



HAL
open science

Quelle prise en charge bucco-dentaire pour les mineurs non accompagnés ?

Raphael Benichou

► **To cite this version:**

Raphael Benichou. Quelle prise en charge bucco-dentaire pour les mineurs non accompagnés ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04209708

HAL Id: dumas-04209708

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04209708v1>

Submitted on 18 Sep 2023

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

FACULTÉ DE SANTÉ

UFR D'ODONTOLOGIE

Année 2023

N° D041

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 28 mars 2023

Par

Raphael BENICHO

**Quelle prise en charge bucco-dentaire pour les mineurs non
accompagnés ?**

Dirigée par M. le Docteur Pierre-Jean Bérat

JURY

Mme le Professeur Sibylle Vital

Président

Mme le Professeur Sylvie Séguier

Assesseur

Mme le Docteur Anne-Laure Bonnet

Assesseur

M. le Docteur Pierre-Jean Bérat

Assesseur





L'auteur s'engage à respecter les droits des tiers, et notamment les droits de propriété intellectuelle. Dans l'hypothèse où la thèse d'exercice comporterait des éléments protégés par un droit quelconque, l'auteur doit solliciter les autorisations nécessaires à leur utilisation, leur reproduction et leur représentation, auprès du ou des titulaires des droits. Le droit de citations doit s'exercer avec rigueur et discernement. Certaines citations peuvent comporter un extrait textuel de la source. Cet extrait textuel doit être relativement court (une quinzaine de lignes tout au plus), mis entre guillemets ou clairement séparé du corps du texte et bien évidemment référencé en citation. En ce qui concerne la citation sans extrait textuel (mention d'idées ou concepts originaux, données chiffrées, figures, etc.), il faut également en citer la source. Toute figure, tableau, graphique reproduit doit également être accompagné de la citation de la source. L'auteur est responsable du contenu de sa thèse d'exercice. Il garantit l'Université contre tout recours. Elle ne pourra en aucun cas être tenue responsable de l'atteinte aux droits d'un tiers.

Raphael BENICHO

Tableau des enseignants de l'UFR d'Odontologie

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme M. AUJAY DE LA DURE-MOLLA Mme É. DURSUN Mme S. VITAL	M. P.-J. BERAT (MCU associé) Mme A.-L. BONNET M. F. COURSON Mme M. RIOU (MCU associé) Mme A. VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE	Mme E. LE NORCY	M. C. DUNGLAS M. P. GARREC Mme A. KAMOUN Mme B. VI-FANE
	PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	Mme S. AZOGUI-LEVY M. P. PIRNAY	Mme A.-C. BAS Mme A. GERMA Mme V. SMAIL-FAUGERON Mme A. TENENBAUM
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme F. ANAGNOSTOU M. M. BIOSSE DUPLAN Mme M.-C. CARRA Mme M.-L. COLOMBIER Mme M. GOSSET	M. A. BRUN M. D. GUEZ M. S. JUNGO (MCU associé) M. S. KERNER
	CHIRURGIE ORALE	Mme G. LESCAILLE M. L. MAMAN Mme L. RADOÏ M. Y. ROCHE	Mme V. BAAROUN M. B. COURRIER Mme A.-L. EJEIL M. F. GAULTIER M. N. MOREAU M. T. NGUYEN Mme J. ROCHEFORT Mme I. TAÏHI M. H. TARRAGANO
	BIOLOGIE ORALE	Mme A. C. AZEVEDO (PU associée) Mme C. BARDET (PR) Mme A. BERDAL Mme C. CHAUSSAIN M. V. DESCROIX M. B. FOURNIER M. B. GOGLY Mme R. KOZYRAKI Mme S. SÉGUIER	Mme C. ANDRIQUE (MCU associée) M. C.-D. ARRETO M. J. BOUCHET (MCF) Mme H. CHARDIN M. P. COLLIN Mme M.-H. COTTET Mme A. COUDERT (MCF) M. F. FERRÉ Mme C. GORIN Mme S. HOUARI-MEJRI Mme J. ISAAC (MCF) M. O. LE MAY M. G. LIGNON (MCU associé) Mme N NOWWAROTE (MCU associé) M. B. PAIVA (MCF)
3. RÉHABILITATION ORALE (DÉBUT)	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme T. BOUKPESSI M. P. COLON Mme C. GAUCHER	Mme F. BERÈS Mme C. BESNAULT M. É. BONTE Mme A.-M. COLLIGNON M. F. DECUP Mme A. HARTMANN M. G. KUHN Mme C. MESGOUÉZ-MENEZ Mme C. MOCQUOT Mme N. PRADELLE PLASSE Mme M. ZANINI

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
3. RÉHABILITATION ORALE (SUITE)	PROTHÈSES	Mme M.-V. BERTERETCHE Mme A. BRAUD M. O. FROMENTIN M. C. RIGNON-BRET M. B. TAVERNIER Mme C. WULFMAN	M. J.-M. CHEYLAN Mme H. CITTERIO Mme M.-J. CRENN M. M. DAAS M. D. DOT M. L. DUPAGNE (MCU associé) M. N. EID M. S. ESCURE Mme I. FOUILLOUX Mme L. FRIEDLANDER M. P. GATEAU M. D. MAURICE M. P. MOULIN M. P. RENAULT Mme É. SARFATI M. J.-E. SOFFER M. P. TRAMBA
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX	M. Y. BOUCHER Mme L. JORDAN M. J.-F. N'GUYEN M. B. SALMON	M. J.-P. ATTAL M. C. AZEVEDO Mme R. BENBELAÏD Mme A. BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) Mme J. BOSCO M. D. BOUTER M. J.-L. CHARRIER M. M. CHERRUAU M. H. DIAKONOFF (MCU associé) M. R. FELIZARDO M. B. FLEITER M. P. FRANÇOIS Mme F. MANGIONE M. A. PORPORATI (MCU associé) Mme F. TILOTTA
PROFESSEURS ÉMÉRITES		M. C. BÉRENHOLC M. P. BOUCHARD Mme M.-L. BOY-LEFÈVRE Mme M. FOLLIGUET Mme M. WOLIKOW M. R. GARCIA M. J.-J. LASFARGUES M. A. LAUTROU M. G. LEVY	M. B. PELLAT Mme A. POLIARD M. J.-L. SAFFAR

Liste mise à jour le 28 septembre 2022

Remerciements

À Mme le Professeur Sybille Vital ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Ancien Interne des Hôpitaux ; Docteur de l'Université Paris Descartes ; Habilitée à Diriger des Recherches ; Professeur des Universités, UFR d'Odontologie - Université Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ; Vice-Doyen de l'UFR d'Odontologie - Université Paris Cité.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse d'exercice. Ces années de formation passées à vos côtés en odontologie pédiatrique ont été un réel privilège, j'ai pu apprécier la qualité de votre enseignement, ainsi que la bienveillance et l'attention que vous témoignez à chaque étudiant. Veuillez trouver l'expression de ma profonde reconnaissance.

À Mme le Professeur Sylvie Séguier ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Spécialiste qualifiée en Médecine bucco-dentaire ; Docteur de l'Université Paris Descartes ; Habilitée à Diriger des Recherches ; Professeur des Universités, UFR d'Odontologie - Université Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ; Chef de service de l'hôpital Louis Mourier.

C'est un grand honneur de vous voir siéger dans ce jury de thèse. Je vous remercie pour votre dévouement et l'encadrement que vous nous apportez tout au long de notre parcours hospitalier.

À Mme le Docteur Anne-Laure Bonnet ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Spécialiste qualifiée en Médecine bucco-dentaire ; Ancien Interne des Hôpitaux ; Docteur de l'Université Sorbonne Paris Cité ; Maître de Conférences des Universités, UFR d'Odontologie - Université Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de siéger dans ce jury de thèse, veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude.

À M. le Docteur Pierre-Jean Bérat ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Ancien Interne des Hôpitaux ; Maître de Conférences des Universités associé, UFR d'Odontologie - Université Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ma thèse d'exercice. Je tenais à vous remercier de m'avoir accompagné tout au long de ce projet, j'ai pu apprécier la pertinence de votre enseignement et l'enthousiasme dont vous avez fait preuve. Vos conseils et recommandations m'ont été d'une aide précieuse dans l'aboutissement de ce travail, et m'accompagneront au long de ma vie professionnelle.

Résumé et indexation en français et anglais

Résumé :

Un mineur non accompagné (MNA) est un enfant de moins de 18 ans qui se trouve en dehors de son pays d'origine, isolé de ses parents, de tuteurs et de toute protection familiale. Le nombre de MNA accueillis par la protection de l'enfance a augmenté au cours des dernières années, passant ainsi de 8054 MNA en 2016 à 16760 en 2019. Il s'agit d'une population vulnérable qui rencontre de nombreux obstacles pour accéder au système de santé. Leur santé bucco-dentaire constitue un risque majeur de dégradation, d'autant plus que l'accès aux soins bucco-dentaires est particulièrement difficile. Le service de médecine bucco-dentaire de l'hôpital Louis Mourier propose une consultation spécifique pour les mineurs au sein de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) bucco-dentaire. Cette PASS offre à ce public précaire un accès privilégié pour une prise en charge odontologique. L'objectif de ce travail est de décrire et d'analyser la prise en charge des MNA au sein d'une PASS bucco-dentaire pédiatrique. Une analyse rétrospective a été menée auprès de 35 MNA venus en consultation entre octobre 2019 et mars 2021. La majorité des MNA qui consultent sont des garçons âgés d'au moins 15 ans, et qui viennent principalement d'Afrique de l'Ouest. Ils vivent dans une institution à proximité du lieu de consultation et n'ont pas de couverture sociale. Ils consultent le plus souvent dans un contexte d'urgence douloureux, sans accompagnateur et sont parfois confrontés à une barrière linguistique qui complique la communication. Les MNA présentent un état de santé bucco-dentaire plus dégradé et des besoins en soins dentaires plus importants que les adolescents nationaux. Ils présentent un retard dans les soins et renoncent fréquemment à poursuivre les soins.

