

Parcours de 129 migrants mineurs scolarisés à Paris en Mai 2018

Présenté par

Yvette MONKAM WOYAP

Joseph AZMI

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département : SANTE

Spécialité : SANTE INTERNATIONALE

le 01 avril 2019

Devant le jury composé de :

Dr. Patrick THONNEAU

DR / INSERM

Directeur du Département Santé /Université Senghor à Alexandrie

Dr. Anne-Marie MOULIN

DR / CNRS

M. Pierre TRAISSAC

Ingénieur de Recherche CE / IRD

Président

Examineur

Examineur

Remerciements

Nous remercions :

Madame Jordelie LOUMOUMOU BITAMBIKI De Chancela pour la franche collaboration durant le recueil des données et tout ce qui a précédé,

Madame Christelle TOURRES pour l'aide et la contribution à ce travail,

Monsieur Christian MESENGE pour l'encadrement,

Marie GAUTREAU pour l'accueil qu'elle nous a réservé à Paris

Monsieur Daniel DELANOË pour la contribution et l'encadrement,

Madame Anne-Marie MOULIN pour les orientations,

Madame Stéphanie LARCHANCHE pour les conseils et les avis,

Madame MONCHABLON et son équipe du Relais Etudiants de Paris, Madame Marguerite COGNET, Monsieur Marc KELLER, Madame Margaret ZANCHETTA pour les contributions,

Les équipes médicales des écoles visitées,

Monsieur Patrick THONNEAU pour l'encadrement dans la bonne humeur,

Madame Alice MOUNIR pour le professionnalisme avec le sourire.

Dédicace

À ma mère, mon frère et à feu mon père

À ma professeure Dr. Nancy BEDWANI, grâce à elle j'ai connu l'Université Senghor,

À mes collègues,

À Aïcha BENTATA pour son soutien.

Joseph AZMI

À mes parents et toute ma famille,

À mes collègues,

À Annick, Mirène et mes ami(e)s de Senghor pour les rires partagés.

Yvette MONKAM WOYAP

Résumé

En 2015, la France a accueilli et scolarisé plus de 54 000 mineurs migrants. Connaître leur parcours de migration, décrire les violences migratoires et les difficultés d'adaptation des mineurs migrants scolarisés à Paris, présente un intérêt pour l'épidémiologie et plus généralement la santé publique, dans un esprit de prévention.

Il s'agit d'une étude descriptive conduite chez 129 mineurs migrants dans leur lieu de scolarisation à Paris, sélectionnés selon la disponibilité des établissements (7/38). Étude menée de mai à juin 2018, à travers un questionnaire semi-directif centré sur l'histoire pré-migratoire (âge, parents, financement), migratoire (violences, durée du voyage, accueil) et post-migratoire (lieu de vie, état de santé et suivi médical).

Le voyage seul et/ou le logement seul concernait 3/4 des élèves. La provenance majoritaire était subsaharienne (maliens 35%, ivoiriens 12%, guinéens 8%) et afghane (8%). On notait 16% de filles. La moyenne d'âge était de 16,7ans \pm 1,5. Leur histoire familiale avait en commun pour le tiers, un éclatement de la cellule de base (divorce, décès d'un parent ou abandon). Deux enfants sur trois ont voyagé par voie terrestre et/ou maritime et y ont connu des violences physiques avec blessures, plaies par balles et tentatives de viol. Parmi eux, 12% ont été séparés de leurs accompagnants. Ces accompagnants sont soit morts devant eux (8%), soit perdus de vue (16%). D'autres ont assisté à des violences suivies d'abandon des agonisants sur le chemin. Leur voyage a duré en moyenne 4,6 mois +/- 6,5 (0 - 30 mois). À leur arrivée, 16% logent à l'hôtel ou en foyer (25%) et la moitié bénéficie d'un suivi médical sans soins psychologiques. Un quart des jeunes a un mauvais sommeil allant parfois jusqu'à l'insomnie.

Notre étude montre le drame vécu par ces enfants durant leur migration et après. La priorité devrait être donnée à une prise en charge adéquate dans leur pays d'accueil.

Mots-clés

Migrant, mineur, violence, scolarisés, santé.

Abstract

In 2015, France has hosted and educated more than 54,000 migrant minors. Knowing their migration route present an interest for public health. We describe the violence during the travel and difficulties of adaptation among migrant minors schooled in Paris. The descriptive study was conducted on 129 migrant minors in their place of schooling in Paris, selected according to the availability of establishments (7/38). The study was conducted from May to June 2018, through a semi directive questionnaire focused on pre-migration history (age, parents, funding), migratory (violence, duration of the trip, hosting), and post-migratory (place of habitation, state of health and medical follow-up). Young people travelling alone and/or accommodated alone represent 3/4 of the students. Most were sub-Saharan (Maliens 35% Ivoirians 12%, Guineans 8%) and Afghan (8%). Also noted 16% were girls. The average age was 16.7 ± 1.5 . Their family history found for the third, a breakup of the basic cell (divorce, death of a parent or abandonment). Two out of three children traveled by land and/or sea and experienced physical violence with injuries, bullet wounds and attempted rapes. Among them, 12% were separated from their companions either dead before them or lost. Others witnessed violence followed by abandonment of the dead bodies on the way. Their trip lasted on average 4.6 months +/- 6.5 (0 - 30 months). Upon their arrival, 16% stay at a hotel or in a home (25%) and half received medical attention without psychological care. A quarter of young people have poor sleep, sometimes leading to insomnia. Our study shows the tragedy experienced by these children during their migration and after it. The priority for these children is that they need an adequate care and support from their hosting country.

Key-words

Migrant, minor, violence, schooled, health.

Liste des acronymes et abréviations utilisés

- AME : Aide Médicale de l'État
- ASE : Aide Sociale à l'Enfance
- CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
- CASNAV : Centre Académique pour la Scolarisation des enfants Allophones
Nouvellement Arrivés et des enfants issus de Familles itinérantes et de voyageurs
- CD : Conseils Départementaux
- CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfance
- CMU : Couverture Maladie Universelle
- CNIL : Commission Nationale pour l'Informatique et les Libertés
- CUDH : Convention Universelle des Droits de l'Homme
- EREA : Établissement Régional d'Enseignement Adapté
- HCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
- MIE : Mineur Isolé Étranger
- MNA : Mineur Non Accompagné
- OIM : Organisation Internationale pour les Migrants
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PASS : Permanence d'Accès aux Soins
- PTSS : Syndrome de Stress Post Traumatique
- UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund
- UPE2A : Unité Pédagogique pour les Élèves Allophones nouvellement Arrivés

Tables des matières

Remerciements	i
Dédicace	ii
Résumé	iii
Abstract	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés	v
1 Introduction.....	1
2 Méthodologie	9
2.1 Type d'étude	9
2.2 Période d'étude.....	9
2.3 Lieu d'étude.....	9
2.4 Population d'étude.....	10
2.5 Déroulement de l'enquête	10
2.6 Traitement des données	12
2.7 Difficultés.....	12
2.8 Considérations éthiques.....	12
3 Résultats.....	14
3.1 Caractéristiques de la population d'étude.....	14
3.2 Phase pré-migratoire.....	16
3.3 La phase migratoire.....	17
Étapes et voies de migration	17
Modalités d'accompagnement durant la migration	19
Devenir des accompagnants	20
Évènements vécus durant la migration.....	21
3.4 La phase post-migratoire (en France)	22
Lieux d'accueil et logement.....	22
Éléments d'état de santé, accès aux soins et difficultés d'adaptation	23
3.5 Les informations qualitatives	24
De la fiche d'enquête Epi info	24
3.6 Les notes d'entretien	25
4 Discussion.....	27
4.1 Caractéristiques de la population	27
Sexe et âge	27

Provenance.....	28
4.2 Principales caractéristiques avant la migration	29
4.3 Facteurs associés aux troubles mentaux	29
4.4 Après la migration	30
Lieu de vie.....	30
Difficultés.....	31
4.5 Perspectives d’avenir	32
4.6 Biais et limites	32
5 Conclusion	34
6 Références.....	a
7 Liste des illustrations.....	d
8 Liste des tableaux.....	e
9 Glossaire	f
10 Annexes :	g
Annexe 1 : Fiche d’enquête.....	g
Annexe 2 : fiche de consentement.....	l

1 Introduction

À travers le monde, on compte plus de 244 millions de personnes ne vivant pas dans leur pays d'origine et qu'on appelle des migrants¹. Il n'existe pas de définition juridiquement reconnue du terme « migrant ». Toutefois, selon les Nations Unies, ce terme désigne « toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer ». Cependant, il est courant d'y inclure certaines catégories de migrants de courte durée, telles que les travailleurs agricoles saisonniers qui se déplacent à l'époque des semis ou des récoltes². On peut regrouper les causes de migration³ en facteurs poussant au départ, qu'on appelle « push » en anglais, qui sont les mauvaises conditions de vie (conflits sociaux et guerres, discrimination, travail forcé, manque d'opportunités...) et facteurs dits « pull » qui sont les opportunités et ouvertures connues ou supposées dans d'autres pays (éducation, offre d'emplois, meilleures conditions de vie ...)³. Autrefois les migrations de travail étaient prépondérantes, mais aujourd'hui les facteurs dominants sont le désir de regroupement familial, la recherche d'asile politique, l'espoir de poursuivre des études⁴, désirs particulièrement présents dans la migration des enfants⁵. La décision de migrer pourrait être personnelle, familiale ou collective et se fait souvent pour un motif économique⁶.

En quarante années le nombre des migrants internationaux a triplé, mais ne représente que 3,5 % de la population mondiale. L'attention a été plus attirée sur les flux migratoires internationaux vers l'Union Européenne alors que le nombre des migrations vers le sud (sud-sud et nord-sud) a dépassé celui vers le nord sans compter les migrations régionales encore plus nombreuses⁷. Cette myopie est due à l'obsession sécuritaire des états européens qui se voient « assiégés ». Pourtant dans les années 1900, c'était surtout les européens qui migraient, vers les Amériques et vers le sud avec les colonies de peuplement qui ont envahi l'Afrique du Sud, le Zimbabwe, l'Algérie. Des déplacements ont été aussi consécutifs aux guerres (coloniales et mondiales)⁸. Les migrations d'aujourd'hui n'atteignent pas les chiffres des deux derniers siècles, et on estime que la part des migrants au sein des populations représente aujourd'hui 2,2% en Europe, 3% aux États-Unis et 6% au Canada⁹.

