

L'étude a été financée par le Migration Emergency Response Fund (MERF) du START Network.

START
NETWORK


UKaid
from the British people

Étude

Les déterminants socioculturels d'accès à la santé des personnes migrantes au Maroc

Équipe de recherche

- Marie-Claude HAINCE
- Youness BEN MOURO
- Hicham AÏT MANSOUR

Coordination éditoriale

- Driss KSIKES

RAPPORT FINAL





L'étude a été financée par le Migration Emergency Response Fund (MERF) du START Network.



Étude

Les déterminants socioculturels d'accès à la santé des personnes migrantes au Maroc

RAPPORT FINAL

Economia, HEM Research Center

En tant que centre pluridisciplinaire (social, économique et managérial) de recherche appliquée, créateur de sens et de valeur ajoutée, avec les organisations, les acteurs économiques et sociétaux, ainsi que les étudiants, Economia, HEM Research Center vise à : Jeter des ponts solides, basés sur le savoir et la recherche, avec le monde de l'entreprise ; Se connecter avec un réseau de plus en plus étoffé de chercheurs et centres de recherche nationaux et internationaux reconnus par la communauté scientifique ; Enrichir continuellement les contenus et les approches pédagogiques ; Continuer à créer au sein de HEM un esprit novateur, ouvert sur le questionnement et la remise en cause des acquis académiques.

Economia, HEM Research Center édite une plateforme électronique de recherche accessible à tous. L'ensemble des travaux menés par le centre de recherche de HEM est régulièrement mis en ligne sur cette plateforme : www.economia.ma. Elle a pour vocation de servir de carrefour virtuel où chercheurs, décideurs, managers et étudiants retrouvent études, rapports, contenus scientifiques et autres données pertinentes produites ou agrégées par Economia, Centre de recherche de HEM. Economia HEM Research Center donne également la possibilité aux étudiants HEM de devenir des "Economia Members" et de mener des projets de recherche très intéressants pour eux. Afin de mieux répondre à sa vocation de centre de recherche appliquée, Economia, HEM Research Center s'est doté en 2016 de cinq chaires couvrant les thèmes suivants :

Chaires managériales

- Dynamiques des organisations et Complexité
- Innovations sociales des entreprises
- Management international et Société
- Marketing et Transformation digitale

Chaire sociétale

- La chaire Fatéma Mernissi (jeunes, genre, média & culture, économie réelle)

Ces chaires visent :

- La production scientifique (études de terrain, études de cas, articles scientifiques et policy papers) ;
- La mise en place d'observatoires de veille et laboratoires d'expérimentation ;
- L'appui à des candidats doctorants et postdoctoraux ;
- L'initiation de programmes innovants (ex. : séminaires de formation, laboratoires d'incubation, etc.) ;
- L'accompagnement par le conseil académique d'acteurs économiques, territoriaux et sociétaux.

REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche souhaite chaleureusement remercier Madame Khadija Boutaleb et Madame Hajar Chouki pour leur aide et assistance généreuses. Sont également remerciés les partenaires de l'étude, Oxfam et Handicap International (HI) et leurs équipes respectives.

Nos remerciements vont également à Start Network et UK Aid dont les fonds et la manière d'appréhender la recherche-action, dans le cadre du MERF, créent des opportunités d'interaction et de complémentarité entre chercheurs et acteurs de la société civile.

Cette étude n'aurait pu voir le jour sans la participation de celles et ceux qui y sont au cœur, les personnes migrantes subsahariennes, les représentants et représentantes des associations de la société civile et des organisations internationales, et les professionnels et professionnelles de la santé. Que toutes et tous soient vivement remercié.e.s pour leur généreuse contribution, en souhaitant que cette étude contribue un tant soit peu à l'amélioration des conditions de vie des personnes migrantes au Maroc.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des graphiques.....	08
---------------------------	----

INTRODUCTION	09
--------------------	----

PARTIE I : CONTEXTE ET DÉMARCHÉ	13
--	-----------

I.1. Les personnes migrantes subsahariennes au Maroc	15
---	-----------

I.1.1 Le contexte migratoire marocain	15
---------------------------------------	----

I.1.2 Le système de santé marocain et les personnes migrantes subsahariennes	16
--	----

I.1.3 La crise sanitaire du Covid-19 et les effets sur les personnes migrantes	19
--	----

I.2. Démarché d'enquête et cadre d'analyse	20
---	-----------

I.2.1 Méthodologie et collecte de données	20
---	----

I.2.2 Profils des répondant.e.s sondé.e.s lors de la pré-étude	25
--	----

I.2.3 Traitement et analyse des données	29
---	----

PARTIE II : RÉSULTATS	31
------------------------------------	-----------

II.1. Les déterminants sociaux des personnes migrantes subsahariennes au Maroc	33
---	-----------

II.1.1 Le parcours migratoire	33
-------------------------------	----

II.1.2 Le statut migratoire	34
-----------------------------	----

II.1.3 Les revenus, l'emploi et les conditions de travail	35
---	----

II.1.4 Le logement	37
--------------------	----

II.1.5 L'alimentation et la sécurité alimentaire	40
--	----

II.1.6 La discrimination, l'exclusion et l'inclusion sociale	41
--	----

II.1.7 La langue et la communication	43
--------------------------------------	----

II.1.8 Les connaissances en matière de santé	44
--	----

II.2. Les enjeux pour l'accès à la santé des personnes migrantes subsahariennes au Maroc	45
---	-----------

II.2.1 Hétérogénéité des expériences et accès inégal aux services de santé	45
--	----

II.2.2 Les barrières institutionnelles et administratives	49
---	----

II.2.3 Les barrières économiques et financières	56
II.2.4 L'assistance apportée aux personnes migrantes	58
II.2.4.1 Les services offerts en matière de santé pour les personnes migrantes	58
II.2.4.2 Les bénéficiaires des services offerts par les associations	61
II.2.4.3 Les limites des interventions en matière de santé	61
II.2.5 Les effets de la crise sanitaire du Covid-19	62

PARTIE III : ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS 65

III.1. Principaux enseignements de l'étude 67

III.1.1 Conclusions à partir de l'analyse	67
III.1.2 Des pistes de solutions à explorer	68
III.1.3 Discussion de thèmes à prolonger	70

III.2. Recommandations 71

III.2.1 Renforcement de l'inclusion socioculturelle	71
III.2.2 Solidarité et filets sociaux	76
III.2.3 Justice territoriale et qualité de suivi	77

BIBLIOGRAPHIE 81

ANNEXES 87

Annexe 1 : Guide d'entretien personnes migrantes	89
Annexe 2 : Liste des associations consultées	90
Annexe 3 : Axes thématiques - Atelier 8 septembre 2020	91
Annexe 4 : Questionnaire associations de la société civile	92
Annexe 5 : Guide d'entretien professionnel.le.s de la santé	98
Annexe 6 : Questionnaire - Pré-étude COVID-19 sur la situation des personnes migrantes subsahariennes au Maroc	99
Annexe 7 : Guide d'entretien - Pré-étude COVID-19 sur la situation des personnes migrantes subsahariennes au Maroc	113

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Pays de naissance des répondant.e.s au questionnaire	26
Graphique 2 : Répartition des âges des répondant.e.s au questionnaire	27
Graphique 3 : Situation matrimoniale des répondant.e.s au questionnaire	28
Graphique 4 : Niveau d'étude complété des répondant.e.s au questionnaire	28
Graphique 5 : Statut administratif des répondant.e.s au questionnaire	35
Graphique 6 : Pourcentage des répondant.e.s ayant été évincé.e.s de leur logement	63
Graphique 7 : Pourcentage des répondant.e.s au questionnaire ayant été en mesure de satisfaire leurs besoins alimentaires	64

INTRODUCTION



Au Maroc, comme au niveau international, l'échelle de plus en plus grande des mouvements migratoires fait en sorte que la santé des personnes provenant d'ailleurs en vient à constituer un enjeu de santé publique. Cet enjeu est d'autant plus complexe, que la diversité des populations qui font l'objet de cette préoccupation est grande. Ces populations comptent parmi elles des personnes migrantes ayant un statut régulier ; des personnes en emploi (secteur formel et informel) ou des étudiants ; et des personnes plus vulnérables comme les migrant.e.s au statut irrégulier, les demandeur.e.s d'asile et les réfugié.e.s.

Ainsi, les besoins des personnes migrantes en matière de santé diffèrent en fonction de toute une série de facteurs qui vont au-delà de la question de l'accès aux soins de santé. Ce qui est en jeu, plus largement, ce sont les actions à mener sur les déterminants sociaux et culturels de la santé, c'est-à-dire l'ensemble des circonstances et des facteurs sociaux, économiques et culturels influençant la santé des personnes ainsi que les systèmes mis en place pour faire face aux problèmes de santé, qui permettraient d'améliorer les conditions de vie et de travail et donc d'améliorer l'état de santé des migrant.e.s et de réduire les inégalités.

Pour cela, il faut considérer un ensemble de facteurs qui agissent sur l'état global de la santé des personnes migrantes, à savoir les facteurs structurels (i.e., législatifs, politiques, économiques, sociaux et culturels). En plus de ces facteurs, il faut également prendre en considération les effets que les diverses étapes du parcours migratoire des personnes migrantes, phases de déplacement, de mobilité et d'installation, ont à la fois sur leur situation et leur accès à la santé.

Ce sont ces divers aspects qui doivent être examinés et analysés, avec un regard particulier sur la question de genre, quand l'objectif est de réduire les inégalités en matière de santé et surtout donner la possibilité aux personnes migrantes d'exercer leur droit à la santé.

En effet, comme le rappelle Anne-Marie Moulin (2014) dans son rapport autour du projet « Tamkine-Migrants », le droit à la santé suppose que des ressources soient à la fois disponibles et facilement accessibles, que les prestations soient de qualité et que le respect de l'altérité soit au cœur de la relation thérapeutique. Ce sont donc ces quatre principaux aspects qui seront adressés dans les recommandations présentées à la suite de l'analyse des résultats de la collecte de données.

Afin de comprendre précisément quels rôles divers déterminants sociaux sont amenés à jouer dans l'accès à la santé des personnes migrantes subsahariennes au Maroc, il est important de contraster les points de vue des personnes migrantes et des personnels des associations de la société civile, avec les professionnel.le.s de la santé, un groupe généralement peu consulté dans les études sur l'accès aux soins de santé pour les personnes migrantes.

Cette étude se propose donc de croiser les données recueillies auprès de ces trois groupes entre elles, d'abord, puis avec d'autres données recueillies dans le cadre d'une pré-étude visant à documenter les conditions de vie et les effets de la situation du Covid-19 sur les personnes migrantes subsahariennes¹. Cette triangulation des données, avec ce que cela nécessite comme distanciation dans l'analyse des données proprement liées au contexte sanitaire exceptionnel, a permis de nuancer les constats de départ et de proposer une description plus exhaustive et plus représentative des principaux déterminants sociaux qui influencent et limitent l'accès des personnes migrantes subsahariennes aux services de santé au Maroc, à savoir ceux liés à l'expérience migratoire (parcours et statut migratoire) et aux conditions de vie (l'emploi et les conditions de travail, l'emploi et la sécurité de revenu, l'alimentation et la sécurité alimentaire, la protection sociale, le logement, de qualité et abordable).

Les recommandations proposées proviennent aussi bien de l'équipe de recherche que des partenaires du projet. Elles sont adressées aux décideurs publics, aux organisations de la société civile marocaine, aux organisations internationales et aux divers acteurs et actrices, agissant dans la gouvernance et la pratique des métiers de santé. Elles ont pour vocation d'aider à adapter les interventions et les actions des diverses structures et personnes intervenant auprès de ces populations, de manière à garantir leur droit à la santé.

1. Cette recherche, intitulée **COVID-19 : La situation des personnes migrantes subsahariennes au Maroc**, a été conduite par Marie-Claude Haince, dans le cadre de sa résidence à l'Institut Marocain d'Études Avancées (IMEA), en collaboration avec Youness Ben Mouro. La chercheuse principale tient à remercier la direction de l'IMEA pour son soutien lors du séjour de recherche qu'elle y a effectué, de mars à août 2020.

PARTIE I

CONTEXTE

ET DÉMARCHE



PARTIE I : CONTEXTE ET DÉMARCHE

I.1. Les personnes migrantes subsahariennes au Maroc

I.1.1 Le contexte migratoire marocain

Le Maroc est un exemple éloquent de pays d'émigration traditionnel qui en est venu avec le temps à devenir un pays de transit, voire d'installation, pour les personnes migrantes subsahariennes (IOM 2017:1). Depuis le début des années 1990, on note un accroissement, plutôt rapide et important, des migrations de toutes natures, notamment de personnes en situation dite irrégulière, et ce, en raison de multiples facteurs d'attraction / répulsion (Lahlou 2005 :7).

Le Maroc est donc un pays de transit, non seulement en raison du fait de sa position géographique, mais aussi en raison du rôle qu'il a été amené à jouer au cours des dernières décennies avec le durcissement des conditions d'accès aux pays européens consécutives à la mise en place de l'espace Schengen et du dispositif Frontex. Ainsi, bon nombre de personnes migrantes subsahariennes transitent par le Maroc pour rejoindre l'Europe, et ce, même si les conditions de passage sont à la fois extrêmement difficiles et dangereuses (Khrouz 2019).

En effet, depuis le début des années 2000, une pression importante a été exercée sur le Maroc de la part des pays européens afin qu'il contrôle l'immigration irrégulière à destination de l'Europe. Une série d'accords ont été signés avec la France, l'Espagne, l'Italie et l'Allemagne (De Bel-Air 2016), qui ont eu pour effet de compliquer et de perturber les parcours migratoires des personnes subsahariennes. La situation sociale, politique et économique des pays de départ a également contribué à l'exode de ces populations.

Il importe de souligner que le Maroc a ratifié plusieurs conventions internationales depuis le milieu des années 1950 qui impactent le cadre de gestion des migrations sur son territoire. Depuis le début des années 2000, d'importantes modifications législatives ont été adoptées pour encadrer la gestion de la question migratoire au Maroc. La Loi 02-03 relative à l'entrée et au séjour des étrangers au Maroc promulguée en 2003 a permis, comme le constatent Bernoussi et Ben Kerroum (2017), une clarification des conditions de séjour des personnes étrangères. Il faudra néanmoins attendre 2013 avant qu'une véritable politique migratoire puisse voir le

jour, à la suite de la sortie du rapport du Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH), permettant le développement de la **Stratégie nationale du Maroc en matière d'immigration et d'asile** qui sera adoptée en décembre 2014. Parallèlement à ces avancées au niveau juridique, notons aussi le déploiement de campagnes de régularisation des personnes migrantes en situation irrégulière (la première, mise en œuvre dès janvier 2014 et la seconde ayant eu cours entre décembre 2016 et 2017), qui portent sur les conditions de vie des personnes migrantes au Maroc, et, par extension, sur leur accès à la santé.

1.1.2 Le système de santé marocain et les personnes migrantes subsahariennes

Au Maroc, l'accès à la santé et la prestation de soins pour les personnes migrantes subsahariennes sont encadrés à la fois par le **Plan Stratégique National Santé et Immigration (PSNSI) 2017-2021** et par divers **Plans Stratégiques Régionaux Santé et Immigration (PSRSI) 2018-2022**. Le premier agit comme un cadre de référence national structurant en matière de santé sur lequel s'appuie la concertation et la coordination des interventions, des initiatives et des actions de l'ensemble des acteurs et actrices, et autres partenaires, amené.e.s à jouer un rôle auprès des populations migrantes. Les plans stratégiques régionaux², quant à eux, sont mis en œuvre à partir des balises établies dans le plan national afin de répondre d'une manière plus spécifique aux besoins locaux. Ce cadre impacte à la fois la manière dont les actions sont pensées et mises en œuvre, et les conditions d'accès à la santé pour les personnes migrantes. Il agit comme déterminant, aussi bien en ce qui a trait aux ressources disponibles en matière de santé, à l'accès à ces mêmes ressources et à la prestation des soins de santé.

D'emblée, il faut rappeler que le fonctionnement du système de santé marocain est complexe et qu'il n'est pas facile de naviguer au travers de ses dédales, et ce, même pour les nationaux marocain.e.s. Au Maroc, le système de santé comporte principalement trois niveaux : un premier niveau où se situent les centres de santé de soins primaires, un deuxième niveau qui comprend à la fois les centres hospitaliers préfectoraux ou provinciaux (CHP) et un troisième niveau qui concerne les centres hospitaliers universitaires (CHU). Ce système à trois étages s'appuie également sur un certain nombre de structures spécialisées et des laboratoires de santé publique. Au premier niveau, des soins de base sont offerts aux patients, alors que les deux autres niveaux offrent des soins plus spécialisés, aussi bien en termes de diagnostics qu'en ce qui concerne le traitement. Toute personne dont la condition de santé ne peut pas être prise en charge par les centres de soins primaires est

2. Des plans stratégiques régionaux sont en œuvre, notamment dans la région de Casablanca-Settat.

PARTIE I : CONTEXTE ET DÉMARCHE

d'emblée référée aux centres hospitaliers des niveaux supérieurs, notamment pour les urgences et les soins spécialisés. Le passage d'un niveau à l'autre du système de santé nécessite également l'obtention d'une fiche de liaison qui sert en quelque sorte de laissez-passer pour naviguer à travers cette structure de soins complexe et à multiples niveaux.

Il importe également de mentionner que le système de santé marocain s'appuie à la fois sur un secteur public – fortement régulé par l'État – et un secteur privé où œuvre un nombre important de médecins et où la régulation étatique est plus ou moins efficace. Les soins de santé de base, ou soins de santé primaires publics, sont gratuits et sont au cœur de l'articulation de ce système. Ils sont mis à disposition au niveau local, en fonction des besoins d'un territoire donné.

La complexité de la prise en charge, comme nous le verrons dans la section sur la présentation des résultats, n'est pas toujours bien comprise par les personnes migrantes³ et, surtout, ne répond pas parfaitement à leurs besoins en matière de santé.

En ce qui concerne l'accès à la santé et la prestation des soins de santé pour les personnes migrantes au Maroc, il faut souligner que, selon la littérature, cela varie considérablement, notamment en fonction du niveau de structures utilisées, mais aussi en fonction des services offerts sur les territoires concernés. Si au même titre que pour les populations marocaines les soins sont gratuits pour les personnes migrantes au niveau primaire, soit dans les centres de santé offrant des consultations générales et des soins de médecine préventive, il n'en demeure pas moins que les personnes migrantes doivent souvent avoir recours aux structures (CHP et CHU) des autres niveaux pour des bilans, des examens et autres, hospitalisations, prestations qui, elles, sont payantes.

Au cours des deux dernières décennies, l'accès à la santé pour les personnes migrantes au Maroc a considérablement évolué, notamment en raison de modifications législatives. Depuis 2003, les personnes migrantes souffrant de maladies infectieuses (donc constituant un enjeu de santé publique) prises en charge dans le cadre de programmes nationaux peuvent être traitées dans les structures du système de santé, suite à l'édiction d'une circulaire⁴ du ministère de la Santé, et ce, indépendamment de leur statut migratoire. Toutefois, il importe de souligner que jusqu'en 2013, toute personne se trouvant en situation irrégulière sur le territoire marocain, c'est-à-dire sans une carte de séjour ou un statut de demandeur d'asile, était considérée dans le même temps comme « criminelle ».

3. Un aspect qui est relevé par bon nombre d'associations et d'ONG internationales, entre autres lors des consultations que nous avons menées en septembre et novembre 2020.

4. L'édiction de cette circulaire s'est faite à la suite de la promulgation de la Loi 02-03, du 11 novembre 2003, sur l'entrée et le séjour des personnes étrangères sur le territoire marocain, et du décret 2-10-607 (avril 2010).

Si le gouvernement marocain garantit, en principe, l'accès gratuit à certaines structures de santé, notamment en ce qui concerne les consultations médicales en raison notamment d'un principe de droit d'accès aux soins de santé enchâssé dans la Constitution marocaine de juillet 2011, force est de constater que l'opérationnalisation de ce droit, pour les personnes migrantes et particulièrement celles en situation administrative irrégulière, n'est toujours pas pleinement effective. Dans son rapport publié en 2017 sur les besoins psychosociaux des migrants et des professionnels de santé, l'OIM soulignait qu'« en dépit de tous les efforts fournis par les autorités marocaines et les différents acteurs du domaine de la santé pour améliorer et garantir l'accès des migrants aux services de santé, de nombreux défis restent à être relevés en matière de leur prise en charge sanitaire en général et de la prise en charge de leur santé mentale et de leurs besoins psychosociaux en particulier [...] » (OIM 2017:12-13), ce que bon nombre de rapports et d'études sur le sujet confirme également. Les résultats de l'étude que nous avons conduite abondent dans le même sens. Malgré les efforts au niveau législatif et malgré le travail des associations sur le terrain, du travail reste à faire pour que soit mis en œuvre un véritable droit à la santé des personnes migrantes au Maroc.

C'est cette situation complexe, d'un point de vue juridique et administratif, qui a poussé les associations et ONG internationales à occuper une place de plus en plus importante, puisque l'offre de l'État marocain est à la fois insuffisante et limitée et, surtout, il n'est pas à même de répondre d'une manière adéquate aux besoins en matière de santé des personnes migrantes, des populations vulnérables. Parmi les services offerts par les associations de la société civile, notons les prises en charge des frais de consultation, des examens, des ordonnances et de certains soins, du soutien psychologique, de l'assistance à certains groupes cibles (notamment les femmes et les personnes mineures isolées), l'accompagnement individuel dans les structures de santé et l'achat de matériel médical⁵. C'est aussi cette situation qui fait en sorte qu'encore aujourd'hui, l'offre de services de santé pour les personnes migrantes manque à la fois de concertation et de coordination⁶.

5. Il s'agit des services les plus communs identifiés par les données du questionnaire diffusé auprès des associations de la société civile marocaine dans le cadre de l'étude principale.

6. Ce point a été souligné par plusieurs associations et ONG internationales, notamment lors d'un atelier que nous avons organisé le 8 septembre 2020.

I.1.3 La crise sanitaire du Covid-19 et les effets sur les personnes migrantes au Maroc

Il est encore trop tôt pour mesurer de manière exhaustive les effets que la crise actuelle liée à la pandémie mondiale du Covid-19 a sur les populations migrantes au Maroc. Néanmoins certains rapports et articles laissent entrevoir des impacts importants sur les conditions de vie, particulièrement celles des personnes en situation irrégulière. Le travail dans le secteur informel, les conditions de vie inadéquates, l'accès difficile aux soins de santé, sont autant d'éléments qui en viennent à être accentués en période de crise, comme le démontrent les résultats préliminaires de l'étude que notre équipe a consacrée aux conditions de vie de cette population en période Covid-19.

Plusieurs de ces rapports se sont particulièrement centrés sur les personnes réfugiées. Le Haut-Commissariat au plan (2020) a récemment rendu public un rapport d'enquête sur la situation des réfugiés au Maroc se centrant sur les impacts socioéconomiques et psychologiques du Covid-19. Le document du UNHCR (2020), produit en collaboration avec l'OIM (OIM et UNHCR 2020) et le Policy Paper de Mohamed Loulichki (2020) insistent aussi particulièrement sur cette population. Le discussion paper de l'ECDPM (Knoll and Teevan 2020) y accorde pour sa part une place importante. Tous s'entendent sur les conséquences psychologiques de la crise actuelle. En effet, la santé mentale des personnes migrantes est largement affectée par le confinement obligatoire, les entraves à la circulation, le manque de travail, le manque d'accès à la nourriture et l'isolement, au même titre que d'autres personnes vulnérables, notamment marocaines.