Discipline ou spécialité :

Odontologie pédiatrique

Mots clés français (fMeSH et Rameau) :

fMeSH : Accessibilité des services de santé ; Soins dentaire pour enfants

Rameau : Mineurs étrangers isolés -- Santé ; Odontologie en santé publique

Forme ou Genre :

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

Abstract :

An unaccompanied refugee and migrant children is a child under the age of 18 who is outside his country of origin, isolated from his parents, caregivers, and any family protection. The number of unaccompanied refugee and migrant children received by child protection has increased in recent years, from 8,054 children in 2016 to 16,760 in 2019. This is a vulnerable population that faces many obstacles in the access to health care. Their oral health is a major risk of deterioration, particularly due to the specific difficulties in accessing oral care. The oral medicine department of the Louis Mourier hospital offers appointments for children at the Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) oral care. The aim of this study is to describe and analyze the oral care of unaccompanied refugee and migrant children who consult pediatric oral PASS. A retrospective analysis was conducted on 35 unaccompanied refugee and migrant children who came for consultation between October 2019 and March 2021. The majority of unaccompanied refugee and migrant children who consult are boys aged at least 15, and who mainly come from West Africa. They live in an institution near the hospital and they have no social health insurance. They most often consult in a context of painful emergency, without an accompanying person and are sometimes confronted with a language barrier which prevents ideal communication. The unaccompanied refugee and migrant children presented with a more degraded state of dental health and greater dental care needs compared to national adolescents. They show a delay in care and have a lot of missed appointments.

Branch or specialty :

Pediatric Dentistry

English keywords (MeSH) :

Health Services Accessibility ; Dental Care for Children

Publication type (MeSH) :

Academic Dissertation

Liste des abréviations

- APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
- ASE : Aide Sociale à l'Enfance
- CMU : Couverture Maladie Universelle
- COMEDE : Comité pour la santé des exilés
- MNA : Mineur Non Accompagné
- PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- VHB : Virus Hépatite B

Table des matières

INTRODUCTION	3
1 : MATERIEL ET METHODE	6
1.1 DEFINITION DE LA POPULATION ETUDIEE	6
1.2 COLLECTE DES DONNEES	6
1.3 ANALYSE DES DONNEES.....	7
2 : RESULTATS	8
2.1 DONNEES DEMOGRAPHIQUES	9
2.1.1 Sexe	9
2.1.2 Âge.....	9
2.1.3 L'origine géographique.....	10
2.1.4 Logement.....	10
2.1.5 Lieu de résidence	10
2.1.6 Couverture sociale	11
2.2 L'ETAT DE SANTE DES MNA	11
2.3 À L'ISSUE DE LA PREMIERE CONSULTATION	12
2.3.1 Motif de consultation	12
2.3.2 Communication patient-praticien.....	12
2.3.3 Accompagnement du mineur	12
2.3.4 Antécédents de soins bucco-dentaires	13
2.4 EXAMEN CLINIQUE	13
2.4.1 Présence de plaque et inflammation gingivale.....	13
2.4.2 Dents cariées, absentes et obturées.....	14
2.4.3 Besoin en soins	15
2.5 SOINS BUCCO-DENTAIRES REALISES	17
2.6 DONNEES RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS.....	18
3 : DISCUSSION	19
3.1 DONNEES DEMOGRAPHIQUES.....	19
3.1.1 Sex-ratio	19
3.1.2 L'âge	19
3.1.3 L'origine géographique.....	19
3.1.4 Le logement	20
3.1.5 La couverture sociale	20

3.2 LA SANTE DES MNA	21
3.3 LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES MNA.....	21
3.4 LE RECOURS AU SOIN	22
3.4.1 <i>Renoncement aux soins</i>	22
3.4.2 <i>Comportement de recours aux soins</i>	23
3.4.3 <i>L'accessibilité des PASS bucco-dentaires</i>	23
3.4.4 <i>L'utilisation des services de soins dentaires</i>	24
3.4.5 <i>Communication patient-praticien</i>	25
3.5 LES SOINS ODONTOLOGIQUES PRODIGUES	25
CONCLUSION	26
BIBLIOGRAPHIE	27
TABLE DES FIGURES.....	31
TABLE DES TABLEAUX.....	32

Introduction

Le nombre de mineurs non accompagnés (MNA) arrivant en France a doublé de 2016 à 2019, passant ainsi de 8 054 à 16 760 MNA. Un MNA est un enfant de moins de 18 ans qui se trouve en dehors de son pays d'origine, isolé de ses parents, de tuteurs et de toute protection familiale (1).

En France, ces enfants sont en majorité des garçons âgés d'au moins 15 ans, et qui proviennent principalement d'Afrique de l'Ouest (2).

Les MNA sont placés sous la responsabilité de l'État au titre de la protection de l'enfance. Les MNA bénéficient du droit commun de la protection de l'enfance. Ils font cependant l'objet d'une procédure spécifique en amont de leur prise en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) en vertu de la situation de danger particulière dans laquelle ils se trouvent. Les mineurs non accompagnés constituent une population vulnérable en situation de danger (1–5).

Lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par des institutions, ils vivent dans des conditions précaires, sans parcours éducatif, professionnel ou universitaire. Ils sont plus à risque d'avoir à recourir à une pratique d'activité de survie (vol, vente de stupéfiant, mendicité) (6,7).

Ils présentent une surexposition à la malnutrition, aux carences, aux infections tels que les hépatites, la tuberculose, ou les infections sexuellement transmissibles. Ils peuvent en plus présenter des troubles psychiatriques liés à leur expérience traumatique de rupture avec leur pays d'origine vécue sans le soutien d'un parent (8–10).

La santé bucco-dentaire occupe une place importante au sein des troubles physiques exprimés chez les MNA (11). Ainsi, 15,3 % des MNA ayant eu recours à la PASS de l'Hôtel-Dieu à Paris, et 18 % des MNA consultant au centre de santé de Pantin (géré par Médecins Sans Frontières) présentent une lésion carieuse ou un abcès d'origine dentaire. En Allemagne, 20 % des MNA présentent une pathologie de la sphère orale. Ils sont 43 % au Royaume-Uni et 48 % aux États-Unis à présenter des lésions carieuses actives (8,12–15).

Pour le Haut Conseil de la Santé Publique, la santé bucco-dentaire constitue « le second risque majeur de cette population après les troubles psychiques » (11).

Cependant, les MNA rencontrent de grandes difficultés pour accéder au système de santé. En effet, ils sont confrontés à des obstacles à chacune des étapes du processus d'accès au soin :

- difficultés administratives dans la démarche d'obtention des droits,
- méconnaissance des structures pour y recourir,
- difficultés financières pour payer les soins,
- barrière linguistique,

- barrières culturelles, etc. (16,17).

Pour aider les populations les plus précaires à faire face à ces difficultés d'accès aux soins, il a été mis en place des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Ces dispositifs ont été créés par la loi de lutte contre les exclusions de 1998. Les PASS ont pour vocation de proposer aux personnes les plus démunies un accès inconditionnel au système de santé (18).

La PASS est une structure particulière proposant dans le même temps et sur un même lieu une prise en charge médicale et sociale à un public vulnérable. La PASS permet au patient d'être accompagné dans son parcours de soin (19).

Les travailleurs sociaux des PASS accompagnent les patients dans leur démarche administrative d'ouverture de droits auprès de la sécurité sociale. Un médecin dédié à la PASS, qui organise la prise en charge du patient, le met en contact avec les autres professionnels de santé, accompagne le patient dans l'observance des prescriptions.

Pour certains secteurs où l'accès au soin restait particulièrement difficile, comme les soins bucco-dentaires ou psychiatriques, des PASS dites spécialisées ont été créées (20).

Dans le domaine bucco-dentaire, le développement des PASS spécialisées a débuté en 1998. Mandatée par le directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Françoise Roth a été chargée d'analyser l'accès aux soins bucco-dentaires des plus démunis en Île-de-France. Ses travaux mettent l'accent sur le besoin de prise en charge, et proposent la création d'une structure d'accueil et de prise en charge médico-sociale pour les populations les plus précaires (21).

C'est suite à ces conclusions que les PASS bucco-dentaires ont été créées. Ces structures sont destinées à l'accueil des patients renonçant aux soins dentaires pour des raisons financières et à leur prise en charge thérapeutique incluant une de la réhabilitation prothétique (21).

Alors que seuls le CHU de Toulouse et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ont développé des PASS bucco-dentaires, un appel à projets en 2009 lancé par le ministère de la Santé promeut la création de PASS spécialisées, et notamment bucco-dentaire (21).

Le service de médecine bucco-dentaire de l'hôpital Louis Mourier dispose d'une consultation de Permanence d'Accès aux Soins de Santé spécialisée qui prodigue des soins odontologiques. Une consultation spécifique de la PASS est dédiée aux soins des mineurs.

Dans le cadre de la PASS pédiatrique, les patients bénéficient en premier lieu d'une consultation sociale avec l'assistante sociale. Cet entretien permet d'orienter et d'accompagner le MNA dans ses démarches d'obtention d'une couverture sociale. L'assistante sociale joue également un rôle important en entretenant un réseau actif d'association autour de la PASS afin de créer un lien ville hôpital.

À l'issue de ce rendez-vous, le MNA est reçu en consultation PASS pédiatrique. Cette première consultation s'effectue au sein du service de médecine bucco-dentaire de l'hôpital Louis Mourier

(APHP-92), tous les jeudis après-midi. Ces consultations sont assurées par un étudiant de 6e année et encadrées par un enseignant référent en odontologie pédiatrique.

L'objectif de ce travail est de décrire et d'analyser la prise en charge des mineurs non accompagnés âgés de 12 à 18 ans ayant eu recours à la consultation PASS pédiatrique au sein du service de médecine bucco-dentaire de l'hôpital Louis Mourier (APHP - Colombes, 92) entre octobre 2019 et mars 2021.