Les migrations vers l'Europe empruntent plusieurs chemins : aérien, terrestre ou maritime.

Les quatre principales routes de migration vers l'Europe sont représentées en figure 1.



Figure 1 Route de migration vers l'Europe¹⁰

Ces routes sont empruntées à la fois par les adultes et les mineurs, avec divers moyens pour quitter des zones de conflits et/ou de pauvreté. Ces jeunes depuis leurs pays, ne trouvent rien à faire qui puisse leur permettre de gagner leur vie. Grâce aux médias et aux réseaux sociaux, ils voient ce qui est présenté comme un succès pour d'autres personnes parties en migration. Par exemple, au Mali, il existe le ministère de la diaspora, qui valorise un peu la vie de ces jeunes par leurs réalisations patriotiques après leur migration réussie. Sur ces routes migratoires, surviennent plusieurs événements, comme l'actualité médiatique le reporte régulièrement. Les traumatismes multiples sont décrits et déplorés par la presse internationale notamment autour de la Méditerranée, les enfants ne sont pas épargnés. Deux revues de la littérature effectuées par Diana Franco ¹¹et Berger Cardoso et al¹², tous les deux docteurs en sciences de l'éducation aux Etats-Unis, font le point sur les difficultés vécues par les enfants migrants réfugiés latino-américains aux Etats-Unis et appellent à faire plus d'études sur les migrants mineurs.

Les migrations de mineurs ont toujours existé comme l'ont montré les chiffres de la surveillance mondiale des nations unies. Cependant, il est difficile d'avoir des données

précises car excepté ceux qui sont déclarés demandeurs d’asile, un nombre difficile à apprécier reste dans la clandestinité¹³.

Neuf mineurs migrants sur dix ayant traversé la méditerranée ne sont pas accompagnés. Sur huit migrants, l’un est un enfant. On compte près de 50 millions d’enfants migrants à travers le monde, dont plus de la moitié à cause des violences et de l’insécurité. En 2015, 31% des migrants arrivés en Europe par la mer étaient des enfants et 14 % des immigrants arrivés en Italie par la Méditerranée en 2016 étaient mineurs. Les enfants constituent aujourd’hui la moitié de la population de réfugiés et ils sont probablement plus exposés à beaucoup de risques^{13,14} comme les mauvais traitements, les agressions y compris sexuelles, des abus en tous genres.

La dénomination de MNA (Migrant Non Accompagné) a vu le jour en mars 2016, remplaçant l’appellation Mineurs Isolés Etrangers (MIE) Le MNA est défini par le HCR et l’Alliance internationale Save the Children comme étant « *des enfants de moins de 18 ans se trouvant en dehors de leur pays d’origine, séparés de leurs parents ou de leur répondant autorisé par la loi/par la coutume* »¹⁵. Donc le MNA est celui qui est seul soit durant le trajet, soit à son arrivée et dans son logement.

Le parcours migratoire peut être divisé en trois phases : de préparation ou pré migratoire, de migration et d’adaptation ou post-migratoire comme dans l’étude de Ornelas et al¹⁶ qui ont étudié le rôle de la migration dans la survenue d’un syndrome dépressif chez des migrants latino-américains.

Il convient de se demander quel est l’état de santé d’un migrant mineur à travers toutes ces étapes. Étant un être fragile en pleine croissance, quels sont les éléments interagissant avec son état physique, mental et social, durant ces trois phases surtout au regard des difficultés rencontrées par les adultes à travers ce parcours^{11,16}.

Pour garantir le bien-être de ces enfants migrants, en décembre 2018 à Marrakech, a été signé le pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières. Concernant les enfants, le principe « h » stipulait : « *Adaptation aux besoins de l’enfant. Le Pacte mondial promeut le respect des obligations juridiques internationales relatives aux droits de l’enfant et voit réaffirmé le principe qui consiste à toujours privilégier l’intérêt supérieur de l’enfant, lequel doit être une considération primordiale dans toutes les situations concernant des enfants dans*

le contexte des migrations internationales, notamment des enfants non accompagnés et séparés de leur famille »¹⁷. La mise en application des principes de lois diffère selon les pays, ainsi les enfants concernés par la migration ne sont pas pris en considération dans beaucoup de politiques nationales et de systèmes de protection et de promotion locale des droits de l'enfant. Pourtant comme tous les enfants, ceux qui migrent devraient aussi bénéficier de la protection offerte par la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CIDE) de 1989¹⁸. En vertu de son article 2, elle s'applique « *à tout enfant relevant de sa juridiction* ». Ceci inclut tous les enfants « *vivant sur le territoire de l'État, y compris les visiteurs, les réfugiés, les enfants de travailleurs migrants et ceux qui sont en situation irrégulière* ». Les garanties offertes par la CIDE doivent être considérées lors de chacune des étapes de la migration, déjà avant le départ mais aussi pendant le voyage et après l'arrivée.

En 2017, la commission sénatoriale française des affaires sociales sur la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés a mené des recherches¹⁹. Ses travaux montraient les limites des dispositions étatiques pour faire face à la situation des MNA tout en décrivant les principales dispositions d'accueil.

La question l'âge est primordiale et conditionne leur prise en charge, car après 18 ans il relève de la législation en vigueur pour les adultes. Il faut alors procéder à un examen médical pour estimer l'âge qui détermine la suite de leur séjour sur le territoire d'accueil. Pourtant parmi les résolutions de l'assemblée parlementaire européenne, la résolution 6 alinéa 1 proposait « *d'engager une procédure de détermination de l'âge individualisée et fiable pour les enfants migrants non accompagnés, uniquement en cas de doutes sérieux sur leur âge et, en dernier ressort, dans l'intérêt supérieur de l'enfant* »²⁰. Sur cette question, la Suisse qui n'appartient pas à la communauté européenne adopte une position différente car à ce jour, aucune méthode scientifique ne permet d'établir précisément l'âge d'un jeune entre 15 et 20 ans. La France elle, s'inscrit dans la droite ligne de la loi européenne²¹.

Ces articles de loi définissent le cadre d'application des mesures pour permettre le bien-être des enfants. Ils soulignent trois axes principaux d'action que sont l'éducation, la protection sociale et la santé¹⁸.

Sur le plan sanitaire, L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande des principes directeurs pour assurer leur accès aux soins de qualité¹. Pourtant, l'accès aux soins de santé d'un enfant issu de parents migrants peut être entravé par le statut juridique de ceux-ci car si les parents n'ont pas accès aux droits de santé, l'accès peut être aussi difficile pour les enfants.

En France, les MNA en attente d'une assurance maladie consultent dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Les PASS sont des structures situées dans un établissement de santé, elles doivent fournir un accès aux soins, un accompagnement soignant et social aux patients en attente de l'ouverture de droits à la couverture médicale universelle. Leur rôle est important dans l'accueil et le dépistage des affections courantes¹⁵. En plus de ces permanences, tout demandeur d'asile a accès à la couverture maladie universelle (CMU). Cette couverture est aussi ouverte aux mineurs non accompagnés, même s'ils sont en situation irrégulière et/ou n'ont pas déposé de demande d'asile. En revanche, les enfants accompagnés sont admissibles au système de l'Aide Médicale d'État (AME), comme les migrants en situation irrégulière. Dans les PASS les affections mentales sont mal prises en compte, alors que du fait d'un manque de préparation avant le voyage, des difficultés du voyage et de l'inadaptation des migrants³, la plupart des études soulignent la fréquence des souffrances mentales et de détresse psychologique des populations migrantes²². Une méta-analyse¹⁽¹⁾ sur l'état de santé mentale des migrants de première génération montrait une plus grande susceptibilité aux affections mentales que la population générale. Chez les mineurs non accompagnés sont signalés fréquemment le syndrome de stress post-traumatique (PTSS), l'anxiété, la dépression ou même des psychoses²³. Toutes ces affections étant évidemment en lien avec le passé (faibles moyens financiers, faible soutien social) ou les événements vécus durant la migration²⁴.

Au sein des établissements scolaires, il y a des médecins, infirmières et psychologues de l'Éducation Nationale qui s'occupent de suivre les élèves et les orienter vers des structures de soins si le besoin se présente, mais ils ne sont pas suffisants pour le nombre d'élèves. La France compte peu de psychologues de l'éducation nationale pour l'ensemble des élèves avec un

¹Une méta-analyse est une démarche statistique combinant les résultats d'une série d'études indépendantes sur un problème donné. La méta-analyse permet une analyse plus précise des données par l'augmentation du nombre de cas étudiés et de tirer une conclusion globale.

ratio de 1500-2000 élèves par psychologue, sans tenir compte de la répartition souvent inégale²⁵.

En ce qui concerne la protection sociale des mineurs migrants, notamment MNA, elle est basée sur celle de l'enfance en danger²⁶. En France, la procédure légale d'accueil passe par plusieurs étapes administratives puis judiciaires y compris médico-légale (confère la résolution 6 citée plus haut)²⁶. Ce dispositif est applicable à tout mineur en danger, sans condition de nationalité. La notion de danger est définie aux articles 375 du Code Civil et L.221-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) qui prévoient qu'il faut prendre des mesures protectrices dès que « *la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises* ». Le MNA est alors en situation de danger par le simple fait d'être isolé, sans parent ou représentant légal sur le territoire²⁷. L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) offre une mission de protection de l'enfance par les Conseils Départementaux (CD^o) pour la prévention des difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge.

En 2017, la France a reçu 54 000 demandes d'évaluations de mineurs migrants et placé sous protection 14 908 jeunes. Ce chiffre de demandes d'évaluation a connu 85% d'augmentation par rapport à l'année précédente¹⁹. L'aide Sociale à l'Enfance (ASE) avec les Conseils Départementaux (CD) sont responsables de leur accueil.