À cela s'ajoute une recrudescence de la xénophobie, du racisme et des discriminations auxquels font face les personnes migrantes, telles que bon nombre l'ont souligné⁷. En ce qui concerne l'assistance apportée aux migrant.e.s, les diverses intervenant.e.s de la société civile ont tous relevé les limites de leur capacité à intervenir adéquatement dans une situation aussi critique. Ces données préliminaires demandent à être approfondies et plus amplement examinées pour pouvoir mieux comprendre les effets de la crise sanitaire sur le droit à la santé des personnes migrantes.

7. Les données du questionnaire de l'étude sur les conditions de vie des personnes migrantes subsahariennes en période Covid montrent qu'une majorité d'entre elles ont été victimes de propos haineux et plusieurs personnes nous ont rapporté s'être fait régulièrement invectiver, notamment traiter de « corona ».

I.2. Démarche méthodologique et cadre d'analyse

Afin d'examiner l'ensemble des facteurs qui influent sur la santé des migrant.e.s, nous avons privilégié une approche mettant l'accent sur les déterminants sociaux de la santé (DSS) en adoptant une perspective intersectionnelle, dite également perspective inclusive, puisque le vécu, le quotidien et le statut migratoire des migrant.e.s par rapport à la santé ne sauraient être séparés des autres facteurs ayant un impact important sur leur santé, à savoir : l'expérience migratoire, l'accès à la nourriture, le logement, le travail, la protection sociale, entre autres. En effet, l'ensemble de ces facteurs ne sont pas projetés sur le vécu des personnes migrantes à partir d'un corpus théorique, car ils sont ressortis d'emblée des entretiens et des focus group réalisés avec les personnes migrantes et réfugiées (à Rabat, à Agadir, à Tiznit, à Mohammedia, à Tanger et à Oujda), en plus de se croiser largement avec la littérature existante sur le sujet qui a été analysée en profondeur.

I.2.1. Méthodologie et collecte de données

La démarche méthodologique proposée est qualitative et inductive, procédant par saturation des données et des éléments explicatifs, s'inspirant de la théorie ancrée, une méthode systématique en sciences sociales. Plutôt que de partir d'une hypothèse de départ que l'on chercherait à valider, l'approche proposée est ancrée sur une réalité empirique qu'il s'agit de saisir finement, dans sa complexité, à partir de l'expérience et du vécu des personnes concernées. Ici, l'enquête ethnographique se focalise sur l'examen des facteurs économiques, sociaux, culturels et politiques qui impactent la santé des personnes migrantes. Cette approche constructiviste, et non positiviste, consiste donc à partir des données du terrain pour dégager des constats généraux. Les résultats de l'étude s'appuient sur du matériel empirique, issu notamment des entretiens réalisés, pour réviser et réajuster des éléments considérés au démarrage de l'étude, entre autres certains des déterminants sociaux de la santé préalablement identifiés.

Trois principaux groupes ont été impliqués dans le cadre de cette étude sur les déterminants socioculturels d'accès à la santé pour les personnes migrantes au Maroc : les personnes migrantes, les professionnel.le.s de la santé et les intervenant.e.s de la société civile et des organisations internationales.

Pour renforcer les connaissances sur les conditions d'accès à la santé pour les personnes migrantes subsahariennes, nous avons dans un premier temps mené une revue de littérature, documentaire, augmentée par l'étude consacrée aux

PARTIE I : CONTEXTE ET DÉMARCHE

conditions de vie des migrant.e.s en période Covid, dont les données ont permis, dans un premier temps, d'identifier les facteurs (DSS) qui peuvent avoir une plus grande incidence sur l'accès des migrants subsahariens à la santé. La conduite de l'étude principale, quant à elle, s'articule autour de deux types d'activités : recueil de témoignages auprès des personnes migrantes (entretiens et focus group) et des professionnel.le.s de la santé, ainsi que la consultation des associations de la société civile par plusieurs canaux (ateliers de travail et questionnaire).

Pour réaliser la collecte de témoignages, six villes, au cœur du parcours des migrant.e.s, avaient initialement été retenues : Oujda, Tanger, Rabat, Casablanca, Agadir et Tiznit. Toutefois, en raison du contexte particulier associé à la crise sanitaire du Covid-19 et des restrictions de circulation qui en découlent, l'équipe de recherche a réalisé l'enquête terrain à Rabat, Agadir, Tiznit, Mohammedia⁸, seconde ville d'importance de la région Casablanca-Settat qui accueille une importante communauté de migrant.e.s, et Tanger, en menant des entretiens à distance avec les populations cibles à Oujda. Ces différentes villes du royaume aux profils socioculturels différents accueillent des communautés importantes de personnes migrantes et/ou réfugiées. Le choix de ces villes a été motivé par différentes considérations liées aux caractéristiques de la migration et du contexte politico-administratif, de manière à pouvoir évaluer les disparités territoriales et géographiques en matière d'accès aux soins de santé pour les personnes migrantes.

Afin de mieux comprendre les enjeux associés à l'accès aux soins pour les personnes migrantes subsahariennes, des entretiens semi-directifs, souvent ouverts afin de faire une plus grande place aux récits de vie, ou des focus group (d'un maximum de trois personnes) d'une durée moyenne de 90 minutes (voir guide d'entretiens en annexe 1) ont été menés. Toutes les personnes répondantes ont accepté que leurs propos soient enregistrés, et ce, après leur accord explicite⁹. Aux fins de l'analyse, nous avons retranscrit les extraits les plus significatifs pour les besoins de l'étude. Au total, ce sont vingt-six personnes migrantes qui ont pris part à l'étude principale, soit dix-neuf hommes et sept femmes. Le nombre de personnes interviewées, agrégé avec celui consulté dans le cadre de l'étude sur les conditions de vie, et par réitération des items adressés, nous a permis d'aboutir à une compréhension optimale des enjeux, à partir du vécu et des perceptions des migrant.e.s.

En raison de la situation précaire de la majorité des personnes migrantes, et ce, aussi bien du point de vue socio-économique que du point de vue du statut administratif,

8. L'accès à Casablanca ayant été fortement limité pour cause de recrudescence des cas Covid-19, nous avons tout de même privilégié des entretiens dans une ville à proximité.

9. Nous avons pris le soin d'expliquer à chaque personne rencontrée les objectifs de l'étude conduite et les mesures de protection de l'anonymat et de la confidentialité, en respectant les protocoles de normes éthiques de recherche avec les populations vulnérables.

la méthode de la « boule de neige » a été privilégiée. Elle a permis d'avoir accès, dans chaque ville, aux réseaux de contacts des personnes migrantes préalablement rencontrées. Toutefois, cette méthode a des limites en termes de représentativité de l'échantillonnage en ce qui a trait au pays d'origine des personnes migrantes rencontrées lors des entretiens. L'on constate effectivement une surreprésentation des personnes d'origine camerounaise, puisque ce sont à travers les réseaux même des migrants que l'accès au terrain a pu être rendu possible. Ce biais n'a cependant que peu d'incidence sur la compréhension du profil type de la personne migrante subsaharienne (traitement des données), considérant que leurs expériences sont, pour une grande part, représentatives de celles d'autres personnes rencontrées par l'équipe de recherche dans le cadre de l'étude sur les conditions de vie, conduite quelques semaines auparavant et dont l'échantillon était plus élargi (cinquante-six personnes rencontrées, et cinquante-trois questionnaires remplis par des personnes migrantes aux profils variés), données qui ont aussi été analysées pour les fins de cette étude.

L'enquête a également démontré une certaine saturation des données recueillies. En effet, la problématique, telle que relatée par les personnes rencontrées a rapidement été cernée. Les facteurs qui expliquent les conditions d'accès à la santé des personnes migrantes se sont recoupés au bout d'un certain nombre d'entretiens, au point que seules les données propres au contexte, à l'expérience singulière et à l'environnement immédiat de chaque personne rencontrée comportaient certains éléments de nouveauté. En ce sens, il n'y avait pas de différences notables en ce qui concerne les barrières d'accès. L'équipe de recherche a ainsi estimé que le croisement des données issues des différents terrains, de la pré-étude et de l'étude principale, conjuguée à la saturation des pistes de réponses, permettait une compréhension exhaustive des barrières à l'accès à la santé des personnes migrantes subsahariennes.

En ce qui concerne la conduite des entretiens, de par la complexité et la diversité des expériences des personnes migrantes, nous avons privilégié l'entretien ouvert et approfondi. La grille d'entrevue comprenait deux axes principaux permettant d'adresser les déterminants sociaux de la santé (DSS), soit : l'expérience migratoire, d'une part, et l'accès à la santé depuis l'installation au Maroc, d'autre part.

En ce qui a trait à l'accès au terrain, et comme précisé ci-dessus, la situation de crise sanitaire a compliqué non seulement les déplacements, mais également la conduite même de l'enquête de terrain. Des précautions ont dû être prises pour s'assurer de respecter les nouvelles mesures sanitaires en vigueur, dont la distanciation physique. Il importe aussi de spécifier qu'il a parfois été très difficile de trouver un endroit sécurisé pour réaliser les entretiens. Nous entendons ici « sécurité » dans les deux sens, sanitaire et social. Aussi, les endroits publics et extérieurs, comme les terrasses des cafés ou des parcs, ont été privilégiés, par commodité. Le choix de ces

PARTIE I : CONTEXTE ET DÉMARCHE

lieux nous a également permis de conduire les entretiens sans interférence notable de l'environnement immédiat, mis à part quelques exceptions, surtout à Agadir et à Rabat¹⁰. Il semble aussi important de revenir sur les conditions de l'enquête. La situation de crise sanitaire au Maroc a été, durant cette période, marquée par la fermeture, en tout ou en partie, de plusieurs villes préalablement identifiées. Le protocole prévoyait également une adaptation de la méthodologie au contexte imprévisible et, dans ce cadre, des mesures d'atténuation des risques ont ainsi été prises pour garantir la poursuite de l'étude.

Afin de croiser les éléments de diagnostic recueillis auprès des personnes migrantes avec la prestation des services de santé, telle qu'elle est vécue du point de vue des professionnel.le.s, des entretiens ont été réalisés et des témoignages recueillis auprès de médecins travaillant au sein de différentes structures du circuit des soins, mais aussi des administrateurs et d'une assistante sociale. Au total, neuf personnes ont été interviewées : un médecin travaillant dans un centre de santé périurbain de base à Tanger ; quatre médecins à Rabat travaillant au deuxième niveau de soins, à savoir au niveau des consultations en urgences, des consultations et des soins spécialisés, y compris la prise en charge de chirurgie et d'hospitalisation ; un secrétaire général d'une maternité à Rabat ; deux administrateurs (un ancien secrétaire général d'hôpital et un administrateur à la délégation régionale et une assistante sociale, à Agadir ; et enfin un médecin, directeur de clinique privée à Oujda).

Ces entretiens (voir guide d'entretien en annexe 5) ont permis de mieux saisir les barrières d'accès aux soins, d'une manière générale, mais aussi de relever les efforts déployés par les professionnel.le.s de la santé pour contourner ces barrières. Leurs propositions pour une meilleure accessibilité des personnes migrantes aux soins de la santé ont également été recueillies.

Parallèlement à cette enquête de terrain conduite auprès des personnes migrantes et des professionnel.le.s de la santé, des activités de consultation ont été menées avec diverses personnes intervenant auprès des migrant.e.s œuvrant au sein d'associations de la société civile ou d'organisations internationales (voir liste en annexe 2). Une première activité de consultation a eu lieu le 8 septembre 2020. Plus de douze personnes représentant des associations de la société civile marocaine et des organisations internationales y ont pris part. L'activité a pris la forme d'un atelier d'échange de connaissances qui nous a permis de déterminer collectivement

10. À Rabat, nous avons été perturbés par un groupe de personnes qui nous surveillaient de près pendant que nous échangeons avec trois personnes migrantes. On était mal à l'aise ainsi que les personnes avec qui on échangeait. À Agadir, dans un quartier marginal (Leqliaa), nous réalisons un entretien avec une migrante accompagnée de sa fille mineure, chez un vendeur de beignets, alors qu'un groupe de jeunes qui se sont installés dans une table juste derrière nous, interféraient dans la conversation en disant : « nous aussi on sait parler anglais ! Ce que dit cette personne s'applique à nous aussi, nous sommes tous discriminés, migrants ou pas ! ».

les enjeux prioritaires sur lesquels il importait de s'attarder lors de la collecte de données sur le terrain et de relever les meilleurs exemples de bonnes pratiques en matière d'accès à la santé. Parmi les aspects abordés lors de cette rencontre : l'accès aux soins de santé, les barrières et freins à la santé, les bonnes pratiques et des recommandations permettant de garantir un droit à la santé pour les personnes migrantes (consulter annexe 3). Cette rencontre a d'une part permis de donner une ligne directrice dans la conduite des entretiens et, d'autre part, d'identifier certains aspects à traiter plus en profondeur avec les intervenant.e.s des associations actives dans la prestation de services d'aide aux personnes migrantes.

Un questionnaire (voir annexe 4), s'appuyant sur les faits saillants de cette rencontre a aussi été préparé et largement diffusé auprès d'associations œuvrant aux quatre coins du royaume¹¹, permettant d'approfondir certains aspects de l'offre de services et des limites de ces dernières, les bénéficiaires des services offerts par les associations et les moyens qu'elles devraient avoir pour répondre aux besoins des personnes migrantes en matière de santé. Le questionnaire a été complété par quinze associations portant assistance aux personnes migrantes.

Une troisième activité de consultation a été réalisée le 17 novembre 2020, sous la forme d'un atelier de réflexion autour des pistes de recommandations à proposer à la suite de cette étude. Cinq personnes représentant des associations de la société civile et des organisations internationales y ont pris part. Cette activité s'est déroulée autour d'une présentation des résultats préliminaires. Cette étape était particulièrement importante pour assurer une opérationnalisation des recommandations et pour tester leur validité.

Tableau 1 : Personnes ayant pris part à l'étude principale (octobre - novembre 2020)

Groupe	Nombre	Villes
Personnes migrantes subsahariennes	26 (19 hommes / 7 femmes)	Agadir, Mohammedia, Oujda, Rabat, Tiznit et Tanger
Personnes représentant des associations de la société civile et des organisations internationales	27	Agadir, Mohammedia, Oujda, Rabat, Tiznit et Tanger (agissant en plus dans des villes tierces, non couvertes par l'étude)
Professionnel.le.s de la santé	9	Agadir, Rabat et Témara, Tanger, Oujda

11. Le questionnaire a été diffusé entre le 15 et le 27 novembre 2020 auprès de plus de 300 personnes, associations, collectifs et organisations internationales ; seulement 15 d'entre elles y ont donné suite.

PARTIE I : CONTEXTE ET DÉMARCHE

Puisque les conditions de vie ont un impact important sur l'état de santé global des personnes migrantes et qu'elles conditionnent également l'accès à la santé, il est apparu pertinent de croiser les données recueillies dans le cadre de l'étude avec celles récoltées dans la pré-étude quelques semaines auparavant par deux des membres de l'équipe de recherche, Marie-Claude Haince et Youness Ben Mouro. Les données présentées ici reposent, en premier lieu, sur un questionnaire (voir annexe 6).

Tableau 2 : Personnes rencontrées / consultées dans la pré-étude (mai - août 2020)

Groupe	Nombre	Villes
Personnes migrantes subsahariennes	109	Agadir, Casablanca, Mohammedia, Rabat, Salé, Tiznit, Tanger (+ d'autres villes) ¹

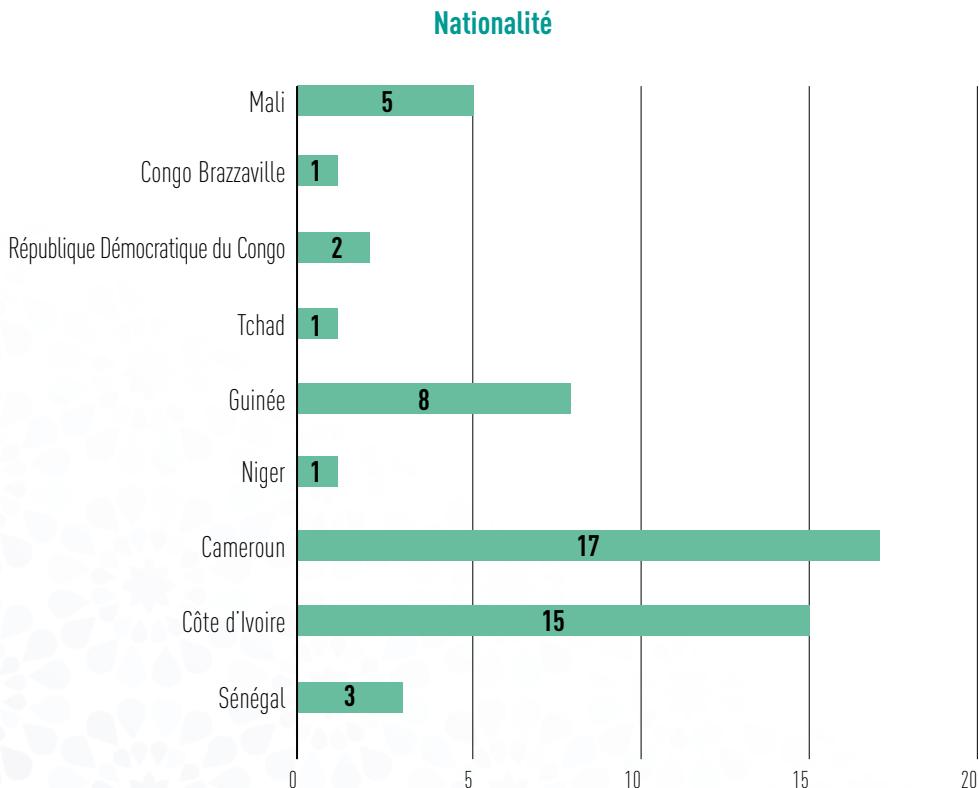
1. Les données du questionnaire, mais aussi les entretiens réalisés lors de la pré-étude, ont montré que la localisation n'avait pas un impact déterminant sur les conditions de vie des personnes migrantes. En effet, le statut migratoire était l'élément le plus déterminant. Lors de l'étude principale, ce facteur s'est avéré tout aussi central. C'est pour cette raison que nous avons analysé l'ensemble des données obtenues par questionnaire et lors des entretiens, peu importe le lieu de résidence des migrant.e.s, pour mieux comprendre les conditions de vie des personnes migrantes subsahariennes, autre facteur déterminant dans le cadre de l'étude.

1.2.2 Profils des répondant.e.s au questionnaire lors de la pré-étude

Étant donné notre recours partiel aux données recueillies pendant l'étude sur les conditions de vie, nous présentons ci-après les données saillantes qui en ressortent et qui viennent enrichir, étayer ou soutenir les éléments issus de notre étude, de nature plus qualitative et ethnographique. Ainsi, les personnes migrantes subsahariennes ayant rempli le questionnaire lors de la « pré-étude » proviennent de treize pays différents¹² et, comme nous pourrions le constater, ont des profils variés.

12. L'origine des personnes migrantes était l'un des déterminants préalablement identifiés, mais les données montrent que son incidence n'est pas significative en ce qui a trait à l'accès à la santé.

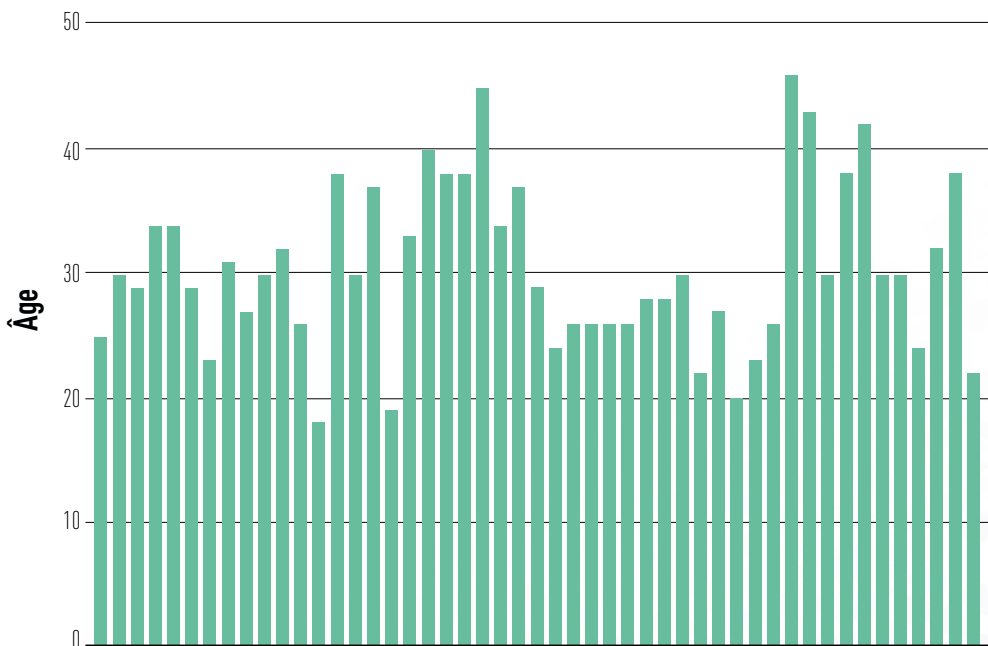
Graphique 1 :
Pays de naissance des répondant.e.s au questionnaire



Les personnes migrantes subsahariennes ayant complété le questionnaire, bien que formant un groupe hétérogène, ont pour principale caractéristique d'être âgées majoritairement dans la vingtaine (entre 18 ans et 46 ans)¹³. Ceci s'explique du fait que plusieurs d'entre elles, et plus particulièrement celles sans statut régulier, ont pris la route, depuis le pays de départ jusqu'au Maroc, en direction de l'Europe. Pour parcourir des milliers de kilomètres et se lancer dans un parcours migratoire de plusieurs années, la condition d'âge joue beaucoup.

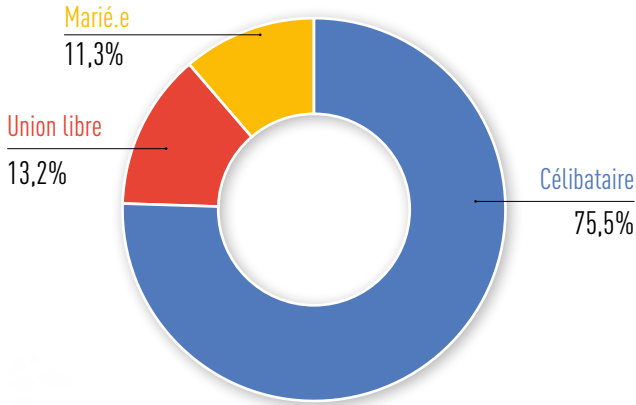
13. Dans le cadre de la pré-étude, comme lors de l'étude principale, les participant.e.s mineur.e.s ont été exclu.e.s. En effet, les recherches conduites auprès de ce groupe demande une évaluation éthique particulière et des mesures de consentement strictes. Les conditions de ces études n'étaient pas réunies pour pouvoir considérer ce groupe.

