque : Glycémie capillaire : Test urinaire de grossesse :

Symptomatologie actuelle décrite : Etat général :

Examen cardio-pulmonaire :

Aires ganglionnaires :

Examen abdominal : Organes génitaux externes :

Examen ORL et dentaire :

Examen cutané :

Rachis :

Evaluation psychologique :

Vaccination dTPCa et Méningocoque C

Bilan systématique :

- NFS plaquettes, CRP, Ferritine, créatinine, ASAT/ALAT
- β HCG quantitatif pour les filles
- Sérologies : VIH, VHB (Ag HBs, Ac anti HBs, Ac anti HBc), VHC, Syphilis
- PCR Chlamydia et gonocoque sur 1^{er} jet urinaire ou endocervicale
- Sérologies : tétanos, varicelle, rougeole, rubéole
- Examens parasitologiques des selles
- Dépistage ITL : radiographie pulmonaire + Quantiferon® (dosage interféron gamma)

- Selon pays d'origine ou point appel clinique : sérologie bilharziose, examens parasitologiques des urines, sérologies Helicobacter pylori

Traitement prescrit :

- Fiche de synthèse avec résultats du bilan biologique et radiologique +/- prise en charge spécialisée et examens complémentaires remis au patient pour suivi ultérieur avec médecin traitant
- Carnet de vaccination et résultats sérologies remis au patient

Annexe n°6: Protocole médical Bilharziose, Réseau Louis Guilloux



PROTOCOLE MEDICAL

G. DELOBRE / S. L'ECHELARD (DATASAM – Juillet 2019)

BILHARZIOSE (= Schistosomose)

- EXAMENS COMPLEMENTAIRES : dépistage & suivi post thérapeutique
- TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Prérequis

Concernes les patient(e)s originaires d'Afrique essentiellement... parasitose essentiellement due à

- ⊗ *Schistosoma haematobium* (bilharziose uro-génitale)
- ⊗ *Schistosoma mansoni* (bilharziose intestinale +/- hépatosplénique)
- ⊗ *Schistosoma intercalatum* (bilharziose rectale +/- génitale)
- ⊗ *Schistosoma guineensis* (bilharziose rectale)

(coinfections non rares)

COMPLICATIONS POTENTIELLES (liées à la rétention d'œufs dans les tissus) :

- **Bilharziose urinaire** : infections vésicales/rénales, sténoses ou fistules urétrales/urétérales, insuffisance rénale, carcinome épidermoïde vésical

- **Bilharziose génitale** : urétrite, dyspareunie, stérilité, spécifiquement chez l'homme : impuissance, spermatozoostite/hémospémie, funiculite, épидидymite, prostatite chronique, spécifiquement chez la femme : vulvovaginite, cervicite, endométrite, annexite, dystocie, fausses couches.

- **Bilharziose rectale/intestinale** : salmonelloses récidivantes, adénocarcinome colique

- **Bilharziose hépatosplénique (complicant une bilharziose intestinale)** : cirrhose (Hépatite B + mise en évidence de *S. mansoni* = augmentation du risque de cancer du foie)

D'autres localisations sont parfois rencontrées (cutanées, cardio-vasculaires, neurologiques,...) entraînant des complications spécifiques.

EN PRATIQUE :**DEPISTAGE SYSTEMATIQUE : pour tout patient originaire d'AFRIQUE SUBSAHARIENNE**

- **Interrogatoire** : ATCD dysurie et/ou hématurie ?
- **NFS-P** : possiblement mise en évidence d'une anémie et/ou d'une hyperéosinophilie (cette dernière est plus spécifique d'une infection récente, sa présence chez un migrant doit faire envisager l'hypothèse de co-helminthoses)
- **Sérologie Schistosomose**
- **Examen Parasitologique des Selles** : selles fraîches et le plus possible, 3 prélèvements à quelques jours d'intervalle
- **Bandelette urinaire** : à la recherche d'une hématurie.
- **Examen parasitologie des Urines (de 24h)** si ATCD de dysurie/hématurie ou microhématurie constatée

Au moins 1 examen parasitologique direct (selles ou urines) POSITIF ou Sérologie POSITIVE => **TRAITEMENT**

PRAZIQUANTEL

- 40 mg/kg per os en 1 prise (le soir) pendant ou après le repas
- Ne pas hésiter à arrondir « au-dessus » (comprimés 600mg quadrisécables)
- GROSSESSE : possible - ALLAITEMENT : suspendre 24H