Parmi les services offerts par l'ASE, il y a l'hébergement. L'accueil familial est la modalité d'hébergement la plus fréquente pour les moins de 15 ans. La moitié des enfants étant accueillie par un assistant familial, 38% le sont en établissements et 8 % composés de jeunes majeurs et adolescents autonomes le sont en location, hôtel ou foyers d'étudiants. Nous n'avons pas retrouvé de chiffres concernant spécifiquement le type d'hébergement des MNA²⁷. Des ONG sont également investies dans l'accueil et l'accompagnement des MNA telles que la Croix Rouge française ou encore Médecins du Monde qui leur offre des soins gratuits.

L'éducation compte aussi parmi les services de l'ASE, et concerne les 7 à 21 ans. Ces services sont le plus souvent l'aide éducative à domicile ou en milieu ouvert et parfois une scolarisation en Unités Pédagogiques pour les Elèves Allophones nouvellement Arrivés (UPE2A)²⁷. Le rapport français intitulé « *droits de l'enfant 2016* », décrit les processus d'accès aux structures éducatives des enfants allophones nouvellement arrivés sur le territoire français et/ou dans le système éducatif²⁸ car tout enfant migrant âgé de 6 à 16 ans en plus de l'aide sanitaire doit être scolarisé dans la mairie près de son domicile. Parfois, on retrouve dans les UPE2A des jeunes nés en France ou y vivant déjà ou encore ayant la nationalité française mais qui ont voyagé les années précédant. À leur retour, étant d'origine étrangère (allophone) et n'ayant pas été scolarisés en France durant ce ou cette année(s) de voyage, ils sont inscrits en UPE2A. La réussite au cours de cette scolarisation devient presque une condition pour l'obtention d'un statut légal à la majorité. Après 18 ans révolus, il leur faut en effet soit demander l'asile, la nationalité française, soit demander un titre de séjour qui est conditionné par un contrat de travail ou des études en cours au moment du passage à la majorité²⁸. Sans titre de séjour, on ne peut avoir accès à une formation. L'expulsion ou la possibilité du choix d'une vie clandestine se profile à l'horizon²⁹. Quand on sait que ces jeunes migrants arrivent en moyenne à l'âge de 16 ans parlant une langue étrangère ou jamais scolarisés, cela ne leur laisse qu'environ 2 années pour réussir des études et pouvoir travailler²⁸. C'est la corde raide et un pari difficile à tenir, la santé est donc un atout essentiel pour avoir quelques chances de réussir.

Sur le plan mondial, il y a un besoin croissant de connaissances sur les migrants³⁰. Le sujet présente un grand intérêt pour la santé publique nationale et internationale car la présence de migrants peut constituer un risque d'urgence sanitaire imprévisible pour la collectivité, à surveiller³¹. Les études que nous avons pu trouver concernent pour la plupart des réfugiés et s'intéressent soit à leur santé mentale^{32,33}, soit à leurs pathologies les plus fréquentes^{34,35}.

Nous nous sommes demandé quels sont les difficultés et événements vécus sur le parcours migratoire des migrants mineurs scolarisés en UPE2A ? Et nous nous sommes intéressés particulièrement aux élèves dans la région d'Île-de-France qui comprend une forte concentration. Nous avons voulu savoir qui sont ces mineurs migrants à travers les difficultés

rencontrées dans leur parcours migratoire ? (Pré-migratoire, migratoire et post-migratoire).

C'est pourquoi nous nous sommes donné comme objectifs spécifiques de :

- décrire leur situation d'origine et les particularités de leur trajectoire migratoire,
- décrire les conditions de leur séjour en France.

2 Méthodologie

2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive.

2.2 Période d'étude

L'enquête s'est déroulée de mai à juin 2018.

2.3 Lieu d'étude

L'étude a été menée dans la région d'Île-de-France (Paris). Nous avons effectué notre recherche au sein de 07 UPE2A, soit 20 % des 38 Unités de la région parisienne. Ces Unités étaient celles des écoles : lycée professionnel Charles de Gaulle (D), enseignement de commerce dans le 20e arrondissement, l'EREA Edith Piaf (C), enseignement technique dans le 19e arrondissement, le lycée polyvalent d'Alembert (C), le Lycée Dolet (D), le Lycée Abbé Grégoire (A), le lycée Dorian (B) et le lycée Paul Poiret (B).

La figure 2 représente ces écoles dans la région d'Île-de-France.

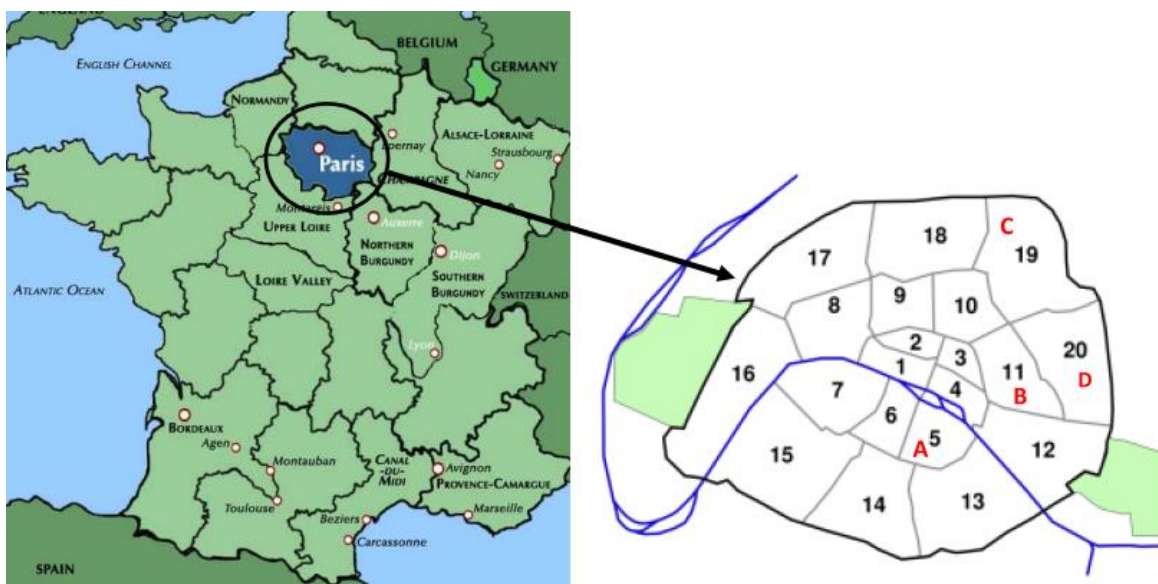


Figure 2 Arrondissements et localisation des établissements de Paris^{36,37}

2.4 Population d'étude

Étaient inclus dans notre étude tous les élèves âgés de 15 ans et plus, scolarisés dans une UPE2A et disponibles pour recevoir les enquêteurs durant la période de l'étude.

Nous avons exclu de notre étude les élèves ayant refusé de participer à l'enquête ou encore absents au cours de nos passages dans leur établissement.

Notre échantillonnage était non probabiliste basé sur un échantillon d'opportunité.

Les UPE2A ont été sélectionnées selon leur disponibilité durant notre période d'étude.

2.5 Déroulement de l'enquête

L'équipe d'enquête était composée de 4 enquêteurs :

- une philosophe spécialiste en philosophie sociale (France - Rwanda), contemporaine et éthique, résidant en France
- une technicienne supérieure en santé publique (Congo- Brazzaville), auditeur en santé Internationale, de l'Université Senghor à Alexandrie,
- un dentiste (Égypte), auditeur en santé Internationale, de l'Université Senghor à Alexandrie,
- une pédiatre (Cameroun), auditeur en santé Internationale, de l'Université Senghor à Alexandrie.

Le travail d'enquête était sous la direction d'un médecin de l'Éducation Nationale.

Nous avons conçu le questionnaire d'enquête (voir annexe 1) à l'aide d'Epi info. Le questionnaire comprenait :

- les aspects démographiques : pays de naissance, nationalité, date de naissance et âge, parents en vie, langues parlées,
- la trajectoire migratoire : pays traversés, durée et mode du voyage, accompagnement, financements, causes de la migration, incidents du voyage (en question ouverte), accueil à l'arrivée, niveau scolaire,
- la trajectoire santé : suivi médical, ophtalmologique, stomatologique, vie sexuelle, santé psychologique, addictions,

- l'alimentation : nombre et lieu de repas,
- l'utilisation des services de santé : perception, couverture médicale, services de santé disponibles,
- la qualité de vie : lieu de vie, loisirs, qualité du sommeil, qualité de vie en général,
- des questions libres : lieu de vie future, aspirations et souhaits.

Nous sommes entrés en contact avec les équipes médicales des établissements (soit le médecin, soit l'infirmière). La première école avec laquelle nous avons pris rendez-vous nous a permis de tester le questionnaire avec deux (02) élèves qui ont été exclus de nos enregistrements ensuite. Nous avons limité à 2 car nous ne savions pas combien d'élèves nous allions pouvoir avoir à la fin de notre enquête. Ce test a été suivi de l'ajout de questions détaillant les pays traversés durant la migration, l'état de vie des parents et les accompagnants durant le voyage au questionnaire pour obtenir une version définitive prête pour le démarrage de l'enquête.

Ensuite, nous avons fixé des rendez-vous avec les enseignants principaux des UPE2A et les infirmières (les jours de leur présence si intermittence) des établissements retenus pour l'enquête. Ce qui nous a permis d'établir notre programme. Les élèves étaient informés à l'avance par leur enseignant ou par l'infirmière de l'enquête et de notre venue. Ensuite, le jour de notre venue au sein de l'établissement, l'un des deux (enseignant ou infirmière) nous présentait et nous aidait à nous installer dans une ou plusieurs salles vides selon les disponibilités d'espace pour les entretiens.

Ensuite nous procédions aux rencontres individuelles pour remplir le formulaire d'enquête.

Chaque élève avait un entretien avec l'un des enquêteurs. L'entretien était parfois traduit dans la langue que comprenait mieux l'élève si l'enquêteur le pouvait. L'entretien semi-directif durait en moyenne 20 minutes par élève. Et l'enquêteur renseignait au fur et à mesure notre fiche d'enquête sur Epi-info. Après chaque entretien, l'enquêteur notait le récit de l'élève ou le fait qui l'avait marqué durant l'entretien sur une feuille Word.