Graphique 2 :
Répartition des âges des répondant.e.s au questionnaire



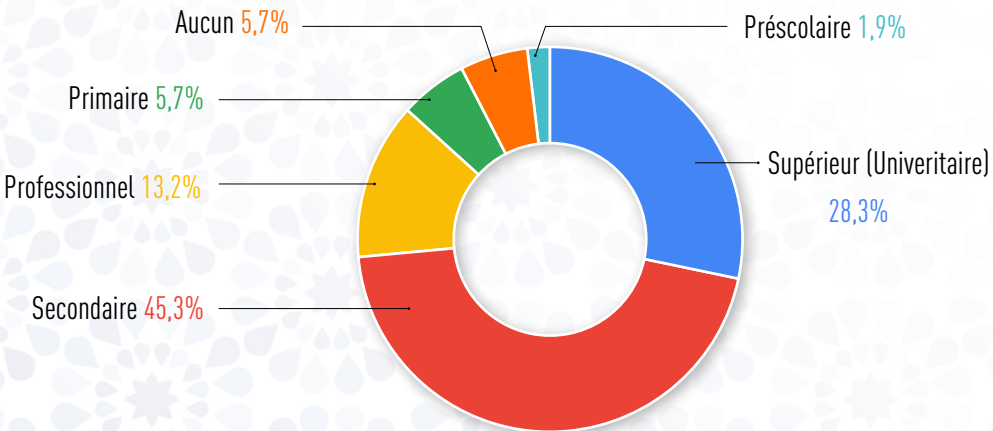
Une autre constante qui se dégage est celle de l'état civil. Une grande majorité des personnes rencontrées dans le cadre de cette pré-étude, tout comme les personnes sondées par le questionnaire, sont généralement célibataires. Certains et certaines s'engagent parfois dans une relation de concubinage, mais la nature même du projet migratoire empêche bien souvent les relations stables.

Graphique 3 :
Situation matrimoniale des répondant.e.s au questionnaire



En ce qui concerne le niveau d'éducation¹⁴, les données du questionnaire montrent qu'une très grande majorité des répondants et des répondantes ont un niveau de scolarité plutôt élevé : 86,8 % ont complété un niveau secondaire ou supérieur. Ce facteur ne semble pourtant pas avoir une incidence importante sur les conditions de vie des personnes migrantes subsahariennes, comme nous pourrions le constater. D'autres facteurs liés à l'expérience migratoire et aux conditions d'installation semblent en effet plus déterminants.

Graphique 4 :
Niveau d'études complété des répondant.e.s au questionnaire



14. Il s'agit d'un des déterminants qui avait été retenu avant dans la conduite de l'étude, mais dont l'impact ne semble pas significatif en ce qui concerne l'accès à la santé.

1.2.3 Traitement et analyse des données

Les données recueillies, dans ce cadre et à partir de notre étude, qualitative, ont été traitées de manière à faire ressortir les conditions, déterminants sociaux et freins à l'accès à la santé pour les personnes migrantes au Maroc. L'analyse s'est ainsi appuyée, d'une part, sur une perspective intersectionnelle ou inclusive, qui prend en compte le contexte historique, social et politique, et reconnaît le caractère singulier de l'expérience vécue telle qu'elle est façonnée par l'intersection de tous les facteurs influençant les conditions de vie des personnes. L'expérience migratoire et les conditions de vie (emploi, revenu, logement, accès à la nourriture) ont été particulièrement centraux dans notre analyse.

À cet effet, l'approche des déterminants sociaux de la santé (DSS) s'est avérée très pertinente, à la fois lors de la collecte de données sur le terrain et lors du traitement et de l'analyse des données. Si, au départ, nous avons identifié dix-huit déterminants¹⁵ qui allaient nous permettre de pouvoir identifier les conditions et freins d'accès à la santé des migrant.e.s, neuf d'entre eux se sont avérés particulièrement pertinents, à savoir : l'expérience migratoire, la langue, les connaissances en santé, l'emploi et les conditions de travail, l'alimentation et la sécurité alimentaire, la discrimination, l'exclusion et l'inclusion sociale, l'emploi et la sécurité du revenu, le logement (abordable et de qualité), et l'accès aux services et aux soins de santé. Ces neuf déterminants peuvent être regroupés en deux principales catégories, à savoir l'expérience migratoire et les conditions de vie.

En effet, l'ensemble des personnes migrantes ayant pris part à l'étude ne souhaitent pas se focaliser exclusivement sur la santé. Elles ont souvent contextualisé leurs expériences avec les services de la santé dans un cadre plus global qui touche à l'ensemble des déterminants, à savoir : l'expérience et le parcours migratoire, l'emploi et les conditions de travail, la sécurité du revenu et la sécurité alimentaire, le statut administratif, autant d'aspects variant en fonction des profils. De même, les consultations des deux autres catégories de répondants a permis de confirmer la pertinence de ces déterminants-là.

L'examen des déterminants sociaux de la santé permet de mettre en évidence les causes sociales des problèmes de santé et des inégalités sanitaires. Il s'agissait donc, parmi ces facteurs, d'identifier ceux qui impactent le plus les conditions

15. Les dix-huit déterminants identifiés étaient les suivants : le genre ; la race et le racisme ; la religion ; l'expérience migratoire ; la langue ; les connaissances en santé ; l'emploi et les conditions de travail ; l'alimentation et la sécurité alimentaire ; la protection sociale ; le sexe et l'identité sexuelle ; l'origine ethnoculturelle ; la culture ; la discrimination, l'exclusion et l'inclusion sociale ; l'éducation, l'alphabétisation et la littératie ; l'incapacité, l'invalidité et la déficience ; l'emploi et la sécurité du revenu ; le logement (abordable et de qualité) ; l'accès aux services et aux soins de santé.

d'accès à la santé des personnes migrantes. Ainsi, en se concentrant sur des facteurs de l'environnement social, nous avons pu constater dans quelles mesures ils déterminent l'accès aux services de santé et de quelles façons ils influent sur les choix des personnes migrantes, en matière de soins de santé.

Il convient à ce stade de préciser que l'approche des déterminants sociaux de la santé a aussi l'avantage de rompre avec une perspective culturaliste, largement critiquée par les chercheurs en sciences sociales, particulièrement les anthropologues et les sociologues, et pourtant encore mobilisée par les praticien.ne.s et divers acteurs et actrices de la société civile pour expliquer les comportements « hors-normes » ou les perceptions dites « déviantes » des usagers des services de santé (Atlani-Duault et Vidal 2009, Vidal 2010).



PARTIE II

RÉSULTATS



PARTIE II : RÉSULTATS

II.1. Les déterminants sociaux des personnes migrantes subsahariennes au Maroc

Tel que souligné, plusieurs facteurs influencent l'accès à la santé. Dans le cas des populations de personnes migrantes subsahariennes au Maroc, les conditions de vie (l'emploi et les conditions de travail, l'alimentation et la sécurité alimentaire, l'emploi et la sécurité du revenu, le logement abordable et de qualité) et l'expérience migratoire (parcours et statut) semblent déterminantes. Cette section présentant les conditions de vie des migrant.e.s au Maroc, avec un regard singulier sur la situation de crise sanitaire du Covid-19 dans laquelle la présente étude a été conduite, s'appuie sur les données collectées dans le cadre de la recherche complétées par les données recueillies lors d'une pré-étude réalisée à l'été 2020 au travers notamment d'un questionnaire couvrant plusieurs villes marocaines, car elles permettent de manière plus large de mettre en évidence plusieurs aspects affectant la santé des personnes migrantes, également ressorties dans l'étude principale sur les déterminants sociaux de l'accès à la santé, confirmant ainsi leur pertinence.

II.1.1. Le parcours migratoire

De manière générale, la littérature montre que les expériences des personnes migrantes en rapport à la santé sont façonnées à la fois par les conditions dans le pays d'origine, lors du parcours et les conditions de vie au Maroc ; les évènements fréquemment rapportés sont les violences, les mauvaises conditions de vie, les difficultés d'accès aux soins, entre autres (Médecins du Monde 2018). Ces facteurs influencent fortement l'état de santé des personnes migrantes qui proviennent souvent de pays où les ressources médicales, psychologiques et psychiatriques sont dramatiquement insuffisantes, conjuguées aux insuffisances et aux défis du système de santé au Maroc (OIM 2017).

Les questionnaires complétés et les entretiens réalisés confirment que le parcours migratoire des personnes subsahariennes installées au Maroc s'avère être un déterminant essentiel en ce qui concerne l'accès à la santé. En effet, le parcours que bon nombre d'entre elles ont emprunté affecte leur état global de santé. La route est difficile, souvent plusieurs kilomètres de marche dans le désert, marquée par la dénutrition et la déshydratation, de nombreuses violences physiques, sexuelles

et psychologiques, des conditions de promiscuité difficiles, autant d'éléments et d'événements qui affectent durablement les migrant.e.s qui sont au Maroc. La très grande majorité des personnes rencontrées lors des entretiens ont eu à traverser plusieurs pays (Nigéria, Niger, Algérie) avant de tenter le passage vers le Maroc, à travers la ville d'Oujda.

II.1.2 Le statut migratoire

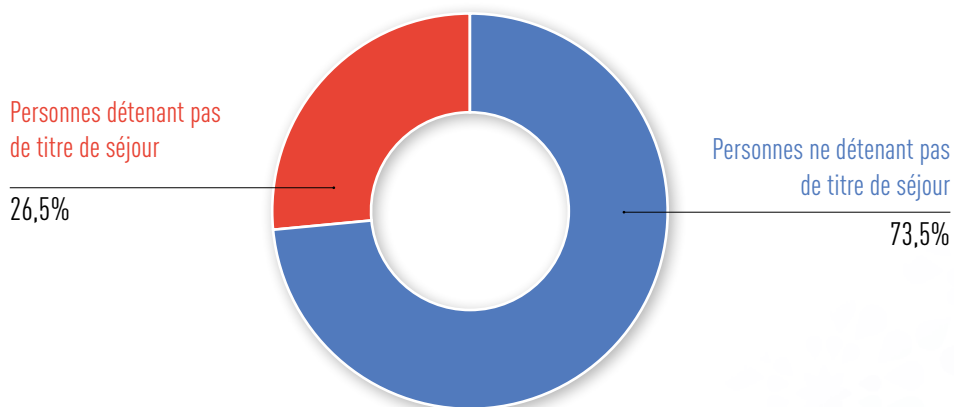
Voie de transit, lieu de stagnation, le Maroc finit néanmoins par devenir un pays d'installation par défaut. La très grande majorité des personnes rencontrées, aussi bien lors de la pré-étude que lors de l'étude principale, ont ainsi passé de quelques mois à quelques années au Maroc. En effet, parmi les personnes ayant complété le questionnaire, quarante-quatre des cinquante-trois répondant.e.s sont arriv.e.s au Maroc entre 2017 et 2020. Pour beaucoup d'entre elles et eux, le Maroc est un passage obligé et non nécessairement leur destination finale. Ceux et celles qui ont fini par s'y installer plus durablement l'on fait souvent par dépit, suite à de nombreuses tentatives infructueuses de traversée, ou encore, dans le cas des femmes, parce que la venue au monde d'un enfant ralentit le projet migratoire. Certain.e.s nous ont même confié qu'en prenant de l'âge, il devient de plus en plus difficile d'envisager l'aventure.

Pour une très importante proportion de personnes migrantes, le statut est marqué par la vulnérabilité et la précarité. La grande majorité des personnes rencontrées dans le cadre de la « pré-étude » et de l'étude principale¹⁶ n'ont pas de titre de séjour et sont installées au Maroc dans une situation administrative irrégulière¹⁷.

16. Il est important de noter que l'essentiel de nos résultats proviennent des entretiens menés dans le cadre de l'étude principale, et que l'étude sur les conditions de vie, appelée ici « pré-étude », nous a servi de support quantitatif.

17. Une part importante des personnes migrantes interrogées sont arrivées entre 2017 et 2020, et donc très peu parmi elles étaient éligibles lors de la seconde phase de régularisation exceptionnelle en 2017.

Graphique 5 :
Statut administratif des répondant.e.s au questionnaire



Le statut irrégulier des personnes migrantes, comme le soulignent également des rapports d'ONG, impacte directement leur fréquentation des centres de santé publique. Dans le Sud, par exemple, elles sont souvent là en raison de leur déplacement forcé depuis des villes frontalières ou du Nord, ce qui fait qu'elles entretiennent plus ou moins un sentiment de peur vis-à-vis des services de l'État et des services publics en général. Dans les villes du Nord où les arrestations sont plus fréquentes, les personnes migrantes craignent de se voir arrêter ou confisquer leurs papiers d'identité. En ce sens, le statut administratif joue un rôle central dans l'accès aux services et aux structures de santé.

II.1.3 Les revenus, l'emploi et les conditions de travail

N'ayant pas de statut administratif¹⁸, les personnes migrantes occupent majoritairement des emplois dans le secteur informel ou tentent de survivre par divers moyens : petit commerce, mendicité, prostitution, etc. La majorité des personnes migrantes rencontrées ont ainsi un revenu ne dépassant souvent pas les 50 ou 70 MAD la journée, souvent de longues journées de travail. Cette précarité est d'autant plus préjudiciable lorsqu'elle est prolongée sur plusieurs années.

Dans ce contexte, les entretiens réalisés dans le cadre de l'étude qualitative démontre que l'absence de revenu décent impacte leurs conditions de vie, notamment en ce qui a trait au logement et aux conditions socio-économiques. Cette situation expose

18. Il s'agit d'un des facteurs associé à l'expérience migratoire, l'un des DSS considéré.

particulièrement les personnes migrantes en situation irrégulière aux risques associés à la santé, mais également limite leurs capacités globales d'accès aux services, y compris ceux de la santé en cas de maladie, d'accident ou de blessure.

C'est difficile. Il n'y a pas de travail au Maroc. [...] Je fais peut-être 50-100 DH par jour. Je suis vendeur d'écouteurs. [...] J'habite une chambre avec 4 personnes. On cotise pour le loyer. C'est 1400 MAD, 200 MAD pour la chambre [par personne].

S., Homme, Sénégalais, 30 ans, Rabat.

En ce qui concerne plus spécifiquement les revenus et la question de l'accès à la santé, les personnes migrantes ont aussi souligné leur peur d'aller dans les hôpitaux, non seulement en raison de leur situation irrégulière, mais aussi par manque de moyens. Il leur en coûte 40 MAD pour une consultation avec un.e généraliste et 60 MAD pour une consultation avec un.e spécialiste, sans compter le coût des médicaments et autres examens prescrits. Les médicaments étant très coûteux pour les personnes migrantes, certaines associations fournissent une aide, mais celle-ci demeure limitée et surtout temporaire. En l'absence d'une couverture médicale, il est difficile, voire impossible, que les migrant.e.s qui se présentent dans les structures de santé secondaires et tertiaires, elles-mêmes confrontées à des ressources limitées, puissent accéder aux soins nécessaires, même pour ceux et celles qui disposent d'un statut de réfugié (entretien avec une réfugiée à Rabat). S'ajoutent à cela les coûts indirects, dont le coût du transport mais également la perte de revenu engendrée par le temps passé dans les structures de santé (au lieu de travailler ou chercher une opportunité de travail journalier) qui poussent souvent les personnes migrantes à abandonner le circuit des soins.

Je devais me faire opérer parce que j'avais un fibrome. Donc j'ai pris le peu d'argent que j'avais pour faire mon opération et puis bon, ma sœur m'a dit : viens en Europe pour faire l'opération. Et puis je suis allée, j'ai payé pour « faire le passage », puis finalement quand je suis allée au bord, les conditions ne m'ont pas trop intéressée. Moi j'ai pris peur, j'ai fait 4 jours et je suis revenue. J'ai dit franchement, j'ai pas ce courage là. [...] J'ai essayé de faire des démarches à l'hôpital Ibn Rochd. J'ai payé 4500 MAD pour des examens et jusqu'à aujourd'hui, je vous assure, je n'ai pas été opérée.

S., Femme, Ivoirienne, 46 ans, Salé.

II.1.4 Le logement

Le manque de moyen financier et/ou le statut régulier sur le territoire rendent difficile l'accès à un logement décent¹⁹. La très grande majorité des personnes subsahariennes occupent un logement collectif ou une chambre partagée, souvent avec plusieurs personnes, afin de faire face aux frais de loyer. Un nombre important de personnes rencontrées lors de ces deux études habitent dans des « foyers », c'est-à-dire des résidences où l'on retrouve souvent plus d'une vingtaine de personnes cohabitant.

Je dors dans une chambre. Avec des frères, comme ça. Normalement c'est 6 personnes, [...] c'est 300 MAD par mois.

B., Homme, Malien, 26 ans, Rabat.

À Tiznit, l'une des villes visitées dans le cadre de cette étude, un campement temporaire a été mis en place par les personnes migrantes il y a quelques années à la suite de vagues de déplacement forcé, en plein cœur de la ville, derrière la façade des commerces inoccupés. Dans ce genre de campement, il n'y a ni électricité, ni eau courante, et aucune installation sanitaire. Les personnes migrantes usent d'ingéniosité pour recharger leur téléphone dans des téléboutiques, au coût de 1,5 DH et utilisent les douches publiques pour leur hygiène personnelle, moyennant 12 DH. Si la ville a fait installer un réservoir d'eau lors de la période de confinement, celui-ci n'est toutefois pas systématiquement rempli. Un campement informel similaire, ayant accueilli près de 2000 personnes, existait à Casablanca dans le quartier d'Ouled Ziane jusqu'au mois de juin 2019, date à laquelle il a été intégralement détruit par un incendie.

19. Il s'agit d'un des DSS retenu pour l'étude.

Profil 1

H. : Se trouver au Maroc n'est qu'une étape

Nous l'avons croisé à la fin d'un après-midi au feu rouge d'une avenue principale de Tiznit, en train de « taper la salam », (comprendre la mendicité auprès des automobilistes). Il se balançait d'un côté à un autre de l'avenue, et laissait visiblement montrer une certaine détresse psychologique. Nous étions à la recherche d'une migrante accompagnée de ses deux enfants avec laquelle nous avions rendez-vous. Ne l'ayant pas trouvée sur place, elle nous avait donné un nouveau rendez-vous une heure et demie plus tard. Nous avons ainsi utilisé ce temps pour bavarder avec H. qui se montrait plutôt accueillant et curieux de savoir qui nous étions. Après quelques minutes d'échange, H. a accepté de nous parler. Nous nous sommes installés dans un parc, non loin de l'endroit où il se trouvait.

Guinéen d'origine, Sénégalais de nationalité et âgé de 34 ans, il est arrivé par vol il y a quelques années, de Dakar à Casablanca, avant de se rendre à Tanger, puis Nador, avant d'être déplacé à Tiznit où il préfère rester, étant donné que les moyens requis pour y vivre sont plutôt modestes par rapport aux autres villes marocaines.

Au Sénégal, H. était commerçant et avait fait des économies d'environ 5000 euros avant d'être arnaqué par quelqu'un qui se présentait comme un organisateur de festivals pour artistes en Europe. Il lui avait promis un visa en bonne et due forme pour la France, mais il est parti avec l'argent et H. n'a jamais rien vu venir. Utilisant le peu d'argent de son commerce ambulancier, il a pris un vol pour le Maroc pour tenter sa chance, à titre personnel cette fois-ci.

« Je n'ai plus vu cette personne, mais si je le trouve je vais le tuer, je vous jure au nom de Dieu, même si je finis ma vie en prison ». Cet incident a bousculé sa vie, il souhaite toujours se rendre en Europe, mais pas pour y rester. Ayant un frère étudiant à Paris, il aimerait s'y rendre pour se faire de l'argent et rentrer au bled pour y développer son commerce.

Vivant avec son père, ce dernier ne souhaitait pas qu'il s'engage dans cette aventure, il voulait que H. se marie et s'installe près de lui, mais H. avait d'autres plans pour son avenir. Arrivant à Tiznit et passant le plus clair de son temps à « taper la salam », il a pu se rendre lors de l'été dernier à Laâyoune et à Dakhla pour tenter de nouveau « le Boza », sa chance de traverser vers les îles Canaries mais sans succès. H. nous dit : « si ton heure n'est pas encore arrivée, tu ne peux pas y aller ! Un gars m'a fait sortir d'ici le 13 mars, mais lui est arrivé le 21 mars

Partie II : RÉSULTATS

aux îles Canaries, on a quitté Dakhla pour aller à Boujdour, où je me suis fait arrêter et refouler ».

De retour au « polo », c'est-à-dire le camp de fortune de Tiznit, il compte y rester en attendant de meilleurs jours. Tiznit n'étant pas une ville frontalière, les migrants y jouissent d'une certaine tranquillité, leurs rapports aux autorités sont plutôt calmes, voire collaboratifs. H. ainsi que d'autres migrants affirment y bénéficier même d'une certaine protection de la part des autorités. Malgré les conditions précaires, c'est le meilleur endroit pour se calmer et attendre un éventuel nouveau départ.

Son expérience avec les services de santé est plutôt positive. À Tiznit, « quand on tombe malade on appelle les sapeurs-pompiers qui nous déposent directement aux urgences, on y bénéficie de certains soins, mais pas tous les services y sont dispensés, par exemple, je souffre depuis plusieurs années des hémorroïdes, on me prescrit des médicaments, mais le problème persiste », nous déclare H. en substance.

Il ajoute : « quand je suis tombé malade la dernière fois, je suis allé à l'hôpital et on m'a prescrit les médicaments et puisque je n'avais pas d'argent, c'est un de mes petits frères qui vit en France qui m'a envoyé quelques euros, sinon je n'avais pas de quoi pour les acheter ».

H. persiste et signe, son seul objectif c'est de rejoindre son frère, étudiant à Paris, pour pouvoir y travailler et retourner assez souvent faire du commerce dans son pays. Rester au Maroc est pour lui synonyme d'entretenir les mêmes problèmes. S'il ne peut arriver en Europe, il vaut mieux retourner chez lui, nous dit-il.

Les conditions précaires de logement ont un impact direct sur la santé physique et mentale des migrants. L'habitat insalubre est associé à certains risques liés à la santé. Les unités de logement avec un nombre élevé de chambres occupées par des personnes de manière indépendante du reste des occupants, des chambres habitées par plus de 5 personnes utilisées pour dormir, cuisiner, et autres activités entrent dans la catégorie des logements associés avec la privation et des risques de santé élevés (UNHSP 2004).

Cet aspect est aussi relevé par les interlocuteurs et interlocutrices du secteur de la santé qui affirment que des obstacles à l'accès à la santé sont inhérents aux zones de résidence précaires qui impactent à la fois les Marocain.e.s et les migrant.e.s. Le village de Leqliaa situé à 24 km de la ville d'Agadir que l'équipe de recherche a visité

pour y conduire des entretiens en est un exemple. Il s'agit d'un village initialement construit pour héberger les nouveaux arrivants dans la région qui travaillent dans les fermes de Chtouka Ait Baha et Massa. Le village s'est transformé de plus en plus en un pseudo bidonville hébergeant des personnes venant de différentes villes et régions du Maroc. Des migrant.e.s y vivent dans des chambres partagées et cohabitent avec les résident.e.s marocain.e.s sans problèmes notables. Tous partagent les mêmes conditions d'insalubrité et les risques sanitaires qui y sont associées.

II.1.5 L'alimentation et la sécurité alimentaire

L'accès à l'alimentation et la sécurité alimentaire font partie des déterminants qui ont un impact majeur sur la santé des migrant.e.s. Les personnes rencontrées indiquent que leur revenu est généralement insuffisant pour subvenir à leurs besoins alimentaires ; les produits alimentaires qu'elles préfèrent, et qui sont souvent importées des pays subsahariens, coûtent cher au regard de leurs ressources.

En outre, les personnes migrantes rapportent qu'elles ne mangent souvent pas à leur faim, mais deux fois par jour tout au plus, enfants compris. Chaque jour, la priorité est d'assurer, par le biais d'activités précaires et incertaines, un peu d'argent pour subvenir aux besoins les plus urgents. La quantité ainsi que la qualité des produits qu'elles consomment ne répondent souvent pas aux standards nutritionnels et à la sécurité sanitaire. Selon les résultats d'une étude réalisée par Handicap International dans la ville Casablanca auprès des personnes migrantes en 2019²⁰, le dîner est le repas journalier le plus important ; chez plus de la moitié « préparer à manger à la maison » le soir est le moment le plus indiqué pour le faire.

La question de la sécurité alimentaire souvent abordée lors des entretiens s'impose donc selon deux angles particuliers : une sous-nutrition imposée par le manque ou l'insuffisance des moyens matériels mais aussi une « malnutrition » liée à l'inaccessibilité des produits jugés par les personnes migrantes comme essentiels à leur équilibre alimentaire.

