

Silvia Iorio
Marco Tofani

a cura di

Éthique globale

Collaboration pour la santé et les réfugiés
à travers la Méditerranée



Edizioni Nuova Cultura

Éthique globale

Collaboration pour la santé
et les réfugiés à travers la Méditerranée

a cura di Silvia Iorio e Marco Tofani



Edizioni Nuova Cultura

Copyright © 2024 Edizioni Nuova Cultura - Roma

ISBN: 9788833656359

DOI: 10.4458/6359

Composizione grafica e copertina: a cura della casa Editrice

Revisione a cura dell'Autore



Questo libro è stampato su carta FSC amica delle foreste. Il logo FSC identifica prodotti che contengono carta proveniente da foreste gestite secondo i rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council

È vietata la riproduzione non autorizzata, anche parziale, realizzata con qualsiasi mezzo, compresa la fotocopia, anche ad uso interno o didattico.

Index

Inégalités dans le domaine de la santé <i>Iorio S., Gazzaniga V., Cilione M., Tofani M.</i>	7
La situation des réfugiés en situation de handicap en Italie <i>Tofani M., Gazzaniga V., Cilione M., Marceca M., Valente D., Iorio S.</i>	11
Les immigrés en situation de handicap au Maroc: Le cas de la ville de Rabat et sa région <i>Elmadmad K. et Equipe de recherche de Rabat</i>	35
L'accès aux droits des étrangers en situation d'handicap moteur <i>Tak-Tak H., Eddiani M., Gharbaoui F.</i>	77
Profils de santé des migrants en Tunisie: étude quantitative exploratoire <i>Ben Zina M.A., Salhi I.S., Souissi W., Besbes A.N.</i>	97
Migration et accès aux soins en Tunisie: les enseignements de deux profils de migrants <i>Salhi I.S., Souissi W., Ferjani S.</i>	143

Inégalités dans le domaine de la santé*

Iorio S.¹, Gazzaniga V.¹, Cilione M.¹, Tofani M.²

¹ *Département des sciences médico-chirurgicales et des biotechnologies Unité d'histoire de la médecine et de la bioéthique Université Sapienza de Rome, Viale dell'Università, 34 - 00185 Rome, Italie*

² *Département des sciences de la vie, de la santé et des professions de santé, Université Link Campus Via del Casale di San Pio V, 44 - 00165, Rome, Italie*

Résumé

Le handicap fait partie de la condition humaine. La Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées (UNCRPD) reconnaît le handicap comme « un concept en évolution » (Nations Unies 2006) : il ne s'agit pas d'un attribut de la personne, mais plutôt du résultat de l'interaction entre des contingences biologiques, psychosociales et environnementales. Les résultats du World Health Survey indiquent que la prévalence du handicap est plus haute dans les pays à faible et moyen revenus (18%) que dans ceux à revenu élevé (10%). Pour cette raison le projet actuel vise à réaliser une action de développement des capacités par rapport au thème des migrants réfugiés qui ont un handicap, en collaboration avec l'Université de Tunisie, l'Université Hassan II de Casablanca et le Centre UNESCO « Droits et Migrations » (CUDM) Rabat au Maroc.

* DOI: 10.4458/6359-01

Collaboration pour la santé et les réfugiés à travers la Méditerranée

De récentes études montrent que les personnes handicapées ont des résultats négatifs en terme de santé, elles sont confrontées à de plus grandes difficultés dans l'accès aux plus hauts niveaux d'enseignement ainsi qu'au marché du travail et, aussi, en ce qui concerne les prestations sanitaires, elles ne reçoivent pas les services sanitaires dont elles auraient besoin ; en effet, environ la moitié des personnes avec handicap ne peuvent pas se permettre d'assistance sanitaire (Kuper et Phyllis 2019). Ceci, à la lumière des résultats alarmants en matière de santé par rapport aux sujets avec handicap faisant suite à la pandémie de COVID-19, détermine l'urgence ultérieure d'interventions et réflexions partagées concernant l'Objectif de Développement Durable 3 : développer de bonnes pratiques et garantir une bonne santé et un bien-être pour tous. Ce projet a voulu travailler pour la construction de modèles partagés, internationalement utiles à la mesure de l'état de santé et du handicap des réfugiés.

Les données sur la migration et le handicap doivent être structurées de manière homogène car elles servent pour informer correctement les actions du domaine des politiques sanitaires de chaque pays. Pour vérifier les progrès sur l'Agenda 2030, malheureusement, la communauté internationale se base sur des données dissolues aussi bien sur le handicap que sur l'état migratoire. L'inclusion des données concernant les personnes migrantes handicapées dans les statistiques est fondamentale pour une participation pleine et équitable de cette tranche de la population dans la société. Être « visibles » dans les statistiques peut permettre des actions politiques et des pratiques inclusives pour le handicap, ainsi que des programmes qui peuvent se traduire en solutions plus raisonnables, en un meilleur accès aux services critiques, en une réduction de la marginalisation et de la discrimination.

L'objectif principal du projet, a donc été celui de réaliser une action de développement des capacités, de façon à permettre aux partenaires d'évaluer la santé et le handicap des réfugiés dans les pays de la Méditerranée dans le but de lutter contre les inégalités, au sein d'un modèle écologique de la santé. Ce but est destiné à être atteint en utilisant des instruments spécifiques développés par les Nations Unies et par l'Or-

ganisation Mondiale de la Santé. En particulier, les trois Universités se sont engagées à renforcer l'évaluation et le suivi de la santé, des politiques, de l'accès aux services et aux facteurs environnementaux dans divers pays de la Méditerranée, c'est-à-dire en Italie, en Tunisie et au Maroc. Le projet a permis de créer des indicateurs valides et fiables en contribuant efficacement à développer de bonnes pratiques conformes avec l'Objectif de Développement Durable 3 (développer de bonnes pratiques et garantir une bonne santé et le bien-être pour tous). Ceci contribuera à encourager une majeure sensibilisation du public par rapport à la corrélation entre les facteurs sanitaires et l'accès aux services et aux styles de vie : agir sur les causes et non sur les effets en visant à prévenir plus qu'à soigner, prévoir l'adoption de stratégies et de mesures de prévention, non seulement dans le domaine sanitaire, mais aussi dans d'autres domaines comme celui de l'environnement. Nous croyons que les effets d'une action publique de péroration puissent conduire aussi à une amélioration de la structure institutionnelle et de gouvernance aux niveaux locaux et internationaux. Pour les institutions qui collaborent, l'engagement de planification dans l'action 3 de l'Agenda 2030 représente une opportunité et une référence pour : diffuser son propre impact aux niveaux locaux et globaux ; créer de nouveaux partenariats qui puissent repenser de manière partagée leur rôle et leur propre mission dans la lutte contre les inégalités d'une tranche de la population qui est généralement sujet au phénomène de la multi-discrimination. La proposition de projet a voulu, en fait, mettre en jeu la capacité de connecter les connaissances scientifiques et sociales de différentes extractions, dans une optique multi-dimensionnelle et multi-épistémique. Ce volume a pour but de vouloir diffuser les résultats de cette collaboration intéressante et intense avec l'espoir de pouvoir mettre en œuvre les résultats produits en mettant encore, en premier plan, la collaboration pour protéger le principe d'équité dans la santé.

Bibliographie

- World Health Organization. Health of older refugees and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018. 1-48.
- World Health Organization. Constitution of The World Health Organization. Basic Document Forty-fifth edition. 2006.

Eurofound. Policies to support refugees from Ukraine | Eurofound [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 23]. Available from: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/article/2022/policies-to-support-refugees-from-ukraine>

La situation des réfugiés en situation de handicap en Italie*

Tofani M.¹, Gazzaniga V.², Cilione M.², Marceca M.³, Valente D.⁴, Iorio S.²

¹ *Département des sciences de la vie, de la santé et des professions de santé, Université Link Campus Via del Casale di San Pio V, 44 - 00165, Rome*

² *Département des sciences médico-chirurgicales et des biotechnologies Unité d'histoire de la médecine et de la bioéthique Université Sapienza de Rome, Viale dell'Università, 34 - 00185 Rome*

³ *Département de Santé Publique et des Maladies Infectieuses, Université Sapienza de Rome, Piazzale Aldo Moro, 00185 Rome*

⁴ *Département des Neurosciences Humaines, Université Sapienza de Rome, Piazzale Aldo Moro, 00185 Rome*

Résumé

Les statistiques sur le handicap des réfugiés sont insuffisantes, et empêchent l'efficacité de la réponse humanitaire. Plusieurs parties intéressées soulignent la nécessité de mieux comprendre la relation entre les migrations et le handicap, d'utiliser des indicateurs spécifiques pour la réadaptation et les technologies d'assistance, et d'identifier les mécanismes possibles qui affectent la santé des réfugiés. Nous avons étudié les conditions de handicap chez les réfugiés en utilisant le Washington Group Short Set - Enhanced (WG-SS-Enhanced). Nous avons utilisé des seuils spécifiques recommandés pour identifier les personnes à risque de présenter un handicap. En outre, nous avons étudié la corrélation entre les limitations fonctionnelles en fonction des routes migratoires. 483 réfugiés accueillis en Italie ont été interrogés et 23,8 % d'entre eux présentaient un handicap. Un risque plus élevé a été constaté pour ceux qui ont voyagé sur la route de la Méditerranée centrale. Le domaine de l'affect représentait le principal facteur de handicap (28,16

%), suivi par la limitation de la mobilité (8,28 %). Les personnes ayant traversé la Méditerranée centrale présentaient un risque élevé de développer des problèmes d'anxiété, tandis que les personnes ayant traversé la route des Balkans présentaient un risque plus élevé de limitation de la mobilité. Les défis et les perspectives ont été discutés afin de cibler les interventions sanitaires pour cette population très vulnérable.

Introduction

Au cours du siècle dernier, le concept de santé a subi un changement radical. À partir de la définition classique de santé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et non pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité », nous sommes passés à la reconnaissance de la santé comme un droit humanitaire et modulé par la capacité d'adaptabilité de chaque individu (1).

Le modèle biomédical, dans lequel la maladie suit une relation mécanique de cause à effet, a été substitué par le modèle bio-psycho-social. La santé est vue comme une condition multifactorielle déterminée par des contingences biologiques, mentales et socio-environnementales.

Dans cette perspective, le cadre théorique exposé par la Commission de l'oms sur les déterminants sociaux de la santé peut être utile (2). Les mécanismes sociaux, économiques et politiques déterminent des gradients de position socio-économique qui influencent fortement la vie, la santé et l'accès aux services sanitaires de chaque individu. Ces positions socio-économiques reflètent les conditions de vie des personnes à l'intérieur de « hiérarchies sociales ». Les styles de vie, l'instruction, les conditions de travail, l'alimentation, les facteurs psycho-sociaux et biologiques et le niveau de cohésion sociale représentent les soi-disant déterminants intermédiaires de la santé. Ceux-ci peuvent modifier l'exposition à un événement particulier et augmenter la vulnérabilité aux maladies. Dans cette optique, le contexte socio-politique joue un rôle déterminant : emploi, revenu, instruction, logement et autres valeurs culturelles et sociales ont une influence importante sur la santé et sur la qualité de la vie, y compris les politiques de protection sociale et de redistribution (3) (4).

Tout ce qui a été dit précédemment constitue une introduction à une nouvelle approche à la santé : la santé globale. Cette approche concilie

la vision de la santé, considérée comme un état de bien être bio-psycho-social, avec les droits de l'homme et la justice sociale. L'interprétation de la santé et de la maladie non seulement comme résultat de processus biologiques, mais aussi de facteurs économiques, sociaux, politiques, culturels et environnementaux, nécessite des analyses multidisciplinaires des facteurs de risque bio-psycho-sociaux et des solutions à travers des approches intersectorielles intégrées (5).

En général, les personnes avec handicap ont les mêmes exigences de santé que celles sans handicap, même si elles peuvent bien sûr avoir des exigences de santé supplémentaires ou plus complexes à cause d'un problème spécifique. Néanmoins, il existe des preuves suffisantes du fait que les personnes avec handicap ont plus de probabilités d'avoir une santé moins bonne par rapport au reste de la population à cause d'une série de possibles mécanismes, qui peuvent être inégaux pour les personnes avec différents handicaps (6,7). Toutefois au niveau global, les personnes avec handicap ont plus de probabilités de vivre dans la pauvreté, d'être exclues de l'instruction supérieure et d'avoir plus de difficultés à entrer dans le monde du travail, tous ces facteurs se traduisent par un risque plus élevé d'exclusion sociale et de mauvaise qualité de vie (8).

Nous savons très peu sur les conditions de vie des migrants avec handicap et il n'existe pas de données suffisantes pour planifier des actions adéquates de santé publique. Ce manque d'informations est reconnu par le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) et par l'Union Européenne (UE). À titre d'exemple, nous allons illustrer l'utilité de la classification des personnes migrantes avec handicap en trois macro-catégories basées sur le moment d'apparition de la pathologie de base et du handicap qui en résulte.

La première catégorie comprend les personnes qui avaient déjà un handicap avant d'entreprendre le voyage migratoire. Il s'agit probablement d'une minorité de migrants, à cause des difficultés objectives d'entreprendre le voyage avec un handicap. Dans ce cas, les arrivées ont lieu normalement grâce aux soi-disant « couloirs humanitaires » et les bénéficiaires profitent de protection et soutien déjà avant le départ.

La deuxième catégorie comprend les personnes dont le handicap est apparu pendant la migration. Cette catégorie concerne très probablement tous les demandeurs de protection internationale et les réfugiés qui – comme nous le savons – font face à des voyages dans de très mauvaises conditions et qui sont souvent victimes de torture ou subissent

des violences. À tout ceci, s'ajoute le fait que le processus d'accueil en Italie et en Grèce, ainsi que la longue détention des demandeurs d'asile dans d'autres pays d'accueil, ne réduit pas les problèmes de santé mais contribue au contraire à aggraver les maladies et les traumatismes (9,10).

Le troisième et dernier groupe comprend les personnes qui sont devenues handicapées dans le pays d'accueil, par exemple suite à un accident du travail ou pour la population immigrée plus âgée.

Les travailleurs immigrés ont un risque plus élevé d'accident par rapport à la population autochtone, ce qui peut être dû au fait qu'ils font des travaux avec plus de risques par rapport aux travailleurs italiens. Aux données officielles rapportées, il faut ajouter les handicaps dus aux accidents obtenus dans des conditions de travail irrégulier, auxquels les migrants sont plus exposés. En ce qui concerne la population âgée, par contre, il est important de considérer les risques généralement associés au vieillissement, qui touchent de la même manière les populations migrantes et autochtones.

Toutefois, bien que ces populations vivent dans le même « système », les facteurs liés aux déterminants sociaux et structurels déterminent des différents résultats en matière de santé (11). La migration devrait donc être perçue comme un processus de changement social qui influence la trajectoire générale du vieillissement et façonne l'expérience générale à travers ses effets sur des aspects tels que la capacité de maintenir les habilités fonctionnelles, la santé, la qualité de la vie et l'accès aux services sanitaires et d'assistance à long terme à un âge avancé (12).

Nous savons peu de choses sur la plupart des migrants avec handicap, dont la présence varie selon les pays et est estimée autour de 3 à 10% (13,14). Comme l'ont démontré de récentes études, le plus grand poids est représenté par les troubles de santé mentale, alors qu'en proportion inférieure, des problèmes liés à des limitations physiques de mobilité ont été rapportés (16) (17, 18). En outre, l'isolement social et/ou la pauvreté, l'hostilité, la discrimination et le racisme peuvent aussi avoir des effets négatifs sur leur santé mentale (19,20). Les problèmes de santé, en particulier ceux mentaux, peuvent être aggravés aussi par l'instabilité financière, par le chômage (21).

Beaucoup de migrants ne connaissent pas les services d'assistance sanitaire de base disponibles, mais pire encore ils ne connaissent pas les services sanitaires spécifiques, comme la rééducation ou l'accès aux technologies d'assistance (par exemple, les fauteuils roulants, les prothèses ou

les transmetteurs) (22,23). Le système sanitaire et, plus généralement, les normes qui règlent le pays d'origine sont habituellement différentes par rapport à celles des pays d'accueil. Ces différences peuvent être accentuées par rapport au système italien, où la couverture sanitaire universelle est en vigueur et où d'importantes conventions internationales, qui protègent des droits des personnes avec handicap, des migrants et des enfants, ont été ratifiées. Pour promouvoir la protection de la santé des migrants avec handicap, il est nécessaire d'organiser un programme complet d'alphabétisation sur les droits des migrants impliquant, à différents niveaux, les institutions, les organisations et les communautés (5).

De nombreux experts du secteur soutiennent la nécessité d'améliorer les modèles de fourniture de services pour répondre aux exigences sanitaires des réfugiés et des demandeurs d'asile et pour combler les lacunes entre les besoins identifiés et les services disponibles (24,25), y compris la rééducation (26,27). Il n'existe pas de modèle universel pour satisfaire les besoins de rééducation des réfugiés et les priorités peuvent varier visiblement selon les groupes de population et les contextes (28).