Au total, nous avons donc des données qualitatives (issues du questionnaire épi info et des feuilles Word) et des données quantitatives issues de la fiche Epi info.

2.6 Traitement des données

Une fois les entretiens achevés, nous avons extrait les fiche Epi info sous forme de table Excel et nous avons effectué une revue des questionnaires remplis, avec vérification et correction des données.

Nous avons fait une analyse descriptive des données obtenues avec le logiciel Epi info 7.

Les données qualitatives de la fiche d'enquête et les notes après entretien sur fichier Word ont été traitées par la méthode de codage au moyen du logiciel Nvivo 11.

2.7 Difficultés

Les réticences de certaines équipes médicales face à notre recherche, surtout au début de nos activités, ont ralenti la récolte de nos informations. En effet, une des équipes médicales rencontrées pour les besoins de l'enquête ne nous a pas assisté pour trouver un espace d'entretien au sein de l'établissement, nous avons obtenu le soutien d'un surveillant et d'un enseignant pour arriver à mener les entretiens convenablement.

La grève des transports durant notre période d'enquête dans la ville de Paris, a rendu difficile le respect de la ponctualité à nos rendez-vous.

Le manque de recherches disponibles sur les sujets similaires a rendu la progression difficile dans la phase pré-enquête. Également nos connaissances incomplètes de la situation des migrants et des pays comme par exemple l'Afghanistan ou encore la Libye ont été des difficultés.

La réticence des élèves à nous faire confiance, par crainte pour leur statut légal en France a aussi constitué une difficulté.

2.8 Considérations éthiques

Nous avons obtenu l'autorisation de la direction de la promotion de la santé du Ministère de l'Éducation Nationale. Chaque élève nous a donné son consentement éclairé sur un formulaire électronique Google Form (voir annexe2) avant de répondre aux questions du formulaire d'enquête.

Le remplissage des fiches d'enquête se faisait sous anonymat, sans prendre d'information pouvant lier à une identité.

3 Résultats

3.1 Caractéristiques de la population d'étude

Au total, 129 élèves ont participé à notre étude menée de mai à juillet 2018 dans la région d'île de France. Les caractéristiques générales de notre population d'étude sont résumées dans le tableau 1

Tableau 1 Caractéristiques de la population des migrants mineurs

Section	Intitulé	valeur	
	Moyenne d'âge	16,8 ans +/- 1,5	
		Effectif	%
Age	15	20	16
	16	32	24
	17	44	34
	18	30	23
	19	3	2
Sexe n=129	Garçons	108	84
	Filles	21	16
Accompagnement n=129	MNA*	91	70
	Mineurs accompagnés	38	30

*MNA : Mineur Non accompagné

Nous avons considéré comme MNA tout mineur qui a voyagé seul et/ou qui vit seul sans autorité d'un adulte ou d'un ayant-droit.

Les principaux pays d'origines et de nationalités sont présentés dans le tableau 2 ci-dessous. En dehors de la majorité originaire d'Afrique subsaharienne, on peut noter qu'il y avait 8 élèves qui avaient obtenu la nationalité française (migrants de 2e génération), 1 avait obtenu la nationalité espagnole (gambien) et 1 l'hollandaise (serbe) tandis que 4 étaient originaires d'Europe (serbe et 3 ukrainiens).

Tableau 2 Principaux pays de provenance et de nationalité

De nationalité	Pays	De naissance
Effectif	N=129	Effectif
43	Mali	45
14	Cote d'Ivoire	16
13	Afghanistan	11
8	Guinée Conakry	8
11	France	4
4	Maroc	4
4	Tunisie	4
3	Bangladesh	3
4	Chine	3
2	Egypte	3
2	Iran	3
2	Pakistan	3
2	Sénégal	3
3	Ukraine	3
0	Algérie	2
2	Cameroun	2
1	Gambie	2

Nous avons pu dénombrer 27 pays d'origine, dont 10 (Chili, Congo, Cuba, Guinée Bissau, Mauritanie, Nigéria, Serbie, Soudan, Tchad) étaient représentés par un seul ressortissant. On dénombrait 11 élèves qui avaient la nationalité française dont 4 étaient nés en France tout en étant originaire d'un autre pays.

L'ensemble de nos résultats ont été résumés en 3 étapes : pré-migratoire, migratoire et post-migratoire dans le pays d'accueil.

3.2 Phase pré-migratoire

Le tableau 3 récapitule les principales caractéristiques des élèves avant la migration.

Tableau 3 Principales caractéristiques avant la migration

Section	Intitulé	effectif	%
Parents N = 102	1 décédé	28	27
	2 décédés	4	4
	Les 2 vivants	70	69
	Séparés	14	11
Niveau d'études N = 129	Jamais scolarisé	20	15
	Primaire	27	21
	Secondaire	68	53
	Autres enseignement	14	11
Choix du pays d'accueil N=129	Personnel	51	39
	Familial	70	54
	Autres (amis)	8	7
Financement du voyage N = 124	Parental	81	65
	personnel	16	13
	Autres (vols, Dons...)	27	22
Motivation à la migration N = 129	amis	5	4
	Famille	61	47
	personnelle	54	42
	économique	37	29
	sécurité	25	19
	Santé	1	1

La majorité était des garçons, d'âge moyen 16 ans, ayant décidé personnellement de migrer (42 %) mais était financés à 65% par leurs parents et familles.

3.3 La phase migratoire

Le trajet migratoire vers la France, le trajet a pris en moyenne 4,6 mois \pm 6,5 avec des extrêmes allant de 0 mois à 30 mois et une médiane à 2 mois.

Étapes et voies de migration

Tableau 4 Étapes et voies de migration

Étapes	Mode de voyage	Effectif	%
1 étape	Aérien	34	26
	Maritime	1	1
Plusieurs étapes	Aérien	4	3
	Terrestre	25	19
	Mixte	65	51
	Total	129	100

Le voyage qui se faisait soit en une étape soit en plusieurs était selon différentes routes.

Pour ceux de l'Asie centrale, ils commençaient le voyage souvent à pied passant par l'Iran, la Turquie, la Bulgarie, la Serbie vers la France.

Ceux d'Afrique subsaharienne Mali, Guinée et Cote d'ivoire, passaient du Mali vers soit le Niger-Libye-Italie, soit l'Algérie- Maroc-Espagne.

Nous avons noté que les élèves venus d'Asie centrale évitaient les pays en conflit comme l'Iraq ou la Syrie tandis que ceux venus d'Afrique subsaharienne traversaient certains pays instables comme la Libye. En plus, parfois les routes parcourues étaient de mauvaise qualité, comme au nord du Niger. Certains ont pris l'avion de leur pays vers le Maroc ou la Libye avant de prendre la mer ou un autre avion.

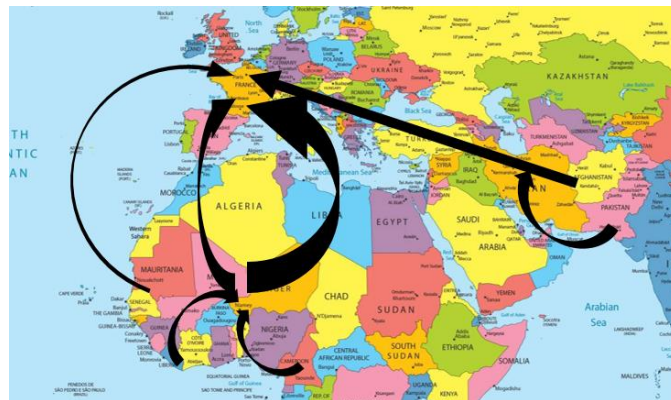


Figure 3 Principales routes terrestres et maritimes de migration

Modalités d'accompagnement durant la migration

Ce voyage était effectué parfois seul et parfois accompagné. Le tableau 5 récapitule les modalités d'accompagnements.

Parmi les 36% accompagnés de leur famille, on comptait quelques-uns qui étaient accompagnés de leur frère cadet ou aîné, de leur père ou de leur oncle. Quelques jeunes ont fait cas de l'accompagnement par leur mère jusqu'à la première frontière, suivi du retour de celle-ci.

Tableau 5 Modalité d'accompagnement durant la migration

Accompagnement durant le voyage	Effectif N=126	%
Seul	54	44
Amis	15	11
Famille	45	36
Autres connaissances	12	9

Devenir des accompagnants

Parmi les 57% qui voyageaient accompagnés, leurs compagnons de voyage ont connu diverses fortunes, comme décrit par la figure 4.

Certains de ces enfants (13%) ignoraient ce qu'était devenu leur accompagnant.

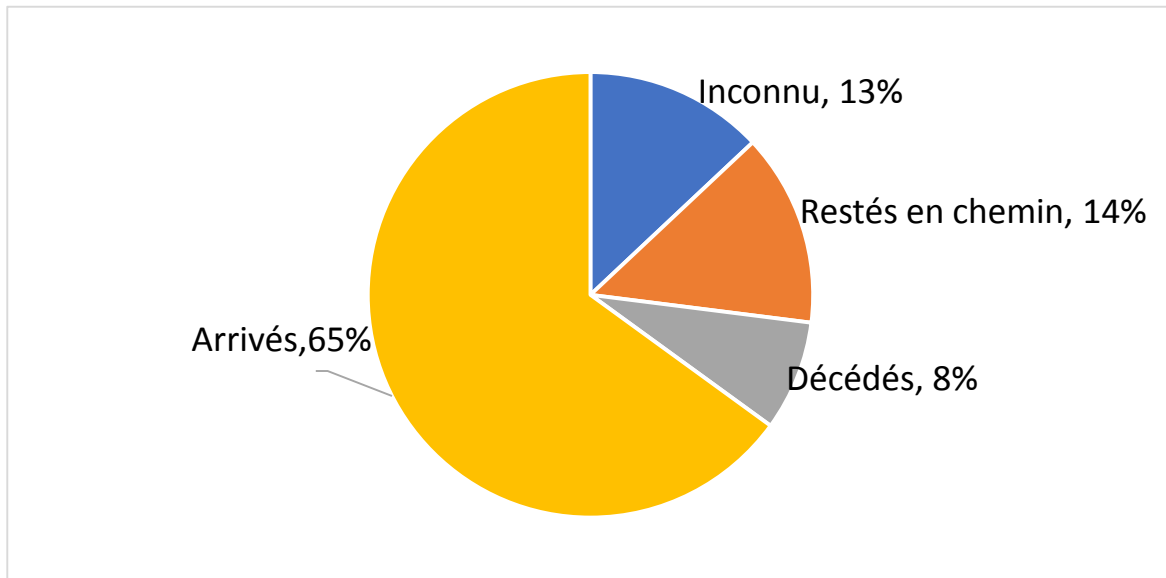


Figure 4 Devenir des accompagnants

Évènements vécus durant la migration

Les jeunes migrants qui ont emprunté la voie terrestre ont connu divers évènements qui pouvaient être multiples chez une même personne ou isolés. Certains ont vécu des violences et d'autres les ont vues infligées à d'autres (abandon des agonisants, tir sur des civils, coups et blessures sur des personnes désarmées). L'ensemble des évènements vécus est résumé par le tableau 6.