Cette étude rétrospective doit permettre d'étudier les problématiques bucco-dentaires spécifiques aux mineurs non accompagnés au travers de la description des caractéristiques de cette population reçue en consultation, ses besoins de soins et les soins réalisés.

1 : Matériel et méthode

1.1 Définition de la population étudiée

Notre travail a porté sur les patients de plus de 12 ans, considérés comme MNA. Il s'agit de patients mineurs, isolés et d'origine étrangère (pris en charge par l'ASE ou une autre institution prenant en charge les MNA) ayant été reçu en consultation PASS d'odontologie pédiatrique de l'hôpital Louis Mourier (APHP - Colombes, 92) entre octobre 2019 et mars 2021.

1.2 Collecte des données

L'accès à l'agenda numérique sur le logiciel Orbis a permis de consulter la liste exhaustive des enfants venus consulter la PASS bucco-dentaire sur la période étudiée.

Sur la base de cette liste, les patients de plus de 12 ans considérés comme MNA ont été inclus dans notre étude.

Pour chaque patient, la fiche administrative, le dossier informatisé Orbis, les informations fournies par l'assistante sociale, le cliché panoramique, et le ou les clichés rétrocoronaires et rétroalvéolaires disponibles ont été examinés pour recueillir les informations nécessaires.

Le recueil de données a été réalisé pendant les mois de juin et juillet 2021 au sein du service de médecine bucco-dentaire de l'hôpital Louis Mourier.

Les données recueillies sont :

- Les données démographiques : sexe, âge, origine géographique, couverture sociale, nature du logement et département de résidence.
- les antécédents médicaux : pathologies passées ou en cours, traitements passés ou en cours, allergie, consommation de tabac ou d'alcool.
- L'anamnèse dentaire, l'examen clinique : date de première consultation, motif de consultation, langue parlée lors de l'entretien, accompagnement du mineur ou non, détails des consultations antérieures dans le service, présence de soins antérieurs.
- Le détail de l'examen clinique : le nombre de dents cariées, absentes, obturées, saines, la présence de plaque, l'inflammation gingivale, le besoin de soins par discipline (endodontique, restaurateur, chirurgical, parodontal, prothétique, orthodontique, autres).
- Les informations relatives à la prise en charge du patient : date de début de soin, avancement des soins au jour du recueil, nombre de rendez-vous réalisé, nombre de rendez-vous manqué, nombre de soins réalisés et leur nature (détartrage, surfaçage, soin restaurateur, pulpotomie de temporisation

ou d'usage, pulpectomie et traitement endodontique, retraitement endodontique, sealent, extraction, chirurgie complexe, prothèse fixée, prothèse amovible partielle et complète, orthodontie).

1.3 Analyse des données

Ces critères d'évaluations ont été insérés et analysés statistiquement à l'aide du tableur Excel (Microsoft® Excel version 2019).

2 : Résultats

Entre octobre 2019 et mars 2021, 35 MNA de plus de 12 ans ont eu une première consultation au sein de la PASS pédiatrique de l'hôpital Louis Mourier.

Sur ces 35 patients ayant pris rendez-vous en consultation PASS pédiatrique, 23 % d'entre eux (n=8) ne se sont pas présentés à la première consultation.

Notre analyse du besoin de soins et des soins réalisés portera donc sur les 27 patients qui se seront présentés à la première consultation.

Cependant, grâce aux données administratives présentes dans leur dossier lors de la prise du rendez-vous, ces 8 patients ont toutefois été inclus dans l'analyse démographique (tableau 1).

Les huit patients qui n'ont pas honoré la première consultation sont à 88 % des hommes (n=7), âgé d'en moyenne 16 ans et vivant dans les Hauts de Seine (92) pour 75 % (n=6) d'entre eux (cf. tableau 1).

Auparavant, 25 % d'entre eux (n=2) avaient bénéficié de la consultation sociale de la PASS pédiatrique.

Tableau 1 : Patient présent et absent à la première consultation PASS pédiatrique ; comparaison des données démographiques.

Statut à la 1ère consultation	Présent	Absent
Moyenne d'homme	74 %	88 %
Âge moyen	16 ans	16 ans
Résidence dans le 92	41 %	75 %
Pris en charge par l'ASE 92 (Cellule MNA)	48 %	56 %

Source : Auteur, 2023.

Paradoxalement, on constate que les MNA absents à la première consultation habitent pour une majorité d'entre eux dans le même département que l'hôpital (75 %).

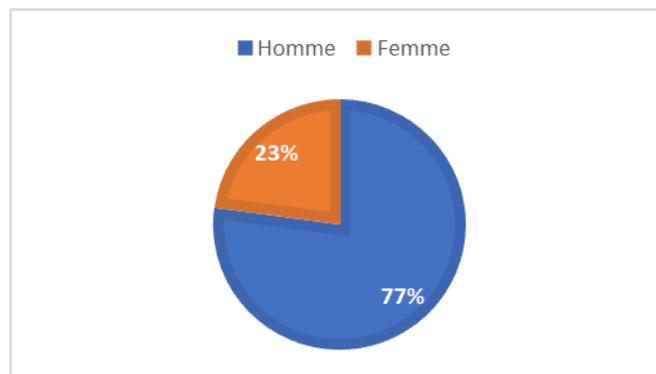
D'autre part, on peut noter que 63 % (n=5) ne s'étant pas présentés en première consultation logeaient à la même adresse dans la même institution : la cellule MNA de l'ASE des Hauts de Seine 92. Les autres logent dans les Hauts de Seine au sein d'une association (13 % soit n=1), ou dans le Val-d'Oise (13 % soit n=1). Nous n'avions pas accès à l'adresse d'habitation pour un des mineurs qui ne s'étaient pas présentés en première consultation (13 %, soit n=1).

2.1 Données démographiques

2.1.1 Sexe

Parmi les 35 patients ayant pris rendez-vous en consultation PASS odontologie pédiatrique 77 % (n=27) d'entre eux sont des garçons, et 23 % (n=8) sont des filles (figure 1). Le ratio est 1 fille pour 3,4 garçons (cf. figure 1).

Figure 1 : Répartition effective homme-femme



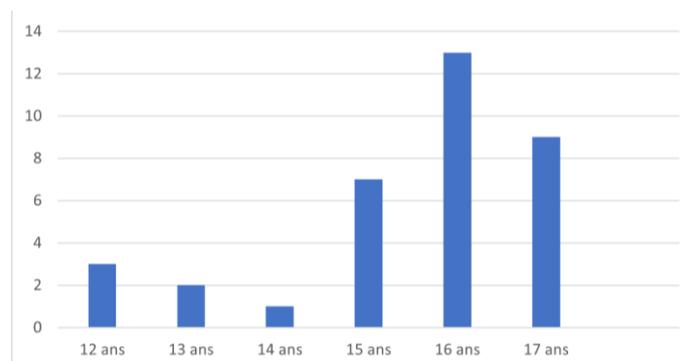
Source : Auteur, 2023.

2.1.2 Âge

La moyenne d'âge des MNA consultant la PASS pédiatrique est de 16 ans (écart-type $\pm 1,6$ an). La médiane est de 16,3 ans. Le sujet le plus jeune de notre échantillon avait 12,1 ans, le plus âgé avait 17,9 ans. La distribution des âges est représentée en figure 2.

Les MNA venus consulter sont principalement des adolescents âgés d'au moins 15 ans (83 %, n=29) (cf. figure 2).

Figure 2 : La répartition des MNA par âge



Source : Auteur 2023.

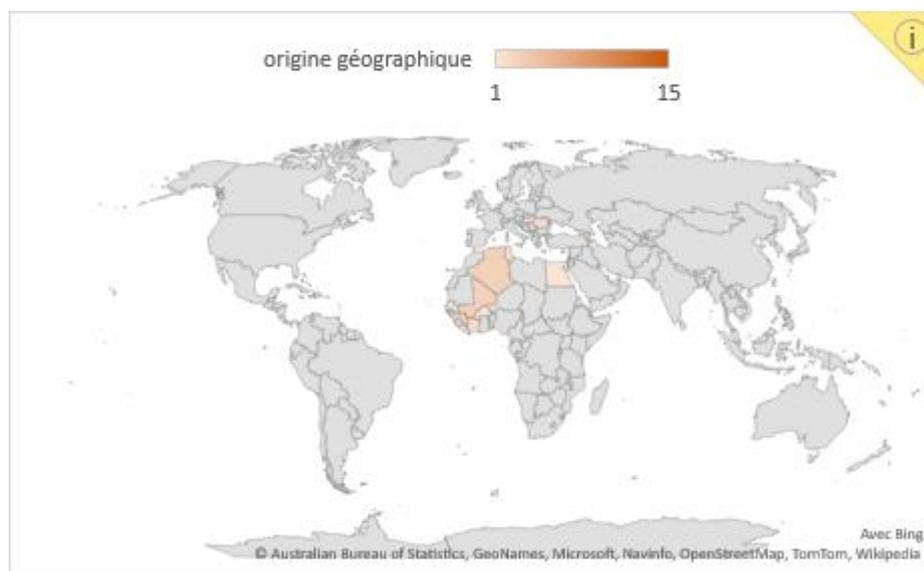
2.1.3 L'origine géographique

Parmi les 35 patients ayant pris rendez-vous en consultation PASS odontologie pédiatrique, l'origine géographique n'a pu être retrouvée que pour 19 patients (54 %).

La majorité des MNA viennent d'Afrique de l'Ouest : 53 % (n=10), suivi de manière équivalente par l'Europe de l'Est : 21 % (n=4) et par le Maghreb : 21 % (n=4) (figure 3).

On constate que 3 MNA proviennent d'Algérie, 3 du Mali, 3 de Guinée, 2 de Côte d'Ivoire, 2 de Géorgie, 2 de Roumanie, 1 d'Égypte, 1 de Gambie, 1 du Burkina Faso, 1 de Tunisie.

Figure 3 : L'origine géographique des MNA



Source : Auteur, 2023.

2.1.4 Logement

Parmi les 35 dossiers inclus, l'analyse du mode d'hébergement a été réalisée pour 29 mineurs, 6 dossiers étant incomplets à ce sujet.