Outils

Pour mesurer le handicap chez la population migrante, l'équipe de recherche a décidé d'utiliser l'enquête Washington Group Short Set Enhanced (WG-SS-E). Il WG-SS-E a été développé, testé et adapté par le Washington Group on Disability Statistics (WG). Les demandes reflètent les progrès dans la conceptualisation du handicap et elles utilisent la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIH) de l'Organisation Mondiale de la Santé comme cadre conceptuel. Le WG-SS-E est destiné aux enquêtes sanitaires basées sur la population et à celles qui se concentrent de manière spécifique sur les handicaps. Pour maximiser la comparaison internationale, le WG-SS-E collecte des informations sur les difficultés qu'une personne peut avoir lorsqu'elle veut entreprendre certaines activités et fonctions de base, comme la vue, l'ouïe, le fait de marcher ou de monter les escaliers, le souvenir ou la concentration, prendre soin de soi-même, la communication (expressive et réceptive), les activités de la partie supérieure du corps et la santé mentale (dépression et anxiété). Le WG-SS-E est composé de 12 questions dans ces huit domaines.

Pour obtenir des données tenant compte d'une perspective de développement inclusif basé sur la communauté, l'équipe de recherche a décidé d'utiliser les Indicateurs de Rééducation Basée sur la Communauté (CBR-Is) développés par l'oms [21]. Les CBR-IS sont disponibles en plusieurs langues, telles que l'anglais, le français, l'espagnol et l'arabe. Une version italienne est aussi disponible, grâce à un précédent processus de traduction et d'adaptation interculturelle du même groupe de recherche [22]. L'enquête consiste en une partie introductive contenant des données personnelles et des informations socio-démographiques. Il y a 13 indicateurs RBC de base : la santé (2) ; l'instruction (6) ; les moyens de subsistance (3) ; le domaine social (1) ; et l'autonomisation (1). Les indicateurs de base de la RBC sont assez vastes pour saisir la différence que la RBC fait dans la vie des personnes avec handicap. Pour la comparaison entre contextes, entre pays et dans le temps, l'oms recommande que ces 13 indicateurs RBC de base soient inclus de manière cohérente dans toutes les procédures de contrôle et d'évaluation.

Il y a 27 indicateurs CBR supplémentaires qui fournissent une couverture plus spécifique des éléments des composantes CBR. Parmi eux, les utilisateurs peuvent sélectionner ceux qui correspondent à leurs objectifs et stratégies spécifiques. En considérant l'objectif de l'étude, l'équipe de travail a inclus certaines questions relatives aux cinq composantes de la matrice CBR : santé, domaine social, instruction, moyens de subsistance et autonomisation, en excluant les questions relatives à la croissance. Pour plus d'informations sur les indicateurs de la RBC, il faut consulter les informations contenues dans le Manuel RBC de l'oms [23].

Procédures

Pour recruter les participants, un premier courrier électronique a été envoyé aux parties prenantes pour expliquer les objectifs du projet. Vu que les Centres du Service D'Accueil et D'Intégration (SAI) sont nommés directement par une Agence spécifique du Gouvernement Italien appelé Service Central, une communication officielle a été envoyée pour demander l'autorisation à procéder avec les entretiens. Une fois obtenue l'autorisation par le Service Central, les migrants ont été interviewés.

Pendant les entretiens, les caractéristiques socio-démographiques et le statut juridique ont été collectés. Le statut juridique a été défini de la sorte : demandeur d'asile : personne dont la requête d'asile n'a pas encore été exa-

minée; réfugié : ressortissant d'un pays tiers qui, en raison d'une crainte de persécution pour des raisons liées à sa race, sa religion, sa nationalité, son opinion politique ou son appartenance à un groupe social particulier, se trouve hors de son pays d'origine, dont il est citoyen, et ne peut pas ou, à cause de cette crainte, ne veut pas profiter de la protection de son pays, ou un apatride qui, en se trouvant hors du pays où il avait précédemment sa résidence habituelle, pour les mêmes motivations mentionnées ci-dessus, ne peut pas ou, à cause de cette crainte, ne veut pas y faire retour ; protection subsidiaire : une forme de protection internationale supplémentaire qui est complémentaire au statut de réfugié à accorder seulement lorsque les conditions pour le statut de réfugié ne sont pas remplies[28].

Prevalence de personnes souffrant d'une condition de handicap

L'échantillon était composé de 483 personnes avec un âge moyen (SD) de 30,12 (8,45) ans. La plupart des personnes n'était pas scolarisée ou n'a complété aucun cycle scolaire (21,55%), suivie par les personnes qui ont étudié à l'université (21,12%) et celles qui ont eu une instruction professionnelle (19,05%). La majorité des individus a voyagé à travers l'itinéraire de la Méditerranée centrale (55,89%), suivie par ceux qui sont arrivés en Italie à travers la route de la Méditerranée occidentale (20,08%). Les caractéristiques socio-démographiques des participants sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1
Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon (total 483)

Âge moyen (DS)	30.12 (8.45)	
Genre	N	%
Féminin	202	41.82
Masculin	281	58.18
Niveau d'instruction	N	%
Aucune instruction ou aucun cycle d'école complet	104	21.53
Ecole Primaire	65	13.46
Ecole Professionnelle	92	19.05
Formation Professionnelle	22	4.55
Lycée	91	18.84
Collège	102	21.12

Université	N	%
Itinéraire Migratoire	7	1.45
Méditerranée Occidentale	97	20.08
Méditerranée Centrale	268	55.49
Méditerranée Orientale	16	3.31
Itinéraire Balkanique	36	7.45
Couloirs Humanitaires	5	1.04
De l'Ukraine*	60	12.63

Le tableau 2 montre les estimations de prévalence du handicap en général et séparément pour les limitations fonctionnelles, comme elles ont été mesurées avec le WGSSE. La prévalence générale du handicap selon la définition de l'étude (rapport de plusieurs difficultés/incapacité dans n'importe quel WG-SS E et/ou anxiété et dépression symptomatiques) a été estimée à 23,81% (95% CI 20,01-27,61). Le poids principal de la limitation dans le fonctionnement est lié à l'anxiété et à la dépression, avec respectivement 18,22% (95% CI 14,78-21,66) et 9,94% (95% CI 7,27-12,60).

Tableau 2
Nombre de personnes avec handicap et limitations fonctionnelles

	N	%	95% CI
Vue	17	3.52	2.06-5.58
Ouïe	6	1.24	0.04-2.68
Mobilité	40	8.28	5.98-11.1
Communication	24	4.97	3.03-7.30
Soin de soi-même	12	2.48	1.19-4.30
Cognitif	23	4.76	2.86-6.66
Partie supérieure du corps	20	4.14	2.36-5.92
Anxiété	88	18.22	14.78-21.66
Dépression	48	9.94	7.27-12.6
Total	115	23.81	20.01-27.61

Sur la base de certaines caractéristiques spécifiques, nous avons essayé de vérifier si certaines variables étaient en mesure d'influencer le pourcentage de handicap, en particulier le genre et le parcours migratoire. En outre, en considérant que l'anxiété et la dépression, avec la mobilité, sont les aspects qui contribuent le plus à déterminer le pourcentage de handicap, nous avons choisi d'enquêter sur la relation avec le parcours migratoire. Les résultats sont résumés dans le tableau 3.

Tableau 3
Caractéristiques et itinéraires migratoires

	Avec Handicap	%	Sans Handicap	%	OR (95% CI)
Itinéraire Méditerranée Centrale	79	68.69	189	51.35	2.08 (1.33-3.24)
Autres itinéraires	36	31.31	179	48.65	
	Avec Handicap	%	Sans Handicap	%	OR (95% CI)
Femmes	55	47.82	147	39.94	1.38 (0.9-2.1)
Hommes	60	52.18	221	60.06	
	Anxiété Oui	%	Anxiété non	%	OR (95% CI)
Méditerranée Centrale	62	70.45	206	52.15	2.19 (1.33-3.6)
Autres itinéraires	26	29.55	189	47.85	
	Dépression Oui	%	Dépression Non	%	OR (95% CI)
Méditerranée centrale	26	54.16	242	55.63	0.94 0.52-1.71
Autres itinéraires	22	45.84	193	44.37	
	Mobilité si	%	Mobilité No	%	OR (95%CI)
Itinéraire Balkanique	7	17.50	29	6.54	3.03 (1.23-7.44)
Autres itinéraires	33	82.50	414	93.46	

Lire le handicap à travers la loupe des perspectives de la CBID

Les cinq composantes de la matrice CBR ont été analysées selon le manuel de référence des indicateurs. Le tableau X reporte les principales différences pour les variables sélectionnées et les OR avec IC à 95% ont été calculés.

En particulier, les personnes migrantes avec handicap ont été scolarisées dans des structures éducatives spécialisées ou par des membres de leur famille (OR 8,84, 95% CI 5,33-14,64), et en général, les adultes avec handicap ont une probabilité significativement inférieure de travailler ou d'être rémunérés (OR 1,80, 95% CI 1,06-3,06) et ils ne savent pas comment accéder au système judiciaire (OR 1,73 95% CI 1,06-2,80). Les résultats sont résumés dans le tableau 4.

Tableau 4
Caractéristiques individuelles (routes, sexe)

	Total	Avec Handicap	%	Sans Handicap	%	OR (95% CI)
E02 Où avez-vous fait vos études ? (Subtotal 419)						
Autres écoles	99	62	54.86	37	12.09	8.84 (5.33-14.64)
Institutions ordinaires	320	51	45.17	269	87.91	
L01 Quelle est votre situation de travail actuelle ? (Subtotal 403)						
Pas de travail	229	92	80.70	202	69.89	1.80 (1.06-3.06)
Travail non rémunéré	65					
A temps partiel/plein	99	22	19.30	87	30.11	
Free-lance	10					
H03 Votre (docteur, opérateur, professionnel de santé) vous a-t-il déjà expliqué les avantages d'une alimentation équilibrée, de l'exercice ou de ne pas fumer? (Sub 483)						
Oui	262	64	55.65	198	52.51	1.13 (0.75-1.73)
Non	221	51	44.33	179	47.49	
H04 À quand remonte la dernière fois que vous avez effectué un examen général de santé ? (Subtotal 476)						
1 an	380	112	97.39	344	95.29	1.84 (0.53-6.41)
2 ans	76					
2-5 ans	10	3	2.61	17	4.71	
>5 ans	10					
H05 Au cours de la dernière année, avez-vous eu besoin d'assistance sanitaire mais vous n'avez pas pu y accéder ? (Sub total 483)						
Pas accédé	113	32	27.82	81	25.87	1.1 (0.68-1.78)
Oui accédé	315	83	72.18	232	74.13	
Pas de besoin	55			55		
H08 Dans la dernière année, avez-vous eu besoin d'assistance de réadaptation (physiothérapie, thérapie ergothérapie, logopédie) mais vous n'avez pas pu y accéder ? (Subtotal 399)						
Pas accédé	51	11	12.50	40	80.00	0.04 (0.01-0.09)
Oui accédé	87	77	87.50	10	20.00	
Pas de besoin	261	27		234		
E04 Participez-vous à des moments d'apprentissage pour le développement d'habilités concernant vos activités de vie quotidienne ? (subtotal 472)						
Non	301	76	67.25	225	62.67	1.22 (0.78-1.91)
Oui	171	37	32.75	134	37.33	
S07 Savez-vous comme accéder au système judiciaire ? (subtotal 455)						
Non	308	86	76.10	222	66.86	1.72 (1.06-2.8)
Oui	147	27	23.9	120	33.14	

Nous avons aussi évalué les différences dans l'accès à l'assistance médicale sur la base du parcours migratoire/pays d'origine. Dans le tableau 5, nous avons rapporté la possibilité d'obtenir une assistance médicale chez des individus avec et sans handicap, en utilisant comme référence la nationalité ukrainienne.

Tableau 5

Personnes sans handicap (subtotal 313)			
	Oui assistance médicale	Non	OR 95% CI
Ukrainiens	1	22	0.28 (0.04-2.10)
Autres	41	249	
Personnes sans handicap (subtotal 115)			
	Oui assistance médicale	Non	OR 95% CI
Ukrainiens	14	23	0.21 (0.09-0.48)
Autres	58	20	

Des différences significatives ont été trouvées entre les migrants avec et sans handicap : une pour la santé, une pour l'instruction, trois pour le domaine social. Toutefois, les deux groupes ont montré de mauvais résultats dans chaque composante de la matrice RBC. Le tableau 6 rapporte les scores moyens, les différences entre les deux groupes et les valeurs de référence considérées bonnes, pour chaque question sélectionnée.

Tableau 6

	Moyenne totale	SD	Sans handicap	SD	Avec handicap	SD	P	Résultat positif
H01. En général, comment évaluez-vous votre santé aujourd'hui ?	1.99	0.68	1.86	0.666	2.39°	0.55	>0.01**	<2
H02. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait du respect avec lequel vous avez été traité à l'occasion de la dernière visite médicale faite ?	3.60	1.05	3.63°	1.028	3.50°	1.14	0.29	>4
L02. Avez-vous suffisamment d'argent pour subvenir à vos besoins ?	1.79	0.79	1.95°	0.76	1.83°	0.76	0.15	>4

S01. Vous sentez-vous respecté en tant que personne ?	3.37	1.08	3.25°	1.04	3.64°	0.99	>0.01**	>4
H07. Dans quelle mesure avez-vous participé au processus décisionnel lors de votre dernière visite médicale ?	2.88	1.54	2.99°	1.46	2.79°	1.45	0.04	>4
E05. Dans quelle mesure les formations que vous suivez correspondent-elles à vos besoins ?	3.02	0.91	3.07°	0.97	2.72°	0.61	>0.05*	>4
L03. Choisissez-vous comment utiliser votre argent ?	4.34	1.61	4.52	1.08	4.30	1.25	0.75	>4
S02. Dans quelle mesure participez-vous aux décisions concernant vos soins personnels ?	4.10	1.10	4.39	1.36	2.27°	1.50	>0.01**	>4
S03. Dans quelle mesure prenez-vous des décisions concernant votre vie relationnelle, comme celles concernant vos amis et votre famille ?	.33	1.33	4.39	1.18	3.28°	0.40	>0.01**	>4
S04. Participez-vous à des activités artistiques, culturelles ou religieuses ?	2.68	1.32	3.28°	1.36	2.50°	1.20	>0.01**	>4
S05. Participez-vous à des pièces récréatives, de loisirs ou sportives ?	2.32	1.26	2.73°	1.30	2.53°	1.37	0.17	>4
S06. Connaissez-vous bien vos droits ?	2.28	0.46	2.37°	1.30	2.17°	1.10	0.10	>4

* p<0.05;

** p<0.01; °les scores au-dessus des valeurs de référence sont considérés comme bons.

Discussion

Le handicap semble être commun parmi les réfugiés qui vivent en Italie, avec un pourcentage de 23,81 (20,05-27,61 95% CI). Les femmes semblent plus à risque de vivre avec une condition de handicap (OR 1,38). Ce résultat est en ligne avec notre précédente étude (29) qui a révélé un taux élevé de femmes avec handicap par rapport aux hommes. Ceci peut être expliqué par le risque plus élevé de violence physique et sexuelle parmi les femmes réfugiées (30,31) et cela a été confirmé par la littérature scientifique. En ce qui concerne les aspects en rapport au handicap, nous avons trouvé une haute présence de troubles d'anxiété (18,22%) et dépression (9,94%), suivis par des limitations de la mobilité (8,28%). Le pourcentage est différent par rapport à l'étude de Doocy et de ses collègues (32), qui ont révélé un haut pourcentage de maladies musculosquelettiques et, donc, un pourcentage plus élevé de handicap dans le domaine de la mobilité. Les différences peuvent être expliquées par l'approche utilisée pour déterminer la prévalence du handicap ; en fait, ils utilisent le modèle biomédical pour le handicap, en identifiant les troubles de la santé principalement liés aux fonctions et aux structures corporelles de l'icf. Cependant l'approche proposée pourrait avoir sous-estimé le taux de pourcentage de handicap lié à la santé mentale. D'autre part, le WG-SS-E se concentre sur l'aspect de l'activité de l'icf et enquête aussi sur les fonctions de la santé mentale. Ceci représente une question critique pour la santé des migrants (29,33). Il est bien connu que les populations touchées par des conflits armés sont souvent exposées à des événements traumatisants et à des facteurs de stress quotidiens et qu'elles sont à risque de niveaux élevés de troubles de la santé mentale (34,35). Les données sur la santé mentale des adultes déplacés internes en Géorgie (36) ont révélé des niveaux de dépression présumée et d'anxiété respectivement de 14,0% et de 10,4%. Une autre étude récente sur les réfugiés syriens en Turquie (37) a révélé une haute prévalence d'anxiété et dépression, comme on peut s'y attendre dans une population déplacée et touchée par les conflits.

Une nouveauté importante de notre projet de recherche a été la tentative de déterminer le risque de développer une condition de handicap sur la base des itinéraires migratoires/pays d'origine. Au début de notre étude, nous avons partagé les itinéraires migratoires selon la classification fournie par Frontex (38), mais avec l'explosion de la guerre

en Ukraine la nécessité de considérer ce groupe a émergé avec force. Pendant le premier mois de guerre (21 mars 2022) 59.589 personnes, dont 30.499 femmes, 5.213 hommes et 23.877 enfants, sont arrivées en Italie de l'Ukraine. Au mois d'avril, ces chiffres avaient presque doublés: aujourd'hui, presque 100.000 ukrainiens qui ont fui la guerre ont atteint l'Italie (119). Nous avons donc inséré une catégorie spécifique pour la population ukrainienne.