Tableau 6 Incidents survenus durant la migration

	Effectif N = 94	%
Tentatives de viol sur fille (n= 21)	3	14
Vol	6	6
Menaces et pressions psychologiques	13	14
Violences physiques	43	46
Prison	9	10
Esclavage	4	4
Accidents de la voie publique	5	5
Coups de feu avec blessures	3	3
Problèmes de santé	22	23

Les coups de feu concernaient surtout les jeunes venus du Moyen- Orient notamment, lors du passage en Serbie ou en Iran. L'esclavage se retrouvait lors de la traversée du Maghreb notamment la Libye et l'Algérie. La plupart des jeunes victimes de cette pratique se sont retrouvés à cours d'argent, obligés de travailler, ils ont été pris en captivité durant un temps mal évalué.

Parmi les problèmes de santé connus (23%), on comptait des affections médicales (fièvres, diarrhées, douleurs abdominales) et des affections chirurgicales secondaires aux violences (plaies par balle, luxation de l'épaule, plaie suppurée à la suite de tentatives de strangulation).

A ces évènements il faut ajouter les violences auxquelles ont assisté les jeunes. Ils ont parfois vu leurs accompagnants mourir sous leurs yeux (8%) par noyade, par balle ou encore des suites de coups. D'autres ont vu des personnes violentées et abandonnées agonisantes sur le chemin ou encore ont perdu leurs accompagnants de vue, sans pouvoir dire s'ils étaient vivants ou morts.

3.4 La phase post-migratoire (en France)

Après le voyage, ils ont été accueillis et logés sur le territoire français. Le tableau suivant montre la répartition des modalités d'accueil et de logement.

Lieux d'accueil et logement

Tableau 7 Principaux détails de la vie dans le pays d'accueil

	Intitulé	Effectif n=125	%
Prise en charge à l'arrivée	ONG	39	31
	Famille	66	53
	ASE	13	10
	Autres	7	6
Lieu de vie	Hôtel	20	16
	Foyer	31	25
	Appartement seul	3	2
	Appartement commun	10	8
	Famille-chambre personnelle	16	13
	Famille-chambre commune	43	34
	Autres (foyer clandestin)	2	2

Éléments d'état de santé, accès aux soins et difficultés d'adaptation

Après l'installation, en analysant les principales informations sur le plan sanitaire et social, nous avons pu identifier quelques renseignements sur leur accès aux soins et leur état de santé. État de santé, accès aux soins et difficultés d'adaptation

Tableau 8 Éléments d'état de santé, accès aux soins et difficultés d'adaptation

	Intitulé	Effectif	%
État de santé N=129	État psychologique bon (n=126)	81	64
	Bonne qualité du sommeil	92	74
	Bonne qualité de vie	95	76
	Addiction au tabac	16	12
	Handicap	5	4
Accès aux soins N=129	Aucun suivi médical	58	45
	Aucune visite chez un dentiste	56	44
	Aucune Visite chez un ophtalmologue	64	50
	Couverture médicale effective (n=127)	70	55
	Connaissance des services de santé disponibles	81	63
Difficultés N=129	Besoins de santé satisfaits (n=126)	102	81
	Racisme	17	13
	Confrontation a un système de norme différent	23	18
	Isolement	15	12
	Discrimination familiale	5	4
Sexualité N=129	Connaissance des contraceptifs	79	61
	Connaissance des IST	87	67
	Connaissance des informations sur la sexualité	97	76
	Connaissance des contraceptifs d'urgence	33	26
	Excision (n=21)	6	28
	Circoncision(108)	91	84

3.5 Les informations qualitatives

De la fiche d'enquête Epi info

Pour avoir une idée de leurs projets d'avenir, nous leur avons demandé quels métiers ils voulaient pratiquer en question ouverte et dans quel pays. Sur l'ensemble des jeunes enquêtés, 95% désiraient poursuivre leur vie en France et y exercer un métier. Le tableau suivant en montre l'essence, dont ont été exclus ceux qui étaient cités une seule fois (agent d'entretien, blanchisseur, pressing...).

Tableau 9 Perspectives d'avenir

Métiers n= 78	%
Sans idée	5
cuisine/restauration	15
footballeur	6
Plombier	5
électricien	5
chauffeur	5
mécanicien	4
Technicien de la petite enfance	3
boulangier/pâtissier	3
maçon	3
logisticien	2
peintre	2
carreleur	2

Les notes d'entretien

Nous avons obtenu 96 notes sur les fichiers Word d'enregistrement post-entretien. Ces notes analysées à travers le logiciel Nvivo par la méthode de codage nous ont permis de retrouver des thématiques récurrentes. On a pu identifier 13 thématiques qui regroupaient le contenu de toutes les notes.

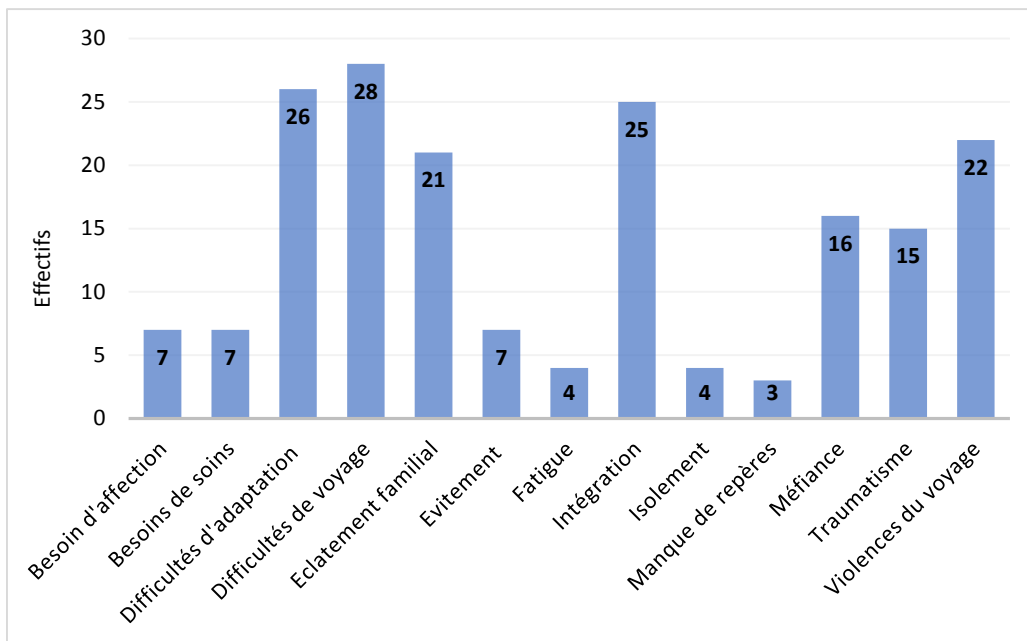


Figure 5 Effectifs selon les thématiques

Les principaux sujets récurrents étaient les difficultés d'adaptation (logement exigü ou bruyant, apprentissage de la langue, besoins financiers), de voyage (manque d'argent, durée du voyage, conditions de voyage), les violences durant le voyage et les traumatismes subis ou observés.

Parmi les élèves enquêtés, 16 (12%) faisaient preuve de méfiance durant l'entretien. Nous avons constaté que 21 des élèves (16%) ont décrit un contexte familial particulier avant le voyage telles que la séparation des deux parents, l'enfant vivant loin de ses parents, désengagement du père ou de la mère vis-à-vis de l'enfant, la vie du jeune privé de l'attention des parents, l'interférence d'un oncle pour usurper les biens du père défunt, la maltraitance d'un conjoint après remariage ou encore la vie auprès des grands-parents pauvres.

Les difficultés d'adaptation retrouvées dans leurs propos concernaient entre autres les difficultés pour obtenir un titre de séjour, une fois la majorité atteinte, les difficultés à se faire

accepter, soit par l'ASE soit par les ONG locales : ce qui a forcé des enfants parfois à dormir dans la rue jusqu'à se faire arrêter. D'autres parlaient des difficultés à comprendre la langue et le mode de vie des français. Tandis que d'autres encore parlaient du logement exigu du manque de moyens financiers.

Le traumatisme secondaire soit aux événements du voyage, soit aux événements antérieurs (décès d'un parent, injustice, séparation des parents) était notable chez 12% des jeunes. Durant les entretiens, 7 enfants (5%) se sont bornés à répondre à nos questions sans vouloir décrire les détails de leur trajet ni de leur vie antérieure.

4 Discussion

Notre recherche sur le parcours migratoire des migrants mineurs à propos d'un échantillon d'opportunité de 129 jeunes migrants scolarisés à Paris a reposé sur un entretien semi-directif effectué dans leurs établissements scolaires.

La plupart des études retrouvées dans la littérature scientifique évaluent l'état de santé mentale et/ou physique des mineurs migrants en s'appuyant sur plusieurs entretiens dans un centre médical et utilisent des échelles d'évaluation mentale du stress, des événements traumatisants³⁸ ou/et encore sur des examens biologiques de laboratoire³⁹. Ces études ne concernent que les mineurs non accompagnés réfugiés ou demandeurs d'asile.