20. GERM, Étude sur la situation des personnes migrantes à Casablanca, HI, Octobre 2019 (p.44)

II.1.6 La discrimination, l'exclusion et l'inclusion sociale

Les personnes migrantes font face à un isolement social qui se traduit par le manque ou la précarité des relations avec les personnes et les groupes de leur environnement immédiat²¹. Cet isolement social affecte la santé mentale et physique ainsi que les capacités cognitives. Les personnes concernées se sentent isolées et non reconnues pour les compétences qu'elles détiennent chacune dans leur domaine, et qu'elles pourraient éventuellement développer dans le cadre de formations ou d'activités professionnelles.

Les personnes migrantes, particulièrement celles en situation administrative irrégulière, font face à un isolement social qui se traduit par le manque ou la précarité des relations avec les personnes et les groupes de leur environnement immédiat. En effet, les migrant.e.s n'ont que très peu de contact avec les Marocain.e.s et vivent souvent à l'écart de la population nationale, limitant les espaces réels de cohabitation. Plus souvent qu'autrement, ils et elles sont relégué.e.s dans des espaces marginaux, comme des foyers ou encore des camps. Cet isolement social affecte la santé mentale et physique ainsi que les capacités cognitives.

L'isolement social ne se limite pas au domaine d'interactions sociales nécessaires à l'équilibre psychologique, mais aussi à l'isolement professionnel qui les réduit à de simples mendiants dans les rues et à un repli, souvent forcé, au sein de la communauté migrante. Les déplacements forcés dont l'intensité s'est multipliée en 2018 et 2019 ont accentué le risque d'isolement en brisant les réseaux communautaires établis dans les villes d'établissement des personnes migrantes. La crise sanitaire du Covid-19 est également venue fortement limiter les interactions sociales du fait du confinement ; un phénomène constaté à l'échelle nationale²².

Plus encore, l'analyse des données montre qu'une partie du personnel médical, mais aussi des personnes migrantes, demeurent insensibles à l'interculturalité et portent des préjugés ethnocentriques, voire des biais inconscients. Ceux-ci se transforment en attitudes apparentes ou latentes qui se répercutent sur la qualité de l'accueil et des soins.

Un accueil froid, la rapidité de la consultation, quand elle a lieu, et le manque de considération sont quelques exemples de traitement discriminatoire réservé aux

21. L'interaction avec les Marocain.e.s, telle qu'elle est perçue par les personnes migrantes ayant pris part à la présente étude, est généralement considérée comme étant négative. Ils et elles ont témoigné que leurs relations sont tendues avec les Marocain.e.s, à l'exception des femmes et les mamans qui leur viennent en aide assez souvent, comparés aux hommes.

22. https://www.hcp.ma/Enquete-sur-l-impact-du-coronavirus-sur-la-situation-economique-sociale-et-psychologique-des-menages-Note-de-synthese_a2506.html

personnes migrantes, selon leurs propres propos. Par ailleurs, les personnes migrantes interviewées rapportent qu'elles font rarement l'objet de traitement empathique, qui se doit pourtant d'être au cœur de la relation thérapeutique. Leur situation précaire et leur vulnérabilité ne sont, parfois, ni comprises, ni prises en compte par le personnel médical.

Moi par exemple, quand je tombe malade et que je pars à l'hôpital, le docteur me demande : tu as mal où ? Et sans me toucher ou m'ausculter, il me prescrit des médicaments.

B., Femme, Camerounaise, 22 ans, Rabat.

Le manque de formation du personnel de la santé, et spécifiquement du personnel médical, en matière de communication interculturelle et le manque de critique réflexive quant à leurs représentations sur les personnes migrantes constituent des obstacles socioculturels majeurs à l'accès de ces dernières aux soins de santé.

Il importe néanmoins de nuancer cette discrimination perçue par les personnes migrantes rencontrées, car comme l'affirment les administrateurs et administratrices interviewés, le rapport aux soins de santé dans les zones de résidence précaires, par exemple, ne concerne pas à proprement parler la discrimination vis-à-vis des migrant.e.s, mais il est plutôt partagé par l'ensemble des habitant.e.s, surtout au niveau de la qualité de l'accueil défailante, et particulièrement au premier niveau de soins. Certains problèmes particuliers sont signalés, toutefois, au niveau des services dédiés à l'accouchement où les femmes migrantes rencontrent des difficultés et des formes de rejet diverses lorsqu'elles ne sont pas accompagnées ou assistées par des associations. Les migrant.e.s rapportent aussi des cas de décès de compatriotes dans les hôpitaux dû au fait qu'ils et elles n'auraient pas reçu les soins nécessaires, ou du moins pas suffisamment, ou encore parce que le protocole de santé n'aurait pas été respecté (voir les éclaircissements des professionnel.le.s de santé à cet effet).

Le personnel médical interviewé dans le cadre de cette étude relève pour sa part un manque d'effort de communication de la part des patients et des patientes migrant.e.s, plus particulièrement lorsque ces derniers sont accompagnés par des associations. Cela en fait, aux yeux des soignants, des patients, sans identité personnelle reconnue par leurs vis-à-vis sociaux et institutionnels. Les professionnel.le.s de la santé déplorent particulièrement le manque de sensibilisation des personnes migrantes en matière de communication et, surtout, en termes de connaissances sur le système de santé marocain, les services que les diverses structures offrent et leurs limites. À cet effet, les réponses des interviewé.e.s varient selon leurs expériences. Certain.e.s affirment que les migrant.e.s ont une connaissance globale, à savoir qu'ils/elles sont

Partie II : RÉSULTATS

en mesure de faire la différence entre le public et le privé, entre les services gratuits et les services payants, voire les limites et les défaillances du système de santé, mais qu'au-delà, ils/elles n'en connaissent pas plus que les populations locales surtout dans les milieux défavorisés. D'autres professionnel.le.s de la santé affirment que les personnes migrantes ont besoin d'être mieux informées particulièrement sur les différents niveaux d'accessibilité aux soins, y compris les soins gratuits et ceux nécessitant soit une couverture médicale, soit une assistance. Cela est d'autant plus pertinent que, du point de vue des migrant.e.s, la grande majorité ne fait pas de distinction entre les niveaux hospitaliers, la gratuité ou non des services, ce qui crée quelques malentendus et frustrations.

Je devais accoucher par césarienne, alors il y avait Caritas qui suivait ma grossesse et c'est pourquoi j'ai accouché à Agadir à l'hôpital d'Inzegane. C'est Caritas qui a tout payé, mais l'hôpital c'est quand même gratuit pour nous, mais les médicaments ont été achetés par Caritas.

C., Camerounaise, 24 ans, Tiznit.

II.1.7 La langue et la communication

Intimement liées à la question de l'exclusion et de l'inclusion sociale, la langue et la communication sont des déterminants qui jouent un rôle dans l'accès à la santé des personnes migrantes et nécessitent d'être traitées en soi, distinctement. Les données recueillies témoignent des barrières linguistiques et de communication qui empêchent les personnes migrantes de communiquer avec le personnel médical, mais aussi, et parfois, de la résistance de la part des migrant.e.s, notamment ceux et celles en situation irrégulière qui évitent ou ne veulent pas communiquer avec le personnel de santé surtout quand ils/elles sont accompagné.e.s par des associations, un aspect également mis en évidence lors des entretiens avec les professionnel.le.s du secteur de la santé.

La communication, que ce soit en termes de langue ou de mauvaise compréhension de part et d'autre, pose aussi un défi à l'accès aux soins. Les professionnel.le.s de la santé interviewés dans le cadre de cette étude affirment que certaines personnes migrantes arrivent à l'hôpital avec des préjugés sur le personnel de santé, ce qui ne facilite pas la communication et la relation de confiance nécessaire au bon diagnostic et donc à un traitement approprié.

La langue constitue parfois même un obstacle qui empêche un bon diagnostic. Quand il s'agit de patient.e.s francophones et, dans une moindre mesure, anglophones,

le problème ne se pose pas ; alors que pour les personnes migrantes qui parlent exclusivement un dialecte inaccessible au personnel soignant, le besoin d'un.e interprète s'impose, ce qui retarde, parfois, la prise en charge.

II.1.8 Les connaissances en matière de santé

L'éducation à la santé, c'est-à-dire les règles guidant les gestes quotidiens qu'il faut observer pour se maintenir en bonne santé (hygiène, quand il faut consulter ; automédication et prise de médicament prescrits ; etc.), pour une part importante de personnes migrantes, impacte leur santé globale. Ils et elles ne savent souvent pas ce qui leur arrive et ont des difficultés à exprimer leurs symptômes, ce qui entraîne des problèmes de diagnostic, notamment chez les femmes et les enfants qui font souvent l'objet d'exploitation, particulièrement lors du parcours migratoire.

Le rapport à la maladie constitue également une barrière importante au recours à la prise en charge. Pour plusieurs personnes rencontrées, les symptômes de la maladie sont souvent ignorés, car les préoccupations de la vie quotidienne et le projet migratoire sont priorités. Trop souvent, la consultation intervient lorsque les symptômes deviennent insupportables et perturbent le quotidien, compliquant du coup la prise en charge de la personne.

Quand je tombe malade, je prie Dieu pour que ce ne soit pas tellement sérieux et je reste deux à trois jours à la maison. Si ça passe c'est bon, sinon je vais à la pharmacie.

A., Homme, Camerounais, 24 ans, Mohammedia.

Les connaissances en matière de santé ne sont pas uniquement liées aux savoirs intrinsèques de chacun mais dépendent également des moyens mis à leur disposition pour améliorer cette connaissance. Cela renvoie à tout un pan d'éducation sanitaire qui demeure inexistant et non dispensé, ni par les services de santé ni par les associations qui soutiennent et accompagnent les populations migrantes.

Ces divers déterminants, bien qu'ils jouent un rôle important, ne suffisent pas à expliquer le rapport des personnes migrantes à la santé. D'autres aspects sont effectivement ressortis de l'étude conduite et méritent d'être relevés, à savoir les barrières institutionnelles et administratives ainsi que les barrières économiques et financières, car elles constituent des obstacles fondamentaux à l'accès des personnes migrantes à la santé.

II.2. L'accès à la santé des personnes migrantes subsahariennes au Maroc

La revue de la littérature sur l'accès des personnes migrantes subsahariennes aux soins de la santé se heurte à plusieurs difficultés. Premièrement, l'on ne dispose pas de données systématiquement collectées sur l'état de santé des personnes migrantes ainsi que de leurs expériences avec les services de santé ; ce qui existe sont des données recueillies lors d'entretiens directs avec des personnes migrantes aux profils divers, dans des circonstances variées, qui ne répondent pas toujours aux exigences d'une collecte systématique de données. Deuxièmement, à quelques exceptions près, les données disponibles proviennent de rapports des organisations nationales et internationales qui touchent à tel ou tel aspect, mais aucune étude jusqu'au jour d'aujourd'hui n'a pu traiter la question de manière holistique et systématique.

Cependant, les données directement recueillies auprès des migrant.e.s, des professionnel.le.s de la santé et rapportées dans la section précédente ainsi que l'examen de la littérature secondaire permettent de dresser un premier bilan qui pourrait aider à identifier à la fois les pistes d'action et les lacunes en termes de savoirs en mesure d'inspirer l'action publique vis-à-vis des personnes migrantes.

II.2.1 Hétérogénéité des expériences et accès inégal aux services de santé

Les expériences des personnes migrantes subsahariennes au Maroc en rapport à la santé sont très hétérogènes et varient selon plusieurs facteurs : parcours migratoire et modalité de voyage, genre, stabilité/mobilité circulaire, statut de résidence, pays d'origine, l'état de santé au départ et à l'arrivée, etc. Les personnes migrantes ont souvent été scolarisées dans leurs pays d'origine, ont des formations variées (du niveau basique aux niveaux avancés), connaissent plus ou moins les enjeux auxquels elles font face, en changeant de pays et de statut, et se sentent dévalorisées, stigmatisées et non reconnues pour leurs diverses compétences. Si plusieurs de ces caractéristiques sont partagées parmi les migrant.e.s le statut migratoire semble déterminer dans une large mesure leur accès à la santé.

Les personnes migrantes régularisées ont un meilleur accès aux services de la santé du moment qu'elles jouissent d'une couverture médicale pleine pour celles et ceux déclarés par leurs employeurs à la sécurité sociale²³. Reste que les personnes migrantes en situation irrégulière ne bénéficient que des prestations gratuites au premier niveau des soins de santé, quand elles arrivent à consulter, que ce soit par l'intermédiaire des associations ou à titre individuel.

Même dans le cas des personnes réfugiées, pourtant protégées par leur statut et soutenues par plusieurs associations, il subsiste plusieurs difficultés et obstacles qui les handicapent : le manque d'information sur les services existants, l'incapacité de certains réfugié.e.s à prendre en charge les coûts des médicaments et des bilans complémentaires, ainsi que la difficulté d'accès aux services de deuxième et troisième niveaux du fait de l'absence de couverture médicale pour les réfugié.e.s (CNDH 2019, entretien avec une réfugiée à Rabat).

Profil 2

L., à la recherche de quiétude pour accoucher

Nous avons rencontré L. à Rabat alors qu'elle en était à son dernier trimestre de grossesse. Jeune femme camerounaise de 22 ans, elle est arrivée au Maroc en décembre 2019. Comme bien d'autres avant elle, elle a fui un mari abusif, à qui son oncle paternel l'avait mariée de force, un homme de presque quatre fois son âge, alors qu'elle n'avait que 14 ans. Elle passa deux ans à Douala à faire de la prostitution avant de prendre la route, comme bien d'autres avant elle, depuis le Cameroun vers le Nigéria. Ce passage au Nigéria fut aussi marqué par la prostitution, pendant trois ans, le seul moyen de faire un peu d'argent pour survivre, mais surtout pour poursuivre. C'est d'ailleurs là qu'elle a rencontré trois autres femmes, celles qui allaient devenir ses compagnes de route, celles qui l'ont convaincue de partir à l'aventure.

La route s'est poursuivie en direction du Niger, où elles se sont perdues à la suite d'une rafle des policiers, puis Agadez, plaque tournante de la migration africaine, où elle retrouvera deux d'entre elles à la gare routière. L. y passera un mois et trois semaines, le temps d'organiser le transport pour la traversée du désert, direction l'Algérie. À trois, elles ont réussi à faire la route un bon moment jusqu'à ce qu'elles soient contraintes de s'immobiliser pendant 4 à 5 mois à Tamanrasset, séquestrées, prisonnières des passeurs touaregs, subissant de

23. Pour l'instant, le RAMED est uniquement un système de couverture destiné aux marocain.e.s. Il est prévu qu'un système de couverture médicale à l'image du système RAMED soit mis en place pour migrant.e.s, mais ce n'est pour le moment qu'un projet.

Partie II : RÉSULTATS

multiples sévices sexuels avant de pouvoir réussir à s'enfuir et retrouver une certaine liberté. La traversée s'est poursuivie, cette fois jusqu'à Oran, le temps d'organiser le passage vers le Maroc, mais à deux cette fois, l'une d'entre elles ayant rendu l'âme avant le départ. Ici encore, peu de solutions s'offrent à la jeune femme pour poursuivre la route ; la prostitution semble une fois de plus la seule issue.

Elle aura mis un an pour arriver à cet autre franchissement, celui qui l'aura marquée encore plus que tous les autres, son arrivée au Maroc. Les seuils sont franchis la nuit, lorsque tout semble plus calme, et surtout lorsque l'obscurité permet de moins se faire voir. C'est là qu'elles se sont fait violer, c'est aussi là qu'elle est tombée enceinte. Lors de notre rencontre, L. n'avait toujours pas eu de suivi de grossesse. Elle n'était jamais allée à l'hôpital. Dès janvier, elle avait compris qu'elle était enceinte. Elle n'en était pas à sa première grossesse. Peu de temps après son mariage elle était tombée enceinte de jumelles, puis quelques années après, elle mit au monde un troisième enfant. Les femmes du foyer où elle habite ont essayé de la diriger vers une association locale, mais elle a été réorientée vers l'hôpital, car cette association n'offre pas les services de suivi de grossesse. Elle n'a pas non plus été en mesure de trouver l'argent nécessaire pour faire les examens de contrôle ou encore une échographie.

Il faut aussi dire que la situation de confinement a aggravé la situation. Sans possibilité de « taper la salam »* pour payer le loyer de 250 MAD par mois dans un foyer, avec 17 autres personnes, aussi bien des hommes que des femmes, et pour essayer de trouver quelque chose à manger, elle n'a pas d'autre choix que de s'offrir à des hommes, pour au plus 30 MAD à chaque fois, il en va de sa survie et de celle du bébé.

Elle appréhendait beaucoup le moment de l'accouchement. À quelques mois de son terme, elle ne savait pas encore où elle accoucherait. Elle se disait que si elle se rendait à l'hôpital au moment venu, qu'on n'allait tout de même pas la laisser dans cette situation, qu'ils n'allaient pas refuser de prendre soin d'elle... L. accouchera à Tan Tan, deux mois plus tard, pour donner naissance par césarienne à sa petite Marie, dans un lieu un peu plus calme que le foyer surpeuplé de Rabat, où elle était soutenue par des connaissances. Orpheline depuis l'âge de 5 ans, elle finira par nous confier que lorsqu'elle sera un peu tranquille, elle ira chercher ses enfants, deux filles et un garçon restés au pays, mais maintenant elle ne peut pas encore... Lorsqu'ils seront auprès d'elle, alors enfin, elle sera en paix.

* mendier

L'ensemble des migrant.e.s ayant pris part à la présente étude dans les cinq villes ne conçoivent leur état de santé qu'en rapport à leurs conditions de vie dans leur globalité. Elles rapportent des expériences mitigées avec les services de santé au Maroc dont certaines dimensions relèvent de problèmes structurels

Tout d'abord, certain.e.s jouissent d'une facilité relative d'accès aux soins strictement primaires, mais souvent conditionnée par une intermédiation associative. Cependant, dans ce cas de figure, les frais de médicaments ou d'analyses additionnelles ne sont souvent pas pris en charge. Au niveau des hôpitaux régionaux et des centres hospitaliers universitaires (CHU), la situation se complique davantage pour les personnes migrantes les plus démunies, notamment les sans-papiers, mais aussi pour celles qui n'ont pas les moyens de s'offrir des soins spécialisés.

Si quelqu'un tombe gravement malade, on l'envoie vers Caritas qui l'oriente et l'accompagne vers un centre de santé avec un document de laisser-passer, ce qui l'aide à bénéficier des services de radiologie ou même d'opérations.

B., Homme, Camerounais, 27 ans, Mohammedia.

Par ailleurs, à l'exception des cas graves ou de suivis de grossesse à risque, la majorité des personnes migrantes préfèrent éviter de fréquenter un centre de santé, par peur de comportements discriminatoires, d'une éventuelle arrestation ou d'un déplacement forcé vers une autre ville. Le retour d'expérience des personnes migrantes indique que leur méconnaissance du système de soins marocain contribue à accentuer les stéréotypes envers les professionnels de soins.

C'est difficile pour moi d'aller à l'hôpital parce que j'ai la crainte, surtout que j'ai vu des choses horribles. J'ai été témoin de l'expérience d'un frère qui était malade. On l'a transporté à l'hôpital à Tanger et il y est décédé. Je n'ai jamais revu son corps, même si on a demandé. Depuis ça, j'ai toujours la crainte de tomber malade au Maroc, de peur de mourir dans ses hôpitaux.

A., Homme, Ivoirien, 25 ans, Tanger.

Dans un récent numéro de la revue Actualité et dossier en santé publique portant sur la santé des personnes migrantes, Vignier *et al.* (2020) ont d'ailleurs rappelé la « vulnérabilité accrue » des migrant.e.s aux troubles de santé mentale, particulièrement quelques années après leur installation. En outre, les personnes migrantes vivant ou ayant vécu soit dans des camps de fortune, notamment à Casablanca, Tanger et Oujda (camps aujourd'hui démantelés), ou à Tiznit où un camp abritant entre 200 et 250 personnes existe encore à ce jour, soit dans les rues, tandis que d'autres partagent des appartements dans des quartiers populaires,

Partie II : RÉSULTATS

souvent surchargés, ce qui les expose à des degrés différents à des risques de santé durables. La seule alternative à la fréquentation des établissements de soins est le recours à la médecine traditionnelle pour atténuer les symptômes²⁴.

Quand je suis malade, je compose mes médicaments moi-même à partir des herbes disponibles au Maroc.

J., Homme, Camerounais, 22 ans, Rabat.

Une enquête réalisée par Médecins du monde (2017) dans trois pays y compris le Maroc a révélé que seuls 39 % des personnes migrantes interrogées déclarent ne pas rencontrer d'obstacles d'accès aux soins tandis que 23,5 % n'ont pas essayé de consulter un service de santé. Ce sont donc 51 % des répondant.e.s (si on exclut ceux n'ayant pas répondu à la question) qui ont déclaré avoir rencontré un obstacle dans l'accès aux soins. La typologie des obstacles explorés par ladite enquête en identifie sept types mais les plus fréquemment cités par les migrants sont les suivants : obstacle financier (18 %), manque de compréhension du système (19 %) et la discrimination (16 %) ; les obstacles administratifs et culturels représentent quant à eux successivement 14 % et 13 %.

II.2.2 Les barrières institutionnelles et administratives

Il s'agira dans cette section de relever les obstacles et les barrières d'accès des migrants aux soins de santé tels qu'ils ont été recensés dans la littérature, les entretiens avec les personnes migrantes, les professionnel.le.s de la santé, mais aussi les éléments de diagnostic évoqués par les représentant.e.s des associations présentes à l'atelier tenu le 8 septembre 2020. À l'intérieur de la catégorie des obstacles institutionnels, on dénote également des obstacles liés à la politique migratoire, plus particulièrement en ce qui a trait au statut migratoire.

Le Maroc a théoriquement un système de santé universaliste, c'est-à-dire qu'en principe n'importe qui, peu importe son statut et y compris les personnes migrantes, peut accéder à l'ensemble des services de santé, notamment au niveau des centres de santé de base, et ce, avant d'être référé aux autres niveaux (l'hôpital provincial ou régional, le CHU, etc.). Il y a quelques années déjà, l'idée d'un plan ambitieux a émergé afin de mettre en place un système d'accès à la santé dédié aux personnes

24. Le recours à la médecine traditionnelle n'est pas propre aux personnes migrantes subsahariennes et n'est certainement pas uniquement le fait de la culture ou de l'origine ethnique. En effet, au Maroc, la médecine traditionnelle côtoie la médecine moderne. Cette coexistence est bien ancrée dans la société marocaine et a largement été étudiée par les chercheur.e.s en sciences sociales (Claisse-Dauchy 2000, Radi 2014).

migrantes avec la possibilité d'une assurance adaptée à leurs besoins, mais ce plan n'a toujours pas été mis en œuvre par le gouvernement marocain. Dans le même sens, un plan dédié à la santé des personnes migrantes a été élaboré par le ministère de la Santé en collaboration avec l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), sans pour autant n'avoir jamais été lancé.

Les diverses associations œuvrant sur le terrain auprès des personnes migrantes ont relevé plusieurs obstacles et insuffisances liées à l'organisation des systèmes de santé.

Certains sont structurels et concernent l'ensemble du système de soins. Il s'agit notamment de l'insuffisance du personnel de santé (par exemple à Tanger, une sage-femme peut avoir sur la liste jusqu'à 200 femmes par jour ce qui dépasse de loin la capacité d'accueil de ces centres), le manque de moyens et de matériel que les patient.e.s, y compris les migrant.e.s, doivent eux et elles-mêmes acheter par leurs propres moyens ou bien avec l'assistance d'associations d'aide aux personnes migrantes.