Notre étude a révélé que le risque de développer un handicap est différent selon les itinéraires migratoires. En général, les personnes arrivées en Italie à travers l'itinéraire de la Méditerranée centrale ont deux fois plus de risque de développer un handicap (OR 2,2). En effet, l'itinéraire de la Méditerranée centrale, en passant par la Libye, est l'un des plus dangereux pour les migrants et des épisodes de violence ont été documentés (39). La grande majorité des migrants a reporté d'avoir été victime de violence lors de son transit en Libye. Les femmes étaient particulièrement à risque de violence sexuelle et l'accès aux services sanitaires en Libye était presque inexistant (40). Un support psychosocial pour cette population est urgent. Les femmes semblent être plus enclin à développer un handicap (OR 1,38), comme cela a été documenté dans notre étude précédente (29). Ceci peut être expliqué par le fait que les femmes réfugiées courent un plus grand risque de subir des violences (31,40). En considérant que l'anxiété et la dépression, ainsi que la mobilité, représentent le poids principal sur la limitation fonctionnelle, nous avons essayé de comprendre la relation des routes migratoires sur le fonctionnement. Nous avons découvert que le parcours migratoire central représente un risque élevé de développer des troubles d'anxiété (OR 2,19), alors que des différences substantielles pour la dépression n'ont pas été trouvées (OR 0,94). Les migrants qui ont déjà été exposés à la violence ont plus de troubles mentaux, en particulier le trouble de stress post-traumatique et le trouble dépressif majeur (41). Une présence élevée de troubles d'anxiétés a été trouvée dans diverses études (37,41) à cause des hauts niveaux de violence subie ou pour les conflits et les désastres.

En ce qui concerne les limitations de la mobilité, nous avons découvert que les gens qui ont parcouru la route balkanique ont trois fois plus de probabilités de développer des limitations fonctionnelles de la mobilité (OR 3,03). La fermeture des frontières dans les Pays balkaniques a été associée à une remarquable chute des arrivées mais, aussi, à une augmentation de la violence. En effet, presque un migrant/réfu-

gié sur trois a subi des événements violents, y compris des traumatismes physiques, lors du voyage (42).

Besoins globaux des réfugiés et des demandeurs d'asile

Sur la base du cadre CBID, notre étude a révélé que les migrants – au-delà de la condition de handicap – obtiennent de mauvais résultats dans tous les domaines de la matrice CBID, c'est-à-dire Santé, Instruction, Moyens de subsistance, Socialité et Autonomisation. Toutefois, certaines caractéristiques entre les personnes avec et sans handicap ont été observées.

En ce qui concerne la « Santé », les migrants avec handicap ne perçoivent pas leur santé comme bonne, avec une différence significative par rapport aux migrants sans handicap ($p < 0,05$), alors que les deux groupes ne sont pas satisfaits du respect avec lequel ils sont traités lors des visites sanitaires (score moyen 3,63 et 3,50, résultat positif > 4) et ils rapportent une faible implication dans le processus décisionnel pour leur propre santé (score moyen 2,99 et 2,79, résultat positif > 4). Ces résultats se conforment à notre enquête précédente (43) et avec le Rapport Mondial sur le Handicap (44).

Les niveaux bas de santé peuvent être attribués au rôle des déterminantes sociales de la santé, ce qui rend la population migrante plus vulnérable que celle autochtone. Les migrants semblent avoir un pire état de santé par rapport à la population autochtone (45). Les effets négatifs sur les déterminants de la santé, tels que le chômage, le revenu et les conditions de travail, se concentrent surtout parmi les membres les plus pauvres et vulnérables de la société, y compris les immigrés (46,47). Au-delà de cette exposition accrue à des facteurs nocifs pour la santé, les politiques d'austérité et d'exclusion ont aussi miné l'accès des immigrés aux services sociaux et sanitaires (48).

Les réfugiés et les demandeurs d'asile avec handicap ont reçu une instruction dans des écoles spécialisées ou à l'intérieur de leur propre contexte familial. En outre, ils ont un risque majeur de ne pas participer à des opportunités d'apprentissage pour améliorer leurs compétences pour la vie quotidienne ou le travail (OR 1,22). Il est important de souligner que, bien que les migrants participent aux opportunités d'apprentissage, les deux groupes perçoivent que ces cours de formation ne sont pas adaptés à leurs exigences (score moyen 3,07 et 2,72, résultat positif

>4), avec une différence significative pour les individus avec handicap ($p < 0,05$). Les migrants avec handicap ont plus de probabilités de pas travailler ou de ne pas être rémunérés (OR 1,80) par rapport aux migrants sans handicap. Ces aspects contribuent à renforcer le cycle perpétuel de handicap et pauvreté (44), avec des implications significatives pour l'émancipation et l'indépendance économique de cette population cible. En effet, ils n'ont pas assez d'argent pour satisfaire leurs besoins réels (score moyen 1,95 et 1,83, résultat positif >4). L'impact du revenu sur la santé est bien connu aussi bien pour la population autochtone que pour celle migrante (49-51). Toutefois, il est important de souligner le rôle occupationnel pour cette population cible. Le concept de privation d'emploi implique une disparité des chances de participation aux activités qui ont une signification personnelle, sociale et culturelle (52). La privation d'emploi reste un problème important pour les populations de réfugiés ; faire face à la privation d'emploi et aider les réfugiés à s'engager dans des activités significatives sont tous des objectifs qui peuvent être atteints (53).

En ce qui concerne la composante « Sociale », les deux groupes ne se sentent pas respectés en tant que personnes, avec des différences significatives pour les personnes avec handicap ($p > 0,01$) et la même tendance a été trouvée à la question relative aux décisions sur leur propre assistance personnelle et sur les relations personnelles : les deux groupes rapportent des scores inférieurs à ceux considérés positifs, avec des différences majeures pour les personnes avec handicap ($p > 0,01$). Les migrants rencontrent aussi des barrières qui limitent leur participation aux activités culturelles ou religieuses (scores moyens 3,28 et 2,50, résultat positif >4), ainsi que pour les opportunités d'activités récréatives, de loisirs et sportives (scores moyens 2,73 et 2,53, résultat positif >4). Ces résultats sont conformes à notre étude précédente (43). Il a été aussi observé que la spiritualité aide l'adaptation positive et favorise la santé mentale des réfugiés (54), et elle peut aussi aider largement pour le soutien psychosocial et émotionnel. Enfin, la participation à des activités récréatives et de loisir, tels que le langage universel du sport, la danse, les jeux et la récréation, mais aussi à travers d'autres activités récréatives non physiques, comme l'art et l'artisanat, jouent un rôle fondamental pour le bien-être des personnes, aussi dans les communautés des migrants et réfugiés (55).

En outre, les migrants avec handicap ne savent pas comment accéder au système judiciaire (OR 1,72) les deux groupes ne savent pas comment

obtenir une assistance juridique pour leurs droits (scores moyens 2,37 et 2,17, résultats positifs >4). Ce résultat est en ligne avec notre étude précédente (43) qui rapporte aussi que les migrants ignorent souvent leurs droits, quand ils ont besoin d'un support juridique substantiel.

Enfin, nous avons observé que les Ukrainiens – indépendamment des conditions de handicap – peuvent obtenir une assistance médicale plus facilement par rapport aux autres migrants (OR 0,28 e 0,21). Les gouvernements de l'ue se sont avérés plus proches des réfugiés ukrainiens que des autres (56) ; par exemple, en Italie les gouvernements nationaux et régionaux ont offert plus d'informations et de Communications en langue ukrainienne - et la communication a été vue comme la principale barrière pour naviguer dans les systèmes sanitaires et sociaux, au-delà des normes et des autorisations qui facilitent le travail et d'autres questions critiques (57). Le 4 mars 2022, en effet, le Conseil de l'Union Européenne a voté à l'unanimité en faveur de la proposition de la Commission Européenne d'activer la directive sur la protection temporaire (58). Cette directive a été conçue pour donner des indications aux Etats membres sur la gestion d'une arrivée massive de réfugiés dans l'ue. Grâce à cette directive, les réfugiés ont droit à une protection temporaire d'un an, qui peut être étendue jusqu'à trois ans, sans devoir faire face à de longues procédures d'asile. Au-delà du permis de séjour, les réfugiés ukrainiens ont accès à la protection sociale, à l'assistance sanitaire, à l'instruction, aux services bancaires et au marché du travail. Elle permet aussi aux familles de pouvoir se regrouper dans le pays d'accueil, et aux réfugiés de se déplacer librement vers d'autres Pays membres dans certaines circonstances.

L'étendue du soutien aux réfugiés ukrainiens est sans précédent, mais les droits préférentiels qui leur ont été accordés par rapport aux réfugiés provenant d'autres pays, qui doivent se soumettre aux procédures d'asile établies, ont déjà déchaîné les critiques de certaines ONG et des media (59). Toutefois, le « modèle ukrainien » pour les réfugiés devrait être considéré comme une démarche vertueuse à étendre à toute la population migrante, indépendamment de la nationalité ou de la provenance. Migrer/Emigrer est un droit, et donc tout comme les hirondelles peuvent voler au-delà des frontières, le même droit devrait être garanti aux personnes, en soutenant des couloirs humanitaires sûrs et en garantissant à tous une vie digne.

Conclusions

En Italie il n'existe pas d'initiatives nationales cohérentes et systématiques pour organiser ou améliorer les services pour les réfugiés et les demandeurs d'asile. L'Italie, tout comme la Grèce et l'Espagne, est la première porte d'accès à l'Europe, il serait donc nécessaire d'effectuer une évaluation spécifique de la vulnérabilité dans les centres d'accueil et lors du processus d'identification. Nous avons analysé que 23,81% des réfugiés et des demandeurs d'asile vivent dans des conditions de handicap et que les principales limitations fonctionnelles sont liées à la santé mentale. Des différences de genre ont été observées et les femmes semblent être plus enclin à avoir un handicap. L'itinéraire de la Méditerranée centrale représente un risque plus élevé de troubles de la santé mentale, alors que les migrants qui voyagent à travers l'itinéraire balkanique semblent avoir un risque élevé de handicap moteur.

Même si des politiques nationales qui garantissent l'accès à la santé et aux services liés existent, les personnes ne sont pas conscientes de ces possibilités et les différences régionales dans les services pour les réfugiés et les demandeurs d'asile avec handicap sont évidentes. Les Ukrainiens peuvent accéder plus facilement aux services sanitaires, et ceci pourrait être dû à la massive campagne d'information nationale (par exemple le site web en ukrainien) au-delà de permis spéciaux et de procédures législatives. Le « modèle ukrainien » pourrait donc être pris comme exemple et utilisé pour la population migrante dans son ensemble.

Les besoins de santé ont été observés, mais des problèmes sociaux, de subsistance et d'instruction ont émergé. Pour ces raisons, il est fortement recommandé de former les opérateurs sanitaires, les opérateurs sociaux et de communauté sur ces aspects spécifiques.

Bibliographie

- World Health Organization. Constitution of The World Health Organization. Basic Document Forthty-fifth edition. 2006.
- Marmot M., Friel S., Bell R., Houweling T.A., Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*. 2008.
- Solar O., Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social

- Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). 2010.
- OISG. A Caro Prezzo. Le Disuguaglianze in Salute. ETS Edizioni, editor. Rome; 2006. 344 p.
- Tofani M., Marceca M. Salute e Migranti con Disabilità in Griffo G, D'Errico L, I Rifugiati e i Richiedenti Asilo con Disabilità in Italia. *Minority Reports*. Mimesis Edizioni, editor. Sesto San Giovanni (Milano); 2019. 103-112 p.
- Froehlich-Grobe K., Jones D., Businelle M.S., Kendzor D.E., Balasubramanian B.A. Impact of disability and chronic conditions on health. *Disabil Health J*. 2016.
- Reichard A., Stolze H., Fox M.H. Health disparities among adults with physical disabilities or cognitive limitations compared to individuals with no disabilities in the United States. *Disabil Health J*. 2011.
- Kuper H., Phyllis H. The Missing Billion ACCESS TO HEALTH SERVICES FOR 1 BILLION PEOPLE WITH DISABILITIES [Internet]. London; 2019 [cited 2021 May 26]. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189996>
- Blitz B.K., D'Angelo A., Kofman E., Montagna N. Health challenges in refugee reception: Dateline Europe 2016. *Int J Environ Res Public Health*. 2017.
- Marceca M., Battilomo S., Russo G., Massetti A.P., Mastroianni C.M., Villari P., et al. Migrants' Health Protection: Socio-health and Legal Situation of Asylum Seekers and Refugees in Italy. In 2019.
- Marceca M., Tofani M. Considerazioni di Sanità Pubblica sull'invecchiamento delle Persone Immigrate in Italia. In: *Il contributo dei centri per i disturbi cognitivi e le demenze nella gestione integrata dei pazienti*. Istituto Superiore di Sanità; 2019.
- World Health Organization. Health of older refugees and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018. 1-48 p.
- Haroon S. The health needs of asylum seekers. Briefing statement. *The Medical journal of Australia*. 2007.
- Patel B. The social care needs of refugees and asylum seekers. 2006 [cited 2022 Oct 2]; Available from: www.scie.org.uk
- Jensen N.K., Norredam M., Draebel T., Bogic M., Priebe S., Krasnik A. Provi-

- ding medical care for undocumented migrants in Denmark: What are the challenges for health professionals? *BMC Health Serv Res*. 2011.
- Burnett A., Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain: Health needs of asylum seekers and refugees. *British Medical Journal*. 2001.
- Uribe Guajardo M.G., Slewa-Younan S., Smith M., Eagar S., Stone G. Psychological distress is influenced by length of stay in resettled Iraqi refugees in Australia. *Int J Ment Health Syst*. 2016.
- Jaranson J.M., Quiroga J. Evaluating the services of torture rehabilitation programmes: history and recommendations. *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture*. 2011.
- Harris J. 'All Doors are Closed to Us': A social model analysis of the experiences of disabled refugees and asylum seekers in Britain. *Disabil Soc [Internet]*. 2010 Jun [cited 2021 Aug 27]; 18(4):395-410. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/096875903200080968>
- Harris M., Zwar N. Refugee health. *Aust Fam Physician*. 2005.
- Milosevic D., Cheng I.H., Smith M.M. The NSW refugee health service: Improving refugee access to primary care. *Aust Fam Physician*. 2012.
- Joshi C., Russell G., Cheng I.H., Kay M., Pottie K., Alston M., et al. A narrative synthesis of the impact of primary health care delivery models for refugees in resettlement countries on access, quality and coordination. *Int J Equity Health*. 2013.
- Lamb C.F., Smith M. Problems refugees face when accessing health services. *N S W Public Health Bull*. 2002.
- Davidson N., Skull S., Burgner D., Kelly P., Raman S., Silove D., et al. An issue of access: Delivering equitable health care for newly arrived refugee children in Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2004.
- Raman S., Wood N., Webber M., Taylor K.A., Isaacs D. Matching health needs of refugee children with services: How big is the gap? *Aust N Z J Public Health*. 2009.
- Leaning J., Spiegel P., Crisp J. Public health equity in refugee situations. *Confl Health*. 2011.
- Montgomery E., Foldspang A. Seeking asylum in Denmark: Refugee children's mental health and exposure to violence. *Eur J Public Health*. 2005.

- Khan F, Amatya B. Refugee health and rehabilitation: Challenges and response. *J Rehabil Med*. 2017.
- Tofani M., Galeoto G., Berardi A., Iorio S., Conte A., Fabbrini G., et al. Measuring Disability among Migrants with Washington Group Tools: Reflections for Field Use. *Healthcare*. 2022 Sep 24;10(10):1860.
- Vu A., Adam A., Wirtz A., Pham K., Rubenstein L., Glass N., et al. The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis. *Plos Curr* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jul 18];6. Available from: [/pmc/articles/PMC4012695/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24712695/)
- Hossain M., Pearson R., mcalpine A., Bacchus L., Muuo S.W., Muthuri S.K., et al. Disability, violence, and mental health among Somali refugee women in a humanitarian setting. *Glob Ment Health (Camb)* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 18];7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33489246/>
- Doocy S., Sirois A., Tileva M., Storey J.D., Burnham G. Chronic disease and disability among Iraqi populations displaced in Jordan and Syria. *Int J Health Plann Manage* [Internet]. 2013 Jan 1 [cited 2022 Oct 18];28(1):e1-12. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hpm.2119>
- Morina N., Akhtar A., Barth J., Schnyder U. Psychiatric disorders in refugees and internally displaced persons after forced displacement: A systematic review. *Front Psychiatry*. 2018 Sep 21;9(SEP):433.
- Miller K.E., Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Soc Sci Med*. 2010 Jan 1;70(1):7-16.
- Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R.A., van Ommeren M. Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 2009 Aug 5 [cited 2022 Oct 18];302(5):537-49. Available from: <https://typeset.io/papers/association-of-torture-and-other-potentially-traumatic-rc87xzipko>
- Makhashvili N., Chikovani I., Mckee M., Bisson J., Patel V., Roberts B. Mental Disorders and Their Association With Disability Among Inter-