On observe que 62 % (n=18) des MNA résident dans une institution de l'aide sociale à l'enfance. Les autres sont pris en charge par des associations prenant en charge les MNA, tels que ASTI Colombes, association Auxilia, ou encore Fraternité Saint-Jean.

2.1.5 Lieu de résidence

L'hôpital Louis Mourier se trouve dans les Hauts de Seine (92). Il se situe à la frontière de plusieurs départements (Paris 75, Yvelines 78, Seine Saint Denis 93, et Val-d'Oise 95). Cette proximité avec plusieurs départements explique la diversité des départements de résidence des MNA.

En effet, même si la majorité des MNA résident dans les Hauts-de-Seine (53 %, n=18), on retrouve 18 % (n=6) de MNA qui résident dans les Yvelines, 12 % (n=4) dans le Val d'Oise, 12 % (n= 4) en Seine Saint-Denis, et 6 % (n=2) à Paris.

Les MNA consultants la PASS odontologie pédiatrique de l'hôpital de Louis Mourier sont tous pris en charge par une institution et résident à proximité du lieu de consultation.

2.1.6 Couverture sociale

L'analyse de la couverture sociale porte sur 27 patients, 8 dossiers de patient étaient incomplets à ce sujet.

Au jour de la première consultation, la grande majorité des patients : 86 % (n=23) ne disposent d'aucune couverture sociale. Seuls 7 % (n=2) de patients disposent de l'AME, et 7 % (n=2) disposent de la couverture maladie universelle (CMU).

Nous pouvons observer une évolution des droits de ces mineurs non accompagnés. Au cours de leur parcours de soins : 26 % (n=6) se sont vu accorder la CMU, et 8 % l'AME (n=2). Toutefois, 66 % (n=15) d'entre eux sont toujours en attente d'ouverture de droits pour une couverture sociale à l'issue de l'analyse.

La moyenne de patient disposant d'une couverture sociale quelle qu'elle soit est de 15 % (n=8) le jour de la première consultation. Cette moyenne a progressé à 44 % (n=12) au cours des soins.

La PASS odontologie pédiatrique permet donc une aide et un accompagnement des MNA dans leur démarche d'obtention d'une couverture sociale.

En conclusion :

Les mineurs non accompagnés reçus à la PASS pédiatrique sont :

- des garçons, âgé d'en moyenne 16 ans,
- en provenance majoritairement d'Afrique de l'Ouest,
- résidants en institution à proximité de l'hôpital Louis Mourier,
- majoritairement sans couverture sociale

2.2 L'état de santé des MNA

Les MNA semblent en bonne santé : 74 % d'entre eux (n=20) ne présentent aucun antécédent médico-chirurgical. Parmi les 7 MNA qui présentent un antécédent médico-chirurgical, 3 déclarent avoir un antécédent chirurgical (amygdalectomie pour deux d'entre eux, un antécédent d'appendicectomie), 2 déclarent une infection par l'hépatite B, 1 est atteint d'anémie, et 1 présente de l'asthme.

Seuls 14 % (n=4) d'entre eux déclarent fumer régulièrement.

2.3 À l'issue de la première consultation

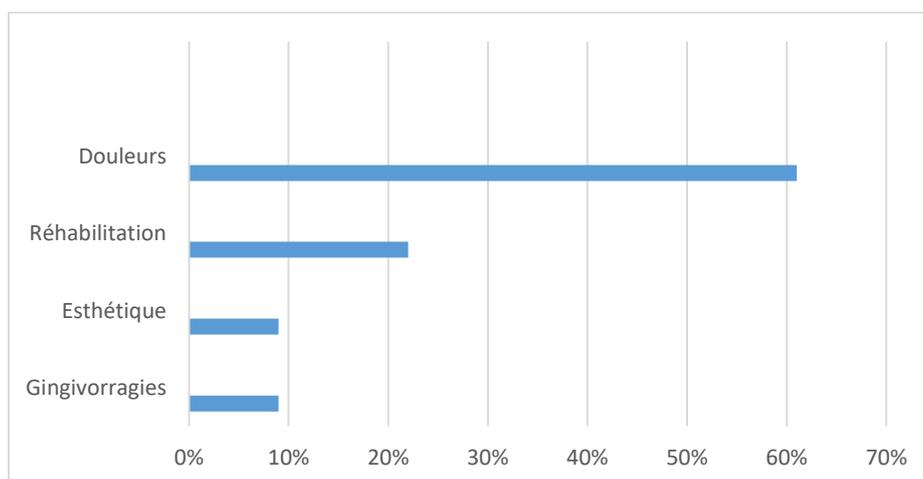
2.3.1 Motif de consultation

Parmi les 27 patients inclus dans l'étude, nous avons exclu 4 dossiers médicaux pour lesquels les motifs de consultation n'étaient pas indiqués clairement. Cette analyse a été conduite sur 23 patients.

Les motifs de consultations sont présentés dans la figure 4.

Nous constatons parmi les dossiers renseignés que 61 % (n=14) des patients ont consultés pour des douleurs dentaires, 22 % (n=5) pour un besoin de réhabilitation prothétique, 9 % pour une demande esthétique (n=2) et 9 % (n=2) pour des gingivorragies.

Figure 4 : Répartition des motifs de consultation



Source : Auteur, 2023.

2.3.2 Communication patient-praticien

L'analyse a été construite autour de 14 dossiers pour lesquels l'information était précisée.

On compte 64 % (n=9) de consultation où une communication fiable avec le patient a pu être possible.

Une barrière linguistique a été retrouvée pour 36 % (n=5) des MNA. Cette barrière linguistique entraînant des difficultés de communication lors de la consultation.

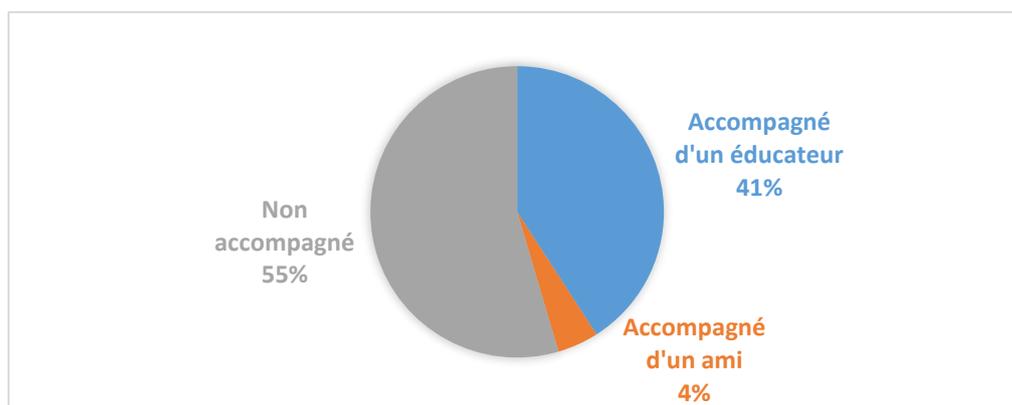
2.3.3 Accompagnement du mineur

L'analyse de l'accompagnement du mineur est conduite sur 22 dossiers.

Les MNA consultent pour plus de la moitié d'entre eux seuls sans accompagnateur (figure 5).

On constate que 41 % (n=9) des MNA sont accompagnés d'un éducateur de la structure d'accueil. Seul un mineur (4 %) s'est présenté accompagné d'un ami.

Figure 5 : Répartition des mineurs en fonction de l'accompagnement



Source : Auteur, 2023.

2.3.4 Antécédents de soins bucco-dentaires

Parmi les 27 patients inclus dans l'étude, 33 % (n=9) des enfants avaient déjà bénéficié au préalable d'une consultation d'urgence dans le même service de médecine bucco-dentaire. Ils consultaient alors pour des douleurs dentaires.

Lors de la consultation d'urgence, ces MNA n'avaient alors aucune couverture sociale.

Cette consultation d'urgence a été l'occasion pour eux de rencontrer l'assistante sociale. Cet entretien a permis de créer un premier contact avec le MNA, de les renseigner sur l'existence de la consultation PASS, et ainsi de les rediriger vers une prise en charge bucco-dentaire complète et suivie.

Un tiers des MNA ont pris rendez-vous à la PASS odontologie pédiatrique suite à une consultation préalable d'urgence au sein du même service.

Lors de la première consultation, seuls 26 % (n=7) présentaient au moins un soin restaurateur ou endodontique, et 4 % (n=1) présentaient une prothèse dentaire unitaire fixe.

Il n'a pas été retrouvé dans les dossiers où les soins avaient été réalisés dans leur pays d'origine, au cours de leur voyage migratoire ou à leur arrivée en France.

Toutefois, la faible proportion de dents obturées au regard des dents cariées non soignées (ratio de 1 pour 10) montre une difficulté dans l'accès aux soins bucco-dentaires de ces enfants.

2.4 Examen clinique

2.4.1 Présence de plaque et inflammation gingivale

Parmi les 27 patients de l'étude, 41 % (n=11) des MNA présentaient de la plaque visible (score de 2 ou 3 avec l'indice de plaque de Loe et Silness).

Ainsi, 37 % (n=10) des MNA présentaient au moins une zone avec une inflammation gingivale sévère. Notons que ces chiffres correspondent aux patients pour lesquels une inflammation gingivale ou une présence de plaque à l'œil à nu a bien été inscrite spécifiquement dans le dossier, et n'exclut pas cette éventualité pour les autres patients.

Malgré un brossage quotidien rapporté par les patients, on observe dans notre échantillon une part non négligeable de patient avec une inflammation gingivale sévère et une présence de plaque visible à l'œil nu.

2.4.2 Dents cariées, absentes et obturées

Parmi les 27 patients inclus dans l'étude, nous avons eu accès à 23 schémas dentaires complets. Nous observons sur notre cohorte un indice CAOD moyen de 9,3.