Nous avons trouvé une étude qui décrivait les violences survenues sur le parcours de migration, mais elle concernait des adultes¹⁶. Given-Wilson et al, exploraient dans une meta analyse les récits autobiographiques des mineurs migrants⁴⁰. Betancourt et al exploraient, dans une étude rétrospective, le besoin d'avoir recours aux soins de santé mentale après exposition à un traumatisme chez des mineurs immigrés, réfugiés et originaires du lieu d'étude³². Leur étude réunissait tous les enfants qui avaient été traités pour un traumatisme sans précision sur le lieu de survenue de celui-ci.

Nous n'avons pas trouvé d'études similaires à la nôtre, car sans explorer la santé mentale et physique, nous nous sommes centrés sur l'histoire de ces jeunes migrants en lien avec la migration. Néanmoins, nous allons discuter quelques points communs retrouvés avec les résultats de ces études.

4.1 Caractéristiques de la population

Sexe et âge

Notre étude nous a permis de noter parmi nos 129 élèves, que les garçons représentaient 84% et leur âge moyen était de 16,8 ans +/-1,5.

Dans une étude prospective sur deux années, Monpierre et al en France parmi 235 jeunes, retrouvaient un sex ratio et un âge similaires³⁵. Cet âge moyen était le même que celui

retrouvé par Jakobsen en Norvège parmi 138 mineurs réfugiés demandeurs d'asile suivis sur 2,5 ans³⁸.

Une enquête rétrospective menée sur les mineurs migrants aux Etats-Unis retrouvait une moyenne d'âge de 13,26 ans et faisait état d'une plus grande proportion féminine (60%) (Betancourt et al)³².

La plupart des études faites en Europe rapportent les mêmes proportions d'âge et de sexe que notre étude. Celles faites aux Etats-Unis retrouvent plus de filles et parfois un âge plus jeune. Peut-être à cause de la nature même de l'immigration dans la région. Cette immigration concerne plus les latino-américains dont plusieurs ressortissants sont installés aux Etats-Unis depuis très longtemps et les réalités sont différentes sur le plan culturel concernant la femme. Les caractéristiques des migrants mineurs peuvent varier selon les régions, les types de traumatismes migratoires ainsi que selon leur contexte avant migration, conditionnant aussi les solutions possibles.

Provenance

On dénombrait 29 pays d'origine dont les majoritaires étaient le Mali 35%, la Côte d'Ivoire 12% et la Guinée 6% pour l'Afrique subsaharienne et l'Afghanistan 8% pour l'Asie centrale.

Les 3/4 des mineurs suivis par Jakobsen et al³⁸ et al venaient d'Afghanistan et les autres de Somalie, Iran et Algérie.

Tandis que Monpierre et al en Gironde avait 31 pays d'origine dont une majeure partie venue d'Afrique centrale et du nord ainsi que d'Asie³⁵. Theuring et al retrouvaient 53 pays d'origine dont les Syriens (40%), les Afghans majoritaires parmi plus de 1200 réfugiés mineurs non accompagnés arrivés en Allemagne entre 2014 et 2015³⁹.

La forte proportion des africains sub saharienne est probablement due à leur usage de la langue française commune et à l'attraction exercée par l'image de la France dans ces pays. On s'attendait à voir plus de mineurs syriens fuyant les conflits au sein de notre étude. La raison de cette absence réside dans le fait que les mineurs syriens sont des réfugiés demandeurs d'asile, qui évoluent en communauté et sont logés dans des camps de réfugiés en attente de réponse à leurs demandes. Les différences avec les autres études dans les pays de provenance peuvent être liées au lieu d'étude. Nous avons rencontré notre population d'étude à travers

les lieux de scolarisation, alors que les autres études les rencontraient soit par leur présence dans les camps de réfugiés, soit lors de leur passage à l'hôpital. Ces différences d'origine selon les lieux font une variation dans les contextes pré migratoires et les types de difficultés rencontrées. Nous avons pu remarquer ainsi que la majorité de nos jeunes étaient dans les conditions de respect des 3 principaux droits de l'enfant que nous avons identifié à travers la littérature que sont la protection sociale, l'éducation et l'accès aux soins.

4.2 Principales caractéristiques avant la migration

L'étude de Jakobsen et al retrouvait 30% des 2 parents vivants et 25% tous 2 décédés³⁸ tandis que chez nous, 68 % avait leurs deux parents encore en vie.

La présence des parents pour la majeure partie de nos jeunes enquêtés était contrastée par des notions de division familiale retrouvées dans leurs expressions durant les entretiens. Parmi ces jeunes 16% ont relaté l'absence d'implication d'un parent ou l'abandon du jeune à lui-même dans la vie quotidienne. D'autres aussi notaient le remariage de leur parent qui était source de maltraitance.

La décision de faire la migration relevait de plusieurs facteurs dont la décision familiale (47%), le choix personnel de l'enfant (42%), les raisons économiques (29%) et sécuritaires (19%). Et 67% des parents finançaient la migration.

En Gironde, dans l'étude de Monpierre et al, les causes de migration étaient essentiellement la fuite de la précarité sociale ou économique, la maltraitance ou l'insécurité (conflit géopolitique ou menaces)³⁵. Ils retrouvaient quelques cas de trafic (esclavage en cours de voyage et prostitution) et de voyage pour faire une carrière professionnelle de football. Parmi nos jeunes élèves, 6% nourrissaient également le rêve de faire carrière professionnelle dans le football.

4.3 Facteurs associés aux troubles mentaux

Au point de départ, 31% des jeunes avaient perdu au moins un parent et 11% des parents vivaient séparés, présence de conflits familiaux, des événements traumatisants au cours de la migration (violences physiques 46%), le fait de voyager ou de vivre seul (71%), des difficultés

d'adaptation (isolement (12%), le racisme (13%)) et les difficultés d'accès aux soins (absence de couverture médicale (45%), connaissance des services de santé disponibles (63%)).

Les facteurs associés aux troubles mentaux retrouvés dans les études étaient les événements vécus durant la migration¹⁶, les faibles moyens financiers et le faible soutien social dans le pays d'accueil^{33,41}. Un autre facteur associé identifié dans une étude chez les adultes était un environnement de discriminations dans le pays d'accueil¹⁶.

Ces facteurs associés retrouvés dans les autres études et dans la nôtre aussi, font souligner la nécessité de poursuivre notre étude dans le sens d'identifier les facteurs qui causeront des troubles mentaux ultérieurs.

4.4 Après la migration

Lieu de vie

Après l'accueil, 47% sont restés en famille et 25% ont vécu en foyer. 25% des jeunes vivent à l'hôtel et 2% logent clandestinement avec leurs pères (foyers pour travailleurs). Parmi ceux vivant en famille, plusieurs se plaignent de l'exiguïté du logement et des conditions de vie difficiles pour eux.

Les études incluses dans la méta-analyse de O'Higgins et al suggéraient que le placement en famille d'accueil et les placements dans des milieux culturellement similaires au milieu d'origine du jeune migrant pouvaient être associés à de meilleurs résultats en matière de santé mentale⁴².

Ces modes d'accueil que nous avons retrouvé sont liés d'abord au fait que l'enfant soit MNA ou pas. Ensuite, ceux qui avaient des parents en France allaient directement loger chez ceux-ci, quelles que soient leurs conditions de vie. L'ASE parfois débordée est secondée par les ONG. Et lorsqu'ils sont en manque de lieu d'accueil, l'enfant est placé dans un hôtel tout seul. En raison de ce manque de lieu d'accueil, des mineurs connaissent des séjours dans la rue et des arrestations ou détentions en dépit des mesures légales en leur faveur.

Difficultés

- D'adaptation

Les principales difficultés d'insertion étaient la confrontation à un système de normes différentes (éducationnelles, culturelles) (18%), suivi des discriminations proprement raciales (13%). De ces jeunes, 12% se sont plaints d'isolement et 4% ont signalé des discriminations au sein de leur famille d'accueil (famille élargie).

Comme les recherches de Diane Franco le soulignaient, il existe un risque de maltraitance dans les lieux d'accueil et même en famille large. Les confrontations aux systèmes de normes différentes notamment éducationnelles ont aussi été soulignées par ses recherches¹¹.

Berger Cardoso et al soulignaient les difficultés d'adaptation liées à la différence culturelle, à l'isolement, au racisme, à l'environnement éducatif hostile, dans leur appel à faire des recherches scientifiques permettant d'améliorer la situation des migrants mineurs¹².

Les difficultés d'adaptation que nous avons trouvées pouvaient être justifiées par l'environnement multiculturel des UPE2A rendant les repères difficiles pour ces jeunes. Ces enfants pouvaient avoir des difficultés spécifiques à leur culture d'origine (islam, christianisme). Les résultats de cette scolarisation en UPE2A pourraient aider à mieux comprendre les difficultés d'adaptation de ces jeunes.

- D'accès aux soins

Sur le plan sanitaire, la moitié des jeunes n'avaient pas accès aux services d'un médecin. Et 37 % de ces jeunes n'étaient pas informés sur les services de santé à leur disposition.

Les obstacles à l'accès aux soins de ces jeunes migrants sont nombreux. Ainsi, Monpierre et al en Gironde, expliquaient le fait que la couverture médicale n'était pas connue de tous les jeunes qu'ils avaient enquêtés³⁵. Pavli et Maltezoú soulignaient les barrières de communication, barrières légales, culturelles et bureaucratiques comme obstacles à l'accès aux soins des migrants à travers toute l'Europe⁴³. Majumder et al dans leur étude sur les obstacles à la prise en charge des migrants mineurs réfugiés ont retrouvé que les soignants semblaient suspects aux yeux des jeunes migrants⁴⁴. Cet obstacle compte parmi d'autres, d'ordre légal, culturel, communicationnel, ou bureaucratique⁴³.

Dans notre étude, la plupart de ceux qui étaient suivis avaient été accueillis par les ONG qui leur avaient donné des instructions sur les lieux de soins disponibles sans dangers. D'autres sans suivi, attendaient les instructions de leurs parents ou oncle pour savoir si la couverture médicale était disponible et avaient pour consigne de rentrer à la maison s'ils étaient malades. Ce qui laisse envisager que ces parents ou ayant-droit n'avaient pas de titre de séjour valide ou craignaient une expulsion de l'enfant (par ignorance).