- nally Displaced Persons and Returnees in Georgia. *J Trauma Stress* [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2022 Oct 18];27(5):509-18. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jts.21949>
- Polack S., Scherer N., Yonso H., Volkan S., Pivato L., Shaikhani A., et al. Disability among Syrian refugees living in Sultanbeyli, Istanbul: Results from a population-based survey. *Plos One* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2022 Feb 15];16(11):e0259249. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?Id=10.1371/journal.pone.0259249>
- FRONTEX. Western Mediterranean Route [Internet]. [cited 2022 Oct 18]. Available from: <https://frontex.europa.eu/we-know/migratory-routes/western-mediterranean-route/>
- Oun A.M., Hadida E.M., Stewart C. Assessment of the knowledge of blast injuries management among physicians working in Tripoli hospitals (Libya). *Prehosp Disaster Med* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2022 Oct 20];32(3):311-6. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/assessment-of-the-knowledge-of-blast-injuries-management-among-physicians-working-in-tripoli-hospitals-libya/D4087E653BCDF94BCF91A06B6964448A>
- Reques L., Aranda-Fernandez E., Rolland C., Grippon A., Fallet N., Reboul C., et al. Episodes of violence suffered by migrants transiting through Libya: a cross-sectional study in “Médecins du Monde’s” reception and healthcare centre in Seine-Saint-Denis, France. *Confl Health* [Internet]. 2020 Feb 28 [cited 2022 Oct 20];14(1):12-12. Available from: <https://europepmc.org/articles/PMC7048045>
- Mesa-Vieira C., Haas A.D., Buitrago-Garcia D., Roa-Diaz Z.M., Minder B., Gamba M., et al. Mental health of migrants with pre-migration exposure to armed conflict: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2022 Oct 22];7(5):e469-81. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S2468266722000615/fulltext>
- Ben Farhat J., Blanchet K., Juul Bjertrup P., Veizis A., Perrin C., Coulborn RM, et al. Syrian refugees in Greece: Experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. *BMC Med* [Internet]. 2018 Mar

- 13 [cited 2022 Oct 22];16(1):1-12. Available from: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-018-1028-4>
- Tofani M., Berardi A., Iorio S., Galeoto G., Marceca M. Exploring global needs of migrants with disability within a community-based inclusive development perspective. *Ann Ist Super Sanita*. 2022.
- World Health Organization. WORLD REPORT ON DISABILITY WHO [Internet]. 2011 [cited 2021 May 26]. Available from: www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
- Gotsens M., Malmusi D., Villarroel N., Vives-Cases C., Garcia-Subirats I., Hernando C., et al. Health inequality between immigrants and natives in Spain: the loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *Eur J Public Health* [Internet]. [cited 2022 Oct 23];25(6):923-9. Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article/25/6/923/2467523>
- De Maio F.G. Immigration as pathogenic: A systematic review of the health of immigrants to Canada. *Int J Equity Health* [Internet]. 2010 Nov 24 [cited 2022 Oct 23];9(1):1-20. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-9-27>
- Robert G., Martínez J.M., García A.M., Benavides F.G., Ronda E. From the boom to the crisis: changes in employment conditions of immigrants in Spain and their effects on mental health. *Eur J Public Health* [Internet]. 2014 [cited 2022 Oct 23];24(3):404-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24632339/>
- Vázquez M.L., Vargas I., Aller M.B. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. *Informe SESPAS 2014*. *Gac Sanit*. 2014 Jun 1;28(S1):142-6.
- Benzeval M., Judge K. Income and health: the time dimension. *Soc Sci Med*. 2001 May 1;52(9):1371-90.
- Marmot M. The Influence Of Income On Health: Views Of An Epidemiologist. *Health Aff*. 2017 Aug 17;21(2):31-46.
- Lin Y., Zhang Q., Chen W., Ling L. The social income inequality, social integration and health status of internal migrants in China. *Int J Equity Health*. 2017.
- Whiteford G. Occupational deprivation: Global challenge in the new millennium. *British Journal of Occupational Therapy*. 2000;63(5):200-4.

- Siddiqui S.M., Said E., Hanna B., Patel N.H., Gonzalez E.L., Garrett S.L., et al. Addressing Occupational Deprivation in Refugees: A Scoping Review. *Journal of Refugee and Global Health* [Internet]. 2019 [cited 2022 Oct 23]; Available from: <https://ir.library.louisville.edu/rgh/vol2/iss1>
- Pandya S.P. Spirituality for Mental Health and Well-Being of Adult Refugees in Europe. *J Immigr Minor Health* [Internet]. 1234 [cited 2022 Oct 23];20:1396-403. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0717-6>
- Reis A.C., Lokpo K., Bojanic M., Sperandei S. In search of a “vocabulary for recreation”: Leisure-time physical activity among humanitarian migrants in regional Australia. *Plos One* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2022 Oct 23];15(10):e0239747. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?Id=10.1371/journal.pone.0239747>
- De Coninck D. The Refugee Paradox During Wartime in Europe: How Ukrainian and Afghan Refugees are (not) Alike. *International Migration Review* [Internet]. 2022 Aug 2 [cited 2022 Oct 23]; Available from: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/01979183221116874?_Casa_token=wojnfmgv vx0aaaaa%3ammmqsrzeqr rt8lodfdn0kl01yilad0nydzz4v4ccfdk_mmwgiyk1yikairwgeppt_e01p-tdsww_Cn8
- Il Sole 24 Ore. Profughi ucraini, al via il lavoro in Italia come dipendenti o partite Iva: ecco come settore per settore - Il Sole 24 ORE [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 23]. Available from: <https://www.ilsole24ore.com/art/profughi-ucraini-via-lavoro-italia-come-dipendenti-o-partite-iva-ecco-come-settore-settore-aesymcqb>
- European Commission. EUR-Lex - 52022PC0091 - EN - EUR-Lex [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 23]. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?Uri=CELEX%3A52022PC0091&qid=1656585642376>
- Eurofound. Policies to support refugees from Ukraine | Eurofound [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 23]. Available from: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/article/2022/policies-to-support-refugees-from-ukraine>

Les immigrés en situation de handicap au Maroc Le cas de la ville de Rabat et sa région*

Elmadmad K. et Equipe de recherche de Rabat¹

¹ Centre UNESCO « Droits et Migrations » (CUDM), Rabat

² Université Hassan II de Casablanca, FSJESC

Résumé

La présente étude est sociojuridique et traite d'une thématique assez peu analysée. Elle cherche à comprendre pourquoi, malgré les lois protectrices et les politiques bien intentionnées concernant les immigrés et les personnes handicapées au Maroc, le soutien et l'intégration des immigrés handicapés restent insuffisants. Ces immigrés semblent être « les oubliés » de la recherche scientifique et, dans une certaine mesure aussi, les laisser pour compte ou les « left behind » des actions et des

* DOI: 10.4458/6359-03

¹ La région de *Rabat-Salé-Kénitra* forme la deuxième plus grande agglomération du Maroc, après celle de *Casablanca*. Elle est composée de trois préfectures et de quatre provinces : la préfecture de *Rabat*, la préfecture de *Salé*, la préfecture de *Skhirate-Témara*, la province de *Sidi Kacem*, la province de *Sidi Slimane*, la province de *Kenitra* et la province de *Khémisset*. Pour plus d'informations sur la ville de Rabat et sa région, voir : <https://www.regions-maroc.ma/region-rabat-sale-kenitra/>

Cette étude est une recherche théorique et pratique.

- Le travail sur le terrain à Rabat et sa région a été conduit par une équipe de trois universitaires spécialistes de la migration, dirigées et orientées par la Professeure et Maître Khadija ELMADMAD. Il s'agit d'Imane EL FAKKAOUI titulaire d'un Doctorat en Sociologie de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines Ain-Chock de l'Université Hassan II à Casablanca et de deux doctorantes, Chai-

politiques liées à la migration et à la santé. La revue de littérature disponible et surtout le travail sur le terrain réalisé auprès d'immigrés handicapés dans la ville de Rabat et sa région en 2023, ont informés sur les conditions des immigrés handicapés présents au Maroc et ont révélé leur grande vulnérabilité et leur besoin de protection l'objectif de cette étude est de démontrer qu'une protection efficace des immigrés handicapés vivant au Maroc aura un impact large et assez positif sur les droits et les pratiques en faveur de tous les migrants et de toutes les personnes handicapées et confirmera le pays comme leader de la migration et des droits des migrants et, peut-être aussi, comme un modèle de justice sociale dans la région. L'étude traite, tout d'abord, de l'immigration et du handicap au Maroc ainsi que des droits des immigrés et des personnes handicapées et leur prise en charge (y inclus les immigrés en situation de handicap). Elle expose, par la suite, les résultats du travail de terrain mené à Rabat et sa région. Elle présente, à la fin, des recommandations pour une meilleure protection et une bonne prise en charge des personnes immigrées en situation de handicap.

Introduction

Les problèmes de santé accentuent fortement la vulnérabilité des personnes migrantes et constituent des défis réels à leur protection juridique et sociale, particulièrement lorsque ces personnes sont en situa-

mae MASHI et Yousra BELSANY, préparant un Master spécialisé en « Religion, Culture et Migration » à la Faculté des lettres et des Sciences Humaines de l'Université Mohammed V Rabat-Agdal.

- La rédaction de l'étude a été réalisée par la Professeure et Maître Khadija ELMADMAD, qui est Professeure de Droit, Avocate et Médiatrice pour la paix à l'Union Africaine. Elle est aussi Directrice du Centre UNESCO « Droits et Migrations » (CUDM), basé à Rabat, au Maroc. Elle était auparavant Responsable du Doctorat sur « Migration et Droit » de la Faculté de Droit de Casablanca au Maroc, Titulaire de la Chaire UNESCO « Migration et Droits Humains » à l'Université Hassan II Casablanca Ain Chock et Présidente du Réseau UNESCO/UNITWIN sur la Migration Forcée basé à l'Université d'Oxford en Angleterre et Présidente du Réseau des experts marocains en droit des réfugiés qui était hébergé par le bureau du HCR à Rabat, parmi d'autres fonctions en relation avec la migration et le droit.

tion de handicap. Les personnes migrantes se déplacent de différentes manières et pour plusieurs raisons : à l'intérieur ou à l'extérieur des frontières nationales, avec ou sans documents, pour fuir une persécution ou des violences, pour garantir un droit humain ou tout simplement pour rechercher une vie meilleure ailleurs

Les personnes migrantes sont de diverses catégories et ont des statuts juridiques variés. On distingue les émigrés qui quittent leur pays d'origine, les immigrés qui s'établissent dans des pays dont ils n'ont pas la nationalité, les migrants volontaires qui décident librement de s'installer en dehors de leur pays ou régions d'origine, les migrants involontaires qui sont forcés de fuir leurs régions ou pays et de rechercher protection et asile ailleurs, les migrants en situation régulière qui traversent les frontières internationales munis de documents et les migrants en situation irrégulière ou « les sans-papiers » qui voyagent sans documents ou avec des documents falsifiés etc.

A chaque catégorie de ces migrants s'applique un droit de la migration spécifique, pour réglementer leurs migrations ou pour les protéger².

Une personne en situation de handicap (PESH) est, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une personne dont « l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou occuper un emploi, s'en trouve compromise ». Le handicap (mental ou physique) désigne donc la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, causée par une déficience provoquant une incapacité, permanente ou non et impliquant du stress et des difficultés morales, intellectuelles, sociales et/ou physiques³.

² Pour plus de détails sur les migrants et leurs droits, voir, entre autres, Khadija ELMADMAD (sous la direction de), « Les migrants et leurs droits au Maghreb », Editions La Croisée des Chemins, Casablanca, 2004, particulièrement les pages 15-18. Le texte intégral de cet ouvrage est publié dans le site web de l'UNESCO à Paris, sous le code SHS/2004/MC/4, in : <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139531>

³ Cf. Pierre-Brice LEBRUN et Sandrine LARAN, « Le handicap : définition et reconnaissance », in : <https://www.cairn.info/le-droit-en-action-sociale-9782100755189-page-155.htm>

Théoriquement, les personnes migrantes en situation de handicap sont protégées doublement, comme migrantes et comme handicapées, aussi bien par les instruments juridiques relatifs à la migration et au droit de la migration que par ceux des droits humains, particulièrement la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées du 13 décembre 2006 et son Pacte facultatif⁴. Mais, souvent, la pratique est tout autre.

Le Maroc a toujours été et reste un pays de toutes les migrations et de tous les migrants, du fait, notamment, de sa position stratégique, entre l'Afrique, l'Europe et le Monde Arabe.

La prévalence du handicap au Maroc est estimée officiellement à plus de 6%⁵. Mais, d'autres sources parlent d'une prévalence plus élevée de 9,5%⁶. Il existe dans le pays quelques textes juridiques qui concernent les PESH et aussi des recherches spécifiques et des institutions qui les prennent en charge. Néanmoins, très peu d'informations sont dispo-

⁴ Cette convention est en entrée en vigueur le 03 mai 2008. Son objectif est de garantir la pleine jouissance des droits humains fondamentaux par les personnes handicapées et leur participation active à la vie politique, économique, sociale et culturelle. En 2024, 190 Etats sont parties à cette convention. Voir les textes de cette convention et de son protocole in: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprotf.pdf>
Pour les ratifications de la Convention et de son Protocole , voir: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=iv15&chapter=4&clang=_fr

⁵ Chiffre avancé par la Ministre marocaine de la famille, de la solidarité, de l'égalité et du développement social lors de sa présentation du rapport périodique du Maroc au Comité des droits des personnes handicapées le 16 août 2017, sur ce rapport et cette présentation voir : <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2017/08/committee-rights-persons-disabilities-consider-initial-report-morocco>

⁶ Cf. Abderrazak HAJJIOUI, Naïma ABDA, Rachid GUENOUNI, Chakib NEJJARI and Maryam FOURTASSI, "Prevalence of Disability in Morocco: Results from a Large-Scale National Survey", *Journal of Rehabilitation Medicine*, official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, Medical Journals Sweden, September 2019, in: https://www.researchgate.net/publication/336135812_Prevalence_of_disability_in_Morocco_Results_from_a_large-scale_national_survey

nibles sur les personnes immigrées en situation de handicap (IESH) et presque pas d'études détaillées sur la thématique. Ces personnes semblent relativement être « les oubliés de la recherche scientifique », au Maroc, comme dans plusieurs autres pays du monde.

Il est généralement assez difficile pour une personne invalide de vivre dignement et convenablement partout dans le monde, mais c'est plus difficile quand il s'agit d'une personne migrante et c'est encore plus difficile quand c'est une personne immigrée originaire d'un pays du Sud et vivant dans un pays d'accueil du Sud où la protection sociale est assez limitée et lacunaire la plupart du temps. C'est le cas notamment de certaines personnes immigrées handicapées présentes au Maroc.

Un travail sur le terrain, conduit avec des personnes immigrées (volontaires et involontaires) en situation de handicap dans la ville de Rabat et sa région au cours de l'année 2023 par une équipe de quatre universitaires marocaines comprenant deux juristes et deux sociologues, a renseigné sur la situation juridique et sociale des immigrés en situation de handicap vivant au Maroc et sur les limites de leur protection.

La présente étude fait partie du projet global de recherche CODREAM : collaboration for Disability in refugees Across the Mediterranean (Collaboration sur le handicap chez les réfugiés en Méditerranée). Ce projet a été initié par le Département des Sciences Médico-Chirurgicales et biotechnologies de l'Université Sapienza de Rome en Italie, qui a associé à cette recherche multidisciplinaire en Tunisie la Faculté des Sciences Humaines et Sociales de l'Université de Tunis et au Maroc la Faculté des Sciences Juridiques Economiques et Sociales de l'Université Hassan II à Casablanca ainsi que le Centre UNESCO « Droits et Migrations » (CUDM) à Rabat. L'objectif général de la recherche est d'analyser le handicap chez les migrants, particulièrement chez les réfugiés⁷.

⁷ Plus précisément, le projet CODREAM vise à ouvrir un débat sur la migration dans le bassin méditerranéen en analysant la santé, le handicap et les droits des personnes migrantes. C'est un projet dans lequel des experts en médecine et en santé, en droit, en démographie, en statistiques et en migration analysent la thématique et cherchent à recueillir certaines données spécifiques sur le terrain, à l'aide de questionnaires et d'entrevues.

Cette étude est sociojuridique et aborde un sujet assez peu analysé. Elle examine la situation juridique et sociale des immigrés handicapés et essaie de comprendre pourquoi ils restent, dans une certaine mesure, « les exclus » de la recherche et des politiques concernant la migration et la santé.

L'intérêt de la recherche est de montrer qu'une protection effective des IESH présents au Maroc aura un impact important sur les droits et sur les actions en faveur de tous les immigrés et de toutes les personnes en situation de handicap dans le pays.

L'étude analyse l'immigration et le handicap au Maroc ainsi que les droits des immigrés et des personnes en situation de handicap et leur prise en charge (y compris les immigrés handicapés). Elle expose le travail sur le terrain conduit dans la ville de Rabat et sa région sur l'immigration et le handicap et ses résultats. Elle fait des suggestions pour renforcer les droits et améliorer la prise en charge des personnes immigrées en situation de handicap.

Immigration et handicap au Maroc

La migration (émigration et immigration) comme le handicap sont présents dans la société marocaine, comme c'est le cas dans les autres sociétés humaines. Le pays adhère aux règles et principes internationaux visant à protéger aussi bien les migrants que les personnes en situation de handicap et leur faciliter la vie en société. Cependant, alors que des efforts considérables ont été fournis en faveur des immigrés et des personnes invalides et leurs droits au Maroc, très peu d'attention semble avoir été accordée aux immigrés en situation de handicap exclusivement.

Immigration et droits des immigrés au Maroc

L'immigration au Maroc s'est développée avec le temps et a évolué le long de l'histoire du pays. Il n'existe pas actuellement de statistiques précises des immigrés qui vivent dans le pays. Ce qui est certain c'est qu'environ 50.000 personnes immigrées ont été régularisées lors des deux campagnes de régularisation d'immigrés en situation irrégulière de 2013-2014 et de 2016-2017, qui ont été organisées à la suite de l'adoption de la nouvelle politique marocaine d'immigration et d'asile

(NPMIA). Cette NPMIA a été lancée en 2013, a été motivée par une préoccupation de sauvegarde des droits des immigrés et a été basée sur une approche humaniste, globale et intégrée.