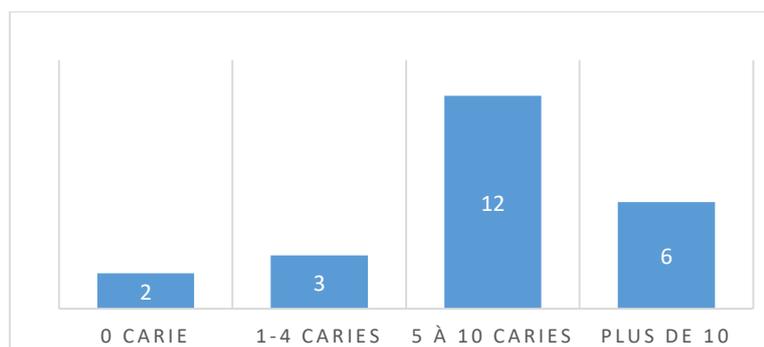
Pour ces 23 patients, on compte un total de 172 dents cariées, soit une moyenne de 7,5 lésions carieuses par patient (écart-type \pm 4,2 lésions carieuses).

Le patient le plus atteint par la carie présentait 14 dents cariées. Seuls 2 MNA étaient exempts de lésions carieuses à l'issue de l'examen clinique et radiographique.

L'atteinte carieuse est étudiée en fonction du nombre de dents cariées par patient et est représentée dans la figure 6 (les valeurs présentées sont les effectifs de patients).

Lors de l'examen clinique, 17 dents ont été retrouvées comme obturées. Cela correspond à une moyenne de 0,7 dent obturée par patient.

Figure 6 : Répartition des effectifs en fonction du nombre de caries par patient



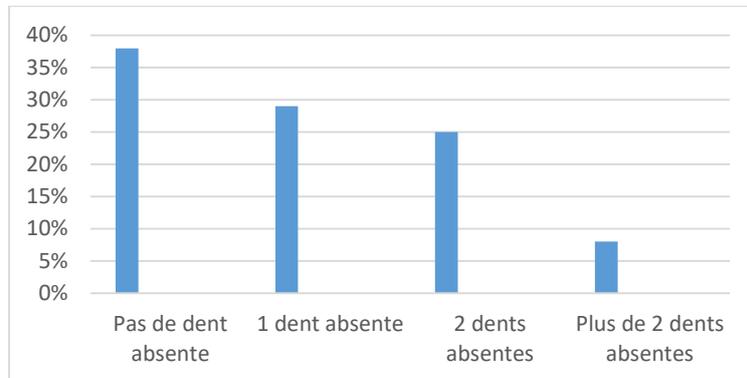
Source : Auteur, 2023.

Les MNA présentent un faible taux d'édentement. Nous retrouvons en moyenne 1,13 dent absente par enfant. Parmi les 23 patients, 26 dents permanentes sont absentes. Les 3e molaires permanentes sont exclues du calcul. La répartition des MNA selon le nombre de dents absentes est la suivante (figure 7) :

- 38 % des MNA ont toutes leurs dents (n=8).

- 29 % ont une dent permanente absente (n=7)
- 25 % ont deux dents permanentes absentes (n=6)
- 8 % ont plus de deux dents permanentes absentes (n=2)

Figure 7 : Répartition des effectifs en fonction du nombre de dents absentes



Source : Auteur, 2023.

La majorité des MNA venus consulté la PASS odontologie pédiatrique présente au moins une carie (91 %) ainsi qu'au moins une dent absente (62 %).

2.4.3 Besoin en soins

L'analyse du CAOD montre que les MNA présentent un besoin de soins important et peu de soins réalisés : ratio de 1 dent obturée pour 10 dents cariées.

Le besoin en soin a été étudié par catégorie de soin : soin conservateur et endodontique, chirurgical, parodontal, orthodontique et prothétique.

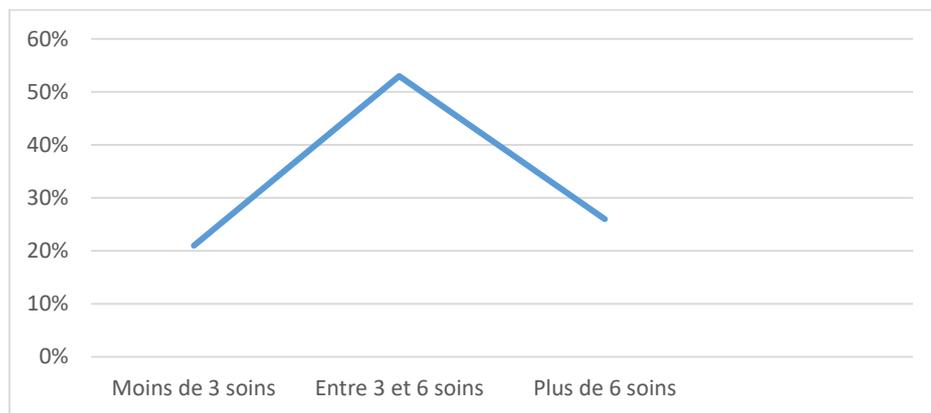
L'ensemble des informations a été retrouvé complet pour 24 patients, 3 dossiers étaient incomplets ou imprécis.

2.4.3.1 Besoin en soin conservateur

Un traitement conservateur est indiqué pour 63 % (n=15) des MNA reçu à la PASS. La moyenne de dents à soigner est de 3,6 dents par patient.

La quantité du besoin de traitement restaurateur est très variable ; 26 % d'entre eux nécessitent plus de 6 traitements conservateurs (n=4), 53 % présentent un besoin compris entre 3 à 6 traitements (n=8), et 21 % nécessitent moins de 3 soins conservateurs (n=3) (figure 8).

Figure 8 : Distribution en fonction du nombre par patient du besoin en soin conservateur



Source : Auteur, 2023.

2.4.3.2 Besoin en soin endodontique

Nous constatons que 50 % (n=12) des MNA reçus à la PASS présentent un besoin de soin endodontique sur au moins une dent. La moyenne de dent à traiter endodontiquement est de 0,7 dent par patient. Parmi ces patients présentant un besoin de traitement endodontique ; 58 % avaient un besoin de traiter endodontiquement une seule dent (n=7), 33 % deux dents (n=4), et 9 % 3 dents (n=1).

2.4.3.3 Besoin en traitement chirurgical

Un traitement chirurgical est nécessaire chez 42 % (n=10) des MNA reçus à la PASS. La moyenne de dents à extraire est de 1 dent par patient. Le nombre de dents à extraire de notre cohorte varie entre 0 à 7 dents.

Parmi eux 50 % (n=5) nécessitent une extraction dentaire, 40 % (n=4) nécessitent plus de deux extractions dentaires, 10 % (n=1) nécessitent deux extractions dentaires.

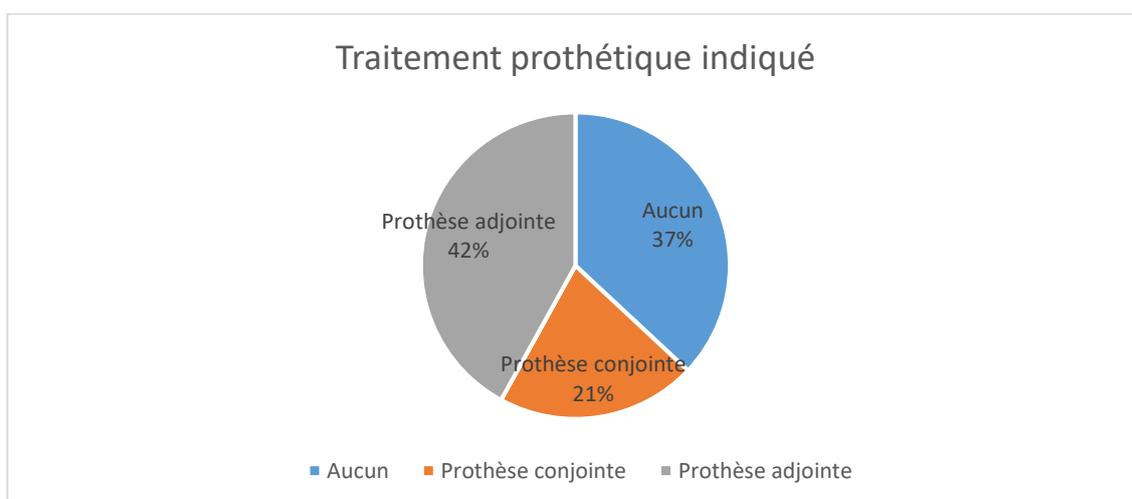
2.4.3.4 Besoin en traitement prothétique

Un besoin en prothèse conjointe est indiqué pour 21 % (n=5) des MNA dont deux nécessitaient le remplacement d'une dent antérieure.

Un traitement par prothèse amovible est nécessaire pour 42 % (n=10) des MNA.

Un besoin prothétique prématuré est constaté chez les mineurs consultant la PASS pédiatrique ; plus d'un MNA sur deux nécessite un traitement prothétique (cf. figure ci-dessous).

Figure 9 : Le besoin prothétique chez les MNA de la PASS pédiatrique



Source : Auteur, 2023.

2.4.3.5 Autres besoins

Le diagnostic d'une parodontite de stade 3 grades C a été posé pour un patient (4 %).

Un traitement orthodontique était nécessaire pour 3 MNA (13 %) reçus à la PASS. Les malocclusions observées étaient une occlusion en classe III associée à une dysharmonie dento-maxillaire, une occlusion de classe II, et un inversé articulés sur un secteur postérieur.

2.5 Soins bucco-dentaires réalisés

Un grand panel d'actes a été dispensé, mais les soins les plus couramment pratiqués à la PASS pédiatrique sont les détartrages, les soins conservateurs et les extractions.

En moyenne, chaque patient a bénéficié de 1,5 soins conservateurs, avec un maximum de 8 soins conservateurs réalisés chez une même personne.

Nous observons que 19 % (n=5) ont pu bénéficier d'un traitement endodontique, dont un retraitement endodontique (4 %, n=1).