D'autres sont liés au fait que les autorités sanitaires ne connaissent pas ou ne sont pas suffisamment informées sur les droits à la santé des personnes migrantes. Ceci rend particulièrement difficile l'accès aux soins et le respect des droits des personnes migrantes consultant seules, sans l'intermédiaire d'une association agissant en qualité de facilitateur ou de médiateur pour faciliter la procédure d'accès aux services. En effet un grand nombre de personnes migrantes, du fait de leur situation administrative irrégulière, ne dispose pas des documents prouvant leur adresse ou leur résidence ; documents demandés par les centres de santé pour accéder à leurs services. Même pour les migrant.e.s qui ont les moyens de louer ou de sous-louer une chambre partagée dans un appartement ou un foyer, ils et elles se voient refuser, par les bailleurs, les justificatifs pour obtenir une attestation de résidence (PNPM 2017). Cette situation est aggravée par la mobilité circulaire qui amène les personnes migrantes à se déplacer régulièrement sans pouvoir s'établir ni prouver leur lieu de vie.

Au niveau des CHU, les refus d'admission et d'accès aux services de consultation sont ainsi encore fréquents, en particulier du fait de l'exigence de documents d'identité (passeport, carte d'identité ou titre de séjour) que beaucoup de personnes migrantes ne peuvent pas présenter. D'autre part, nous l'avons souligné, les migrant.e.s font souvent l'objet de comportements discriminatoires, à savoir des commentaires dégradants sur leurs manières de parler ou de s'habiller mais aussi sur leur hygiène, au niveau de la gestion de l'accueil ou plus rarement de la part du personnel soignant (PNPM 2017).

Partie II : RÉSULTATS

On a beaucoup de problèmes avec les hôpitaux, parce qu'on n'a pas de papiers. Pour faire mes visites à Inzagane, il a fallu l'intervention de Caritas. [À l'hôpital] ils m'ont demandé la carte d'identité et puis mon passeport. Je leur ai dit que je n'en ai pas. Ils m'ont refusé et puis j'ai fait appel à Caritas.

C., Femme, Camerounaise, 24 ans, Tiznit.

Devant ces obstacles difficiles à contourner, le rôle joué par les associations actives dans le domaine de l'appui aux migrant.e.s s'avère primordial, même si cette aide n'est pas accessible à l'ensemble des personnes migrantes. L'intermédiation et l'accompagnement du personnel des ONG facilite énormément l'accès aux structures et aux soins, dans la mesure où l'essentiel des informations que les centres de santé demandent aux migrant.e.s sont souvent consignées dans une fiche tenue par l'agent.e communautaire accompagnant la personne migrante. Cela réduit le sentiment de peur et d'angoisse qui caractérise souvent ces moments de fréquentation des services sanitaires. En outre, l'agent.e communautaire fait souvent un suivi pour faciliter l'octroi de médicaments et d'autres types d'aide ; même si cela reste partiel et ne couvre pas toujours la totalité des médicaments prescrits.

Si tu pars seul, tu peux avoir des problèmes à l'hôpital [...] Le problème d'y aller seul, c'est qu'on ne peut pas bien s'exprimer, d'autres ne peuvent pas parler français, donc à l'aide de quelqu'un, ça facilite.

H., Homme, Guinéen, 26 ans, Tiznit

Profil 3

I., l'intermédiaire

Nous avons rencontré I. dans les périphéries d'Agadir. D'origine malienne, marié et père de deux enfants nés au Maroc, I. est installé au Maroc depuis un bon moment déjà, après avoir fait comme plusieurs autres la traversée du Sahara, en bus, dans un véhicule ou en marchant, et non sans avoir perdu plusieurs compagnons de route, décédés durant le voyage. Dans une situation un peu plus confortable que ceux et celles qui viennent d'arriver, I. coordonne les affaires de la communauté, il « gère les problèmes » du quotidien. Il est au cœur de l'action, c'est lui qu'on appelle lorsque l'on a besoin de conseils, lorsqu'on a besoin du « grand frère ». Bloqué bien malgré lui, sans pour le moment être en mesure de partir, il en est venu à agir comme une sorte d'intermédiaire entre les

personnes migrantes formant sa communauté et les Autres, ceux et celles qui y sont extérieurs. Parmi les problèmes qu'il « gère », ceux et celles qui ont des soucis de santé. Au tout début de notre rencontre, il a tenu à aborder le décès d'un de ses frères, malade, qui décéda deux jours après avoir été emmené à l'hôpital. Après quatre jours, le corps était toujours à la morgue, I. ne sachant pas trop quoi faire pour que la dépouille puisse être emmenée en terre.

Plus souvent qu'autrement, il se sent bien au dépourvu avec toutes ces situations qu'il doit prendre en main et tenter de régler au mieux avec les moyens dont il dispose. Tout cela le trouble et il ne sait pas vers qui se tourner. À plusieurs reprises il a insisté sur le fait qu'il n'avait pas beaucoup de soutien et que les associations d'aide aux migrants se faisaient rares dans la région. Le confinement obligatoire en est aussi venu à compliquer la situation, déjà précaire, pour la plupart des membres de la communauté. Manque de nourriture, baisse souvent drastique de petits revenus, l'isolement a aussi pesé, il fait penser beaucoup. Les gens ici, nous a-t-il dit, « sont stressés dans la tête ». I. nous a confié que l'un des frères a fini par « perdre la raison ». I. a été appelé par ses colocataires pour tenter de le raisonner, mais encore là, il se trouva pris au dépourvu, ne sachant pas comment lui porter assistance, ni à qui s'adresser ; il recommanda alors de le garder isolé des autres.

L'une des femmes camerounaises de la communauté est aussi tombée gravement malade. Personne ne savait vraiment ce qu'elle avait. Son état de santé général s'étant rapidement détérioré, I. a pris sur lui de la conduire jusqu'à un hôpital d'Agadir où elle a été hospitalisée. Le diagnostic : tuberculose. I. nous a confié qu'elle « commençait à perdre la tête », non pas sans s'inquiéter du sort de ces deux jeunes filles, laissée entre les mains d'I. et des membres de la communauté.

Quelque temps après, la femme décéda, en laissant ses deux filles aux soins de la communauté. I. a bien essayé de trouver une solution pour que les petites puissent rentrer au Cameroun auprès de la famille de leur mère. Mais les choses ne sont pas si simples à organiser, nous confia-t-il. Il a en effet contacté plusieurs associations des villes du Nord pour voir comment un rapatriement pouvait être rendu possible, mais les filles de cette femme, à qui elle a donné naissance au Maroc, n'ont aucun papier d'identité. Impossible, donc, de les retourner vers la famille sans pouvoir s'assurer de la filiation. Plusieurs démarches ont été entreprises par I. et ses acolytes pour rendre la chose possible, mais sans succès jusqu'à ce jour. Les filles sont prises en charge par la communauté, des femmes surtout, jusqu'à ce qu'une solution plausible puisse être trouvée. Trop souvent, il se sent dans l'impasse, il se sent « étouffé » face à ces problèmes insolubles.

Partie II : RÉSULTATS

Par ailleurs, les services existants, y compris ceux dédiés au suivi des victimes de divers types de violences, dont les violences sexuelles, en plus de ne pas être toujours accessibles, ne répondent pas aux besoins des personnes migrantes (Van den Aemele et al. 2013).

Si plusieurs personnes migrantes ont déclaré lors des entretiens qu'elles ne souhaitent pas consulter les structures de santé en place lorsqu'il s'agit de maladies légères, notamment par peur d'être arrêtées ou déplacé, il n'empêche qu'elles souhaitent consulter pour le cas de maladies graves ; plusieurs décès à la suite de maladies non traitées ont été déclarés par les migrant.e.s lors des entretiens à Rabat, mais surtout à Agadir.

Je me suis blessé et j'avais peur d'aller à l'hôpital. Je me suis traité seul et c'est les remèdes qui m'ont soigné jusqu'à ce que la blessure soit guérie.

A. Homme, Camerounais, 24 ans, Mohammedia.

Dans ce même registre, les personnes migrantes interviewées, ainsi que les différents rapports consultés, signalent d'autres problèmes sérieux en ce qui a trait au manque de suivi des femmes enceintes. Les traumatismes psychologiques, notamment chez les enfants ne sont pas pris en charge. Le manque de suivi est un aspect affectant la qualité des soins qui a été relevé par plusieurs personnes rencontrées dans les cadres d'une ou l'autre des études conduites.

J'ai eu mon statut de réfugié, je me suis présentée plusieurs fois dans les hôpitaux, mais à chaque fois on me demande de faire des scanners, des radios et des bilans. J'ai tout fait et jusqu'à présent, ça ne va pas. Lorsque je croise le docteur, il me dit : « va faire des analyses [...] » ; c'est une façon de refuser les Black. Depuis 2019 que je suis dans cet état. Imagine, je ne sais pas quel est l'état de ma santé.

M., Femme, Malienne, 22 ans, Rabat.

Le sous-effectif du personnel médical est souvent une caractéristique majeure des centres de santé fréquentés par les personnes migrantes. Il en résulte un long temps d'attente et une faible qualité de prestation de soins, particulièrement en raison du temps très limité alloué à chaque patient.e. On relève également l'insuffisance de médicaments, souvent en raison de rupture de stock disponible dans les centres hospitaliers, que ce soit pour les locaux ou pour les personnes migrantes.

Profil 4

M., réfugiée résidant à Rabat ; à la recherche d'un meilleur avenir

Nous avons rencontré M. dans un café à Rabat avec deux migrants que nous connaissions et que nous avons interviewés dans le cadre de la présente étude. M. est une jeune malienne âgée de 26 ans, se définissant comme appartenant à la communauté LGBTI. Au Mali, elle a perdu ses deux parents depuis des années déjà, ayant fait l'objet de plusieurs attaques y compris des photos d'elles postées par des tiers sur les réseaux sociaux, elle a décidé de quitter le pays. Traumatisée par le décès de ses deux parents, dans des circonstances qu'elle n'a pas précisées, elle est partie du Mali, en passant par le Sénégal et la Mauritanie avant d'arriver au Maroc. Au Sénégal, elle a travaillé comme femme de ménage, ce qui lui a permis de faire des économies pour poursuivre le voyage vers le Maroc. Une fois en Mauritanie, elle a vécu plusieurs semaines dans un ghetto, ensuite elle a fait recours à des passeurs qu'elle a payés pour arriver au Maroc. Plusieurs semaines plus tard, elle est arrivée à Casablanca en compagnie d'autres migrant.e.s avec l'intention de demander l'asile. Elle s'installe finalement à Rabat dans une chambre partagée avec plusieurs migrants de différentes nationalités au moyen de 200 DH par mois. À la suite de ce parcours qui a duré deux années, elle se présente au HCR à Rabat pour présenter une demande d'asile au mois de Février 2019 et elle a acquis le statut de réfugiée au mois de novembre de la même année. Ce statut lui permet d'obtenir une aide mensuelle de 800 DH qui lui permet de payer le loyer et d'autres petites charges.

Bien que son statut de réfugiée lui a facilité la vie, elle souffre toujours de problèmes de santé et affirme ne pas recevoir les soins de santé auxquels elle a droit, en raison d'un cancer du foie soupçonné dont le diagnostic n'a pas encore été fait. M. affirme avoir souffert de longues durées d'attente pour se faire soigner. Elle utilise ce temps mort au Maroc, en attendant que sa nouvelle demande de réfugiée dans un pays européen aboutisse.

« On ne comprend pas pourquoi ils tardent à nous voir et nous dire au moins de quelle maladie on souffre, si par exemple j'ai le Sida et ils mettent du retard pour me le découvrir ça, je vais le transmettre à tous ceux que je fréquente et les contaminer, surtout que nous les blacks on partage plusieurs choses en commun », nous a-t-elle confiés.

Elle ajoute qu'en attendant une nouvelle perspective en Europe, elle continue à lutter pour ses droits d'accès à la santé et à une vie meilleure au Maroc.

Partie II : RÉSULTATS

« J'ai eu mon statut de réfugiée, je me suis présentée plusieurs fois dans les hôpitaux, mais à chaque fois on me demande de faire des scanners et des radios et des bilans, et j'ai tout fait et jusqu'à présent ça ne va pas, je croise le docteur, il me dit va faire les analyses (...), c'est une façon de refuser les black. Depuis 2019 je suis dans cet état, imaginez que je ne sais toujours pas quel est l'état de ma santé », conclut M. sur un ton de désespoir mais aussi, nous affirme-t-elle, d'espoir pour un meilleur avenir, projet pour lequel elle ne ménage aucun effort.

Les médecins interviewés affirment quant à eux que les obstacles aux soins de santé sont d'abord et avant tout d'ordre administratif.

À défaut d'une couverture médicale, une carte distribuée aux personnes migrantes pourrait permettre d'assurer des soins, au moins au niveau des prestations assurées par le RAMED, à savoir les consultations spécialisées et l'hospitalisation.

Par ailleurs les professionnel.le.s de la santé sont tenus de procéder à une facturation, ce qui est une condition *sine qua non* pour l'admission régulière et fluide dans l'ensemble du circuit médical. La facturation au niveau de l'administration se fait à la suite de la présentation de documents de couverture médicale ou de règlement direct des frais. Plus que cela, la facturation constitue une garantie de prise en charge légale pour les médecins. Si un médecin admet un ou une patiente sans prise en charge et s'il devait arriver un malheur ou une complication, c'est ce dernier ou cette dernière qui devrait en assumer la responsabilité.

Les professionnel.le.s de la santé s'accordent ainsi sur le défi de la mise en œuvre concrète du droit à la santé pour tous et toutes sur lequel ils et elles n'ont que très peu de contrôle direct, puisque cela relève, selon eux et elles, essentiellement d'autres niveaux d'intervention, à savoir en premier lieu, du niveau politique. En ce sens, s'agissant des personnes migrantes, la question qui se pose est de savoir comment les autorités gouvernementales comptent assurer une prise en charge particulière pour les migrant.e.s qui sont, plus souvent qu'autrement, en transit au Maroc ou bien pour ceux et celles qui seraient tenté.e.s de rester s'ils et elles étaient régularisé.e.s. En l'absence d'une couverture médicale qui permettrait à la fois de préserver leur dignité et de faciliter la tâche du personnel médical, les personnes migrantes dépendent souvent de la charité et du bon vouloir du personnel soignant, qui parfois se mobilise, faute de solution institutionnelle ou associative, pour recueillir des fonds parmi le personnel médical ou auprès des associations pour assurer la prise en charge d'un cas particulier.

II.2.3 Les barrières économiques et financières

Une enquête réalisée auprès des personnes migrantes par l'association Médecins du Monde (2017-2018) au Niger, en Tunisie et au Maroc sur l'accès aux soins a révélé que les obstacles financiers sont parmi les plus fréquemment cités par les migrant.e.s, conjugués au manque de compréhension du système et à la discrimination. Ils représentent plus de la moitié des obstacles à la santé rapportés par les personnes migrantes.

Le dernier rapport de la PNPM (2017) montre que la majorité des centres de santé fréquentés par la population migrante manque de médicaments pour le nombre des patient.e.s qu'ils accueillent. En effet, leur dotation est calculée selon la population du quartier sans prendre en considération les résident.e.s migrant.e.s, notamment si ces derniers ne détiennent pas une carte de séjour puisque dans ce cas ils ne sont pas enregistrés comme habitant le quartier. Il en résulte un fort taux d'ordonnance qui demeure à la charge des patient.e.s.

Quand tu n'as pas de boulot et que tu n'es pas régularisé, ça pose problème au niveau de l'hospitalisation et de l'achat des médicaments.

A., Homme, Camerounais, 24 ans, Tanger.

La situation est similaire dans les CHU, où les soins sont plus onéreux du fait de la nature des prestations, une situation se traduisant par des abus de pouvoir et une précarisation des patients. La PNPM rapporte ainsi que plusieurs CHU refusent de fournir l'avis de naissance afin de recouvrer les factures d'accouchement, ce qui empêche les parents de procéder aux démarches d'enregistrement des naissances dans les délais et nuit gravement aux droits de l'enfant mais également à sa prise en charge sanitaire (la vaccination étant par exemple conditionnée par la présentation de l'avis de naissance).

Par ailleurs, du fait de leurs ressources limitées, les personnes migrantes priorisent généralement les dépenses de nourriture et de logement, au détriment de leurs besoins de santé. Même dans les cas de maladies sérieuses, au regard des obstacles précités et de la longue durée d'attente dans les structures de santé, les personnes migrantes préfèrent souvent abandonner le circuit des soins pour s'occuper de leur quotidien et de leur projet migratoire, toujours inachevé. Cela entraîne, à la longue, un état de santé détérioré impliquant plusieurs types de maladies, physiques, mentales, sexuelles, respiratoires, etc.

Le problème se pose aux différents niveaux du système de santé pour ceux et celles qui ne disposent d'aucune couverture, qu'ils soient Marocain.e.s ou étranger.ère.s.

Partie II : RÉSULTATS

Les personnes migrantes bénéficient de la gratuité des services au sein des centres de santé de premier niveau consultés, dans la mesure de ce qui est disponible. Les difficultés commencent surtout à émerger au deuxième niveau et au-delà.

Les médecins interviewés dans le cadre de la présente étude évoquent qu'ils admettent souvent les personnes migrantes au deuxième niveau en consultation spécialisée même lorsqu'elles ne sont pas accompagnées par des associations qui règlent les frais à leur place et lorsqu'elles n'ont pas la possibilité de couvrir les frais eux/elles-mêmes. Cependant, cela ne règle pas tout, car en l'absence d'une facturation, c'est comme si la personne n'était jamais passée par l'hôpital et ne saurait, par conséquent, être admise dans les services post-consultation, à savoir les prestations techniques qui peuvent déboucher sur une radiologie, une échographie ou autre. Dans ce cas de figure, c'est toujours le « système D » qui opère, selon les propos recueillis auprès d'un médecin dermatologue au Centre hospitalier régional de Rabat, à savoir demander une faveur au radiologue qui était disponible le jour de leur passage à l'hôpital. Cependant, ce genre de procédé dépend du bon vouloir du médecin, donnant ainsi une influence majeure aux relations interpersonnelles entre personnel soignant et personnes migrantes dont on a vu la difficulté.

Cela est d'autant plus vrai pour les hospitalisations auxquelles les personnes migrantes ne peuvent en aucun cas accéder sans les papiers nécessaires, au risque d'engager la responsabilité de l'hôpital qui n'admet que les patient.e.s disposant d'un papier, d'une couverture médicale ou à même de payer les charges. L'exception étant les urgences auxquelles les personnes migrantes, au même titre que les autres, sont prises en charge automatiquement par le moyen d'un document signé par le ou la médecin responsable.

Devant l'offre maigre de soins disponibles, l'obstacle économique se traduit également par des difficultés d'accès des enfants à l'ensemble de la série des vaccins de 0 à 5 ans. Au regard de leur mobilité circulaire, le suivi des vaccins n'est souvent pas assuré. Les besoins nutritionnels des enfants en bas âge ne sont souvent pas satisfaits en raison du manque de moyens et des conditions de vie précaires.

L'analyse de situation des enfants au Maroc réalisée en 2019 par l'UNICEF, l'ONDE et l'ONDH dans sa section consacrée aux enfants migrants confirme les éléments de diagnostic précités quant aux freins d'accès aux services de santé. Cependant, des bonnes pratiques ont été repérées et qui mériteraient d'être mieux analysées et généralisées, notamment au niveau de la santé reproductive et de la pédiatrie qui semblent, selon ledit rapport, être les plus accessibles aux enfants des migrant.e.s et à leurs mères, mais aussi aux enfants séparés et non accompagnés. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'une partie de ces soins sont délivrés dans des structures de premier niveau, plus accessibles financièrement. En 2018, le programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement a suivi 745 femmes migrantes (253

dans la région de Rabat-Salé-Kénitra, 100 à Tanger-Tétouan-Al Hoceima, 153 dans l'Oriental, 222 à Fès-Meknès et 17 à Sous Massa). De même 751 enfants migrants ont été vaccinés dans les régions de l'Oriental, Fès-Meknès, Tanger-Tétouan-Al-Hoceima, Rabat-Salé-Kénitra et Souss Massa (UNICEF, ONDE, ONDH, 2019).

Enfin, notons que du point de vue des personnes œuvrant dans le secteur de la santé interviewées, il ressort que les migrants disposant d'une couverture médicale, à savoir les personnes migrantes régularisées et déclarées par leurs employeurs ou ayant contracté elles-mêmes des mutuelles de santé (les étudiants, etc.) ont accès à tous les services disponibles dans l'ensemble des structures, sur le même pied d'égalité que la population locale.

II.2.4 L'assistance apportée aux personnes migrantes

Cette section se concentre sur le rôle joué à la fois par la société civile et par les personnes œuvrant dans le secteur sanitaire pour l'accès à la santé des personnes migrantes. Les données recueillies par le biais du questionnaire soumis aux associations marocaines ont permis de mieux comprendre les défis auxquels elles ont à faire face lorsqu'il s'agit de porter assistance aux personnes migrantes, particulièrement en matière de santé. Parmi les quinze associations sondées œuvrant au niveau national ou encore dans les villes de Al-Hoceima, Beni-Mellal, Casablanca, Fès, Figuig, Laayoune, Marrakech, Meknès, Nador, Oujda, Rabat, Settat, Tanger, Tata et Tétouan²⁵, seules deux d'entre elles n'offrent pas de services touchant à la santé des personnes migrantes.

Les entretiens conduits avec les professionnel.le.s de la santé, quant à eux, mettent l'accent sur les services offerts, les opportunités, mais aussi les limites à la fois à l'accès et aux prestations. Plus souvent qu'autrement, la capacité du personnel de santé à répondre aux besoins des personnes migrantes dépassent leur simple volonté et est le fait de toute une série de facteurs.

II.2.4.1. Les services offerts en matière de santé pour les personnes migrantes

Concernant les services offerts, on note dans les réponses du questionnaire aux associations une prépondérance des interventions des associations répondantes en matière de prise en charge des frais associés à la consultation et au traitement (prise

25. Le questionnaire ayant été largement diffusé, plusieurs des associations y ayant répondu œuvrent non seulement au sein des villes identifiées au préalable, mais parfois au sein d'autres villes de même qu'au niveau national. Nous avons traité l'ensemble des données de manière à enrichir la réflexion.

Partie II : RÉSULTATS

en charge des frais de consultation, prise en charge des examens, prise en charge des soins, prise en charge des ordonnances). En effet, dix associations sur quinze ont indiqué offrir l'un ou l'autre de ces services complété par un accompagnement individuel dans les structures de santé.

Les services offerts à des groupes spécifiques, tels que l'aide aux femmes migrantes victimes de violence et l'aide aux personnes migrantes mineures victimes de violence, occupent également une place importante dans l'offre de service des associations œuvrant auprès des personnes migrantes. Les enjeux associés à la santé mentale des personnes migrantes sont ainsi une préoccupation importante pour ces associations puisque neuf associations sur quinze offrent soit une cellule d'écoute, soit un soutien psychologique. Dans une mesure également importante, l'achat de matériel médical est également au cœur des opérations de huit associations sur quinze. En revanche, les activités de sensibilisation et d'information ne sont menées que par un nombre limité d'organisations puisque seulement deux associations sur quinze s'y consacrent.