Après l'adoption de cette NPMIA, le Maroc a été considéré comme l'un des premiers pays du Sud à avoir opté pour une politique solidaire pour accueillir des immigrés, protéger leurs droits et préserver leur dignité. La NPMIA a placé le pays comme leader de la migration et des droits des migrants, au niveau régional africain et relativement aussi au niveau universel .

Le but principal de la NPMIA était de rendre justice aux immigrés vivant irrégulièrement dans le pays et de les faire bénéficier de leurs droits. C'est dans ce sens qu'en décembre 2014, une Stratégie Nationale d'Immigration et d'Asile (SNIA) a été adoptée. Elle trouve ses fondements dans la volonté du Royaume de se conformer à ses engagements internationaux en matière de migration et des droits de l'homme et aux dispositions de la nouvelle Constitution de 2011 qui stipule dans son préambule que « Le Royaume du Maroc... Réaffirme son attachement aux droits de l'Homme tels qu'ils sont universellement reconnus, ainsi que sa volonté de continuer à œuvrer pour préserver la paix et la sécurité dans le monde » et dans son article 30 que : « Les étrangers jouissent des libertés fondamentales reconnues aux citoyennes et citoyens marocains, conformément à la loi »

Parmi les droits accordés aux immigrés, figure le droit à l'accès aux services de la santé et de l'enseignement⁸. C'est ainsi que de multiples activités et programmes ont été élaborés pour faciliter cet accès, en collaboration avec plusieurs acteurs nationaux et internationaux⁹.

⁸ Pour plus de détails sur l'accès des immigrés aux services de santé et de l'éducation au Maroc depuis la NPMIA, voir parmi d'autres, Royaume du Maroc, Ministère des Affaires Etrangères, de la Coopération Africaine et des Marocains Résidant à l'Étranger, « Politique Nationale d'Immigration et d'Asile : Rapport 2021 », in : https://marocainsdumonde.gov.ma/ewhatisi/2023/02/Rapport_SNIA_2021_Final_ok.pdf

⁹ Sur l'accès des immigrés à la santé au Maroc spécifiquement, voir Équipe de recherche Marie-Claude HAINCE, Youness BEN MOURO, Hicham AÏT MANSOUR, et Driss KSIKES (Coordination éditoriale), Les déterminants socioculturels d'accès à la santé des personnes migrantes au Maroc, Econo-

On peut relever, toutefois, que la politique migratoire marocaine élaborée en 2013 se heurte à de multiples difficultés, notamment l'absence d'un cadre juridique national d'asile et d'immigration. Le pays ne s'est doté jusqu'à présent ni de la loi sur l'asile ni de celle sur l'immigration qui étaient prévues dans la NPMIA. Actuellement, il n'existe que des projets de loi : le projet n° 66-17 sur l'asile et le projet n° 72-17 sur l'immigration¹⁰.

En l'absence de nouveaux textes sur l'immigration et l'asile, seul reste applicable dans le domaine de l'asile le très court décret du 29 août 1957 « fixant les modalités d'application de la Convention relative au statut des réfugiés signée à Genève le 28 juillet 1951 » et créant le Bureau des réfugiés et apatrides (BRA auprès du Ministère des affaires étrangères (MAE). Mais, en raison du fonctionnement irrégulier du BRA, l'enregistrement des demandes d'asile et l'octroi de la protection internationale par les autorités marocaines n'ont pas été possibles et c'est le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) qui se charge de la détermination du statut du réfugié. Dans le domaine de l'immigration et l'émigration, c'est la Loi 02.03 du 11 novembre 2003 relative à « l'entrée et au séjour des étrangers au Maroc, et à l'émigration et l'immigration irrégulières » qui reste applicable jusqu'à présent. C'est une loi assez limitée et controversée¹¹.

mia, HEM Research Center, Rabat, août 2020, in : <https://www.economia.ma/sites/default/files/recherchePJ/Rapport%20final%20web%20migrant.pdf>

Voir aussi : Royaume du Maroc, Ministère des affaires étrangères, de la coopération africaine et des Marocains résidant à l'étranger, « Politique Nationale d'Immigration et d'Asile : Rapport 2021 », op. cit.

¹⁰ Cf. Ministère délégué auprès du Ministre des affaires étrangères et de la coopération internationale, chargé des Marocains résidant à l'étranger et des affaires de la migration, « Politique Nationale d'Immigration et d'Asile : Rapport 2018 », in : <https://marocainsdumonde.gov.ma/wp-content/uploads/2019/01/Politique-Nationale-dimmigration-et-dAsile--Rapport-2018.pdf>

¹¹ Sur cette loi 02.03 et ses limites, voir, entre autres, Khadija ELMADMAD, « La nouvelle loi marocaine du 11 novembre 2003 relative à l'entrée et au séjour des étrangers au Maroc, et à l'émigration et l'immigration irrégulières », Consortium for *Applied Research on International Migration* (CARIM), Institut Universitaire Européen à Florence (Italie), 2004, in : <https://cadmus.eui.eu/handle/1814/11690?show=full>

Handicap et droits au Maroc

Alors que les préoccupations concernant les PESH et leurs droits sont manifestes dans diverses actions gouvernementales marocaines, rares sont celles qui concernent spécialement les IESH.

Les personnes en situation de handicap au Maroc et leurs droits

Une attention particulière a été accordée aux PESH au Maroc depuis les années 2000 surtout. En présentant le rapport du Maroc au Comité des droits des personnes handicapées, le 16 août 2017, la Ministre marocaine de la famille, de la solidarité, de l'égalité et du développement social a déclaré qu'une politique générale intégrée de promotion des droits des personnes handicapées a été adoptée pour la période 2017-2021 qui comprend des mesures transversales à mettre en œuvre par tous les organes gouvernementaux¹².

La Ministre a informé aussi qu'en juillet 2017, le gouvernement marocain a adopté le plan d'action national 2017-2021 pour mettre en œuvre la politique nationale intégrée du handicap à travers un processus participatif et une approche fondée sur les droits de l'homme. L'un des objectifs était d'augmenter la fréquentation scolaire des enfants handicapés et de mieux intégrer les personnes handicapées dans le monde du travail.

Des efforts importants sont toujours fournis actuellement pour garantir la protection des personnes en situation de handicap au Maroc. Par exemple, le 13 août 2023, la première chaîne de télévision marocaine a présenté lors des informations du soir, un centre modèle pour enfants handicapés qui a été installé dans la ville de Berkane à l'Est du Maroc et a montré les grandes facilités dont dispose ce centre pour développer l'éducation de ces enfants et pour assister leurs parents à rendre facile leur intégration dans la société.

¹² Cf. Nations Unies, Droits de l'Homme, Haut-Commissariat, Le Comité des droits des personnes handicapées examine le rapport du Maroc, 17 août 2017, in : <https://www.ohchr.org/fr/press-releases/2017/08/committee-rights-persons-disabilities-considers-initial-report-morocco>

Toutefois, malgré ces efforts, les actions entreprises en faveur des PESH restent assez limitées et insuffisantes. Elles sont surtout assez lacunaires en ce qui concerne les IESH. Beaucoup reste donc à faire dans le domaine.

Les immigrés en situation de handicap et leurs droits au Maroc

Les immigrés en situation de handicap sont doublement vulnérables, comme migrants et comme personnes invalides. Ils ne bénéficient pas de protection spéciale et semblent être « les oubliés de tous ». Il n'existe presque pas de programmes conçus exclusivement pour eux, alors qu'ils devraient normalement jouir de droits spéciaux.

Les droits des immigrés en situation de handicap sont des droits humains. L'approche droits humains vise à garantir, conformément aux engagements internationaux du Maroc, certains droits fondamentaux à toutes les personnes vivant dans le pays, quels que soient leurs statuts juridiques ou leurs situations administratives : citoyens et non citoyens, immigrés en situation régulière ou non.

C'est ainsi que l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 16 décembre 1966 (ratifié par le Maroc le 03 mai 1979) reconnaît « ...le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». Le même pacte demande aux Etats de créer les conditions garantissant à chaque malade l'accès aux infrastructures médicales.

De son côté, la Convention relative aux droits des personnes handicapées du 13 décembre 2006 (ratifiée par le Maroc le 08 avril 2009) stipule dans son article premier qu'elle a pour objet « de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque », sans pour autant préciser que ces personnes doivent être nécessairement citoyennes du pays qui a l'ratifiée.

Cette convention met particulièrement l'accent sur le besoin de prendre en compte la vulnérabilité des femmes et des filles et reconnaît dans son préambule « ...que les femmes et les filles handicapées courent souvent, dans leur famille comme à l'extérieur, des risques plus élevés de violence, d'atteinte à l'intégrité physique, d'abus, de délaissement ou de défaut de soins, de maltraitance ou d'exploitation ».

Les droits des PESH, y inclus les IESH, sont garantis également par le droit interne marocain. La Constitution marocaine de juillet 2011 interdit dans son préambule toute discrimination à l'encontre de quiconque, en raison du sexe, de la couleur, des croyances, de la culture, de l'origine sociale ou régionale, de la langue, du handicap ou de quelque circonstance personnelle que ce soit.

Le Maroc a promulgué la Loi-cadre n° 97-13 « relative à la protection et à la promotion des personnes en situation de handicap » le 27 avril 2016¹³. Cette loi vise la protection de toutes les personnes en situation de handicap et se base sur l'interaction entre les personnes et leur environnement en s'inspirant de l'article premier de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Elle a adopté la définition générale de l'alinéa 2 de l'article 1 de cette convention qui déclare : « Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».

Pour sa part, la loi relative aux établissements de protection sociale du 12 avril 2018, qui s'applique aux établissements qui prennent en charge les personnes en situation de handicap parmi d'autres, stipule dans son article 4 que cette prise en charge doit obéir au principe de la non-discrimination¹⁴.

De plus, certaines législations marocaines protègent uniquement des catégories de personnes handicapées bien précises. C'est le cas, par exemple, de la Loi n° 5-81 du 6 mai 1982 (amendée le 20 octobre 1993), relative à la protection sociale des aveugles et des déficients visuels¹⁵. L'article premier de cette loi dispose que tous les aveugles

¹³ Cette loi a été publiée au Bulletin Officiel, du 19 mai 2016, n° 6466, pp. 750-754, voir : http://www.sgg.gov.ma/Portals/0/lois/Dahir_1.16.52_fr.pdf?ver=2016-12-14-124649-343

¹⁴ Cf. Dahir n° 1-18-25 du 12 avril 2018 portant promulgation de la Loi n° 65-15 relative aux établissements de protection sociale, publiée dans le Bulletin Officiel du Royaume, n° 6674, du 17 mai 2018, p. 1222.

¹⁵ Voir le contenu de cette loi dans la banque des données juridiques du Ministère marocain de l'Economie, des Finances et de la Réforme de l'Admi-

bénéficient de la protection sociale prévue par cette loi, sans distinction. Son deuxième article précise, cependant que « les étrangers résidant au Maroc bénéficient de la protection prévue aux paragraphes 4 et 5 de l'article 4 de la présente loi, à condition qu'il y ait, entre le Maroc et l'Etat dont ils sont ressortissants, un accord stipulant que les aveugles ou assimilés, ressortissants de chacun des deux Etats, bénéficient, dans le territoire de l'autre, des avantages accordés à cette catégorie de ses ressortissants ».

Par ailleurs, plusieurs programmes sont organisés par le Ministère de la santé pour permettre l'accès des immigrés à la santé et pour évaluer les principales barrières qui se posent pour eux pour bénéficier des soins. Le plan stratégique national « Santé et immigration », adopté par le Ministère marocain de la santé pour la période 2021-2025 détaille bien la politique marocaine à l'égard des personnes immigrées depuis l'adoption de la NPMIA, informe sur les engagements internationaux dans le domaine et développe les programmes d'actions en faveur de la santé des immigrés (en partenariat avec des institutions nationales et internationales), en exposant en même temps les limites de ces actions et des initiatives et leurs causes¹⁶.

Mais, toutes ces mesures sont générales et ne semblent pas s'adresser en particulier aux immigrés en situation de handicap ou inclure des programmes qui leur sont propres.

Il en est de même en ce qui concerne les actions visant à améliorer la situation des personnes à besoins spécifiques, entreprises par le Ministère de la solidarité, de l'insertion sociale et de la famille, surtout le plan d'action national pour la promotion des droits des personnes en situation de handicap et le programme villes accessibles, qui ont eu un impact positif sur les prestations destinées aux personnes invalides, mais dans lesquels les IESH ne semblent pas être concernés.

nistration, in : <http://bdj.mmsp.gov.ma/Fr/Document/481--Loi-n-5-81-promulgu%C3%A9-par-le-dahir-n-1-82-246-d.aspx?KeyPath=>

¹⁶ Sur la santé des immigrés dans ce plan stratégique, voir Royaume du Maroc, Ministère de la santé et OIM ONU Migration, Plan stratégique national santé et immigration (2021-2025), in: [https://www.sante.gov.ma/Publications/Guides-Manuels/Documents/2021/PSNSI%202021-2025%20\(DELM\).pdf](https://www.sante.gov.ma/Publications/Guides-Manuels/Documents/2021/PSNSI%202021-2025%20(DELM).pdf)

Dès lors, la question qui se pose est la suivante : pourquoi les IESH ne sont pas pris en compte de manière spécifique et distinctive lors des initiatives en faveur des immigrés et/ou des PESH et avec quelles conséquences ?

Le travail sur le terrain, conduit à Rabat et sa région a essayé de s'enquérir sur la situation des IESH et de trouver la réponse à la question posée ci-dessus.

Le travail sur le terrain auprès des immigrés en situation de handicap dans la ville de Rabat et sa région

Des enquêtes ont eu lieu à Rabat et dans sa région et des rencontres ont été organisées avec des immigrés sans handicap, des immigrés invalides, des personnes travaillant dans le domaine de la migration et avec les migrants ainsi qu'avec des personnes s'activant dans le domaine du handicap et avec des personnes handicapées.

Auparavant, l'équipe qui a entrepris la recherche sur le terrain a été préparée et formée. Elle a été tout d'abord briefée sur la recherche globale CODREAM sur le handicap en migration et ses objectifs. Elle a ensuite été formée à conduire les enquêtes et à utiliser le questionnaire du Groupe de Washington concernant le handicap.

Une revue documentaire a précédé le travail sur le terrain et avait eu pour objectif d'identifier et compiler les sources et les données disponibles sur les immigrés au Maroc, sur le handicap aux niveaux national et international ainsi que sur les droits des personnes handicapées et immigrées. Cette revue de littérature a montré la rareté des données disponibles qui informent sur la condition des IESH et le degré de leur participation et inclusion dans les programmes et activités concernant les immigrés et les personnes handicapées.

Le travail sur le terrain a inclus des rencontres concernant la migration et le handicap ainsi que des entretiens, des entrevues et des interviews utilisant le questionnaire du Groupe de Washington.

Les résultats de ce travail sur le terrain ont informé sur les conditions des IESH dans la ville de Rabat et sa région, les obstacles qui se dressent à leur accès à la santé ainsi que les limites de leurs droits, comme immigrés et comme personnes en situation de handicap.

La conduite du travail sur le terrain

Le travail sur le terrain s'est déroulé de février à juin 2023 et a englobé diverses rencontres, entrevues et entretiens avec des migrants et des responsables d'institutions travaillant avec les migrants et les PESH. Un accent particulier a été mis sur les interviews des IESH en utilisant le questionnaire du Groupe de Washington.

Les rencontres organisées

Deux rencontres ont été organisées avec des immigrés qui ont permis de prendre contact avec eux et avec des personnes s'activant dans la migration et le handicap et recueillir leurs avis et points de vue.

L'atelier du 11 février 2023 sur la santé des immigrés

Le travail sur le terrain a débuté le 11 février 2023 par la participation des membres de l'équipe à un atelier de sensibilisation des migrants aux problèmes de santé sur « Corrélation entre le diabète et les maladies cardio-vasculaires », qui avait été organisé à Rabat par une association d'immigrés, La Diaspora Congolaise au Maroc (DICOMA), dans une institution marocaine travaillant avec les immigrés : la Fondation Orient Occident (FOO). Ce séminaire était animé par le Dr Joseph TSHIENDA, un Cardiologue congolais exerçant à Rabat. Un dépistage du diabète chez les migrants a été organisé à la fin du séminaire¹⁷.

Cet atelier était l'occasion de rencontrer des immigrés vivant à Rabat et sa région, de s'enquérir de leurs statuts juridiques et de leurs situations sociales et économiques. C'était aussi une occasion de prendre contact avec des ONG d'immigrés et des représentants d'organismes marocains et étrangers œuvrant dans le domaine de la migration et du handicap. C'était surtout une bonne opportunité pour interviewer des immigrés subsahariens en situation de handicap présents et leur poser les questions contenues dans le questionnaire du Groupe de Washington. Des entrevues ont eu lieu également avec le Docteur conférencier et des personnes qui travaillent avec les immigrés à la Fondation Orient Occident et ailleurs.

¹⁷ Voir, en annexe, l'affiche de cet atelier du 11 février 2023.

Le focus group du 25 février 2023

Le 25 février 2023, un focus group a été réuni à la Fondation Orient Occident pour débattre de la migration et le handicap. Ont été conviés à ce groupe de discussion des réfugiés et des demandeurs d'asile en situation d'handicap (dont les contacts ont été communiqués préalablement par le bureau du HCR au Maroc), des immigrés sans handicap vivant au Maroc, des Responsables d'ong de migrants, notamment de DICOMA, du Conseil des migrants, du Syndicat des travailleurs migrants ainsi que des chercheurs¹⁸.