Un scellement des puits et fissure des premières et deuxième molaires définitives ont été réalisés pour 15 % des patients (n=4), et une pulpotomie d'urgence a été réalisée chez deux patients de la cohorte (7,5 %).

Le nombre maximal d'extractions pratiqué chez un même patient s'élève à 7 dents. En moyenne, chaque patient a bénéficié de 0,8 extraction.

Nous comptons également un patient qui a bénéficié de la pose de deux prothèses fixes (4 %) ainsi qu'un patient ayant fait l'objet d'une chirurgie complexe sous anesthésie générale pour ablation de formation odontoïde complexe.

2.6 Données relatives à la prise en charge des patients

L'absentéisme des mineurs à leur rendez-vous a fortement compliqué la prise en charge des enfants.

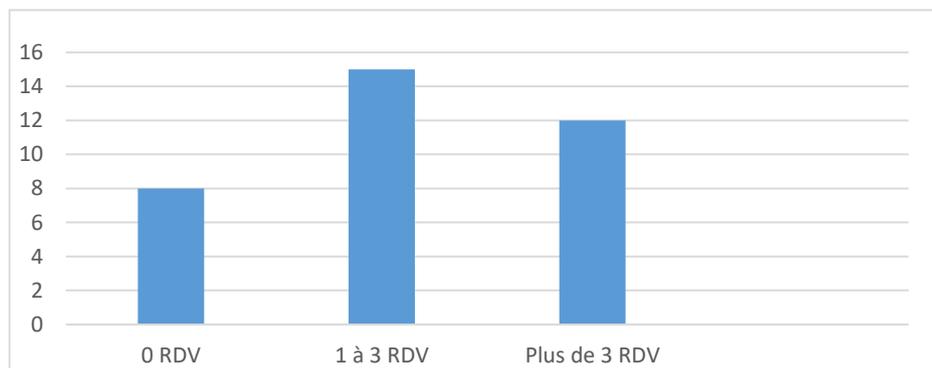
Sur la période étudiée, nous constatons que 29 % des rendez-vous ne sont pas honorés.

Seuls 14 % des MNA (n=5) ont suivi leur traitement jusqu'à son terme. Au jour du recueil de données, un patient était en attente de soin (attente d'ouverture des droits à la CMU), et un patient était en cours de soin (6 %, n=2).

Les premiers rendez-vous sont les plus marqués par l'absentéisme des MNA ; un patient sur quatre (n=8) manque le premier rendez en consultation PASS pédiatrique. Ils sont autant (25 % soit n=8) à manquer la deuxième séance.

On retrouve une moyenne de plus de 4 (± 3.5) rendez-vous par patient avec toutefois, de grande disparité en termes de nombre de rendez-vous par patient (cf. figure 8). Le plus grand nombre de rendez-vous assuré par un patient était de 15 séances.

Figure 10 : Répartition du nombre de rendez-vous assuré au total par MNA à la PASS



Source : Auteur, 2023.

Les MNA consultent principalement en situation d'urgence douloureuse, et présentent un retard de prise en charge expliqué par un manque d'accès au soin. Ils renoncent fréquemment à poursuivre les soins, et sont parfois confrontés à une barrière linguistique qui empêche une adhésion idéale au projet de soin.

3 : Discussion

3.1 Données démographiques

3.1.1 Sex-ratio

La population analysée au sein de notre étude est constituée d'une majorité de garçons (77 %). La surreprésentation des hommes se retrouve également pour la PASS de l'Hôtel-Dieu ou dans le programme MNA de médecin du monde accueillant 95 % d'hommes (12,22). Cette prépondérance masculine est expliquée par leur prédominance au sein des effectifs accueillis au sein de la protection de l'enfance (95 % de garçons) (2).

Des résultats similaires ont été retrouvés en Allemagne, où un système équivalent à la PASS accueille 76,5 % de jeunes hommes (10).

Ces sex-ratios, largement en faveur des garçons, peuvent s'expliquer par la vulnérabilité accrue des jeunes filles s'engageant seules dans un parcours migratoire, surexposée à des violences sexuelles ou à des réseaux d'exploitation de traite des êtres humains (2).

3.1.2 L'âge

La moyenne d'âge observée au sein de notre cohorte est de 16 ans, avec une grande partie des mineurs âgée d'au moins 15 ans (83 %).

En Gironde, sur une cohorte de 235 MNA, les auteurs rapportent une moyenne d'âge de 16,1 ans. Les MNA relevant du programme de Médecin du Monde à Paris ont en moyenne 15,7ans (22,23).

Ces données restent en accord avec ceux de la mission MNA 2019 qui rapporte que 90 % des MNA pris en charge par l'ASE sont âgé d'au moins 15 ans (2).

De même, dans le Kent, au Royaume-Uni, nous constatons une répartition de l'âge des enfants similaire puisque 89,5 % des MNA ont au moins 15 ans (15).

3.1.3 L'origine géographique

Les MNA de notre cohorte proviennent en majeure partie d'Afrique de l'Ouest (Mali, Côte D'Ivoire, Burkina Faso, Guinée), tout comme les MNA reçus à la PASS de l'Hôtel-Dieu. La mission MNA de 2019 observe que 70 % des MNA reçus à l'ASE viennent d'Afrique de l'Ouest (2,12).

En Allemagne, les MNA proviennent majoritairement d'Asie du Sud (37 %). Au Royaume-Uni, une plus grande partie de MNA sont proviennent d'Afrique de l'Est (43 %), ainsi que du proche et moyen Orient (35 %) (8,15).

La population qui est venue consulter la PASS pédiatrique de l'hôpital Louis Mourier reflète la population de MNA présente en France. La prépondérance de MNA d'origine d'Afrique de l'Ouest repose en partie sur la maîtrise de la langue française dans ces pays africains francophones (24).

3.1.4 Le logement

Nous avons pu observer que la totalité des enfants venus consultés la PASS pédiatrique est prise en charge par une institution et orientée vers la PASS pour une prise en charge bucco-dentaire.

Nous retrouvons ce même schéma à la PASS de l'Hôtel-Dieu au sein de laquelle les MNA pris en charge sont orientés à 98 % par une association et seulement 2 % des consultants venaient de leurs propres moyens (12).

À l'opposé, le programme MNA reçu par Médecin du monde déclare accueillir des MNA venant de leur propre initiative ; ce sont des MNA déboutés pour 50 % (mineur qui s'est vu refuser sa demande de protection au titre de l'enfance en danger) et des MNA primo-arrivants pour 50 % (mineur venant d'arriver sur le territoire et sollicitant l'aide d'une institution pour la première fois). Ces MNA constituent une population encore plus éloignée du système de santé (22).

De même, à Pantin, au sein du centre de l'association Médecin Sans Frontière, il est rapporté que plus d'un mineur sur deux vies dans la rue lors de la première consultation. Les mineurs fréquentant ce centre sont donc des MNA dépourvues de toute prise en charge (13).

3.1.5 La couverture sociale

Les MNA ayant recours à la PASS pédiatrique sont à 86 % dénués de couverture sociale. Cette absence de couverture sociale concerne également 61 % des MNA qui ont consulté au sein des centres de santé de l'institution Comité pour la santé des exilés (COMEDE). Ce taux anormalement élevé est dénoncé par l'association Médecin sans frontière qui invoque le droit à la protection maladie universelle pour tous les MNA (13,25).

Pourtant, en théorie, les MNA peuvent bénéficier de l'AME sans condition de durée minimale de résidence sur le territoire et sans justificatif de ressources. Ce décalage peut témoigner des difficultés administratives qu'ils éprouvent et la méconnaissance de leurs droits (24,26).

Parfois, c'est l'administration qui est accusée de compliquer les démarches d'obtention des droits aux MNA, notamment en exigeant des pièces justificatives facultatives, ou en imposant de déclarer une

adresse postale. Du fait de leur situation instable, ces pièces justificatives ou adresses postales sont bien souvent difficiles à fournir pour ces enfants (26).

Cette absence de couverture sociale constitue une première barrière d'accès au soin pour les personnes démunies (25).

3.2 La santé des MNA

Très peu de MNA reçus à la PASS odontologie pédiatrique de Louis Mourier ont des antécédents médico-chirurgicaux. Seul, 7 % des patients présentent une infection chronique par le VHB (n=2), ainsi que 4 % présentant une anémie (n=1).

Ces données rejoignent l'étude menée sur les MNA en Gironde où 5,6 % des MNA ont une infection chronique par le VHB ; et 4,2 % une anémie. Au sein de la PASS médicale de l'Hôtel-Dieu, le taux d'infection au VHB retrouvé est de 12,8 % (12,23).

En Allemagne, la part des MNA atteints d'infection chronique par le VHB est de 7,9 % (8).

Pour ce qui est de la consommation de substance psychoactive, la part de notre échantillon (14 %) est similaire aux résultats allemands (13,7 % de tabac / 10 % de cannabis) et ceux de Gironde (9 %) (8,23).

La littérature rapporte que les MNA présentent d'importantes carences nutritionnelles, de nombreuses infections (parasitaire, tuberculose ou infection sexuellement transmissible), des dermatoses, ou des syndromes de stress post-traumatique ainsi qu'un besoin de rattrapage vaccinal, ce que nous n'avons pas observé au sein de notre cohorte (8,9,15,22,23,27,28).

Cette différence peut s'expliquer par le fait que ces patients paraissent en bonne santé, et que ces troubles se dépistent grâce à des examens complémentaires non réalisés au sein d'un service de médecine bucco-dentaire.

Ainsi, le Haut Conseil de la Santé Publique énonce dans son rapport sur les MNA que si ces derniers paraissent en bonne santé, « un contact avec un professionnel de santé peut mettre en évidence un état nutritionnel déficient, des infections chroniques, une absence d'immunité vaccinale, des troubles musculosquelettiques d'origine traumatique non pris en charge » (11).

3.3 La santé bucco-dentaire des MNA

Peu d'études s'intéressent spécifiquement à la santé orale des MNA. Pour comparer nos résultats, nous nous appuyons essentiellement sur des données menées sur des mineurs réfugiés avec ou sans leurs parents. Du fait de leur statut, les réfugiés ont un accès plus complexe aux soins et présentent un état de santé bucco-dentaire dégradé (29).