Des entretiens conduits avec les professionnel.le.s de santé, il ressort qu'au niveau des centres de santé de proximité (premier niveau), les services offerts concernent des examens de base pour tout type de pathologie en vue de réaliser le diagnostic. On y fournit aussi des soins de base en cas de blessure, on y prescrit des médicaments et les personnes migrantes consultées peuvent ultérieurement bénéficier de suivi s'il le faut. Toutefois, si la pathologie relève d'une spécialité quelconque, elles sont référées vers un centre hospitalier local ou, à défaut, dans un centre hospitalier de la même région. En outre, s'il s'agit d'une intervention chirurgicale, les médecins du premier niveau rédigent une lettre pour une intervention au deuxième niveau. La fréquence des visites des personnes migrantes à ce niveau est souvent épisodique ; lorsqu'elles consultent ces structures, elles sont souvent accompagnées par des associations. Nos interlocuteurs et interlocutrices à ce niveau affirment que l'accès est gratuit et libre, qu'on n'exige pas de papiers particuliers, ni d'informations spécifiques en dehors de ce qui est nécessaire au diagnostic (âge, pays d'origine, etc.), ce qui n'est pas conforme aux retours faits par les personnes migrantes ou certaines associations comme mentionné plus haut.

On ne peut pas leur offrir plus que ce que l'on offre à notre population et donc on donne beaucoup moins que ce que l'on devrait. [...] et en fait, ce qui est généralement disponible c'est le niveau de prestations assuré par le RAMED.

Médecin, Temara.

S'agissant des prescriptions de médicaments, ils affirment également doter les personnes migrantes de médicaments disponibles dans les limites des moyens mis à leur disposition par les programmes de la Santé publique. En cas de rupture de stock, les médecins, aussi bien que ceux et celles œuvrant au deuxième niveau, affirment puiser dans les échantillons qui leur sont fournis par les délégués médicaux pour que les personnes migrantes puissent au moins commencer le traitement.

Les services du deuxième niveau, quant à eux, sont de deux types. Premièrement, des centres hospitaliers de premier niveau (juste après les centres de santé de base); on y fournit trois types de prestations : urgence en accès libre, consultations sur rendez-vous, et l'hospitalisation, que ce soit celle provenant des consultations ou bien celle qui émane des urgences comme les fractures, les accouchements, etc. Deuxièmement, il s'agit des hôpitaux régionaux qui offrent des services spécialisés, à savoir les consultations prénatales et gynécologiques, suivi des grossesses à risque, accouchement, dermatologie, pédiatrie, chirurgie de tout type et urgences, etc.

Il faut noter que, dans les centres hospitaliers et les centres hospitaliers régionaux, les migrant.e.s ont également accès aux soins de base gratuits qui sont normalement délivrés dans les centres de santé de premier niveau pour ceux et celles qui habitent près du centre régional. Ils et elles ont également accès aux soins disponibles au niveau du centre : des consultations de médecine générale, de pédiatrie, de vaccination, l'accès aux soins relevant des programmes nationaux comme les vaccinations, le programme de lutte contre le paludisme et la tuberculose, etc. Ces services sont gratuits pour tous. Cependant, des problèmes se posent au niveau des spécialités, des examens et des bilans techniques (bilan sanguin et radiologie), des chirurgies de tout type, etc.

Les administrateurs de la santé interviewés, quant à eux, affirment que l'accès des personnes migrantes est gratuit pour certains types de soins, de même que dans certains centres de santé, notamment ceux du premier niveau, sauf lorsque ces soins sont interrompus en raison de la situation instable des migrant.e.s. Cependant, la gratuité n'est pas garantie aux niveaux supérieurs de soins. À Agadir, par exemple, la délégation de la santé en tant que service déconcentré met en œuvre des programmes selon les moyens mis à disposition par le ministère ; les personnes migrantes bénéficient de ces programmes même s'il n'existe pas encore de programmes leur étant exclusivement destinés.

En outre, les centres de santé de base réfèrent les migrant.e.s dans les hôpitaux provinciaux et régionaux qui souffrent déjà d'une surcharge de la demande, ce qui se répercute sur la qualité de l'accueil et des prestations, à l'exception des services d'accouchement qui offrent des services égaux et de même niveau de qualité à l'ensemble des femmes, qu'elles soient locales ou migrantes. Souvent, le renvoi des femmes migrantes enceintes vers des hôpitaux de troisième ou de quatrième niveau

Partie II : RÉSULTATS

plutôt que leur prise en charge dans des maisons d'accouchement aux niveaux inférieurs exacerbe la tension au sein de ces hôpitaux submergés par d'autres types de demandes.

II.2.4.2 Les bénéficiaires des services offerts par les associations

En ce qui a trait aux bénéficiaires des services offerts par les associations portant assistance aux personnes migrantes, on constate que plusieurs d'entre-elles interviennent auprès de groupes spécifiques. En effet, les services dédiés aux femmes sont au cœur des activités de onze associations sur les quinze qui ont été sondées. Les enfants sont aussi ciblés par les actions de ces associations, puisque six d'entre elles affirment avoir des activités les concernant directement tout comme dix associations sur quinze ont développé des services spécifiques pour les migrant.e.s mineur.e.s isolé.e.s, qui sont un groupe visé par les associations, puisque les touchant directement. Considérant que les hommes adultes constituent une part importante, voire majoritaire, de la population migrante au Maroc, l'on pourrait être tenté de penser que l'offre de service ne répond pas toujours aux besoins des personnes migrantes, notamment en ce qui concerne le ciblage des bénéficiaires.

II.2.4.3 Les limites des interventions en matière de santé

Parmi les limites des actions des associations de la société civile marocaine œuvrant auprès des populations migrantes, l'on peut noter la portée de leurs interventions. En effet, seulement quatre associations sur les quinze consultées par l'intermédiaire de ce questionnaire ont affirmé délivrer des services à plus de 200 personnes migrantes par année. Cette limite dans la portée des interventions et actions des associations de la société civile peut s'expliquer notamment par certains éléments qui freinent la mise en œuvre de celles-ci. Le questionnaire a permis de constater que les défis qui se posent sont, en premier lieu, associés au manque de ressources financières et humaines. En second lieu, viennent les aspects d'ordre administratif et logistique. Des défis d'ordre législatif et juridique, voire politique, sont également présents.

Les résultats du questionnaire ont également montré que la qualité des prestations de service est affectée par plusieurs aspects (ressources financière et humaines, surtout) qu'il serait néanmoins possible de surmonter, notamment si les associations étaient en mesure de mieux répondre aux besoins et attentes des personnes migrantes en offrant une gamme de services s'y arrimant plus explicitement. Parmi les services que ces associations souhaiteraient pouvoir offrir dans le futur, notons une prise en charge plus complète et intégrale des frais associés à la consultation et au traitement, comme les frais de consultation, d'examen, de soins, de médicaments

ou encore en offrant des services directement associés à la santé mentale, comme des cellules d'écoute et des consultations psychologiques. Plusieurs ont également noté que des services pour des groupes visés comme les femmes ou les enfants seraient nécessaires, notamment des centres d'accueil ou des logements d'urgence. La communication, l'éducation et la sensibilisation sur le système de santé marocain et sur les services de santé offerts aux personnes migrantes sont des aspects que les associations souhaiteraient voir être renforcés. Enfin, la très forte majorité d'entre elles estiment qu'il serait important d'offrir au personnel de la santé des formations les sensibilisant aux besoins des personnes migrantes. Considérant que les associations offrent déjà plusieurs de ces services, l'objectif serait donc de leur point de vue d'élargir ces derniers afin de toucher un nombre plus important de bénéficiaires.

Les médecins interviewés évoquent, pour leur part, plusieurs contraintes autres qu'économiques impactant l'accès à la santé, notamment la surcharge des structures dans lesquelles ils et elles travaillent et l'insuffisance des plateaux techniques assurant les soins. Même quand ceux et celles-ci font de la discrimination positive en faveur des personnes migrantes, cela dépend toujours du bon vouloir du médecin et ne constitue pas, par conséquent, une garantie institutionnelle. En ce qui concerne les personnes réfugiées, c'est le Haut-Commissariat aux réfugiés (HCR) qui prend en charge ce type de consultations, d'hospitalisations, mais aussi certains traitements lourds. Cela dit, certaines personnes réfugiées que nous avons interviewées se plaignent de la lenteur à obtenir des rendez-vous pour des examens radiologiques ou de leur incapacité à se procurer la totalité des médicaments prescrits, puisqu'ils ne sont pas toujours totalement pris en charge par les programmes existants.

Un dernier point concernant les maladies cancéreuses mérite d'être évoqué. Selon les entretiens qui ont été conduits avec les professionnel.le.s de la santé, les personnes migrantes, indépendamment de leur statut administratif, bénéficient des services offerts par l'Institut National d'Oncologie. Cela étant dit, selon l'expérience d'une assistante sociale à Agadir, le nombre de migrant.e.s qui ont recours à ces structures serait néanmoins très limité.

II.2.5 Les effets de la crise sanitaire du Covid-19

La crise sanitaire due à la pandémie du Covid-19 est venue compliquer les conditions de vie déjà très précaires d'un nombre très important de personnes migrantes subsahariennes installées au Maroc et également les fragiliser, physiquement, psychologiquement, socialement et économiquement. Alors que leurs conditions de vie étaient déjà précaires, la période de crise sanitaire est venue accentuer des problèmes déjà existants, vulnérabilisant à l'extrême certaines personnes déjà

Partie II : RÉSULTATS

fragiles. Plusieurs organisations ont déjà affirmé que les effets de cette crise se feront sentir longtemps après la pandémie.

Une grande fatigue... je suis fatigué, fatigué, fatigué. [...] Ce confinement là, ça fatigue [...] 3 mois, 4 mois, tu ne peux que [rester] à la maison seulement. [...] Le bailleur qui vient pour demander l'argent, nous on lui a dit non parce qu'avec ce confinement il n'y a pas de travail, il n'y a rien.

M., Homme, Malien, 20 ans, Rabat.

Le 20 mars 2020, le Maroc imposait un confinement généralisé et obligatoire, limitant la circulation au minimum et réduisant pour les personnes migrantes les possibilités de survie. L'une des premières conséquences pour les migrant.e.s a été de les priver d'une source de revenu, déjà très maigre. Lors du sondage réalisé, l'on a pu constater que le revenu moyen s'élevait à 340 MAD pour la dernière semaine de confinement pour l'ensemble des répondant.e.s et de 236 MAD pour celles et ceux qui étaient en situation irrégulière.

La perte d'infimes ressources de revenus pour les personnes migrantes subsahariennes a eu des conséquences importantes, voire catastrophiques, sur leurs conditions de vie. Plusieurs d'entre elles nous ont confié ne pas avoir été en mesure de payer leur loyer pendant plusieurs mois. D'autres encore, près de la moitié des répondant.e.s au questionnaire, se sont fait évincer de leur logement, se retrouvant ainsi à la rue.

Graphique 6 :

Pourcentage de répondant.e.s ayant été évincé.e.s de leur logement



Les résultats du questionnaire indiquent clairement que la grande majorité des personnes interrogées n'ont pas été en mesure de subvenir à leurs besoins alimentaires durant la période de confinement. Seulement 17,5 % des répondant.e.s estiment avoir ainsi eu la possibilité de combler leurs besoins alimentaires.

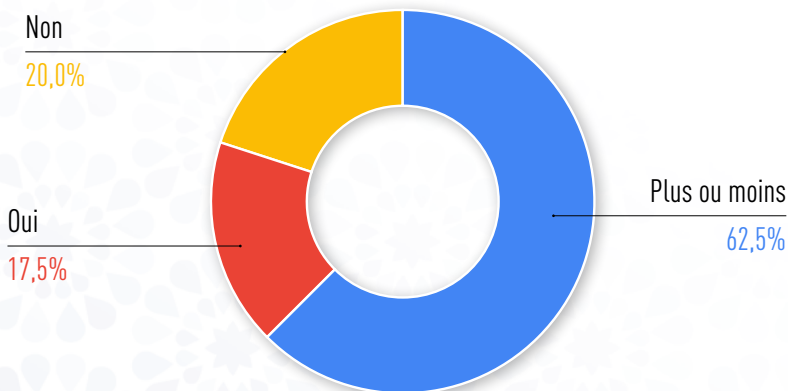
L'accès à la nourriture²⁶ s'est ainsi avéré être un enjeu de taille, voire insurmontable pour un nombre important de personnes migrantes. S'il est vrai que plusieurs associations de la société civile marocaine et/ou internationale ont mené des opérations de distribution de denrées alimentaires et de bons d'achat, plusieurs personnes rencontrées ont mentionné n'avoir reçu aucune aide pour se nourrir.

Pour manger je n'ai pas eu d'aide, d'aucune association, de personne. C'est moi-même, je me débrouillais par moi-même. C'est moi-même qui demandais l'aumône.

B., Homme, Ivoirien, 43 ans, Salé.

Graphique 7 :

Pourcentage des répondant.e.s au questionnaire ayant été en mesure de satisfaire leurs besoins alimentaires



Cela faisait longtemps que je n'avais pas connu la faim, durant la période de confinement je l'ai vécue et pendant plusieurs jours sans avoir rien à manger.

H., Homme, Ivoirien, 25 ans, Tiznit.

Il est évident que la crise pandémique a accentué la précarité des migrants et révélé davantage leur faible accès à la santé, mais il importe de noter, comme le démontrent nos résultats, que le problème est plus structurel que conjoncturel et qu'il nécessite un traitement systémique et non seulement un réglage de circonstance.

26. Il s'agit d'un des DSS examinés dans le cadre de l'étude.

PARTIE III

ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS



PARTIE III :

ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS

III.1. Principaux enseignements de l'étude

La présentation des résultats de l'étude sur les déterminants socioculturels d'accès à la santé pour les personnes migrantes au Maroc a mis en relief plusieurs éléments jouant sur le droit à la santé, parmi lesquels : l'hétérogénéité des expériences et des profils qui conditionne l'accès à la santé ; un accès inégal aux divers services de santé, notamment aux deux niveaux supérieurs ; des barrières institutionnelles et administratives auxquelles se heurtent les personnes migrantes, particulièrement en raison de leur statut migratoires ; des barrières socioculturelles relevant aussi bien du personnel de la santé que des personnes migrantes ; des barrières économiques auxquelles font face les migrant.e.s en raison des faibles revenus ou moyens dont ils/elles disposent.

III.1.1. Conclusions à partir de l'analyse des résultats

La triangulation des données des trois groupes cibles montre un portrait assez nuancé des conditions d'accès à la santé des migrant.e.s. Les propos recueillis auprès du personnel professionnel œuvrant dans diverses structures de santé sur le territoire marocain et occupant différentes fonctions apporte un éclairage complémentaire qui permet d'expliquer, voire de déconstruire, certaines perceptions qu'ont les personnes migrantes et même dans certains cas, les acteurs et actrices des organisations de la société civile. Il ressort que plusieurs éléments en viennent à affecter la qualité des prestations, plus particulièrement l'harmonisation et le manque de ressources (comme les médicaments) des diverses structures de santé. De même, les diverses structures du système de santé marocain ne sont pas à même d'offrir des services de base. Enfin, on relève, à partir des entretiens conduits, que les personnes migrant.e.s, en tardant (pour diverses raisons) à consulter lors de l'apparition de problèmes de santé, autolimitent parfois leur accès aux services de santé qui leur sont offerts. Difficile, dans ce contexte, de garantir un véritable droit à la santé.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude et l'analyse des divers rapports des associations et organisations intervenant en matière de santé des personnes

migrantes nous poussent à penser que l'approche du droit à la santé demeure effectivement la plus à même de nous permettre de penser le problème de manière holistique et de s'attaquer à plusieurs déterminants en même temps.

Les quatre aspects relevés sont, plus souvent qu'autrement, traités ou considérés de manière séparée dans les interventions et actions mises en œuvre. Il nous est apparu important de les conjuguer dans ce rapport afin de comprendre toute la complexité de l'accès à la santé pour les personnes migrantes.

Il importe aussi d'insister sur le fait que le droit à la santé est conditionné par d'autres droits dont celui au travail, pour donner les meilleures chances d'une vie saine et intégrée à la société. La santé est par définition multifactorielle et multidimensionnelle, elle implique des conditions de vie et de travail qui débordent le domaine médical et celui de la santé. Le droit à la santé ne peut être défendu isolément des autres droits (Moulin 2014:25). La santé, nous le disions, doit être pensée de manière holistique et il nous semble important de rappeler que l'offre de services pour les personnes migrantes doit aussi considérer l'amélioration de leurs conditions de vie. En effet, sans amélioration des conditions de vie, qui passe souvent par une régularisation du statut migratoire, les personnes migrantes au Maroc continueront de poser des risques en termes de santé publique²⁷.

III.1.2. Des pistes de solutions à explorer

Les associations ont proposé des solutions concrètes pour être en mesure d'offrir de meilleurs services aux personnes migrantes, pistes de solutions que nous avons d'ailleurs prises en considération dans la section suivante sur l'élaboration de recommandations destinées notamment aux acteurs et actrices de la société civile marocaine et des organisations internationales. Parmi les solutions mises en avant, la possibilité d'établir des partenariats avec les délégations de la santé au niveau régional est un aspect qui semble central, puisque douze associations sur les quinze consultées l'ont relevée. La coordination des services de santé destinés aux personnes migrantes, que ce soit au niveau local ou régional, semble cruciale pour une majorité d'associations, soit douze sur quinze, car cela pourrait, entre autres, permettre une harmonisation des pratiques et des services offerts. Ce point a aussi été mis en avant dans les deux ateliers que nous avons réalisés avec les associations. Le manque de coordination est effectivement un enjeu important pouvant miner la qualité des prestations offertes et plusieurs associations insistent sur l'importance

27. La surveillance des populations est un aspect central de la gestion de la santé publique. En régularisant le statut des personnes pour le moment difficilement identifiable, il sera alors possible d'instaurer des mécanismes de surveillance de cette population.

PARTIE III : ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS

d'une coordination avec les assistant.e.s sociaux/socials des hôpitaux, soit onze associations sur quinze.

Nous l'avons dit, les principaux défis auxquels font face les associations de la société civile marocaine sont d'ordre financier. Le questionnaire indique le besoin de financements récurrents, sur le long terme et la possibilité de projets réalisés en partenariat avec des ONG internationales comme solution pérenne pour financer leurs activités auprès des personnes migrantes. Finalement, un bon nombre des associations consultées ont considéré que des campagnes de sensibilisation, destinées à la fois aux personnes migrantes et au grand public, sont nécessaires.

Les professionnel.le.s de la santé interviewé.e.s ont également formulé des suggestions et recommandations pour garantir un accès aux soins de santé. Au regard des obstacles institutionnels et administratifs relatifs à l'absence de couverture médicale pour les personnes migrantes et qui constituent la solution la plus adéquate à un accès équitable aux soins de santé, les professionnel.le.s consulté.e.s préconisent des solutions à court et à moyen terme, à savoir la collaboration étroite avec les associations de la société civile pour organiser des activités de consultation auprès des personnes migrantes ; comme ce fut le cas dans plusieurs villes lors d'initiatives réussies impliquant des médecins généralistes et spécialistes. Ce type d'initiatives, conditionnées par la mise à disposition de personnel médical par le ministère de la Santé, se tient généralement dans des locaux associatifs, ce qui facilite énormément la tâche et permet de dépasser les obstacles administratifs. Des caravanes médicales, ou unités mobiles, pourraient également être organisées et mises en œuvre en partenariat avec les associations, que ce soit dans les locaux de ces dernières ou bien dans des locaux réservés à cet effet par les autorités locales de différentes villes accueillant massivement les personnes migrantes, priorisant les plus vulnérables.

Le personnel de santé souligne, tout comme les associations, l'importance des campagnes de sensibilisation et de formation, aussi bien pour les personnes migrantes que pour le personnel soignant, en termes d'inter-culturalité et de communication, plus particulièrement. Le personnel d'accueil devrait être ciblé en priorité puisque ces personnes sont le premier point de contact des migrant.e.s avec les structures de santé. L'intégration des modules sur les maladies tropicales dans le cadre de la formation continue du personnel soignant (médecins et infirmiers) s'avère désormais plus que nécessaire pour améliorer la qualité des soins offerts aux personnes migrantes, en accélérant le diagnostic et, ce faisant, la prise en charge.

L'appui psychologique aux personnes migrantes est l'un des déficits les plus sérieux identifiés, aussi bien par le personnel soignant que par les associations et les personnes migrantes ayant pris part à la présente étude. Il est urgent d'identifier des pistes d'action sérieuses à cet égard, que ce soit par les autorités publiques ou par les organisations de la société civile.

Enfin, plusieurs personnes migrantes intégrées socialement et professionnellement au Maroc pourraient être mobilisées par les organisations de la société civile pour apporter leur aide en termes de sensibilisation, de communication, d'accompagnement et d'interprétariat en faveur des personnes migrantes vulnérables en contact avec les structures de santé.

III.1.3 Discussion de thèmes à prolonger

Il pourrait être intéressant de partir des résultats de cette étude sur les barrières à l'accès à la santé pour les personnes migrantes pour les comparer avec les barrières rencontrées par les personnes les plus vulnérables au sein de la société marocaine. Cela permettrait, entre autres, de dégager ce qui est spécifique aux personnes migrantes et ce qui serait de l'ordre du systémique, permettant ainsi de cibler de manière encore plus précise et effective les interventions.

De même, les données recueillies ne permettent pas de mesurer les disparités territoriales, c'est-à-dire les différences dans l'offre et la prestation de soins d'une ville à l'autre. En effet, les témoignages recueillis auprès des migrants.e.s n'adressent pas ce point, notamment parce que leurs propos demeurent à un niveau plus général de leur expérience dans le système de santé marocain et, par ailleurs, parce que leur mobilité circulaire fait en sorte qu'ils et elles ne s'établissent que rarement de façon permanente dans une ville. . Il s'agit là d'un point qui mériterait d'être plus amplement examiné.

III.2. Recommandations

Pour assurer un accès effectif à la santé, il importe de considérer les enjeux auxquels font face les personnes migrantes de manière systémique afin qu'un véritable droit à la santé soit rendu possible. Pour ce faire, nous proposons des recommandations qui s'articulent autour de quatre principes centraux du droit à la santé, soit : la disponibilité des ressources, l'accessibilité des ressources, des prestations de qualité et le respect de l'altérité. Des recommandations complémentaires formulées par les équipes opérationnelles de Handicap International et Oxfam sont proposées pour enrichir la réflexion.

III.2.1. Renforcement de l'inclusion socioculturelle

L'un des aspects centraux qui ressort de cette étude est l'importance de l'expérience migratoire et des conditions de vie des migrant.e.s, tous deux en partie déterminés par le statut qui, nous l'avons vu, est source d'importantes disparités et inégalités en matière de santé. Considérant que les modalités et les processus bureaucratiques ont largement contribué à restreindre la régularisation de statut de plusieurs personnes migrantes subsahariennes :

<i>R1- Il est recommandé aux autorités marocaines de faire l'évaluation et la révision des pratiques entourant les campagnes de régularisation.</i>	
Cible	Secteur public, y compris les instances d'analyse des politiques publiques comme le CESE.

Le respect de la différence est fondamental dans la mise en œuvre du droit à la santé. L'enquête ethnographique conduite et les activités de consultation ont montré que l'exclusion sociale constitue l'un des déterminants majeurs jouant sur les conditions d'accès à la santé des personnes migrantes subsahariennes. Considérant l'importance d'une cohésion sociale harmonieuse :

<i>R2- Il est recommandé de développer et d'offrir des espaces favorisant les rencontres interculturelles entre la population marocaine et les populations migrantes.</i>	
Cible	Secteur public / Grand public / Personnes migrantes

Ces espaces pourraient être développés par les villes, en collaboration avec les associations locales et les organisations internationales et permettre une rencontre entre ces deux populations qui ne se côtoient que trop peu. En plus du travail mené exclusivement à l'adresse des populations migrantes par les associations existantes, des espaces interculturels pourraient contribuer à leur bien-être, à travers la création de marchés communautaires, pouvant favoriser des circuits parallèles de consommation saine, à des prix subventionnés.

Recommandations opérationnelles (R 3, 4, 5)

Promouvoir la santé de manière transversale à travers des activités de vivre-ensemble et de cohésion sociale.