Le programme de ce focus group comprenait :

1. La présentation du projet de recherche CODREAM « Migration et handicap » ainsi que ses objectifs et sa méthodologie ;
2. L'intervention sur « Migration, handicap et droits au Maroc », de la Professeure Khadija ELMADMAD ;
3. Les débats et Les témoignages en relation avec la thématique ;
4. Les interviews d'IESH, en utilisant le questionnaire du Groupe de Washington.

Les personnes présentes au focus group ont relevé que le projet de recherche sur les personnes immigrées en situation de handicap était une très bonne initiative et que la problématique a été relativement passée sous silence aussi bien par les théoriciens que par les praticiens de la migration.

Les débats de ce groupe de discussion ont concerné les problèmes qui se posent pour les immigrés en général et pour les IESH en particulier: l'insuffisance de soins, le manque d'informations sur les services de santé, les problèmes financiers, les difficultés de la de réinstallation dans les pays de l'Occident, la question des enfants orphelins et de leur prise en charge et les obstacles rencontrés par les immigrés pour se procurer les lunettes de vue et le matériel d'aide au déplacement des personnes handicapées à mobilité réduite.

Quelques témoignages ont été faits également. Ils ont abordé la perception de la personne handicapée par la société marocaine et par les

¹⁸ Voir en annexe des photos illustrant ce focus group, incluant certains IESH interviewés.

communautés immigrées et ont relaté les problèmes sociaux auxquels se trouvent confrontés les IESH. Ces témoignages ont montré combien il est difficile pour toute PESH de vivre avec son handicap, que c'est très difficile quand cette personne est immigrée et que c'est encore plus difficile quand il s'agit de femmes et surtout d'enfants immigrés handicapés, qui doivent souvent supporter le regard malveillant des autres enfants et de certains membres de la société.

Des IESH présents au focus group ont répondu par la suite aux questions figurant dans le questionnaire du Groupe de Washington.

Les entrevues, entretiens et interviews effectués

Le travail sur le terrain a comporté des entrevues, des entretiens ainsi que des interviews utilisant le questionnaire du Groupe de Washington.

Les entrevues et entretiens

Les entretiens et entrevues ont concerné certains immigrés subsahariens sans handicap vivant à Rabat et sa région, le Secrétaire général du Syndicat des travailleurs migrants au Maroc, le Président de l'association DICOMA, le Président du Conseil des migrants, des personnes travaillant avec les immigrés à la Fondation Orient Occident, la Présidente du Collectif Autisme Maroc (qui englobe 74 ONG et 16 collectifs régionaux travaillant tous dans le domaine de l'autisme et pour la protection des personnes autistes) ainsi que le Président du Collectif pour la protection des personnes en situation de handicap au Maroc et membre du Comité des Nations Unies des droits des personnes handicapées à Genève¹⁹.

¹⁹ Le Comité des droits des personnes handicapées est composé d'experts indépendants chargés de surveiller l'application de la Convention relative aux droits des personnes handicapées par les États parties. Le Comité promeut l'inclusion, défend les droits de l'homme de toutes les personnes handicapées et fournit des recommandations pour soutenir la mise en œuvre des dispositions consacrées par la Convention. Tous les États parties sont tenus de présenter au Comité des rapports réguliers sur la manière dont les droits des personnes handicapées sont mis en œuvre. Pour plus d'informations sur ce comité, voir : <https://www.ohchr.org/fr/treaty-bodies/crpd>

Aussi, à l'occasion de la célébration de la journée internationale du travail, le 1er mai 2023, des entretiens ont eu lieu avec des immigrés qui manifestaient à Rabat pour revendiquer leurs droits, ainsi qu'avec des responsables syndicaux défendant les droits des immigrés au Maroc²⁰. Le discours du 1er mai du Secrétaire Général du Syndicat des migrants, le Congolais Franck IYANGA, résumait les doléances des immigrés. Ce discours englobait 17 revendications qui concernaient les droits juridiques, économiques et sociaux des immigrés. La revendication N° 2 concernait la santé des immigrés et demandait « l'activation de la Convention cadre de partenariat et de coopération relative à l'assurance maladie obligatoire (AMO) pour les personnes migrantes », mais sans pour autant mentionner expressément les IESH et leurs besoins spéciaux. De même, la revendication N°16 de ce discours qui réclamait « l'inclusion totale et parfaite des migrant-e-s au sein de leur société d'accueil et leur protection contre les violations, les discriminations, les stigmatisations, les préjugés et les stéréotypes ainsi que toutes sortes d'exploitations dont ils sont victimes » ne mentionnait pas non plus les IESH.

D'autre part, une entrevue a eu lieu avec une immigrée handicapée résidant dans la ville de Kénitra (située à une quarantaine de kilomètre de la capitale Rabat) qui était incapable de se déplacer à Rabat pour participer au focus group du 25 février 2023.

Un entretien téléphonique a eu lieu aussi avec le père d'une enfant syrienne handicapée habitant la ville de Témara, non loin de Rabat.

Les interviews et l'utilisation du questionnaire du Groupe de Washington

Des IESH ont été interviewés en utilisant le questionnaire du Groupe de Washington. Ces IESH étaient originaires pour la plupart de pays de l'Afrique subsaharienne et de quelques pays du Moyen Orient : Cameroun, Côte d'Ivoire, Congo-Brazzaville, Congo-Kinshasa, Djibouti, République Centrafricaine, Nigéria, Sénégal, Soudan, Syrie. La grande partie parmi eux ont immigré à cause de troubles ou

²⁰ Voir en annexes, des photos relatives à la célébration du 1^{er} mai à Rabat par les immigrés ainsi que certaines affiches de leurs revendications.

de violences dans leurs pays d'origine et sont des réfugiés et des demandeurs d'asile (67%), d'autres sont venus au Maroc pour suivre des études ou pour une vie meilleure en Europe ou au Maroc (33%). Leur âge varie entre 14 et 64 ans, 60% parmi eux sont des hommes et 40% sont des femmes.

Les rencontres organisées durant le travail sur le terrain ainsi que les questionnaires du groupe de Washington qui ont été remplis par les IESH et les entretiens et entrevues conduits ont largement informé sur les IESH et leurs conditions sociales et juridiques.

Les résultats du travail sur le terrain et les constatations

Les entretiens avec les immigrés sans handicap ont rapporté que les IESH étaient très peu nombreux, que la plupart sont devenus handicapés lors du voyage de la migration ou après l'arrivée au Maroc. Ils ont informé que c'est très difficile de communiquer avec les IESH et parfois même de les contacter. Ils ont dévoilé que beaucoup parmi les immigrés invalides préfèrent se cacher et qu'ils comptent beaucoup sur l'assistance d'autres personnes (parents ou membres de la communauté immigrée), que certains IESH sont exploités par d'autres immigrés et qu'ils représentent parfois un bon « fonds de commerce » pour ceux qui les utilisent dans la mendicité, en profitant de l'humanisme et de la générosité de la population marocaine.

Du point de vue médical, le Dr Joseph TSHIENDA a remarqué le 11 février 2023 que les IESH ne se présentent pas beaucoup aux hôpitaux et a déclaré qu'il n'a jamais eu affaire dans ses services à une personne immigrée souffrant de handicap physique ou mentale. Il avait ajouté qu'il savait qu'il y avait certains enfants en situation de handicap parmi les immigrés subsahariens, mais leurs parents sont réticents à les montrer en public ou à parler d'eux.

Les entrevues et entretiens conduits aussi bien avec les responsables d'ONGs travaillant avec les migrants et celles s'activant avec les personnes handicapées ont dénoté une certaine « ignorance » pour la situation des IESH et leurs préoccupations. Mais, la plupart de ces responsables ont manifesté une volonté de s'impliquer dans le domaine et d'inclure les IESH dans leurs futures actions et activités.

Des copies du questionnaire du Groupe de Washington ont été distribuées à des immigrés en situation de handicap. Ce questionnaire

est utilisé généralement pour collecter des données relatives à la prévalence du handicap et pour évaluer l'ampleur de l'exclusion des personnes handicapées, en comparaison avec les personnes ne souffrant pas de handicap²¹.

Le nombre de questionnaires remplis par les IESH n'était pas grand et n'a pas dépassé 15. Cela s'explique par le fait que les IESH qui ont accepté de les remplir ont été peu nombreux et aussi par les difficultés rencontrées pour conduire les interviews auprès de personnes immigrées en situation de handicap.

Les questions du Groupe de Washington concernaient la santé des PESH, leur handicap physique ou mental, leurs conditions physique, psychologique, matérielle et sociale, leur vie en société et leur interaction avec la communauté des immigrés et avec la société marocaine ainsi que leurs besoins.

L'analyse des réponses recueillies a donné une idée générale sur les IESH dans la ville de Rabat et sa région²². Elle a permis d'informer sur les IESH, d'évaluer leur handicap et de connaître le degré de leur exclusion, en comparaison avec les immigrés sans handicap et avec les personnes marocaines en situation de handicap. Elle a aussi renseigné sur les obstacles rencontrés par les IESH pour l'accès aux droits en général et spécifiquement à la santé et à l'éducation.

Les réponses ont renseigné également sur les différents handicaps des IESH interviewés et sur les limites des possibilités de leur accès aux soins et à la protection sociale, pour plusieurs raisons et particulièrement pour le manque d'argent ou d'information. Ces réponses ont aussi avisé sur les problèmes rencontrés par les IESH pour bénéficier des formations, pour participer à des activités artistiques, culturelles et religieuses et surtout pour trouver un emploi rémunéré.

²¹ Pour plus de détails sur ce questionnaire, voir Présentation des questionnaires du Groupe de Washington dans son site web : <https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Documents/Questions/French.pdf>

²² Voir en annexes, les questions posées aux IESH lors des interviews utilisant le questionnaire du Groupe de Washington ainsi que l'analyse détaillée des réponses à ces questions représentées par des diagrammes.

Les réponses ont montré que la majorité des IESH interviewés sont sans travail (60%) et leur statut socio-économique est étroitement lié au niveau de leurs études et à leur situation d'immigré : ils rencontrent beaucoup de problèmes, en tant qu'étrangers et comme handicapés à être recrutés pour un travail.

Pour certains IESH, la langue est un moyen d'intégration et d'obtention de certains droits : par exemple, l'Arabe pour les Syriens et les Soudanais et le Français pour les Congolais, les Sénégalais et les Ivoiriens. Mais, pour d'autres, la langue représente un barrage pour l'intégration et l'inclusion : c'est le cas de l'Anglais, pour certains Camerounais et pour les IESH originaire du Nigéria.

On pourrait déduire des réponses aux questionnaires que les conditions des IESH ne sont pas très bonnes en général et que la plupart du temps ils vivent dans l'isolement et la souffrance, ce qui pousse une partie d'entre eux au désespoir, à la déprime.

Parmi les besoins essentiels des immigrants en général et des IESH en particulier figure l'accès aux services de santé. Les personnes migrantes, sont confrontées à de nombreux problèmes de santé, physique ou mentale, du fait des conditions de la route migratoire souvent périlleuses ainsi que de leurs conditions de vie difficiles au Maroc et des difficultés à se repérer et s'orienter au sein du système de santé.

Il y a aussi les barrières institutionnelles et administratives auxquelles se heurtent toutes les personnes migrantes en raison de leur statut, les barrières socio-culturelles relevant aussi bien du personnel de santé que des personnes migrantes ou encore les barrières économiques en raison des faibles revenus ou moyens dont disposent les personnes migrantes.

Les femmes sont vulnérables triplement comme femmes, comme migrantes et comme personnes handicapées. Le cas de Sandrine, une femme immigrée handicapée originaire du Cameroun, qui réside dans la ville de Kenitra est très déplorable et assez significatif de la condition des femmes immigrées handicapées. Cette femme âgée de 41 ans et mère de trois enfants restés au pays, est devenue handicapée lors de son voyage vers le Maroc. Elle a subi un choc électrique provenant des barbelés en passant illégalement la frontière entre l'Algérie et le Maroc et a été amputée des devants de ses deux pieds et des doigts de

ses mains²³. Elle se déplace avec beaucoup de difficultés et n'arrive à survivre que grâce à la mendicité et parfois même grâce à la prostitution malgré son handicap. Elle a rendu hommage à ses voisins marocains pauvres comme elle et à leur générosité et compréhension. Elle a exprimé aussi sa gratitude à certains immigrés camerounais qui la soutiennent et aux bienfaiteurs marocains. Elle a déclaré dans son interview que ses béquilles lui ont été offertes par une femme marocaine rencontrée dans la rue qui a voulu garder l'anonymat. Elle a affirmé qu'elle dépendait énormément de l'assistance des bienfaiteurs marocains et de la bienveillance de certains membres de la Communauté immigrée vivant à Kénitra et à Rabat.

L'autre cas spécifique d'IESH est celui d'une enfant syrienne handicapée vivant dans la ville de Témara, mitoyenne de Rabat. Les parents de cette mineure ont le statut de réfugiés au Maroc. L'interview conduite avec son père a informé que cette fille est immobilisée dans le domicile familial et que sa famille reçoit une assistance du Bureau du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, mais que cette assistance était insuffisante. La famille avait fait une demande de réinstallation en Europe ou au Canada et attendait toujours la réponse.

Un agent travaillant avec les enfants immigrés à la FOO a renseigné que la réinstallation est parfois accordée aux parents d'enfants handicapés et a rapporté que la famille d'un garçon handicapé, originaire du Yémen, qui fréquentait la FOO auparavant, a été réinstallée au Canada.

Le constat général qui pourrait être déduit des interviews, des entrevues et des entretiens conduits lors du travail sur le terrain c'est qu'en général, les IESH vivent en marge de la société et sans droits pour une grande partie parmi eux. Ils ne sont pris en considération ni dans les programmes et actions gouvernementaux et non-gouvernementaux concernant les immigrés et leurs droits au Maroc ni dans ceux en faveur des PESH.

Les IESH semblent ainsi être les « oubliés » et les « délaissés » du domaine de la migration et de celui du handicap, au niveau de la

²³ Voir en annexes les photos des mains et des pieds amputés de Sandrine.

théorie et de la pratique et ont besoin d'une meilleure protection et d'une prise en charge convenable.

Les immigrés handicapés : Les « oubliés » de la migration et du handicap

L'image véhiculée de la personne migrante est souvent une personne forte physiquement et moralement. Les migrants en situation de handicap sont fréquemment ignorés et négligés par la recherche scientifique et les politiques migratoires et humanitaires. Il faudrait donc nécessairement redresser la situation et rendre justice aux invalides de la migration, ces « left behind »

Le manque de données sur la thématique était assez handicapant pour la conduite de l'étude au début, mais les données recueillies du travail sur le terrain ont beaucoup aidé à faire l'analyse de la situation et des besoins et ont permis de réfléchir à des solutions possibles et à faire des suggestions pour une meilleure protection et une prise en charge plus effective des IESH.

Les immigrés handicapés : Des laissés pour compte ou « left behind »

Les IESH sont confrontés à des formes multiples et croisées de désavantages, courent un risque important d'être laissés pour compte, ou « left behind » en terminologie anglaise et sont empêchés de jouir pleinement de leurs droits.

Les principales conclusions et informations de cette étude ont révélé que le handicap lié au déplacement crée une situation de vulnérabilité accrue. Cette recherche a aussi dévoilé une certaine sous-identification des personnes immigrées handicapées en raison des difficultés rencontrées dans la collecte d'informations qui leur sont propres, du manque de sensibilisation des personnes concernées, d'une certaine réticence des handicapés à monter leur handicap et des parents d'enfants handicapés à exhiber ou parler du handicap de leurs enfants. Elle a aussi décelé que l'expérience des personnes handicapées est affectée par la nationalité, l'âge, le sexe, le type de handicap et de nombreux autres facteurs.

Les attitudes, perceptions et pratiques négatives envers les personnes handicapées sont présentes dans de nombreuses communautés

mais se multiplient dans le contexte du déplacement et les attitudes culturellement ancrées à l'égard du genre ont un impact significatif sur l'expérience du handicap.

Les IESH sont des laissés pour compte ou des « *left behind* » et sont confrontés à des formes multiples de discrimination. Ils peuvent compter parmi les migrants les plus cachés, exclus, négligés, les plus marginalisés de leurs communautés. Leur vulnérabilité est souvent exacerbée dans les situations de déplacement forcé. La stigmatisation, l'isolement et la perception qu'ils constituent un « fardeau » pour leur famille et la communauté peuvent compromettre davantage leur dignité, leur sûreté, leur sécurité et leur accès aux services. Ils sont ainsi empêchés de réaliser leur plein potentiel et se heurtent à des obstacles pour jouir de leurs droits. Ils sont plus susceptibles de ne pas bénéficier de l'aide humanitaire, de l'éducation, des moyens de subsistance, des soins de santé et d'autres services.