Au sein de notre population, nous avons observé un besoin de soin élevé avec un indice CAOD moyen de 9,3 et une moyenne de 7,5 caries non soignées par patient. À Nancy, les MNA présentaient de

meilleurs résultats en santé orale avec en moyenne de 5 lésions carieuses non soignées par patient, ainsi qu'un indice CAOD moyen de 5,35. Cependant dans notre étude comme à Nancy seule 1 dent en moyenne doit être extraite par patient (1,2 dent à Louis Mourier / 1 dent à Nancy) (30).

Le besoin moyen en soin conservateur et endodontique est plus défavorable au sein de notre cohorte (4,1 dents à soigner en moyenne) que celui retrouvé à Nancy (2,8 dents en moyenne).

En France métropolitaine, les adolescents français montrent une atteinte carieuse moins élevée avec un indice CAOD moyen de 4,1 et un nombre moyen de 2 caries non soignées par patient (31).

De même aux États-Unis, les réfugiés mineurs présentent de manière significative un besoin de soins plus important, rapportent de manière plus fréquente des douleurs d'origine dentaire, et nécessitent plus souvent des soins en urgences que les mineurs américains (14).

Les MNA de notre étude montrent un état de santé dentaire plus dégradé et des besoins de soins odontologiques plus importants comparativement aux adolescents nationaux. Une revue de littérature portant sur l'état de santé oral des enfants migrants et réfugiés en Amérique du Nord précise que les enfants migrants et réfugiés présentent une atteinte de leur santé orale plus généralisée et plus sévère que les enfants nationaux (14,32–34).

Il semblerait donc digne d'intérêt de proposer un examen de dépistage bucco-dentaire systématique aux MNA pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance, afin de les prendre en charge précocement. Des recommandations en ce sens existent déjà, mais ne sont en général pas appliquées par les institutions de prise en charge des MNA (35,36).

3.4 Le recours au soin

3.4.1 Renoncement aux soins

Dans notre population, 80 % de patients (n=28) ne vont pas jusqu'au bout de leur plan de traitement. Nous observons donc un important renoncement au soin expliqué par un taux élevé d'absentéisme aux rendez-vous avec un MNA sur quatre ratant sa première visite bucco-dentaire (25 %), et près d'un patient sur quatre ne se présente qu'à la première consultation (25 %). Ils ne sont que 14 % à avoir achevé leur plan de traitement.

Ce manque d'adhésion aux soins odontologiques peut s'expliquer par le fait que les MNA ne perçoivent pas leurs besoins en soins et ne conçoivent pas alors l'intérêt de poursuivre leur traitement (11,37).

De plus, leur santé bucco-dentaire ne constitue pas une priorité au regard des autres problématiques qu'ils rencontrent (logement incertain, précarité, incertitude vis-à-vis de leur statut légal) (11).

Le contexte de vie des MNA peut également justifier ce taux élevé de renoncement ; par un éventuel changement de statut du mineur (jeune devenu majeur, ou transféré dans un autre département sur la base d'une clé de répartition), ou par d'éventuelles fugues (1,11,12).

De plus, le système de soins français est vécu comme complexe par les MNA, en particulier en raison des nombreuses étapes nécessaires pour accéder à une prise en charge ; prise de rendez-vous, accéder à la structure de soin, attendre en salle d'attente, consulter le médecin pour obtenir une ordonnance, puis se rendre à la pharmacie. Ils méconnaissent le système de santé et expriment des difficultés quant à cette organisation des soins (38).

3.4.2 Comportement de recours aux soins

Dans notre population, la majorité des MNA (61 %, n=14) ont recours à la consultation PASS en contexte d'urgence douloureuse.

Aux États-Unis, une constatation similaire est retrouvée à propos d'une population d'enfants réfugiés qui consultent pour douleurs orales plus fréquemment que les enfants américains (14).

Les MNA sont peu demandeurs de soins malgré la dégradation de leur santé bucco-dentaire, en réalité ils ne perçoivent pas leur besoin en soin ce qui est à l'origine du non-recours aux soins. Généralement, ce sera donc la douleur qui les poussera à consulter (34,37).

Ce faible recours aux soins favorise la dégradation de la santé bucco-dentaire des MNA, qui consultent alors de manière tardive, avec une atteinte généralisée et sévère de leur santé bucco-dentaire (indication de plus de trois soins conservateurs pour 70 % des patients, un patient sur deux nécessite un traitement endodontique, moyenne d'une dent à extraire par patient).

Sur le plan de leur santé générale, un recours au soin tardif est également constaté au centre de santé Médecin sans Frontière de Pantin, en Seine Saint-Denis, avec un taux d'hospitalisation de 15 % (13).

3.4.3 L'accessibilité des PASS bucco-dentaires

Les PASS bucco-dentaires sont au nombre de 20 réparties sur tout le territoire métropolitain (figure 10). Le faible nombre de PASS bucco-dentaire sur le territoire constitue un obstacle d'accessibilité aux personnes précaires dans le besoin de soin bucco-dentaire (39).

Figure 11 : Cartographie des PASS bucco-dentaires.



Source : Hérisson, *Étude rétrospective d'une population accédant à la permanence d'accès aux soins de santé du pôle odontologie du CHU de Bordeaux en 2015, 2016.*

Parmi les 75 PASS en France, 65 % des MNA ont évoqué des difficultés à se déplacer pour atteindre les permanences de soins (9).

Le développement de ces consultations PASS bucco-dentaires spécifiques pour mineur sont demandées par plusieurs institutions pour accroître cette offre de soin sur le territoire (40,41).

3.4.4 L'utilisation des services de soins dentaires

Les MNA utilisent faiblement les services de santé dentaire. À Nancy, moins d'un MNA sur trois déclare avoir consulté un chirurgien-dentiste dans leur pays d'origine ou à leur arrivée en Europe. Aux États-Unis, un taux similaire (32 %) d'enfant réfugié ont déjà consulté un dentiste (14,23).

Ces taux particulièrement faibles de recours aux soins s'expliquent par le grand nombre d'obstacles que rencontrent les MNA pour accéder au système de santé, ce qui se traduit par des besoins de santé non satisfaits (32).

Ainsi, les enfants immigrés et réfugié ont moins recours à des visites dentaires régulières que les enfants nationaux (42).

Un comportement similaire a également été observé à propos de la santé générale des MNA par l'association Médecin du Monde qui rapporte « qu'un tiers des problématiques rencontrées sont considérées par les médecins de Médecin du monde comme urgentes ou assez urgentes, et que, pour la moitié des pathologies, ils observent un retard d'accès aux soins, voire un refus de soins » (22).

3.4.5 Communication patient-praticien

Une barrière linguistique existe pour 36 % des MNA de notre cohorte, comparable aux 28 % des patients reçus par les centres du COMEDE.

Dans l'enquête menée par Remi Laporte (pédiatre à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille) au sein de 75 PASS, des difficultés de compréhension ou allophonie sont retenues pour 74 % des MNA.

Ce résultat deux fois supérieur au nôtre est à nuancer par rapport aux critères définis pour retenir une difficulté de compréhension. En effet, l'étude ne distingue pas les difficultés de communication due à une barrière linguistique, ou les difficultés de compréhension due à un niveau de littératie en santé insuffisante, tandis que dans notre étude nous n'évaluons que la barrière linguistique.

Il a été notifié dans deux dossiers la nécessité de faire appel à une tierce personne du service parlant la même langue que l'enfant afin d'établir une communication fiable.

Cette barrière linguistique, ainsi que les croyances culturelles de certains de ces mineurs étrangers, peuvent constituer un obstacle à l'accès aux soins. Pour les MNA qui consultent dans les PASS, un défaut d'adhésion et méfiance sont évoqués à hauteur de 42 % (1,9).

3.5 Les soins odontologiques prodigués

Au sein de la PASS pédiatrique, nous avons établi que les soins de base/primaire constituent la majeure partie de l'activité clinique de la consultation. En effet, les soins conservateurs, soins endodontiques, et les extractions constituent 93 % du total des actes réalisés.

F. Rilliard fait la même observation à propos d'un bilan dressé sur l'activité des PASS bucco-dentaires en France, qui a été instauré initialement pour combattre le renoncement aux soins pour raisons financières. Il dénonce un contraste évident entre la mission de réhabilitation prothétique des PASS bucco-dentaires et l'activité de ces dernières orientée principalement sur les soins primaires. Il définit ainsi les limites de ses structures qui se résument au traitement de la douleur et du risque infectieux. Face à ce constat, l'auteur considère les PASS bucco-dentaires impuissantes (avec les moyens dont elles disposent aujourd'hui) pour faire face à l'exclusion sociale dont ce public précaire est victime du fait des dégradations faciales imputables aux affections dentaires (21).

Dans notre étude, cette orientation de soin peut s'expliquer par le taux important de renoncement au soin dont font preuve les MNA de la PASS pédiatrique : seuls les premiers soins primaires du plan de traitement ont pu être dispensés avant que le mineur ne soit perdu de vue.

Conclusion

Notre travail mené sur les MNA de la PASS odontologie pédiatrique de l'hôpital Louis Mourier nous a permis de caractériser les problématiques bucco-dentaires de cette population vulnérable ainsi que de faire un premier constat sur l'apport de cette consultation spécialisée dans l'accès aux soins de ces mineurs.

Ces enfants présentent un état de santé dentaire dégradé caractérisé par une atteinte carieuse généralisée et sévère, par la perte précoce de dents permanentes, et par des besoins en soin non satisfaits. Comparativement aux enfants nationaux, les MNA présentent un besoin en soins plus important. L'analyse de la prise en charge des enfants montre un recours aux soins caractérisé par une prise en charge tardive et principalement en situation d'urgence douloureuse, ainsi que par un taux de renoncement aux soins accru.