Mobiliser les associations des étudiant.e.s en santé pour contribuer à la diffusion d'informations des personnes migrantes et à l'organisation d'actions préventives et/ou de prise en charge.

Mobiliser les ambassades et postes consulaires des pays d'origine dans la définition des réponses.

Cible

Secteur public (personnel de la santé), ONG

Une fois dans les espaces de santé, la discrimination et le racisme, notamment de la part du personnel d'accueil, constituent des freins au droit à la santé. Pour pouvoir lutter efficacement contre ces phénomènes et agir sur les représentations dominantes et les préjugés raciaux, la sensibilisation et la formation sont nécessaires pour favoriser le développement de « compétences culturelles » (Kleinman et Benson 2006, Munoz 2007) et d'habiletés relationnelles essentielles à une relation thérapeutique respectueuse. Afin de combler cette lacune parmi les professionnels de la santé :

R6- Il est recommandé d'axer l'offre de formation du personnel soignant aux approches interculturelles et antiracistes et l'étendre aux régions les plus excentrées.

Cible

Secteur public (personnel de la santé), ONG

Les barrières à l'inclusion sont en même temps culturelles et normatives. Plusieurs des migrant.e.s rencontré.e.s lors de l'enquête de terrain ont manifesté de la méfiance ou de la peur envers les institutions marocaines, fait également relaté par

PARTIE III : ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS

les professionnel.le.s de la santé. Cette méfiance s'appuie sur leurs expériences personnelles, souvent douloureuses, de même que sur leur situation administrative précaire, particulièrement pour celles et ceux en situation irrégulière. Afin de leur donner confiance envers les institutions publiques marocaines :

<i>R7- Il est recommandé d'offrir des formations au personnel de la santé sur les droits des personnes migrantes.</i>	
Cible	Secteur public (personnel de la santé), associations de la société civile marocaine et organisations internationales

Recommandations opérationnelles (R8, 9,10)	
Former et accompagner les personnels de santé sur le repérage et la prise en charge de la détresse psychologique, y compris la mise en place de cellules d'écoute au niveau des services de santé primaire.	
Sensibiliser les personnels de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sur l'inter-culturalité, le parcours migratoire et son impact en matière de santé, de même que l'approche des droits dans le domaine de la santé.	
Former les personnels de santé aux enjeux de protection (prévention des abus, référencement des personnes en situation de danger ou risque de danger) et ajuster en conséquence les modalités d'accueil et de soins pour les groupes spécifiques (ex. : mineurs non accompagnés) afin de prévenir les risques d'abus.	
Cible	Secteur public, ONG

Les associations de la société civile marocaine, de même que les organisations internationales, sont particulièrement bien outillées pour offrir de telles formations. Elles ont en effet l'expertise et l'expérience auprès des populations migrantes pour agir en tant que médiateurs.

L'inclusion des migrant.e.s passe également par l'intelligibilité du système complexe de santé auquel ils/elles ont à faire. Si les personnes rencontrées dans le cadre des entretiens semblent plutôt au fait de leurs droits en matière de santé, il n'en demeure pas moins qu'il leur est difficile de maîtriser le fonctionnement du système de santé marocain (tout comme les nationaux marocain.e.s par ailleurs).

R11- Il est recommandé d'affiner la sensibilisation des populations migrantes sur le fonctionnement du système de santé marocain, dans une perspective de prévention primaire et secondaire.

Cible	Personnes migrantes subsahariennes
-------	------------------------------------

Recommandations opérationnelles (R12)

En coordination avec les établissements de soins, promouvoir la création et l'animation de réseaux de relais santé pouvant informer et accompagner les migrants tout au long du parcours de soin en s'appuyant sur les ressources communautaires et associatives.

Cible	ONG
-------	-----

La sensibilisation est une approche privilégiée par un nombre important d'ONG internationales et d'associations de la société civile marocaine. Si les résultats des diverses campagnes se sont avérés probants jusqu'à maintenant, il faudrait néanmoins que ces campagnes puissent être mieux arrimées à la fois aux profils des personnes migrantes (statut migratoire, migrations circulaires, etc.) et à leurs besoins. Des efforts devraient être faits pour développer des outils pratiques, facilement utilisables par les migrant.e.s.

Recommandations opérationnelles (R13)

Améliorer l'accessibilité des supports d'information et d'éducation à la santé en intégrant la dimension interculturelle et linguistique, pour mieux tenir compte de la cible migrante.

Cible	Secteur public (personnel de la santé), ONG
-------	---

Afin de faciliter l'accès aux services de santé, et particulièrement aux niveaux supérieurs du système de santé, il importe de mettre en place des stratégies permettant une circulation plus fluide entre les divers niveaux.

PARTIE III : ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS

R14-Il est recommandé que les directions régionales nomment un médecin répondant auquel les associations puissent se référer pour porter assistance aux personnes migrantes, notamment pour l'obtention de la fiche de liaison leur permettant d'avoir accès aux services de santé des deuxième et troisième niveaux.

Cible	Secteur public
-------	----------------

Recommandations opérationnelles (R15-16)

Mettre en place des groupes de travail « santé et migration » pluri-acteurs (directions de la santé, région, OSC, associations communautaires) afin de définir et mettre en œuvre des réponses d'accès à la santé adaptées et coordonnées.

Faciliter la reconnaissance par le système de santé des médiateurs de santé et de leur rôle pour l'accès des personnes migrantes aux soins et organiser la collaboration entre les médiateurs et les personnels des établissements de soins.

Cible	Secteur public, ONG
-------	---------------------

Au cours des prochaines années, les **Plan Stratégique National Santé et Immigration (PSNSI) 2017-2021** et les **Plans Stratégiques Régionaux Santé et Immigration (PSRSI) 2018-2022** devront être renouvelés. Ce serait l'occasion d'adresser les enjeux de la disparité dans l'offre de soins pour les personnes migrantes en demandant aux directions régionales de nommer un médecin répondant qui puisse agir comme agent de liaison auprès des associations locales dans le but de faciliter l'accès aux diverses structures du système de santé (CHP et CHU).

Recommandations opérationnelles (R17)

Augmenter la dotation en ressources humaines et matérielles, en médicaments et vaccins, pour les centres de santé primaire situés dans les quartiers à forte concentration de populations migrantes.

Cible	Secteur public
-------	----------------

III.2.2. Solidarité et filets sociaux

À la fois la revue de la littérature et les entretiens conduits avec les personnes migrantes et les professionnel.le.s de la santé ont montré que l'accès aux structures de santé se fait généralement à un stade avancé, qui fait en sorte que la personne migrante ne peut être prise en charge par les centres de santé du niveau primaire. Considérant que les personnes migrantes utilisent les services de santé à un stade avancé :

R18- Il est recommandé d'étendre la couverture des soins de santé pour les personnes migrantes, en prenant en compte la diversité des statuts migratoires, en situation régulière et irrégulière, et l'intégrer dans le cadre de la réforme de la protection sociale et de l'assurance maladie.

Cible	Secteur public et société civile
-------	----------------------------------

Cette couverture médicale étendue pourrait se faire soit par une généralisation du Régime d'Assistance Médicale (RAMED)²⁸, soit par la mise en œuvre d'un régime spécifique aux personnes migrantes dans le but de faciliter l'accès à l'ensemble des services médicaux, comme les bilans, les examens complémentaires et l'hospitalisation. Étant donné le besoin de monter un plaidoyer dans cette direction, il importe de développer une argumentation en faveur d'une société plurielle, solidaire entre elle et avec ses populations migrantes.

Recommandations opérationnelles (R19-20)

Évaluer le coût de la non-prise en charge des personnes migrantes vulnérables afin d'alimenter la réflexion sur la stratégie d'accès aux soins.

Réfléchir à la faisabilité de mécanismes de financement de la santé endogènes aux communautés migrantes (ex : tontine santé, mutuelle à base communautaire) pour les personnes migrantes installées.

Cible	Secteur public et ONG
-------	-----------------------

Précisons que la prise en charge optimale de la maladie dépend bien souvent de la prise de médicaments. Or, il s'avère que les frais des médicaments sont bien souvent

28. La réforme de la sécurité sociale actuellement en cours prévoit une Assurance maladie obligatoire (AMO) pour les personnes les plus démunies. Il serait important d'inclure dans cette couverture les personnes migrantes, peu importe leur statut migratoire.

PARTIE III : ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS

trop coûteux pour que les personnes migrantes puissent en défrayer les coûts. Afin d'assurer le traitement efficace de la maladie et considérant d'une part le fait que les frais associés aux médicaments constituent un frein à la santé des migrant.e.s, d'autre part la probabilité faible de parvenir à une couverture sociale organisée dans le court terme :

<i>R21- Il est recommandé de favoriser l'accès aux médicaments en créant un programme permettant de subventionner la prise en charge des médicaments par les associations.</i>	
Cible	Secteur public et associations de la société civile marocaines

Recommandations opérationnelles (R22-23)	
Promouvoir la prescription de molécules génériques pour les populations vulnérables à travers l'utilisation de la dénomination commune internationale (DCI).	
Faciliter l'accréditation par le ministère de la Santé d'OSC/ONG pour un approvisionnement encadré en médicaments et fongibles au coût hôpital afin de maximiser l'efficacité des fonds et d'axer les prescriptions sur les médicaments disponibles dans les centres de santé de base.	
Cible	Secteur public

III.2.3 Justice territoriale et qualité de suivi

Les nombreux rapports examinés et les résultats de la collecte de données font état d'importantes disparités territoriales et géographiques dans l'offre des ressources de santé disponible pour les personnes migrantes. Considérant ces disparités territoriales et géographiques :

<i>R24- Il est recommandé aux autorités marocaines de mettre à jour la carte sanitaire, en consultation avec les associations locales œuvrant dans le domaine de la santé, et plus précisément de la santé pour les personnes migrantes.</i>	
Cible	Secteur public et société civile marocaine

Au Maroc, la Loi 34-09 (Schéma régional de l'offre de soins) définit la carte sanitaire du Maroc en termes de répartition des ressources pour assurer une prestation de santé optimale en s'appuyant à la fois sur l'offre, les besoins et la demande. Une mise à jour de cette carte permettrait ainsi d'adresser certains des déséquilibres relevés entre les différentes régions du pays et à l'intérieur même des régions.

R25- Il est recommandé d'assurer une coordination de l'offre de services de santé pour les personnes migrantes au niveau des directions régionales.

Cible

Secteur public

Les activités des consultations et la revue des rapports de nombreuses associations et les entretiens avec le personnel de la santé ont mis au jour le manque de coordination, ou d'harmonisation de l'offre de services de santé pour les personnes migrantes. Si les ressources sont en principe disponibles au niveau primaire pour les personnes migrantes, elles n'en demeurent pas moins inégales et peu coordonnées. Il est suggéré que les directions régionales, de concert avec les associations au niveau local, assurent une coordination des services offerts, entre autres pour assurer une disponibilité des ressources, notamment en fonction des territoires. Cela pourrait, par exemple, déboucher sur le développement de conventions avec des laboratoires pour les examens et bilans, et avec les pharmacies pour faciliter l'accès aux médicaments.

Recommandations opérationnelles (R26-27-28)

Renforcer la coordination entre les organisations de la société civile afin d'assurer une réponse efficace et efficiente dans une perspective transrégionale.

Formaliser les mécanismes de référencement et de contre-référencement à l'échelle territoriale entre les OSC et les établissements de soins de santé primaire.

Augmenter le nombre de médecins mis à disposition par le ministère de la Santé auprès des OSC proposant ou développant des prestations de santé pour les personnes migrantes.

Cible

Secteur public, ONG

PARTIE III : ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS

Vu l'incapacité des structures existantes dans les lieux excentrés de combler les déficits, l'accès à la santé doit être pensé également en termes de mise à disposition des services de soins. Cela concerne autant les personnes migrantes que marocaines vulnérables vivant dans des zones éloignées et insuffisamment desservies par les services de soins.

R29- Il est recommandé de mettre en place des unités de soins mobiles et promouvoir dans le cadre de la coordination entre le ministère de la Santé et les OSC, l'organisation de caravanes médicales inclusives

Cible	Secteur public et ONG
-------	-----------------------

Ces unités de soins mobiles pourraient être mises en place par les Directions régionales qui en assureraient la coordination. L'implantation pourrait également se faire en collaboration ou en partenariat avec les associations locales, notamment pour celles qui ne sont pas à même de répondre parfaitement à l'ensemble des besoins des personnes migrantes. En effet, les données du questionnaire montrent que les associations ne sont pas, pour le moment, à même d'offrir certains services pourtant très en demande, souvent faute de moyens financiers ou logistiques, ou encore de ressources humaines. Agissant en partenariat avec les directions régionales, les associations déjà présentes sur le terrain pourraient ainsi bonifier leur offre de service auprès de leurs clientèles migrantes. La Fondation Cheikh Zaïd est déjà très active dans le développement de telles unités et elle pourrait agir à titre de partenaire financier dans l'implantation de ces unités de soins mobiles destinées aux personnes migrantes. Cela permettrait non seulement d'améliorer l'offre de soins, mais aussi de faciliter l'accès.

Les prestations de qualité sont souvent un aspect négligé du droit à la santé. La qualité des soins se mesure par toute une série d'indicateurs qui permettent de conclure à la réussite du traitement. Pour cela, l'ensemble des éléments au cœur de la rencontre thérapeutique doit être considéré. Nous avons ici relevé un élément qui devrait faire l'objet d'une attention particulière : le suivi médical rendu difficile notamment par les fréquents déplacements liés à la migration circulaire. À cela s'ajoutent les nombreux déplacements forcés qui ne font que compliquer la situation. Le suivi est pourtant essentiel dans la prise en charge des patients. Considérant l'importance du suivi médical :

R30- Il est recommandé d'assurer un suivi médical en mettant en place un système de fiche de suivi au niveau des directions régionales et/ou des cellules d'accompagnement des personnes migrantes au sein des hôpitaux (Assistance sociale, psychologique, etc.)

Cible	Secteur public et personnes migrantes subsahariennes
-------	--

La fiche de suivi serait ainsi un bon moyen, pour les personnes migrant.e.s, de pouvoir avoir accès plus facilement à des soins post-consultation, et ce, peu importe leur lieu de résidence, car comme il a été relevé, le choix du lieu de résidence ne dépend pas uniquement de la simple volonté des migrant.e.s.

D'un point de vue administratif, il importe que les personnes migrantes aient droit à davantage de garanties et droits qui normalisent leur identification, la prise en compte de leurs différents cycles de vie et l'évolution de leur bien-être.

Recommandations opérationnelles (R31-32-33-34-35)

Proposer un carnet de santé à toute personne migrante qui permettra un suivi dans le cadre de la mobilité circulaire.	
Créer un dispositif de sauvegarde des bilans et informations de santé sécurisé qui puissent être téléchargé d'une zone à une autre.	
Appuyer la mise en place concertée de document de domiciliation pour faciliter l'accès aux centres de santé de base.	
Assurer la délivrance systématique des avis de naissance par la sage-femme au moment de l'accouchement quel que soit le statut et les ressources des parents afin de protéger le droit d'accès à la santé de l'enfant.	
Capitaliser sur les bonnes pratiques des organisations de la société civile migrante.	
Cible	Secteur public, ONG

Les recommandations présentées nous semblent être à même de pouvoir contribuer au développement du droit à la santé pour les personnes migrantes, dans les mesures où elles sont formulées de manière à adresser les quatre principales composantes de ce droit fondamental.

BIBLIOGRAPHIE



BIBLIOGRAPHIE

Références citées

- Atlani-Duault, L. et L. Vidal, 2009, ***Anthropologie de l'aide humanitaire et du développement : des pratiques aux savoirs, des savoirs aux pratiques***. Paris : Armand Colin.
- Bernoussi et Ben Kerroum, 2017, "Maroc", numéro thématique : Migrations internationales et justice constitutionnelle, Annuaire international de justice constitutionnelle, 32-2016, pp. 421-440.
- Claisse-Dauchy, R., 2000, ***Médecine traditionnelle du Maghreb : rituels d'envoûtement et de guérison au Maroc***. Paris : L'Harmattan.
- Conseil National des droits de l'Homme (CNDH), 2019, ***Atelier régional de réflexion – Recommandations – Droits à la santé et accès aux soins des ressortissant-e-s étranger-ère-s dans la région de Rabat Salé Kénitra***. Rabat : Conseil National des droits de l'Homme.
- De Bel-Air, F., 2016, ***Migration Profile: Morocco. Policy Brief***. Florence: European University Institute.
- ***FAO (2001) Human energy requirements, Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation***. <http://www.fao.org/3/y5686e/y5686e00.htm>
- Knoll, A. and C. Teevan, 2020, ***Protecting migrants and refugees in North Africa: Challenges and opportunities for Reform***, Discussion Paper no 281.
- Organisation Internationale pour les migrations (OIM), 2017, ***Rapport de l'étude sur les besoins psychosociaux des migrants et des professionnels de santé***, Genève : Organisation Internationale pour les migrations (OIM).
- OIM et UNHCR, 2020, "COVID-19 and mixed population movements: emerging dynamics, risks and opportunities." Discussion paper. OIM / UNHCR.
- Kleinman, A. et P. Benson, 2006, "Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It", ***PLoS Medicine / Public Library of Science***, 3(10): 1673-1676.
- Khrouz, N., 2019, "Maroc : une politique d'immigration pour un 'pays de transit'?" dans D. Perrin et S. Mazella, dir., ***Frontières, sociétés et droit en mouvement. Dynamiques et politiques migratoires de l'Europe au Sahel***. Bruylant.

- Lahlou, M., 2005, "Les migrations irrégulières entre le Maghreb et l'Union européenne : évolutions récentes", Florence : CARIM - Institut universitaire européen.
- Loulichki, M., 2020, "L'humanitaire, maillon faible de la gestion de la Covid-19 en Afrique", Policy Brief. Policy Center for the New South.
- Médecins du Monde, 2018, ***Migration et santé : Déterminants sociaux et santé des migrants – Enquête quanti-qualitative faite au Niger, en Tunisie, au Maroc***, Médecins du Monde.
- Moulin, A.-M., 2014, ***Une approche médicosociale pour les femmes migrantes au Maroc Rapport de Capitalisation sur le volet médicosocial du projet « Tamkine-Migrants »***.
- Munoz, J. P., 2007, "Culturally Responsive Caring in Occupational Therapy", ***Occupational Therapy International***, 14(4): 256-280.
- Plateforme Nationale Protection Migrants, 2017, États des lieux de l'accès aux services pour les personnes migrantes au Maroc : bilan, perspectives et recommandations de la protection civile, Plateforme Nationale Protection Migrants.
- Royaume du Maroc, ***Plan Stratégique National Santé et Immigration (PSNSI) 2017-2021***. Ville : Royaume du Maroc.
- Royaume du Maroc, ***Plans Stratégiques Régionaux Santé et Immigration (PSRSI) 2018-2022***. Ville : Royaume du Maroc.
- UNHCR, 2020, ***UNHCR Morocco's Response to the COVID-19 Situation***. New York : Haut-Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés (UNHCR).
- Van Den Ameele, S., I. Keygnaert, A. Rachidi, K. Roelens, M. Temmerman, 2013, ***The role of the healthcare sector in the prevention of sexual violence against sub-Saharan transmigrants in Morocco: a study of knowledge, attitudes and practices of healthcareworkers***, De Pinelaan: BMC Health Services Research.
- Vidal, L. 2010, ***Faire de l'anthropologie. Santé, science et développement***. Paris : La Découverte.
- Vignier, N., A. Tortelli, P. Sauvegrain, S. Abgrall, M. Jeauffret-Roustide, M. Cognet, A. Desgrées du Loû et M. Melchior, 2020, dans V. Halley des Fontaines et D. Kerouedan, dir., 2020. ***Santé des migrants***, numéro spécial de la Revue ASDP, no 111, juin, pp. 21-23.
- United Nations Human Settlements Programme (2004), Urban Indicators Guidelines Monitoring the Habitat Agenda and the Millennium Development Goals. <https://unhabitat.org/sites/default/files/download-manager-files/Urban%20Indicators.pdf>

Documents consultés

- Boughnisa, A., 2018, ***L'accès aux soins des migrants subsahariens au Maroc : une analyse de situation dans le cadre de la mise en œuvre du PSRSI de Casablanca-Settat***, Rennes : École des Hautes Études en Santé Publique.
- Cediey, E., I. Jacob, R. Legba, 2012, ***Etude sur les problématiques d'accès à la santé et aux soins des personnes immigrées***, Rhône-Alpes : Programme régional d'intégration des populations immigrées des Rhône-Alpes.
- Comisión Española de Ayuda al refugiado, ***Guide des Ressources – Organisations pour l'aide aux migrants et réfugiés au Maroc et en Espagne***.
- Dahchour, A., K. Marouazi, A. El Hannouchi, Y. Ghouirgate, I. Azouagh, J. Balghzal, L. El Fahssi, 2020, ***La situation des droits et libertés au Maroc pour l'année 2019 – Rapport exécutif***, Rabat : Le Médiateur pour la démocratie et les droits de l'Homme.
- GADEM, 2009, ***Rapport relatif à l'application pour le Maroc de la convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et les membres de leur famille***, Rabat : Groupe Antiraciste de défense et d'accompagnement des étrangers et migrants (GADEM).
- Halley des Fontaines, V. et D. Kerouedan, dir., 2020. Santé des migrants, numéro spécial de la Revue ASDP, no 111, juin.
- International Detention Coalition, 2020, ***Covid-19 Impacts on immigration detention: global response***, Sydney: Western Sydney University – Humanitarian and Development Research Initiative.
- Laabi, M. L. El Hajjami, Y. Cissé, 2019, Étude Préalable à un programme pluri-acteurs de promotion de l'intégration socio-économiques des migrant-e-s subsaharien-ne-s au Maroc, ***Rapport final***, Association BATIK International.
- Linard, F., 2017, ***Rapport d'étude sur les besoins psychosociaux des migrants et des professionnels en santé***, Ouagadougou : Initiative Conseil International – Santé.
- Médecins Sans Frontières, 2013, ***Violence, vulnérabilité et migration : Bloqué aux portes de l'Europe – Un Rapport sur les Migrants Subsahariens en situation irrégulière au Maroc – Résumé Exécutif***, Médecins Sans Frontières.
- Nations-Unies, 2020, ***Impact of COVID-19 in Africa***, Policy Brief. Nations-Unies.
- Nations-Unies et Union Européenne, ***L'intégration régionale et locale du volet Migration et Développement au Maroc***, Nations-Unies et Union Européenne.
- Observatoire National du Développement Humain, 2019, ***Situation des enfants au***

Maroc – Module 4 – Les enfants migrants, Observatoire National du Développement Humain.

- Radi, S., 2018, **Rapport présenté à l'ALCS sur l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes subsahariennes au Maroc**, LEPOSHS.
- REACH, 2019, **Tunisie : Réalités et besoins des personnes migrantes et réfugiés dans le Gouvernat de Médinine depuis septembre 2018**, REACH Informing more effective Humanitarian Action.
- Royaume du Maroc, 2020, **Enquête sur l'impact de Covid-19 sur la situation socioéconomique et psychologique des réfugiés au Maroc**, Royaume du Maroc – Haut Commissariat au Plan.
- Royaume du Maroc, 2016, **Allocution inaugurale de Monsieur le Directeur de l'Épidémiologie et de lutte contre les Maladies**, Table ronde sur le thème "La Santé des Migrants : Un important levier d'intégration Multisectoriel au Maroc", Rabat: Royaume du Maroc – Ministère de la Santé.
- Royaume du Maroc, **Les incapacités et le handicap au Maroc**, Royaume du Maroc – Haut Commissariat au Plan.
- Royaume du Maroc, **Politique Nationale d'Immigration et d'Asile – Rapport 2018 – Bilan programmatique d'étape**.
- Royaume du Maroc, **Journée Mondiale de la Santé : Couverture sanitaire des Migrants au Maroc**, Rabat : Royaume du Maroc – Ministère de la Santé.
- Royaume du Maroc, **Coopération en Santé : Ouverture sur différents horizons, Rapport de la Biennie 2014-2015**, Royaume du Maroc – Ministère de la Santé.
- Souhair, D., 2017, **Mémoire de fins d'études : Accessibilité et utilisation des soins de santé primaires pour les migrants vivant dans la préfecture de Rabat**, Rabat : École Nationale de Santé Publique.