Certes, il faut reconnaître que quelques efforts en faveur des IESH ont été fournis à plusieurs niveaux. Au niveau international, quelques actions ont été prises en faveur des IESH. L'Organisation internationale pour les migrations (l'OIM), qui est la principale organisation intergouvernementale œuvrant dans le domaine de la migration, s'est un peu intéressé à eux et a adopté en 2017 une Charte pour l'inclusion des personnes handicapées migrantes dans l'action humanitaire²⁴. Elle a annoncé dans son rapport de l'année 2022 : « Au niveau opérationnel, l'OIM s'efforce de ne laisser personne de côté et de réduire les risques de protection des migrants, des personnes déplacées et des communautés, en mettant particulièrement l'accent sur les populations à risque, telles que les personnes âgées, les personnes handicapées, les femmes, les filles et les enfants... »²⁵. Elle s'est engagée ainsi à renforcer l'inclusion du handicap en appliquant une politique générale de protection et en faisant la promotion d'un accès équitable et véritable

²⁴ Pour plus d'informations sur cette Charte de l'OIM d'inclusion des personnes handicapées, voir: <https://www.iom.int/fr/news/une-charte-sur-linclusion-des-personnes-handicapees-dans-laction-humanitaire-ete-adoptee-par-loim>

²⁵ Voir ce rapport de l'OIM in : <https://publications.iom.int/books/annual-report-2022>

pour tous. De plus, depuis janvier 2017, l'OIM fait partie du Groupe de travail du Comité permanent inter-organisations (CPI) sur l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire²⁶.

Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) s'est aussi intéressé aux IESH et a publié, par exemple, un rapport sur le handicap parmi les réfugiés dans les pays de l'Afrique du Nord et du Moyen Orient, incluant le Maroc²⁷.

L'UNICEF se préoccupe également de la question du handicap en migration, prône le besoin de garantir la protection des enfants migrants et appelle à combattre l'exclusion des enfants en situation de handicap²⁸.

Cependant, malgré tous ces efforts, beaucoup reste à faire pour la protection effective de ces migrants vulnérables et la promotion de leurs droits par les organismes internationaux.

Au niveau national, quelques actions ont été entreprises pour le compte des IESH, mais elles restent assez rares et sporadiques. Par exemple, l'ONG Handicap International (HI), qui travaille au Maroc depuis 1993, a soutenu le développement d'un réseau d'organisations de personnes handicapées (OPD), en renforçant leurs capacités d'autodéfense et d'action, et a appuyé les autorités marocaines pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques publiques inclusives de manière globale. Mais, c'est seulement depuis 2011 que HI a élargi sa

²⁶ Pour plus de détails sur ce comité, voir le site web de l'OIM, précisément sur la diversité et l'inclusion: <https://www.iom.int/fr/diversite-et-inclusion-0>

²⁷ Cf. UNHCR, Sauvegarde des droits humains : Personnes handicapées, in : <https://www.unhcr.org/fr/nos-activites/how-we-work/protoger-les-personnes/personnes-handicapees>

Voir également, UNHCR, Report of the MENA Protection Service, "Power of Inclusion Mapping the Protection Responses for Persons with Disabilities in Refugee Populations within the Middle East and North Africa Region", November 2019, in: <https://www.unhcr.org/tr/wp-content/uploads/sites/14/2020/10/Power-of-Inclusion.pdf>

²⁸ Cf. UNICEF, "Combatting the Costs of Exclusion for Children with Disabilities and their Families", in: https://www.unicef.org/media/120461/file/Combatting_the_Cost_of_Exclusion_for_Children_with_Disabilities_and_Their_Families.pdf

collaboration avec les organisations de la société civile dans une perspective inclusive et pour répondre aux besoins d'autres publics vulnérables²⁹. HI a alors décidé de travailler également à l'amélioration de la qualité de vie des populations migrantes vulnérables. Cependant, peu d'opérations concrètes semblent avoir été menées avec les IESH exclusivement.

A la lumière des résultats de la présente étude théorique et pratique et comme avancé ci-dessus, on pourrait soutenir que les IESH ne semblent pas non plus bénéficier non plus d'une attention particulière dans les programmes du gouvernement et des acteurs non gouvernementaux marocains. La plupart des activités entreprises dans le domaine semblent être orientées surtout vers les migrants en général ou vers les citoyens et citoyennes en situation de handicap.

La recherche académique (particulièrement sociojuridique) sur le sujet n'est pas meilleure : très peu d'écrits leur sont consacrés séparément des immigrés et des handicapés³⁰.

Il faudrait donc redresser la situation et garantir une meilleure protection et une bonne promotion des droits des IESH et résoudre aussi le problème des insuffisances de la recherche et des actions les concernant.

²⁹ Sur le travail de Handicap International (HI) au Maroc, voir : <https://www.hi.org/fr/pays/maroc>

L'équipe de recherche de Rabat a essayé d'avoir un entretien avec les Responsables de HI à Rabat, mais sans succès. Elle s'est alors référée à la documentation de HI disponible .

³⁰ Pour plus d'informations sur les problèmes de la santé en migration au Maroc et les recommandations pour une meilleure santé pour les migrants en général, voir, Hicham Ait Mansour et autres, Rapport, « *Les déterminants socioculturels d'accès à la santé des personnes migrantes au Maroc* », publication de Economica HEM Research Centre, Rabat, 2021, in : <https://www.economia.ma/fr/Travaux-de-recherche/etude-les-d%C3%A9terminants-socioculturels-d%E2%80%99acc%C3%A8s-%C3%A0-la-sant%C3%A9-des-personnes> Voir aussi l'article de Khadija KHETTOU, « Des ONG plaident pour un meilleur accès à la santé des personnes migrantes au Maroc », Magazine Hespress du 16 décembre 2020, in : <https://fr.hespress.com/180092-des-ong-plaident-pour-un-meilleur-acces-a-la-sante-des-personnes-migrantes-au-maroc.html>

En matière de protection des IESH, la réaction nécessite une riposte humanitaire et des actions immédiates et coordonnées pour remédier aux violations des droits constatées : accès limité à l'éducation et aux loisirs, accès inadéquat aux médicaments et aux soins de santé, une mauvaise santé mentale aggravée par la stigmatisation et l'isolement social, manque d'initiatives positives pour surmonter les obstacles et la discrimination, etc.

Pour une meilleure protection et une prise en charge effective des immigrés en situation de handicap

Les formes multiples et croisées des désavantages subis par les personnes immigrées handicapées nécessitent une approche coordonnée, systématique et durable qui renforcerait la capacité de réponse et les systèmes de soutien aux IESH, quel que soit leur statut. Le cadre juridique, les politiques et les pratiques devraient être conformes aux engagements internationaux concernant la protection des personnes migrantes et les personnes en situation de handicap et devraient faciliter la vie en société des IESH.

Pour atteindre cet objectif, il est recommandé de :

1. Promouvoir les instruments internationaux et nationaux qui protègent les IEH, comme migrants et comme handicapés, et informer sur l'existence de ces instruments et sur les droits qu'ils englobent ;
2. Renseigner les IESH sur les systèmes de protection sociale et sur les institutions en charge de cette protection ;
3. Développer la recherche et les actions concernant les IESH à tous les niveaux : local, national et international ;
4. Inclure la question des IESH dans les programmes de formations, d'enseignements et de recherches en relation avec la migration et le handicap ;
5. Développer des coopérations dans le domaine entre les institutions gouvernementales, les organismes internationaux, les acteurs de la société civiles et les milieux académiques.

La réponse en matière de protection des personnes immigrées handicapées comporte de multiples facettes et nécessite que les entités humanitaires et de développement ainsi que celles du gouvernement hôte se coordonnent et collaborent.

L'expansion stratégique et systématique des partenariats pourrait servir à accroître les efforts de plaidoyer, à améliorer les options d'orientation et de soutien et à garantir l'utilisation la plus efficace du financement (qui est souvent assez limité), en tirant parti de l'expertise spécialisée et des intérêts particuliers de chaque acteur.

Il faudrait aussi améliorer l'identification des IESH de manière globale en renforçant les mécanismes de sensibilisation et d'identification à base communautaire ; en utilisant la série de questions du Groupe de Washington sur le handicap ; en dispensant des formations et en ayant une collaboration entre le gouvernement, les partenaires humanitaires, les entités communautaires, les organisations spécialisées et les organisations travaillant sur ou avec les personnes immigrées et handicapées.

Il faudrait nécessairement inclure les IESH dans les partenariats et recueillir leurs points de vue, afin qu'ils ne se sentent pas laissés pour compte.

Dans le contexte marocain, les partenariats avec les diverses institutions nationales et internationales, gouvernementales et non-gouvernementales travaillant avec les personnes immigrées et handicapées et aussi avec le monde académique sont essentiels pour parvenir à une protection et une prise en charge plus effectives des IESH.

A l'instar du présent projet CODREAM, des partenariats multidisciplinaires entre des universités du Nord et du Sud pourraient contribuer à développer la recherche et l'enseignement sur la thématique et renforcer des capacités systémiques, en particulier dans les pays qui manquent de spécialistes et de cadres universitaires qualifiés en matière de migration, de handicap et de protection sociale.

Des solutions devraient être envisagées au manque de prise en charge des IESH motivé souvent par le manque d'informations sur les droits et les possibilités de protection sociales, par les problèmes de la langue (surtout dans le cas des migrants anglophones au Maroc), par les différences culturelles qui engendrent des problèmes de communication et de compréhension, par l'absence de connaissances et d'accès à des informations sur le fonctionnement du système de santé, par la réticence à se rendre dans les centres de soins pour les personnes en situation irrégulières et leur peur d'être arrêtées et reconduites aux frontières en cas de fréquentation des structures hospitalières publiques etc. Pourtant, le Règlement intérieur des hôpitaux marocains dispose que: « les patients ou blessés non marocains sont admis, quel que soit leur statut, dans les mêmes conditions que les nationaux » (Art. 57).

Certaines actions et activités (comme les manifestations culturelles et sportives et les journées nationales et internationales) pourraient aider à informer sur les IESH et leurs problèmes et promouvoir leurs droits. Elles pourraient impliquer les communautés hôtes et sensibiliser aux problèmes auxquels sont confrontés les immigrés handicapés.

Pour les Nations Unies, l'inclusion sociale des personnes handicapées est un aspect essentiel du respect des droits humains, du développement durable et de la paix et la sécurité. Certaines journées déclarées internationales par les Nations Unies pourraient être des occasions idéales pour exposer les problèmes et les obstacles auxquels sont confrontés les IESH et pour promouvoir leurs droits et initier des collaborations nationales et internationales comme la journée internationale des migrants (le 18 décembre), la journée internationale des personnes handicapées (le 03 décembre), la journée mondiale de la santé physique et mentale (le 07 avril), la journée mondiale du travail (le 1er mai), la journée internationale des femmes (le 08 mars) et des enfants (le 20 novembre) etc.

Des plaidoyers conjoints aux niveaux local, national, régional et universel pourraient être organisés afin que toutes les personnes handicapées (y compris les IESH) puissent accéder à la protection et aux avantages inclus dans la Convention sur les personnes en situation de handicap et dans les autres instruments concernant la migration et les droits humains. Ces plaidoyers pourraient impliquer les immigrés et les communautés hôtes et aussi sensibiliser aussi conjointement aux problèmes auxquels sont confrontés les handicapés en général et les immigrés handicapés en particulier.

Il faudrait aussi accroître la participation des immigrés handicapés aux forums sociaux, aux événements et activités organisées pour les populations d'accueil et prévoir des activités communes dans des initiatives spécifiques, telles que l'éducation inclusive des PESH ou le renforcement des capacités en matière d'inclusion de ces personnes.

Cette étude a révélé que les IESH se heurtent à des obstacles importants pour atteindre une indépendance maximale, pour jouir de leurs droits fondamentaux et pour participer pleinement aux activités sociales. L'accès à la réadaptation et à la réhabilitation pourrait les aider à dépasser cette situation et optimiser leur fonctionnement et interaction dans leur environnement.

La participation pleine et entière des IESH à la vie sociale et au développement sans discrimination et particulièrement leur par-

ticipation à des activités récréatives, de loisirs et sportives pourraient être des opportunités pour eux de s'engager dans la vie communautaire.

Dans la mesure du possible, il devrait y avoir un ciblage proactif des IESH vers des événements et des activités sociales.

Une attention particulière devrait être accordée au rétablissement de la santé, du respect de soi et de la dignité des enfants et des femmes immigrés en situation de handicap.

En résumé, on pourrait dire, que les conclusions et recommandations de cette étude sont liées à quatre aspects des soins de santé.

1. La promotion de la santé des IESH et de leur accès à l'information ;
2. La possibilité pour eux de fréquenter les établissements de soins de santé et de se procurer les médicaments, du moins pour les maladies chroniques ;
3. L'opportunité de bénéficier d'un soutien en matière de réadaptation, d'appareils d'assistance et d'autres besoins spécifiques en matière de soins de santé ;
4. La capacité d'accéder à la santé mentale et aux soutiens psychologique et psychosocial.

Il faudrait rendre justice aux IESH nécessairement. Pour arriver à cette fin, il serait souhaitable de prendre des mesures spécifiques dans ce sens. Parmi ces mesures, nous pouvons confirmer, encore une fois, le besoin de :

1. Développer l'accès des IESH à leurs droits et adresser les insuffisances constatées ;
2. Saisir les occasions mondiales et les réseaux internationaux pour informer sur les problèmes des IESH et le besoin d'améliorer leurs conditions juridiques et sociales ;
3. Faire progresser la recherche et l'enseignement sui generis et faire fructifier les collaborations internationales dans le domaine ;
4. Accroître la formation des personnes en charge des IESH, notamment le personnel de la santé et les acteurs de la société civile.

Conclusion

Malgré les efforts fournis au niveau législatif et malgré le travail des institutions gouvernementales, des acteurs internationaux et de la société civile dans les domaines de la migration et du handicap, beaucoup reste

à faire pour que soit mis en œuvre un véritable droit à la santé des personnes immigrés au Maroc et plus particulièrement des IESH.

Pour mieux protéger tous les migrants et toutes les PESH, il faudrait finir les réformes entamées par le Maroc en matière d'immigration et d'asile et aussi compléter aussi celles qui ont été amorcées dans le domaine de la santé.

En améliorant la santé des IESH et en garantissant leurs droits, le Maroc améliorerait d'un coup deux politiques gouvernementales : la politique migratoire et la politique de la santé publique et particulièrement les politiques visant à améliorer l'inclusion sociale des personnes handicapées et l'intégration des migrants.

En effet, le Maroc gagnerait beaucoup en adoptant une politique publique protectrice des IESH, cela profiterait aux migrants, mais aussi aux citoyennes et citoyens marocains en situation de handicap. Cela pourrait relever le défi du problème de la santé de toutes les personnes en situation de handicap vivant dans le pays et pourrait constituer un exemple bénéfique pour de nombreux pays qui sont confrontés à la problématique.

Cela rehausserait et confirmerait parallèlement la réputation du Maroc comme leader de la migration et comme protecteur des droits des migrants, dont jouit le pays en Afrique et aussi dans le monde. En effet, à l'Union Africaine, c'était le pays initiateur de l'Agenda africain des migrations et au niveau universel, le Maroc a abrité à Marrakech, en décembre 2018, le Forum mondial sur la migration et le développement (le GFMD, du 05 au 07 décembre) et la Conférence des Nations Unies qui a adopté le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières (le 10 décembre).

Par ailleurs, des réformes sont en cours Maroc au pour améliorer la situation des PESH. Le 25 juillet 2023, lors d'une séance plénière à la Chambre des Conseillers du Parlement, le groupe thématique provisoire chargé des personnes en situation de handicap a présenté son rapport sur « Les programmes intégrés destinés aux personnes en situation de handicap » et a interpellé la Ministre de la solidarité, de l'insertion sociale et de la famille sur le besoin de revoir la situation des personnes à besoins spécifiques. La Ministre a répondu que « la question des personnes porteuses de handicap s'impose en tant que cause centrale au sein des mutations que connaît le Royaume ». Elle a relevé l'engagement du gouvernement à intégrer pleinement cette question

dans les réformes en cours, notamment en créant un système de protection sociale globale qui inclurait les personnes en situation de handicap et leurs familles afin de garantir la justice sociale³¹.

Cette justice sociale envers les PESH, serait certainement plus équitable et plus intégrale si ces réformes pouvaient concerner les IESH également. Pour ce faire, il faudrait que leur situation et conditions actuelles soient rapportées et leurs droits revendiqués par les acteurs œuvrant dans le domaine de la migration et du handicap, en réclamant un système de protection sociale général et inclusif.

Plus globalement, le Maroc essaie de se positionner aujourd'hui comme un modèle de développement et de justice sociale dans la région. De ce fait, le contexte marocain actuel montre la volonté du pays à consolider son système de santé et de sécurité sociale.

Les réformes et les initiatives actuelles témoignent de l'engagement du gouvernement à améliorer l'accès aux soins de santé et à renforcer la couverture sociale pour tous les citoyens³².

Du point de vue juridique, de nouvelles législations ont été adoptées récemment concernant la protection sociale, particulièrement la loi N° 58-23 relative au système d'aide sociale directe et la loi N° 59-23 portant création de l'Agence nationale d'aide sociale, toutes les deux datant du 30 novembre 2023³³.

L'objectif principal de ces lois est de consolider l'Etat social et cibler des catégories sociales nécessitant un soutien particulier et régulier,

³¹ Cf. Manal Ben EL HANTATI, « Personnes en situation de handicap : encore des efforts à faire ! », dans la Revue électronique LEBRIEF.MA, le 27 juillet 2023, in : <https://www.lebrief.ma/personnes-en-situation-de-handicap-encore-des-efforts-a-faire-100724/>

³² Sur les développements actuels du système de santé et de sécurité sociale au Maroc, voir, par exemple, l'article de Hajar TAOUFIK, « Réforme de la santé : Aziz Akhannouch fait le point », du 28 novembre 2023 dans le magazine électronique LEBRIEF.MA, in : https://www.lebrief.ma/reforme-de-la-sante-aziz-akhannouch-fait-le-point-111247/?utm_source=alerte&utm_medium=email&utm_campaign=alerte_28-11-2023&utm_term=lire_

³³ Voir les textes de ces législations dans le Bulletin Officiel du Royaume no 72-23 du 04 décembre 2023, pp. 10221 et s, in : http://www.sgg.gov.ma/BO/AR/3111/2023/BO_7253_Ar.pdf (en Arabe)

comme les personnes en situation de handicap. L'article 2 de la loi 58-23 sur l'aide sociale directe se rapporte, en effet, à l'aide aux familles ayant des enfants en situation de handicap.