La PASS pédiatrique de Louis Mourier offre un point d'accès aux soins odontologiques indispensable pour les MNA. Elle propose une prise en charge sociale en accompagnant les enfants dans leurs démarches administratives et une prise en charge bucco-dentaire en permettant une réhabilitation orale, y compris prothétique grâce à des financements dédiés pour aider ces patients démunis.

Ainsi, une prise en charge précoce, et un examen de prévention bucco-dentaire systématique lors de leur prise en charge par l'ASE sont impératifs pour permettre à ces jeunes de préserver leur santé bucco-dentaire.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « Mineurs isolés étrangers (MNA) » [Internet]. Saint Denis La Plaine: HAS; 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833668/fr/l-accompagnement-des-mineurs-non-accompagnes-dits-mineurs-isoles-etrangers-mna
2. Direction de la protection judiciaire de la jeunesse. Mission mineurs non accompagnés : rapport annuel d'activité 2019 [Internet]. France: Ministère de la Justice; 2020 p. 43. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/mineurs-non-accompagnes-12824/mission-mineurs-non-accompagnes-rapport-annuel-dactivite-2019-33104.html>
3. Créoff M. Qu'est ce qu'un enfant en danger ? *Plein Droit*. 2002;52(1):7-10.
4. Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000880039/>
5. 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 - Légifrance [Internet]. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37174>
6. Jamet L, Kervel E, Observatoire national de la protection de l'enfance. Mineurs non accompagnés, quels besoins et quelles réponses ? [Internet]. 2018 [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/dossier_mna_web2.pdf
7. Senovilla-Hernandez D. Mineurs isolés étrangers non protégés : résultats d'une enquête dans quatre pays européens. In: *Vulnérabilité, identification des risques et protection de l'enfance*. Paris: Observatoire national de l'enfance en danger; 2014. p. 58-68.
8. 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*. 2016;21(2):210-8.
9. Laporte R. Soins somatiques aux mineurs étrangers isolés. *Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille*; 2018 p. 4.
10. Derluyn I, Mels C, Broekaert E. Mental health problems in separated refugee adolescents. *J Adolesc Health*. 2009;44(3):291-7.
11. Avis relatif au dépistage des santé des enfants étrangers isolés [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2019. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=753>
12. Hourdet A, Rénier M, Van de Steeg F, Rieutord G, de Champs Léger H. État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs : enquête rétrospective au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu. *Bull Epidémiol Hebd*. 2020;(27):531.

13. Médeçins Sans Frontières. Les mineurs non accompagnés, symbole d'une politique de maltraitance. Paris: MSF; 2019 p. 60.
14. Cote S, Geltman P, Nunn M, Lituri K, Henshaw M, Garcia RI. Dental caries of refugee children compared with US children. *Pediatrics*. 2004;114(6):e733-740.
15. Kent Public Health Observatory. Health needs assessment – Unaccompanied children seeking asylum. 2016.
16. Paisi M, Baines R, Burns L, Plessas A, Radford P, Shawe J, et al. Barriers and facilitators to dental care access among asylum seekers and refugees in highly developed countries : a systematic review. *BMC Oral Health*. 2020;20(1):337.
17. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care : conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18.
18. LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions [Internet]. 98-657 juill 29, 1998. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000206894#:~:text=La%20pr%C3%A9sente%20loi%20tend%20%C3%A0,famille%20et%20de%20l'enfance>.
19. Georges-Tarragano C. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : tradition d'hospitalité et modèle d'organisation innovante. *Rev Médecine Interne*. 2015;36(1):38-41.
20. CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) [Internet]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste_20130007_0000_0078.pdf
21. Friedlander L, Naud Llamas C, Rillard F. 15. Les permanences d'accès aux soins de santé bucco-dentaires. In: *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes: Presses de l'EHESP; 2012. p. 199-206. (Hors collection).
22. Délégation IDF. Rapport d'activité 2018 : Programme Mineurs Non Accompagnés [Internet]. Paris: Médeçins du Monde; 2018 [cité 15 août 2022] p. 25. Disponible sur: <https://www.infomie.net/spip.php?article4934>
23. Monpierre O, Baudino P, Rio-René P, Maurice S, Malvy D, Receveur MC. État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013. *Bull Société Pathol Exot*. 2016;109(2):99-106.
24. Bret C, Laurant S, Laurence S, Pauti M. L'accès aux droits et aux soins des mineurs non-accompagnés en France : Cadre légal et dysfonctionnements [Internet]. Médeçins du Monde; 2017. Disponible sur: <http://www.agisante-gard.org/a/1160/l-acces-aux-droits-et-aux-soins-des-mineurs-non-accompagnes-en-france-cadre-legal-et-dysfonctionnements/>
25. COMEDE. Rapport d'activité et d'observation 2019 [Internet]. Le Kremlin Bicêtre: Comité pour la santé des exilés; 2019 [cité 15 août 2022] p. 114. Disponible sur: <https://www.comede.org/rapport-dactivite-et-dobservation-2019/>

26. Direction des Opérations France de Médecins du Monde, ORS Midi-Pyrénées. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecin du Monde : Rapport 2017 [Internet]. Médecins du Monde; 2018 [cité 14 août 2022] p. 144. Disponible sur: <http://www.agisante-gard.org/a/1115/observatoire-de-l-acces-aux-droits-et-aux-soins-dans-les-programmes-de-medecin-du-monde-rapport-2017/>
27. Kien C, Sommer I, Faustmann A, Gibson L, Schneider M, Krczal E, et al. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European countries: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019;28(10):1295-310.
28. Jakobsen M, Demott MAM, Heir T. Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH*. 2014;10:53-8.
29. Bhusari S, Ilechukwu C, Elwishahy A, Horstick O, Winkler V, Antia K. Dental caries among refugees in Europe: a systematic literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):E9510.
30. Perrin T. État de santé bucco-dentaire des mineurs non accompagnés accueillis au service d'odontologie du CHRU de Nancy en 2017: un premier constat [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2019.
31. Chabert R, Matysiak M, Gradelet J, Chamodot M. Le bilan bucco-dentaire : suivi prospectif d'adolescents en France. I. Etat de santé bucco-dentaire des adolescents de 15 ans en 1999. *Rev Médicale L'Assurance Mal*. 2003;34(1):15-21.
32. Reza M, Amin M, Sgro A, Abdelaziz A, Ito D, Main P, et al. Oral health status of immigrant and refugee children in North America: a scoping review. *J Can Dent Assoc*. :18.
33. Maserejian NN, Trachtenberg F, Hayes C, Tavares M. Oral health disparities in children of immigrants: dental caries experience at enrollment and during follow-up in the New England children's amalgam trial. *J Public Health Dent*. 2008;68(1):14-21.
34. Woodward GL, Leake JL, Main PA. Oral health and family characteristics of children attending private or public dental clinics. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1996;24(4):253-9.
35. Davidson N, Skull S, Chaney G, Frydenberg A, Jones C, Isaacs D, et al. Comprehensive health assessment for newly arrived refugee children in Australia. *J Paediatr Child Health*. 2004;40(9-10):562-8.
36. Guide pratique de l'accueil des mineurs isolés étrangers. Plate-forme technique interinstitutionnelle mineurs isolés étrangers des Bouches-du-Rhône. Edition 2014;
37. Pegon-Machat E, Jourdan D, Tubert-Jeannin S. Inégalités en santé orale : déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France. *Sante Publique (Bucur)*. 2018;Vol. 30(2):243-51.
38. Guégan M, Rivollier E. [Stranger isolated minors and the French health care system: qualitative study]. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr*. 2017;29(6):861-7.
39. Direction des Missions France. Etat des lieux des permanences d'accès aux soins de santé. Médecins du Monde; 2010.

40. Agence Régionale de Santé Ile-de-France. Schéma d'organisation des soins - Le volet bucco-dentaire [Internet]. Paris: ARS IDF; [cité 15 août 2022] p. 104. Disponible sur: <https://urps-cd-idf.com/documents-produits-par-lars/>
41. Comité interministériel de la santé. Plan National de Santé Publique [Internet]. Paris; 2018 [cité 15 août 2022] p. 43. Disponible sur: <https://www.reseau-national-nutrition-sante.fr/fr/plan-national-de-sante-publique-priorite-prevention.html>
42. Huang ZJ, Yu SM, Ledsky R. Health status and health service access and use among children in U.S. immigrant families. *Am J Public Health*. 2006;96(4):634-40.

Table des figures

Figure 1 : Répartition effective homme-femme.....	9
Figure 2 : La répartition des MNA par âge	9
Figure 3 : L'origine géographique des MNA.....	10
Figure 4 : Répartition des motifs de consultation.....	12
Figure 5 : Répartition des mineurs en fonction de l'accompagnement.....	13
Figure 6 : Répartition des effectifs en fonction du nombre de caries par patient.....	14
Figure 7 : Répartition des effectifs en fonction du nombre de dents absentes.....	15
Figure 8 : Distribution en fonction du nombre par patient du besoin en soin conservateur	16
Figure 9 : Le besoin prothétique chez les MNA de la PASS pédiatrique	17
Figure 10 : Répartition du nombre de rendez-vous assuré au total par MNA à la PASS	18
Figure 11 : Cartographie des PASS bucco-dentaires.	24

Table des tableaux

Tableau 1 : Patient présent et absent à la première consultation PASS pédiatrique ; comparaison des données démographiques.....	8
---	---

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de l'UFR d'Odontologie

Docteur Pierre-Jean BÉRAT

Professeur Vianney DESCROIX

Vu, le Président d' Université Paris Cité

Professeur Christine CLERICI

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Vianney DESCROIX

Quelle prise en charge bucco-dentaire pour les mineurs non accompagnés ?

Raphael Benichou. Quelle prise en charge bucco-dentaire pour les mineurs non accompagnés. 2023. 32 p. : ill., graph., tabl. Réf. bibliographiques p. 27-30.

Sous la direction de M. le Docteur Pierre-Jean Bérat

Université Paris Cité
UFR d'Odontologie
1, rue Maurice Arnoux - 92120 Montrouge
5, rue Garancière - 75006 Paris