ANNEXES



Annexe 1 :

Guide d'entretien personnes migrantes

GUIDE D'ENTRETIEN MIGRANT.E.S

1. Parlez-nous un peu de votre parcours, quand êtes-vous arrivé.e au Maroc et dans quelle(s) ville(s) avez-vous résidé ?
2. Depuis votre arrivée au Maroc, avez-vous eu des soucis de santé ? Si oui, de quoi s'agissait-il ?
3. Si vous avez eu des soucis de santé, avez-vous cherché à consulter pour ce problème ? Auprès de qui ?
 - Quels lieux (association, hôpital, clinique privé, etc.)
 - Quels types de services
4. Parlez-nous d'un moment où vous avez eu à consulter pour un problème de santé, comment cela s'est-il passé ?
 - Qui sont les intervenant.e.s rencontré.e.s ?
 - Comment s'est passée la rencontre thérapeutique ?
 - Perceptions
 - Est-ce qu'il y a eu consentement de la personne migrante ?
 - Les difficultés
 - Ce qui a aidé
5. Si demain vous tombiez malade – on ne le souhaite pas –, mais si jamais cela arrive, est-ce que vous iriez consulter pour votre problème de santé ?

Annexe 2 :

Liste des associations consultées

- Association D'Appuis Aux Migrants Mineurs Non Accompagnés (AAMM)
- Association de la Diaspora Congolaise Au Maroc (DICOMA)
- Accueil Migrants Oujda (AMO)
- Association Sakia Hamra pour L'Immigration et Développement
- Comité Européen pour la Formation et l'Agriculture (CEFA)
- Comité d'Entraide International de l'Église Évangélique (CEI)
- Délégation Diocésaine des Migrations (DDM) - Orientale
- Fondation Orient Occident Tanger
- Handicap International (HI)
- Maroc Solidarité Médico-Sociale (MS2)
- Organisation Démocratique des Travailleurs immigrés au Maroc (ODT immigrés)
- Organisation Internationale pour les Migrations (OIM)
- Oxfam
- Unité de Protection de l'Enfance (UPE) Oujda

Annexe 3 :

Axes thématiques - Atelier 8 septembre 2020

Atelier d'échanges de connaissances

8 septembre 2020

10 h 30 à 12 h 30

1. Présentation des associations : mission et initiatives (tour de table)
2. Accès soins de santé : Selon vous, comment pourrait-on définir l'accès aux soins de santé ? Comment l'accès à la santé oriente vos actions ?
3. Barrières et freins à la santé : Quelles sont, selon vous, les barrières et les freins à la santé pour les personnes migrantes au Maroc ? De quel ordre sont-ils principalement ?
4. Limites et recommandations : Selon vous, quelles sont les limites des initiatives en place actuellement et comment pourrait-on les améliorer ?
5. Best practices : Selon vous, quelles sont les meilleures initiatives en matière de santé qui ont été mises en œuvre en ce qui concerne les personnes migrantes et pourquoi sont-elles selon vous des réussites ?

Annexe 4 :

Questionnaire associations de la société civile

Étude sur les déterminants sociaux de la santé en matière d'accès à la santé pour les personnes migrantes au Maroc

Au Maroc comme au niveau international, l'échelle de plus en plus grande des mouvements migratoires fait en sorte que la santé des migrant.e.s en est un enjeu de santé publique. Les besoins des personnes migrantes en matière de santé diffèrent en fonction de toute une série de facteurs qui vont au-delà de l'enjeu de l'accès aux soins de santé. Il faut ainsi considérer un ensemble de facteurs qui agit sur l'état global de la santé des personnes migrantes (législatifs, politiques, économiques, sociaux et culturels).

Cette étude, réalisée par Economia en collaboration avec Oxfam, Handicap international et leurs partenaires, cherche à examiner l'ensemble des facteurs qui influent sur la santé des personnes migrantes au Maroc et à formuler des recommandations qui permettront d'améliorer l'accès à des soins de qualité pour les personnes migrantes dans le respect de l'équité et de leurs droits.

La présente étude est conduite par Hicham Aït Mansour (Université Mohammed V), Youness Ben Mourro (Université Mohammed V) et Marie-Claude Haince (Université de Montréal), qui en assure la coordination scientifique. Les données recueillies dans le cadre de cette enquête sont et demeureront confidentielles. Votre participation à ce sondage est importante, car les résultats permettront d'avoir un portrait plus spécifique et exhaustif de l'état de la situation.

1. Décrivez en quelques lignes la mission de votre organisme :

2. Dans quelle(s) ville(s) votre organisme est-il en opération ?

3. Votre organisme fournit-il des services en matière de santé pour les personnes migrantes au Maroc ?

Oui

Non

4. Si votre organisme fournit des services en matière de santé pour les personnes migrantes, lesquels offre-t-il ?

Prise en charge des frais de consultation

Prise en charge des examens

Prise en charge des soins

Prise en charge des ordonnances

Cellule d'écoute

Soutien psychologique

Aide aux femmes migrantes victimes de violence

Aide aux personnes migrantes mineures victimes de violence

Accompagnement individuel dans les structures de santé

Achat de matériel médical

Ne s'applique pas

Autre :

5. Si votre organisme fournit des services en matière de santé pour les personnes migrantes, quel(s) est/sont le(s) groupe(s) cible(s) ?

Femmes

Enfants

Mineur.e.s isolé.e.s

Non

Ne s'applique pas

Autre :

6. Si votre organisme fournit des services en matière de santé pour les personnes migrantes, à combien estimez-vous le nombre de migrant.e.s qui bénéficient directement de vos services sur une base mensuelle ?

- 0-5 5-10 10-20 20-50 Plus de 50
- Ne s'applique pas

7. Si votre organisme fournit des services en matière de santé pour les personnes migrantes, à combien estimez-vous le nombre de migrant.e.s qui bénéficient directement de vos services sur une base annuelle ?

- 0-20 20-50 50-100 100-200 Plus de 200
- Ne s'applique pas

8. Si votre organisme fournit des services en matière de santé pour les personnes migrantes, quels sont les problèmes que votre organisme a rencontrés dans la mise en place de ces services ?

- Financiers Ressources humaines Logistiques
- Administratif Législatifs / Juridiques Politiques
- Ne s'applique pas
- Autre :

9. Si votre organisme fournit des services en matière de santé pour les personnes migrantes, quels sont les services fréquemment demandés par les migrant.e.s et que vous n'êtes pas en mesure d'offrir ?

- Prise en charge des frais de consultation
- Prise en charge des examens
- Prise en charge des soins
- Prise en charge des ordonnances

Annexes

- Cellule d'écoute
- Soutien psychologique
- Aide aux femmes migrantes victimes de violence
- Aide aux personnes migrantes mineures victimes de violence
- Accompagnement individuel dans les structures de santé
- Achat de matériel médical
- Ne s'applique pas
- Autre :

10. Si votre organisme fournit des services en matière de santé pour les personnes migrantes et que vous n'êtes pas en mesure d'offrir des services fréquemment demandés par les migrant.e.s, pour quelles raisons ?

11. Si votre organisme fournit des services en matière de santé pour les personnes migrantes, quels sont les problèmes que votre organisme a rencontrés dans la prestation de services ?

12. Si votre organisme fournit des services en matière de santé pour les personnes migrantes, quels sont les outils qui pourraient être mis à votre disposition pour améliorer la prestation des services ?

- Partenariats avec les délégations de la santé au niveau régional
- Coordination au niveau régional des services en matière de santé destinés aux personnes migrantes

- Coordination au niveau local des services en matière de santé destinés aux personnes migrantes
- Coordination avec les assistant.e.s sociaux des hôpitaux
- Projets en partenariats avec des ONG internationales
- Financements récurrents (long terme)
- Campagne de sensibilisation destinée aux personnes migrantes
- Campagne de sensibilisation destinée au grand public
- Formation pour le personnel de la santé
- Ne s'applique pas
- Autre :

13. Dans le futur, quels sont les services que votre organisme souhaiterait offrir aux personnes migrantes?

- Prise en charge des frais de consultation
- Prise en charge des examens
- Prise en charge des soins
- Prise en charge des ordonnances
- Cellule d'écoute
- Soutien psychologique
- Aide aux femmes migrantes victimes de violence
- Aide aux personnes migrantes mineures victimes de violence
- Accompagnement individuel dans les structures de santé
- Achat de matériel médical
- Logement d'urgence pour les femmes

Annexes

- Logement d'urgence pour les personnes mineures isolées
- Outils de sensibilisation sur le fonctionnement du système de santé marocain destinés aux personnes migrantes
- Outils d'information pour les personnes migrantes sur les services offerts en matière de santé
- Formation au personnel de la santé pour les sensibiliser aux besoins des personnes migrantes
- Autre :

14. En terminant, auriez-vous des suggestions pour améliorer à la fois la mise en place des soins et la prestation de services pour les personnes migrantes ?

Annexe 5

Guide d'entretien - Professionnel.le.s de la santé

- Quels services votre structure offre-t-elle aux personnes migrantes ?
- En ce qui concerne la prestation de services, estimez-vous être en mesure de répondre aux demandes et aux besoins des personnes migrantes ?
- Pensez-vous que les personnes migrantes ont une bonne connaissance du système de santé marocain ?
- Quels sont les défis que vous avez à relever dans la prestation de services aux personnes migrantes ?
- Quels sont les principaux obstacles auxquels vous avez à faire face au quotidien ?
- Est-ce que la langue constitue selon vous un obstacle à la prestation de services ?
- Quels moyens pourraient être mis à votre disposition pour être en mesure de mieux répondre aux demandes et besoins de migrant.e.s et d'offrir une prestation de qualité ?
- Y-a-t-il d'autres aspects dont vous souhaiteriez nous faire part ?

Annexe 6

Questionnaire - Étude COVID-19 : La situation des personnes migrantes subsahariennes au Maroc

Enquête sur la situation des personnes migrantes subsahariennes (Maroc - FR)

La présente enquête, conduite par la chercheuse Marie-Claude Haince PhD (Institut Marocain d'Etudes Avancées), ambitionne de documenter la situation des personnes migrantes subsahariennes au Maroc sous l'état d'urgence sanitaire lié au COVID-19. Les données recueillies dans le cadre de cette enquête sont et demeureront confidentielles. Votre participation à ce sondage est importante, car les résultats permettront d'avoir un portrait plus spécifique et exhaustif de l'état de la situation.

Plus largement, l'étude conduite cherche à documenter les effets de la crise sur les personnes migrantes subsahariennes en examinant le rôle de divers acteurs et actrices dans leur prise en charge sous l'état d'urgence. L'étude met également en avant une perspective intersectionnelle permettant de voir comment les personnes sont affectées de manière différente en fonction de leur genre.

En se focalisant sur les impacts sociaux des mesures de lutte contre la COVID-19 et le développement d'initiatives et de stratégies à même de mieux répondre aux besoins et enjeux des personnes migrantes subsahariennes, les résultats permettront de favoriser, à terme, l'élaboration d'outils d'aide à la décision et la mise en place de stratégies d'intervention, de communication et de sensibilisation plus efficaces en tenant compte de la situation des personnes migrantes subsahariennes.

** Les questions marquées d'un astérisque sont obligatoires.*

1. Quel est votre pays de naissance ?*

.....

2. Quelle est votre année de naissance ?*

.....

3. À quel genre vous identifiez-vous ?*

Homme Femme Je ne souhaite pas le préciser

Autre :

4. Dans quelle ville résidez-vous présentement ?*

.....

5. Dans quel quartier résidez-vous présentement ?*

.....

6. Quand êtes-vous arrivé.e au Maroc ?*

(jj/mm/aaaa)

7. Avez-vous la nationalité marocaine ?*

Oui Non (passez à la question 8)

7.1. Si vous avez la nationalité marocaine, depuis quand ? (passez ensuite à la question 9)

(jj/mm/aaaa)

8. Avez-vous un titre de séjour ?

Oui Non (passez à la question 10)

8.1. Si vous disposez d'un titre de séjour au Maroc, depuis quand ?

.....

9. Quelle(s) autre(s) nationalité(s) avez-vous ?*

.....

10. Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez complété ?*

- Aucun Préscolaire
 Primaire Secondaire
 Supérieur (universitaire) Professionnel

10.1. Si vous avez complété des études universitaires, quel est le dernier diplôme que vous avez reçu ?

- Licences (Baccalauréat) Master (Maîtrise)
 DESS DEA Doctorat
 Autre :

11. Lequel des éléments suivants qualifie le mieux votre situation ?*

- Célibataire Union libre
 Marié.e Divorcé.e
 Veuf.ve
 Autre :

11.1. Si vous êtes en union libre ou marié.e, est-ce que votre conjoint.e réside présentement avec vous ?

- Oui Non

12. Avez-vous des enfants ?*

- Oui Non (passez à la question 13)

12.1- Si vous avez des enfants, combien en avez-vous ?

.....

12.2- Si vous avez un.des enfant.s, est-ce que tous vos enfants vivent présentement avec vous ?

- Oui, ils ou elles vivent tous avec moi
- Seulement une partie d'entre eux/elles vivent avec moi
- Non, aucun.e de mes enfants ne vit avec moi

13. Lequel des éléments suivants qualifie le mieux votre situation ?*

- J'occupe un emploi sur une base régulière
- Je travaille de façon intermittente
- Je suis sans emploi
- Je suis aux études
- Autre :

13.1- Si vous êtes en emploi, dans quel secteur d'activité œuvrez-vous ?

- Agriculture, forêt et pêche
- Industrie (y compris l'artisanat)
- BTP (bâtiment et travaux publics)
- Services
- Administration (publique)
- Informel
- Autre :

Annexes

13.2- Si vous êtes en emploi, quel type d'emploi occupez-vous ?

Salarié Contractuel Sans contrat

Autre :

13.3. Si vous êtes en emploi, êtes-vous couvert.e par un régime de protection sociale ?

Oui Non

13.4- Si vous êtes en emploi et que vous êtes couvert.e par un régime de protection sociale, lequel ?

.....

13.5- Si vous êtes aux études, quel type de diplôme préparez-vous ?

Licence Master Doctorat

Autre :

14. Lequel des éléments suivants qualifie le mieux votre revenu mensuel moyen ?*

Aucun revenu

Moins de 1000DH

1000-2999DH

3000-4999DH

5000-9999DH

10000-14999DH

15000-29000DH

Plus de 30000DH

15. Lequel des éléments suivants qualifie le mieux votre situation ?*

Propriétaire Locataire En colocation

En foyer Sans domicile

Autre :

15.1- Si vous résidez en colocation, lequel des éléments suivants qualifie le mieux votre situation ?

Dans un appartement avec une chambre privée Dans une chambre

Autre :

16. Combien de personnes résident présentement avec vous ?*

.....

17. Depuis le début du confinement obligatoire le 20 mars 2020, avez-vous été évincé de votre logement ?*

Oui Non

17.1- Si vous avez été évincé de votre logement, pour quel motif ?

.....

18. Disposez-vous d'une autorisation de circulation délivrée par les autorités marocaines ?*

Oui Non

18.1. Si vous disposez d'une autorisation de circulation, l'avez-vous obtenue à la première demande ?

Oui Non

Annexes

18.2- Si vous n'avez pas obtenu votre autorisation lors de la première demande, à combien de reprises avez-vous dû la présenter ?

.....

18.3- Si vous n'avez pas obtenu votre autorisation de circulation, quel était le motif de refus ?

.....

19. Avez-vous demandé de l'aide pour remplir votre autorisation de circulation ?*

Oui Non

19.1- Si vous avez demandé de l'aide pour remplir votre autorisation de circulation, auprès de qui ?

.....

19.2- Pour quelle raison avez-vous demandé de l'aide pour remplir votre autorisation de circulation ?

.....

20. Au cours de la dernière semaine de confinement, à combien de reprises êtes-vous sorti.e ?*

.....

20.1- Si vous êtes sorti.e au cours de la dernière semaine de confinement, pour quel(s) motif(s) ? Veuillez indiquer tous les motifs de sortie

Faire des courses Rendez-vous médical Travail

Autre :

20.2- Si vous êtes sorti.e au cours de la dernière semaine de confinement, vous êtes-vous fait interpeller par les autorités marocaines ?

Non Une seule fois À plusieurs reprises

21. Lors du confinement obligatoire, les autorités marocaines vous ont-elles interpellé.e ?*

Non Une seule fois À plusieurs reprises

21.1- Si vous vous êtes fait interpellé au cours de la dernière semaine de confinement par les autorités marocaines, pour quel(s) motif(s) ?

.....

22. Lors du confinement obligatoire, les autorités marocaines vous ont-elles mis.e en arrestation ?*

Non Une seule fois À plusieurs reprises

22.1 Si les autorités marocaines vous ont mis.e en état d'arrestation depuis le début du confinement obligatoire, pour quel(s) motif(s) ?

.....

.....

.....

23. Lors du confinement obligatoire, avez-vous été victime de propos injurieux ou discriminatoires ?*

Non Une seule fois À plusieurs reprises

23.1- Si vous avez été victime de propos injurieux ou discriminatoires depuis le début du confinement obligatoire, de qui venaient-ils ?

.....

.....

.....

24. Lors du confinement obligatoire, avez-vous été victime de violences physiques ?

- Non Une seule fois À plusieurs reprises

24.1- Si vous avez été victime de violences physiques depuis le début du confinement obligatoire, de qui venaient-elles ?

.....

.....

.....

26. À combien estimez-vous vos revenus au cours du dernier mois de confinement ?*

.....

26. À combien estimez-vous vos revenus au cours de la dernière semaine de confinement ?*

.....

27. Lors du confinement obligatoire, avez-vous eu la possibilité de faire des transferts de fonds ?*

- Non Une seule fois À plusieurs reprises
- Ne s'applique pas

28. Lors du confinement obligatoire, avez-vous eu la possibilité de réceptionner des transferts de fonds ?*

- Non Une seule fois À plusieurs reprises
- Ne s'applique pas

29. Lors du confinement obligatoire, avez-vous eu la possibilité de subvenir à vos besoins alimentaires ?*

Oui Non Plus ou moins

30. Lors du confinement obligatoire, avez-vous eu recours à une aide alimentaire ?*

Oui Non

30.1. Si vous avez eu recours à une aide alimentaire, de qui est venue cette aide ?
Veuillez indiquer toutes les sources d'aide

Particulier(s) Association locale Organisation internationale

Autre :

31. Lors du confinement obligatoire, avez-vous eu recours à un bon d'achat ?*

Non Une seule fois À plusieurs reprises

31.1. Si l'on vous a remis un bon d'achat, de qui est venu ce bon ? Veuillez indiquer toutes les sources

Particulier(s) Association locale Organisation internationale

Autre :

32. Si vous avez eu à vous déplacer lors du confinement obligatoire, avez-vous été en mesure de porter un masque ?

Oui, à chaque fois Régulièrement Parfois

Une seule fois Non

Autre :

33. Avez-vous une assurance santé et médicale ?*

Oui

Non

34. Avez-vous accès à des soins de santé ?*

Oui

Non

35. Lors du confinement obligatoire, avez-vous eu besoin d'avoir des soins médicaux ?*

Oui

Non

36. Lors du confinement obligatoire, avez-vous ressenti des symptômes liés au COVID-19 ? (infection respiratoire aiguë avec fièvre)

Oui

Non

36.1. Si vous avez ressenti des symptômes du COVID-19, avez-vous été en mesure de consulter un médecin ?

Oui

Non

36.2. Si vous avez ressenti des symptômes du COVID-19, avez-vous passé un test de dépistage ?

Oui

Non

37. Lors du confinement obligatoire, avez-vous eu accès à de l'information sur le décret de l'état d'urgence sanitaire au Maroc ?* Oui Non

37.1. Si vous avez eu accès à de l'information sur le décret de l'état d'urgence sanitaire au Maroc, par quel(s) moyen(s) ? Veuillez indiquer toutes les sources d'information

 Médias traditionnels (journaux, radio, télévision) Médias sociaux Association locale Organisation internationale Gouvernement marocain Autre :**38. Lors du confinement obligatoire, avez-vous eu accès à de l'information sur l'évolution de la crise sanitaire au Maroc ?*** Oui Non

38.1. Si vous avez eu accès à de l'information sur l'évolution de la crise sanitaire au Maroc, par quel(s) moyen(s) ? Veuillez indiquer toutes les sources d'information

 Médias traditionnels (journaux, radio, télévision) Médias sociaux Association locale Organisation internationale Gouvernement marocain Autre :

Annexes

39. Lors du confinement obligatoire, avez-vous eu accès à de l'information sur les symptômes du COVID-19 ?

- Oui Non

39.1. Si vous avez eu accès à de l'information sur les symptômes du COVID-19, par quel(s) moyen(s) ? Veuillez indiquer toutes les sources d'information

- Médias traditionnels (journaux, radio, télévision)
- Médias sociaux
- Association locale
- Organisation internationale
- Gouvernement marocain
- Autre :

40. Avez-vous obtenu de l'aide pour remplir le présent questionnaire ?*

- Oui Non

40.1. Si vous avez obtenu de l'aide pour remplir ce questionnaire, de qui venait-elle ?

- Association locale Organisation internationale Ami(e)
- Autre :

41. Depuis quand avez-vous quitté votre pays de naissance ?

.....

42. Avez-vous transité par un autre pays avant de vous retrouver au Maroc ?

Oui Non

42.1. Si vous avez transité par un ou d'autres pays, le(s)quel(s) ?

43. Aviez-vous l'intention de vous installer au Maroc ?

Oui Non

43.1. Si vous n'aviez pas l'intention de vous installer au Maroc, dans quel pays souhaitiez-vous vous établir ?

43.2. Si vous n'aviez pas au départ l'intention de vous installer au Maroc, pensez-vous maintenant vous établir ici ?

Oui Non

44. Souhaiteriez-vous être contacté(e) pour les prochaines étapes de cette recherche (entrevues, focus group, documentaire) ?*

Oui Non

Si vous souhaitez participer à cette recherche, veuillez contacter directement la chercheuse principale, Marie-Claude Haince PhD.

Annexe 7

Guide d'entretien - Étude COVID-19 : La situation des personnes migrantes subsahariennes au Maroc

Guide d'entretien

Entrevue semi-dirigée / Récit de vie

1. Parcours migratoire / Conditions d'installation au Maroc

Parle-moi un peu de ton parcours, qu'est-ce qui t'a poussé.e à partir de chez-toi et comment t'es-tu retrouvé.e au Maroc? Comment ça se passe, ton installation au Maroc ?

- Raison du départ
- Pays de transit
- Difficultés rencontrées
- Intention de s'établir ici ou ailleurs

2. Conditions d'installation / Défis quotidiens

Comment ça se passe au quotidien, dans ce quartier? Que fais-tu pour gagner ta vie ?

- Conditions de vie / Logement
- Relations de voisinages / Discrimination
- Revenus

3. Conditions de vie durant le confinement

Ce confinement, comment ça t'a affecté.e ?

- Accès mobilité/discrimination
- Accès aux soins
- Accès à la nourriture
- Discrimination / Racisme
- Violences
- Effets court, moyen, long termes (quotidien/parcours)

4. Perspectives d'avenir (court et moyen termes)

Comment envisages-tu la suite ?

- Conditions de vie
- Travail
- Poursuite de la migration

5. Autres sujets

Est-ce qu'il y a autre chose dont tu aurais souhaité me parler ?