4.5 Perspectives d'avenir

Pratiquement l'ensemble des jeunes avait le désir de s'installer définitivement en France et d'y exercer un métier. Les métiers qu'ils citaient le plus étaient la cuisine ou pâtisserie-boulangerie, la blanchisserie, le nettoyage, la plomberie et l'électricité.

Notre résultat fait évoquer le phénomène relaté par l'étude anthropologique de Anneke Newmann⁴⁵ au Sénégal qui a relevé la tendance des jeunes à formuler le projet de carrière dans les métiers manuels. Ces jeunes préfèrent formuler ces rêves de métiers qu'ils pratiqueront en Europe, car dans la conscience populaire les jeunes restant au pays et choisissant les études finissent parmi les couches les moins nanties de la société sénégalaise. Ces métiers manuels permettent à plusieurs de se réaliser et de faire l'admiration de leur famille restée au pays.

4.6 Biais et limites

Limites

Notre enquête dont la phase de récolte a été limitée dans le temps (2 mois) et la durée des entretiens par la disponibilité des enquêteurs et le manque de moyens financiers, ne nous a pas permis d'explorer leur santé mentale, ni leur santé physique au-delà de leurs déclarations sur le sujet. Et nous n'avons pas pu enquêter dans l'intégralité la région d'île de France.

Biais

Les informations demandées aux jeunes pouvaient avoir été altérées par le temps écoulé ou encore ils ont pu nous cacher la vérité sur certaines questions.

Les entretiens étaient menés par 4 personnes venues de différents pays et qui pouvaient traduire l'entretien en langue comprise par les jeunes. Cela pouvait causer un biais d'information. En même temps ceci s'est également révélé être un atout qui nous a permis de mettre les jeunes plus en confiance en leur permettant de mieux exprimer leur réalité.

5 Conclusion

Les migrations ont toujours existé, notamment celles des mineurs. À l'ère de la mondialisation, les phénomènes migratoires tendent à prendre encore plus d'ampleur. Notre étude sur le parcours de migration de 129 mineurs scolarisés à Paris nous a permis de décrire les difficultés que vivent ces jeunes autour de la migration.

Les difficultés socio-économiques, l'insécurité et l'éclatement de la cellule familiale de base étaient présents dans leurs histoires avant le départ en migration. Presque la totalité de ces jeunes provenaient de pays en développement, ce qui souligne le lien avec la pauvreté et les mauvaises conditions de vie dans les migrations de mineurs. Le voyage vers la France était semé de difficultés et violences surtout pour ceux qui n'ont pas emprunté la voie aérienne (la plus brève).

L'arrivée dans le pays d'accueil était elle-même le début d'autres types de difficultés telles que les discriminations, les difficultés d'adaptation et d'accès aux soins.

Les drames médiatisés en Méditerranée ne sont qu'une partie visible d'une situation profonde qui concerne tout le monde. Comprendre les causes de ces migrations de mineurs au risque de leurs vies peut permettre de trouver des solutions. Nous considérons que la meilleure solution serait d'agir à la base par des programmes pour le développement durable et le renforcement des systèmes de protection de l'enfance au sein des pays en développement.

Et nous recommandons :

- Au Ministère de l'Éducation Nationale française, d'effectuer une recherche à plus grande échelle sur tous les élèves des UPE2A pour identifier leurs principales difficultés pouvant influencer la réussite de leurs études et proposer des adaptations pour leur future intégration dans la communauté d'accueil.
- Aux pays d'accueil des migrants mineurs dont la France, pour le bien-être de ces enfants en danger sur les routes migratoires que les pays d'accueil : de créer des structures d'accueil qui puissent offrir les soins psychologiques adaptés et l'accompagnement nécessaire pour des mineurs désorientés par les épreuves de la migration.

6 Références

- 1 Organisation Mondiale de la Santé. Promotion de la sante - charte d'Ottawa. 1986; p 1.
- 2 Onu. Définitions: réfugiés et migrants. 2017; published online Oct 3. <https://refugeesmigrants.un.org/fr/d%C3%A9finitions> (accessed March 5, 2019).
- 3 Nirmala B, Kumar A, Virupaksha H. Migration and mental health: An interface. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine* 2014; **5**: 233.
- 4 Nechifor I. Culture, développement économique et tiers monde. 1998; **6**: 79.
- 5 Conseil de l'Europe. Enfants migrants non accompagnés: pour une détermination de l'âge adaptée à l'enfant. 2017.
- 6 Schümperli Younossian C. Migration et développement: un mariage arrangé. Genève: IUED, 2008.
- 7 Wihtol de Wenden C. L'immigration. Paris: Eyrolles, 2017.
- 8 Mouhoud EM. L'immigration en France: mythes et réalités. Paris: Fayard, 2017.
- 9 Centre Tricontinental. Le défi des migrations internationales. *Alternatives sud*. 2004; **9** :1-8.
- 10 Malécot V, Costil M, Fatori F. Migrations vers l'Europe, les chiffres et les routes. https://www.lemonde.fr/europe/article/2018/06/28/migrations-vers-l-europe-les-chiffres-et-les-routes_5322410_3214.html (accessed Feb 19, 2019).
- 11 Franco D. Trauma without borders: The Necessity for School-Based Interventions in Treating Unaccompanied Refugee Minors. *Child and Adolescent Social Work Journal* 2018; **35**: 551–65.
- 12 Berger Cardoso J, Brabeck K, Stinchcomb D, et al. Integration of unaccompanied migrant youth in the United States: a call for research. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 2019; **45**: 273–92.
- 13 Unicef, Iom, Unhcr. Refugee and Migrant Children in Europe Accompanied, Unaccompanied and Separated. 2017; published online Oct.
- 14 Unicef. Uprooted: The Growing Crisis for Refugee and Migrant Children. United Nations, 2016.
- 15 Amelou A. Les mineurs étrangers en Europe sans représentants légaux. *Accueillir* 2006; **240**: 11–3.
- 16 Ornelas IJ, Perreira KM. The role of migration in the development of depressive symptoms among Latino immigrant parents in the USA. *Social Science & Medicine* 2011; **73**: 1169–77.

- 17 Onu. Pacte pour les migrations sûres, ordonnées et régulières. 2018 <https://www.ekm.admin.ch/dam/data/ekm/aktuell/news/migrationspakt-f.pdf> (accessed March 5, 2019).
- 18 Onu. Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant. 1989; published online Nov 20. <https://www.humanium.org/fr/wp-content/uploads/convention-internationale-relative-aux-droits-de-l-enfant-integral.pdf> (accessed Nov 9, 2018).
- 19 Doineau E, Godefroy J-P. Rapport d'information. Paris : Sénat, 2017.
- 20 Conseil de l'Europe. Enfants migrants non accompagnés: pour une détermination de l'âge adaptée à l'enfant. 2017.
- 21 Depallens S, Jäger F, Pellaud N. Détermination de l'âge des jeunes migrants: Position de la Société Suisse de Pédiatrie. *Primary and hospital care: médecine interne générale* 2017; **17**: 151–2.
- 22 Guégan M, Rivollier E. Les mineurs isolés étrangers et le système de soins français : étude qualitative. *Santé Publique* 2017; **29**: 861.
- 23 Close C, Kouvonen A, Bosqui T, et al. The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews. *Globalization and Health* 2016; **12**:183–7.
- 24 Issop Migration Working Group. Issop position statement on migrant child health. *Child: Care, Health and Development* 2018; **44**: 161–70.
- 25 Acop-France, Afpen, Sfp et al. Les psychologues de l'éducation nationale. 2008.
- 26 Bret C, Laurant S, Laurence S, et al. L'accès aux droits et aux soins des mineurs non accompagnés en France. *Médecins du Monde* 2017.
- 27 Leroux I, Abdouni S, Amar E et al. L'aide et l'action sociale en France. *Panoramas* 2018.
- 28 Rigoni I. Accueillir les élèves migrants : dispositifs et interactions à l'école publique en France. *Alterstice: Revue internationale de la recherche interculturelle* 2017; **7**: 39.
- 29 Lemaire É. Les enjeux sous-jacents de la scolarisation des mineurs étrangers isolés. *Le français aujourd'hui* 2009; **164**: 21.
- 30 The Lancet Public Health. No public health without migrant health. *The Lancet Public Health* 2018; **3**: e259.
- 31 Gabutti G, Fedele A, Aprile V, et al. Immigration flows and new epidemiological evidence in southern Italy. *Vaccine* 2003; **21**: 399–400.
- 32 Betancourt TS, Newnham EA, Birman D, et al. Comparing Trauma Exposure, Mental Health Needs, and Service Utilization Across Clinical Samples of Refugee, Immigrant, and U.S.-Origin Children: Mental Health Service Use for Refugee Children. *Journal of Traumatic Stress* 2017; **30**: 209–18.

- 33 Müller LRF, Büter KP, Rosner R, et al. Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: a cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2019; **13**: 8
- 34 Marquardt L, Krämer A, Fischer F, et al. Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. *Tropical Medicine & International Health* 2016; **21**: 210–8.
- 35 Monpierre O, Baudino P, Rio-René P, et al. État de santé des mineurs isolés étrangers accueillis en Gironde entre 2011 et 2013. *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 2016; **109**: 99–106.
- 36 Anna S. Les arrondissements de Paris. Paris en photos. <http://www.paris-en-photos.fr/arrondissements-paris/> (accessed Feb 19, 2019).
- 37 Beurshelp. Carte Ville de Paris France. <http://www.beurshelp.nl/carte-ville-de-paris-france.html> (accessed Feb 19, 2019).
- 38 Jakobsen M, Meyer-DeMott MA, Wentzel-Larsen T, et al. The impact of the asylum process on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ Open* 2017; **7**: e015-157.
- 39 Theuring S, Friedrich-Jänicke B, Pörtner K, et al. Screening for infectious diseases among unaccompanied minor refugees in Berlin, 2014–2015. *European Journal of Epidemiology* 2016; **31**: 707–10.
- 40 Given-Wilson Z, Hodes M, Herlihy J. A review of adolescent autobiographical memory and the implications for assessment of unaccompanied minors' refugee determinations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2018; **23**: 209–22.
- 41 Belhadj Kouider E, Koglin U, Petermann F. Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in Europe: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2014; **23**: 373–91.
- 42 O'Higgins A, Ott EM, Shea MW. What is the Impact of Placement Type on Educational and Health Outcomes of Unaccompanied Refugee Minors? A Systematic Review of the Evidence. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2018; **21**: 354–65.
- 43 Pavli A, Maltezou H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *Journal of Travel Medicine* 2017; **24**: 1-8.
- 44 Majumder P, Vostanis P, Karim K, et al. Potential barriers in the therapeutic relationship in unaccompanied refugee minors in mental health. *Journal of Mental Health* 2018; **136**: 1–8.
- 45 Newman A. The influence of migration on the educational aspirations of young men in northern Senegal: Implications for policy. *International Journal of Educational Development* 2019; **65**: 216–26.