Au moins 1 examen parasitologique direct (selles ou urines) POSITIF = INFECTION ACTIVE

=> **ECHOGRAPHIE ABDOMINOPELVIENNE** pour bilan lésionnel (cf. complications)

=> **CONTROLE POST-THERAPEUTIQUE** : répétition examen parasitologique selles et/ou urines à M3, M6 et M12 (+/- NFS-P si anomalies initiales, hyperéosinophilie pouvant se majorer initialement)

(Ne pas contrôler la sérologie qui peut rester positive plusieurs années quand bien même l'infection est guérie)

Annexe n°7 : Anciennes et nouvelles normes sérologie tétanos- Anciennes normes sérologie tétanos :

UI/mL	Protection vaccinale	Vaccination recommandée
< 0,10	Non sûre	Vaccination de rappel nécessaire
0,10 – 0,50	Présente à court terme	Vaccination de rappel recommandée
0,51 – 1,00	Suffisante	Contrôle sérologique après 3 ans puis vaccination de rappel éventuelle
> 1,00 – 5,00	A long terme	Contrôle sérologique après 5 ans puis vaccination de rappel éventuelle
> 5,00	A long terme	Contrôle sérologique après 8 ans puis vaccination de rappel éventuelle

- Nouvelles normes sérologie tétanos : L'interprétation du dosage doit être faite entre 4 et 8 semaines après une nouvelle dose de vaccination

< 0,1 UI/mL	Envisager une revaccination complète
0,1 – 1,0 UI/mL	Envisager une dose de rappel dans 6 mois puis prochain rappel à l'âge recommandé par le calendrier vaccinal
> 1,0 UI/mL	Bonne protection. Prochain rappel à l'âge recommandé par le calendrier vaccinal

RIEU, Pauline. Etat de santé des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers » dans le Morbihan en 2018 et 2019.

51 feuilles, 7 illustrations, 2 tableaux, 30 cm. Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2020 ; N°

Résumé :

Introduction : La problématique des MNA a pris une ampleur croissante ces dernières années. Cette population vulnérable bénéficie de bilans de santé différents selon les départements.

Objectif : décrire les caractéristiques épidémiologiques des MNA dans le Morbihan pour cibler leurs besoins de santé et améliorer leur prise en charge médicale.

Matériels et méthodes : il s'agissait d'une étude épidémiologique, rétrospective, monocentrique. Un recueil de données a été réalisé à partir des bilans de santé des MNA pris en charge à Lorient en 2018 et 2019.

Résultats : 273 patients ont été inclus dont 97,8% de garçons avec une moyenne d'âge de 15,8 ans. Les principaux pays représentés étaient le Mali, la Guinée et la Cote d'Ivoire. 39,2% avaient déclarés avoir subis des violences pendant leur parcours. Seulement 3,3% de l'échantillon ne nécessitait aucun soin. 181 patients (66,3%) présentaient une ou plusieurs pathologies infectieuses. Les principales pathologies infectieuses étaient : bilharziose ($n=101$), infection tuberculose latente ($n=73$), infection à *Helicobacter pylori* ($n=35$) et infection chronique au virus de l'hépatite B ($n=29$). Les autres pathologies principalement rencontrées étaient des pathologies mentales (40,7%) et des pathologies dentaires (50,2%). Sur le plan thérapeutique, 70% des patients avaient reçu un ou plusieurs traitements. Les principaux traitements prescrits étaient les antiparasitaires et antibiotiques. 155 patients avaient bénéficié de consultations spécialisées. Les résultats concernant la protection vaccinale montraient un besoin important de rattrapage vaccinal pour le tétanos et le virus de l'hépatite B.

Conclusion : Les résultats de cette étude confirment l'importance d'un bilan de santé précoce et adapté réalisé par une équipe pluridisciplinaire. L'harmonisation nationale des pratiques du bilan de santé devrait permettre d'améliorer la prise en charge des MNA. La continuité du parcours de soins est primordiale et relève d'une coopération entre les acteurs de santé et des services de protection de l'enfance.

Rubrique de classement : ÉPIDÉMIOLOGIE

Mots-clés : migrants, mineurs non accompagnés, état de santé

Mots-clés anglais MeSH : migrants, minors, health status

Président : Monsieur le Professeur Matthieu REVEST

JURY : Assesseurs :
Monsieur le Docteur Bernard GALLEN [directeur de thèse]
Monsieur le Professeur Jean-Pierre GANGNEUX
Monsieur le Professeur Éric Mener