7 Liste des illustrations

Figure 1	Route de migration vers l'Europe	2
Figure 2	Arrondissements et localisation des établissements de Paris	9
Figure 3	Principales routes terrestres et maritimes de migration	18
Figure 4	Devenir des accompagnants	20
Figure 5	Effectifs selon les thématiques	25

8 Liste des tableaux

Tableau 1	Caractéristiques de la population des migrants mineurs.....	14
Tableau 2	Principaux pays de provenance et de nationalité	15
Tableau 3	Principales caractéristiques avant la migration	16
Tableau 4	Étapes et voies de migration	17
Tableau 5	Modalité d'accompagnement durant la migration	19
Tableau 6	Incidents survenus durant la migration	21
Tableau 7	Principaux détails de la vie dans le pays d'accueil	22
Tableau 8	Éléments d'état de santé, accès aux soins et difficultés d'adaptation.....	23
Tableau 9	Perspectives d'avenir	24

9 Glossaire

Allophone : Personne dont la langue maternelle est une langue étrangère, dans la communauté où elle se trouve.

Source : <http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/allophone/fr-fr/>.

Parcours migratoire : englobe la partie avant la migration, durant la migration et après la migration, donc l'adaptation. Nous n'avons pas trouvé de définition consacrée pour cette expression.

Source : <http://www.enseignerauxrefugies.ca/personne-refugiee/parcours-migratoire>

Réfugié : Les réfugiés se trouvent hors de leur pays d'origine en raison d'une crainte de persécution, de conflit, de violence ou d'autres circonstances qui ont gravement bouleversé l'ordre public et qui, en conséquence, exigent une « protection internationale.

Source : <https://refugeesmigrants.un.org/fr/d%C3%A9finitions>

Demandeur d'asile : Personne ayant fui son pays parce qu'elle y a subi des persécutions, ou craint d'en subir et qui est en quête d'une protection internationale et dont la demande de statut de réfugié n'a pas encore fait l'objet d'une décision définitive.

Source : www.forumrefugies.org/s-informer/qu-est-ce-que-l-asile

10 Annexes :

Annexe 1 : Fiche d'enquête

ENQUETE SUR LA SANTE DES ELEVES DE CLASSE UP2A
ACADEMIE DE PARIS

Numéro d'identification

I- Première Partie : aspect socio-démographique

Date d'entretien

Aspects sociodémographiques

1- Pays
a- pays de naissance nationalités

2- Date de naissance age en années

3- Sexe parents en vie?

4- Langue
a- langue maternelle
b- deuxième langue
c- autres langues
d- langue parlée en famille

Trajectoire migratoire

5- Pays traversé 1	<input type="text"/>	Mode de traversée 1	<input type="text"/>	Durée	<input type="text"/>
pays 2	<input type="text"/>	Mode 2	<input type="text"/>	Durée 2	<input type="text"/>
pays 3	<input type="text"/>	Mode 3	<input type="text"/>	Durée 3	<input type="text"/>
Pays 4	<input type="text"/>	Mode 4	<input type="text"/>	Durée 4	<input type="text"/>
Pays 5	<input type="text"/>	Mode 5	<input type="text"/>	Durée 5	<input type="text"/>
Pays 6	<input type="text"/>	Mode 6	<input type="text"/>	Durée 6	<input type="text"/>
Pays 7	<input type="text"/>	Mode 7	<input type="text"/>	Durée 7	<input type="text"/>
Pays 8	<input type="text"/>	mode 8	<input type="text"/>	Durée 8	<input type="text"/>

6- Date de départ date d'arrivée Durée totale du voyage

7- Avec qui? 8- Qui a financé ?

où sont-ils? Complément histoire migratoire

Numero d'Identification

Trajectoire de santé

16- Avez vous eu des problèmes ayant interrompu vos activités plus d'un mois?

si oui quels types? Préciser les problèmes

17- Etes vous suivi par un médecin ou service de santé ? 17-B- Etiez vous suivis par un médecin au pays?

18- prenez vous un médicament tous les jours? Lequel?

19- Etes vous atteint d'un handicap?

20- Carnet de Vaccinations si Non carnet

21- Santé bucco-dentaire

A- avez vous toutes vos dents? Nombre de dents naturelles manquantes

B- fréquence de brossage Nombre de dents artificielles

C- Durée de la dernière visite chez le dentiste Pourquoi ce brossage?

Ophtalmologie

22- avez vous déjà consulté un ophtalmologue?

23- avez vous déjà porté des lunettes?

si oui, où sont-elles?

si oui, ophtalmo
 au pays
 Ici en France
 les deux

Vie sexuelle

24- avez vous bénéficié d'information sur la vie affective et sexuelle?

si oui éducation sexuelle A- avant départ

B- Depuis votre arrivée

25- connaissez vous des moyens de contraception? citez les

26- connaissez vous un lieu de renseignement?

27- Relations sexuelles? si oui relation sexuelles

28- entendu parler de contraception d'urgence?

29- connaissez-vous les IST? 30- lieu de renseignement IST?

31- Des atteintes sexuelles? 32- Connaissez vous un lieu où en parler?

Numéro d'Identification

Trajectoire migratoire suite

Sécurité familiale ou politique Demande d'ami(e)(s)

9- Pourquoi la migration? santé Famille

Choix personnel Economiques

10- Choix du pays de migration Parent en France

10-B- avez vous dormi dans la rue à votre arrivée ? (date de prise en charge)

11- Incidents durant les voyages

12- violences pendant migration? si oui

13- avez vous eu des problèmes de santé? Si problemes de santé les citer

sont-ils traités? sont-ils résolus?

14 - Prise en charge à l'arrivée?

autres, préciser

15- Niveau scolaire à l'arrivée

Numéro d'Identification

Trajectoire de santé suite

33- À quoi imputez-vous votre état de santé actuel?

34- santé psychologique

35- Addiction? si oui, à quoi?

36- utilisation d'appareil électroniques Ordinateur?
téléphone portable?
tablette?

37- aspect socio-économique (difficultés rencontrées)

Aucune difficultés

Confrontation à un système de norme différent (rapport à la femme, autorité, hiérarchie...)

Discrimination familiale isolement social Discrimination (racisme, injustice...)

37-B- Quelles sont les difficultés d'intégration sociale rencontrées en France?

38- avez-vous des amis?

Alimentation

39- Combien de repas par jour 40- Lieu des repas

Utilisation des services de santé

41- Comment évaluez vous vos besoins en santé?

42- Avez vous une couverture médicale?

43- Connaissez vous les différentes services de soin à votre disposition?

44- En cas de problèmes de santé où allez-vous? préciser

45- perception des services de santé

Numéro d'Identification

Qualité de vie

47- Loisirs

46- Lieu de vie

46-B- Quelles sont les difficultés au sein du logement?

48- Durant les classes, heure de coucher 48- BIS heure de réveil sommeil de 1

49- Durant les vacances, heure de coucher 49- BIS Heure de réveil Sommeil de 2

50 - qualité du sommeil

51 - Diriez vous que vous avez une bonne qualité de vie?

Questions libres

52- Quelles sont vos aspirations et souhaits?

53- Quel projet de vie?

54- conseillerez vous le meme chemin à quelqu'un?

Annexe 2 : fiche de consentement

Consentement éclairé

Dans le cadre d'une étude sur les jeunes mineur(e)s migrant(e)s scolarisé(es) dans le dispositif UP2A de l'Académie de Paris, l'Université Numérique Francophone Mondiale (UNFM), l'Académie de Paris en collaboration avec l'Université Senghor à Alexandrie (Opérateur direct de la francophonie) voudrait vous soumettre un questionnaire afin de connaître votre état de santé pour adapter votre prise en charge à votre arrivée sur le territoire national.

Cette enquête est composée d'une vingtaine de questions, tous les renseignements obtenus sur vous seront confidentiels et traités de façon anonyme. Pour ce faire, ces renseignements seront codés et anonymes, sous la responsabilité de l'UNFM. Vous pouvez à tout moment vous retirer de l'enquête sans inconvénients ni préjudices pour vous.

L'enquête est déclarée à la CNIL (Commission Nationale pour l'Informatique et les Libertés).

Les résultats de cette recherche pourront être utilisés à des fins scientifiques et feront l'objet d'un rapport.

Sachant que vous pouvez arrêter l'interview si vous le souhaitez sans avoir à donner d'explication, est-ce que vous êtes d'accord à participer à l'enquête ?

Etes vous d'accord pour participer à l'enquête? *

- Oui, je suis d'accord
- Non, je refuse de participer

Je soussigné(e) (Nom et Prénom)

Réponse courte

Né(e) le

Réponse courte

Résident(e) à

Réponse courte

De nationalité

Réponse courte

Atteste avoir compris et accepté les termes de l'enquête menée par l'UNFM et accepte de participer en donnant mes informations personnelles. j'ai compris que je peux interrompre ma participation quand je le souhaite.

Description (facultative)

Paris, le

Mois, jour, année



En guise de signature, nom et prénom suivis de la case cochée

Je coche la case suivante en guise de signature attestant mon consentement libre

Je consens librement