Néanmoins, pour une consolidation plus compréhensive et globale de l'État social en cours au Maroc, il serait souhaitable que les immigrés vivant dans le pays puissent bénéficier aussi de la justice sociale projetée.

Bibliographiques

Ouvrages et articles

Ben El Hantati Manal « Personnes en situation de handicap : encore des efforts à faire ! », dans la Revue électronique LEBRIEF.MA, le 27 juillet 2023, in : <https://www.lebrief.ma/personnes-en-situation-de-handicap-encore-des-efforts-a-faire-100724/>

Elmadmad Khadija (sous la direction de), « Les migrants et leurs droits au Maghreb », Editions La Croisée des Chemins, Casablanca, 2004, particulièrement les pages 15-18 ; le texte intégral de cet ouvrage est publié dans le site web de l'unesco à Paris, sous le code SHS/2004/MC/4, in : <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139531>

Elmadmad Khadija, « La nouvelle loi marocaine du 11 novembre 2003 relative à l'entrée et au séjour des étrangers au Maroc, et à l'émigration et l'immigration irrégulières », Ecrit pour le Consortium for Applied Research on International Migration (CARIM), Institut Universitaire Européen à Florence (Italie), 2004, in : <https://cadmus.eui.eu/handle/1814/11690?Show=full>

Équipe De Recherche Marie-Claude HAINCE, Youness BEN MOURO, Hicham Aït Mansour, et Driss KSIKES (Coordination éditoriale), Les déterminants socioculturels d'accès à la santé des personnes migrantes au Maroc, août 2020, in : <https://www.economia.ma/sites/default/files/recherchepj/Rapport%20final%20web%20migrant.pdf>

Hajjioui Abderrazak, ABDA Naïma, GUENOUNI Rachid, NEJJARI Chakib and FOURTASSI Maryam, "Prevalence of Disability in Morocco: Results from a Large-Scale National Survey", Journal of Rehabilitation Medicine, official journal of the UEMS European

Board of Physical and Rehabilitation Medicine, Medical Journals Sweden, September 2019, in: https://www.researchgate.net/publication/336135812_Prevalence_of_disability_in_Morocco_Results_from_a_large-scale_national_survey

Khettou Khadija, « Des ONG plaident pour un meilleur accès à la santé des personnes migrantes au Maroc », Magazine Hespess du 16 décembre 2020, in : <https://fr.hespress.com/180092-des-ong-plaident-pour-un-meilleur-acces-a-la-sante-des-personnes-migrantes-au-maroc.html>

Lebrun Pierre-Brice et LARAN Sandrine, « Le handicap : définition et reconnaissance », in : <https://www.cairn.info/le-droit-en-action-sociale--9782100755189-page-155.htm>

Taoufik Hajar, « Réforme de la santé : Aziz Akhannouch fait le point », du 28 novembre 2023 dans le magazine électronique LEBRIEF . MA, in : https://www.lebrief.ma/reforme-de-la-sante-aziz-akhannouch-fait-le-point-111247/?Utm_source=alerte&utm_medium=email&utm_campaign=alerte_28-11-2023&utm_term=lire_

Rapports, textes juridiques e institutionnels

Ait Mansour Hicham et autres, Rapport, « Les déterminants socioculturels d'accès à la santé des personnes migrantes au Maroc », publication de Economica HEM Research Centre, Rabat, 2021, in : <https://www.economia.ma/fr/Travaux-de-recherche/etude-les-d%C3%A9terminants-socioculturels-d%E2%80%99acc%C3%A8s-%C3%A0-la-sant%C3%A9-des-personnes>

Convention Relative Aux Droits Des Personnes Handicapees du 13 décembre 2006 in : <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities#:~:text=La%20pr%C3%A9sente%20Convention%20a%2>

Loi-Cadre N° 97-13 relative à la protection et à la promotion des personnes en situation de handicap Cette loi a été publiée au Bulletin officiel, du 19 - 05 2016, n° 6466, pp. 750-754, voir : http://www.sgg.gov.ma/Portals/0/lois/Dahir_1.16.52_fr.pdf?Ver=2016-12-14-124649-343

Loi N° 65-15 Relative Aux Etablissements De Protection Sociale, Dahir N° 1-18-25 Du 12 Avril 2018, Bulletin Officiel Du Royaume, N° 6674, Du 17 Mai 2018, P.1222

Loi N°5-81 Relative A La Protection Sociale Des Aveugles Et Des Déficiants Visuels, Du 6 Mai 1982 (Amendée En Le 20 Octobre 1993), In : <http://Bdj.Mmsp.Gov.Ma/Fr/Document/481--Loi-N-5-81-Promulgu%C3%A9e-Par-Le-Dahir-N-1-82-246-D.Asp?Keypath=>

Loi N° 58-23 Du 30 Novembre 2023 Relative Au Système D'aide Sociale Directe Et Loi N° 59-23 Du 30 Novembre 2023 Portant Création De L'agence Nationale D'aide Sociale, Bulletin Officiel Du Royaume, N° 72-23 Du 04 Décembre 2023, Pp 10221 (En Arabe), In : http://Www.Sgg.Gov.Ma/Bo/Ar/3111/2023/Bo_7253_Ar.Pdf

Comite Des Droits Des Personnes Handicapees, Des Nations Unies In : <Https://Www.Ohchr.Org/Fr/Treaty-Bodies/Crpd>

Handicap International (Hi), Maroc : <https://Www.Hi.Org/Fr/Pays/Maroc>

Haut Commissariat Aux Droits De L'homme, Le Comité Des Droits Des Personnes Handicapées Examine Le Rapport Du Maroc, 17 Oût 2017, In : <https://Www.Ohchr.Org/Fr/Press-Releases/2017/08/Committee-Rights-Persons-Disabilities-Considers-Initial-Report-Morocco>

Oim, Charte D'inclusion Des Personnes Handicapées, In : <https://Www.Iom.Int/Fr/News/Une-Charte-Sur-Linclusion-Des-Personnes-Handicapees-Dans-Laction-Humanitaire-Ete-Adoptee-Par-Loim>

Oim Rapport Année 2022 Rapport In : <https://Publications.Iom.Int/Books/Annual-Report-2022>

Royaume Du Maroc, Ministère De La Santé Et Iom Onu Migration, Plan Stratégique National Santé Et Immigration (2021-2025), In : [https://Www.Sante.Gov.Ma/Publications/Guides-Manuels/Documents/2021/Pnsi%202021-2025%20\(Delm\).Pdf](https://Www.Sante.Gov.Ma/Publications/Guides-Manuels/Documents/2021/Pnsi%202021-2025%20(Delm).Pdf)

Royaume Du Maroc, Ministère Des Affaires Etrangères, De La Coopération Africaine Et Des Marocains Résidant A L'étranger, « Politique Nationale D'immigration Et D'asile : Rapport 2021 », In : https://Marocainsdumonde.Gov.Ma/Ewhatisi/2023/02/Rapport_Snia_2021_Final_Ok.Pdf

Royaume Du Maroc, Ministère Délégué Auprès Du Ministre Des Affaires Etrangères Et De La Coopération Internationale, Chargé Des Marocains Résidant A L'étranger Et Des Affaires De La Migration, « Politique Nationale D'immigration Et D'asile : Rapport 2018 », In : <http://Marocainsdumonde.Gov.Ma/Ewhatisi/2019/01/Po>

litique-Nationale-Dimmigration-Et-Dasile-_-Rapport-2018.Pdf, Et Voir Plus Précisément Sur La Question: <http://Marocainsdumonde.Gov.Ma/Ewhatisi/2019/01/Cadre-R%C3%A9glementaire-Et-Conventionnel.Pdf>

Unhcr, Report Of The Mena Protection Service, “Power Of Inclusion Mapping The Protection Responses For Persons With Disabilities In Refugee Populations Within The Middle East And North Africa Region”, November 2019, In: <https://Www.Unhcr.Org/Tr/Wp-Content/Uploads/Sites/14/2020/10/Power-Of-Inclusion.Pdf>

Unhcr, Sauvegarde Des Droits Humains : Personnes Handicapées, In : <https://Www.Unhcr.Org/Fr/Nos-Activites/How-We-Work/Proteger-Les-Personnes/Personnes-Handicapees>

Unicef, “Combatting The Costs Of Exclusion For Children With Disabilities And Their Families”, In: https://Www.Unicef.Org/Media/120461/File/Combatting_The_Cost_Of_Exclusion_For_Children_With_Disabilities_And_Their_Families.Pdf

Questionnaire Du Groupe De Whashington, Présentation Dans Son Site Web : <https://Www.Washingtongroup-Disability.Com/Fileadmin/Uploads/Wg/Documents/Questions/French.Pdf>

Liste des annexes

Annexe n° 1 et n° 2

Affiche et conférencier de l'atelier de sensibilisation des migrants aux problèmes de santé sur « Corrélation entre le diabète et les maladies cardio-vasculaires », organisé le 11 février 2023 à Rabat, à la Fondation Orient Occident (FOO) et auquel avait participé l'équipe de recherche de Rabat et avait conduit des entretiens et des interviews.

Annexes n° 3 et n° 4

Focus group sur « Immigration et handicap » réuni à la FOO par l'équipe de recherche de Rabat le 25 février 2023 et qui a été suivi d'interviews et d'entretiens avec des immigrés en situation de handicap, des immigrés non handicapés ainsi qu'avec des personnes travaillant avec les immigrés.

Annexes n° 5

Photos des pieds et des mains d'une immigrée camerounaise handicapée qui ont été amputés lors de sa traversée de la frontière entre le Maroc et l'Algérie, qu'elle a envoyées à l'équipe de recherche de Rabat par whatsapp avant son interview à Kenitra.

Annexes n° 6, n° 7, n° 8 et n° 9

Participation du Syndicat des travailleurs immigrés au Maroc de l'Organisation Démocratique du Travail (ODT) à la célébration de la journée internationale du travail le 1er mai 2023, ainsi que des affiches incluant certaines revendications des immigrés subsahariens concernant leurs droits et notamment leur droit à la santé.

Annexe n° 10

Les questions posées aux immigrés en situation de handicap résidant à Rabat et sa région lors de leurs interviews en utilisant le questionnaire du Groupe de Washington ainsi que les réponses recueillies, illustrées par des diagrammes.

Annexe N° 1
Affiche atelier du 11 février 2023

Sous le thème :
Corrélation entre diabète et les maladies cardio-vasculaires

11-02-2023
14:00-16:00
06 54 65 34 54
06 69 72 42 18

animé par :
Dr. Joseph Tshiende
Cardiologue

LIEU : FONDATION ORRIENT OCCIDENT

Logos : LE NID DE L'ESPOIR, Odt, DAR NA

Annexe N° 2
Séminaires du 11 février 2023 pour la sensibilisation
des immigrés aux problèmes de la santé



Photo du Dr Conférencier et l'organisateur du séminaire

Annexe N° 3



Photo 1 du focus group du 25 février 2023

Annexe N° 4



Photo 2 du focus group du 25 février 2023

Annexe N° 5

Sandrine



Mains de Sandrine



Pieds de Sandrine



Photos des pieds et des mains d'une immigrée camerounaise handicapée qui ont été amputés durant son immigration au Maroc

Annexe N° 6

Célébration par le Syndicat des travailleurs immigrés au Maroc de la journée internationale du travail, le 1er mai 2023 à Rabat



Annexe N° 7

Droits revendiqués par les immigrés à l'occasion de la journée internationale du travail à Rabat le 1er mai 2023, incluant le droit à la santé



Annexe N° 8

Revendications par les travailleurs immigrés de leur droit à être protégés le 1er mai 2023 à Rabat



Annexe N° 9

Revendications par les immigrés de leur droit à la protection,
en langues française et anglaise, lors de la journée internationale
du travail, le 1er mai 2023 à Rabat



L'accès aux droits des étrangers en situation d'handicap moteur*

Tak-Tak H.¹, Eddiani M.², Gharbaoui F.²

¹ *Université Hassan II de Casablanca - FSJESAC*

² *Université Hassan II de Casablanca - FSJESAC*

Résumé

Une personne en situation d'handicap (PSH) est une personne bénéficiant des mêmes droits et assumant les obligations inhérentes au statut de citoyen (englobant aussi bien les nationaux d'un Etat que les étrangers qu'il soit en situation régulière ou irrégulière, les réfugiés et les apatrides). Un Etat de droit signataire de l'arsenal conventionnel international des droits humains, tel le Maroc, se doit de garantir l'accès aux droits fondamentaux de toute personne se trouvant sur son territoire sans discrimination en raison de la couleur, de la religion, du handicap...

Il s'agit de garantir la non-discrimination par des mécanismes juridiques dans les secteurs vitaux de la vie quotidienne d'une personne, telle l'éducation, la santé et tout autre secteur dont le bénéfice de ses produits et services est une nécessité à la survie et à la vie dans des conditions décentes.

La question centrale dans le présent article est afférente à l'étude du dispositif juridique relatif au traitement des droits des personnes en situation d'handicap moteur, eu égard à l'accès aux libertés et aux principes constitutionnels de base (droit à la santé, droit à l'éducation, liberté de circulation) et à leurs modalités d'exercice. L'approche de ladite question est basée sur la collecte et l'analyse de données juridiques avant de compléter les déductions par une enquête sociale pilotée par le Haut-Commissariat au Plan (HCP) en 2014 sans oublier les entretiens menés auprès d'étrangers en situation d'handicap moteur.

* DOI: 10.4458/6359-04

Introduction

Un Handicap est défini comme étant toute personne qui se trouve dans un état d'incapacité ou de gêne permanent ou occasionnel résultant d'une déficience ou d'une inaptitude qui l'empêche accomplir ses fonctions vitales et dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation dans la société sur la base de l'égalité avec les autres.

Une personne en situation d'handicap (PSH) donc peut souffrir d'un Handicap limitant ses facultés physiques, mentales, psychiques ou sensorielles¹. Pour une personne souffrant d'un Handicap physique ou moteur, celle-ci pourrait être atteinte d'une limitation de certaines fonctions physiques. Dans ce cas, l'activité physique est diminuée et/ou la participation restreinte, en raison d'un trouble organique²; ou d'une maladie chronique³. Le cas par exemple, d'une personne aveugle dont la capacité visuelle ne dépasse pas 1/20 de la normale ou qui ne peut distinguer les doigts à un mètre et demi de distance ou dont, la capacité visuelle ne dépasse pas 3/10 de la normale, à un champ visuel qui n'excède pas 10 minutes de chaque côté par rapport au point central.

Depuis les années 2000, le Maroc s'est engagé d'une façon constante en faveur de la promotion et la protection des droits des personnes en situation d'handicap. Suite à la ratification de la convention internatio-

¹ Dahir N° 1-16-52 du 19 Rejeb 1437 (27 avril 2016), Publiée dans le BO 6466 du 19 Mai 2016 (12 chaabane 1437) portant promulgation de la loi-cadre 97-13 relative à la protection et à la promotion des droits des personnes en situation d'Handicap.

² « Une maladie dans laquelle il y a des changements physiques ou biochimiques détectables dans les cellules, les tissus ou les organes du corps », Grover, M. ; Herfarth, H. ; et Drossman, D. « The Functional-Organic Dichotomy : Syndrome de l'intestin irritable post-infectieux et syndrome de l'intestin inflammatoire ». Clin Gastro Hepato. 2008.

³ « Affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement, le cas par exemple, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, etc... »

http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/, consulté le 4 Août 2023

nale des droits des personnes handicapées⁴ et de son protocole facultatif⁵, le Maroc adopta une approche inclusive qui vise l'intégration des personnes en situation d'Handicap dans le tissu socio-économique marocain en leur permettant de jouir des mêmes droits et traitement que les personnes en situation normale.

Toutefois, pour pouvoir parler d'une inclusion effective, il faut qu'il y ait des indicateurs qui montrent l'existence effective d'une inclusion⁶. Ces indicateurs varient selon le domaine concerné. Dans le domaine de la santé, il s'agit de la réadaptation de la PSH, sa possibilité d'avoir des aides techniques et de bénéficier des soins, sa capacité de bénéficier des mesures de prévention et de détection du handicap....

Tandis que dans le domaine de l'éducation, une PSH doit suivre un enseignement primaire, secondaire et supérieur au même titre que les autres personnes dites normales. La PSH doit aussi pouvoir bénéficier d'un emploi stable (salarial ou auto-emploi), d'une couverture sociale et des aides associatives ou humanitaires et tout cela afin qu'elle puisse avoir ses moyens de subsistance et être autonome.

Afin de mieux intégrer les PSH, il est nécessaire d'instaurer des textes de lois qui protègent leurs droits. Le Maroc a veillé à cette obligation en adoptant depuis les années 80 des textes qui protègent les PSH et garantissent leurs droits. Il a ainsi été adopté la loi 05-81 relative à la protection des aveugles et des déficients visuels, promulgué en 1982, puis la loi 07-92, relative à la protection sociale des personnes handicapées, promulguée en 1993. La dernière loi garantit les droits des PSH (éducation, travail, formation) et prévoit des avantages qui doivent être accordés aux PSH (tel que le droit de priorité).

La politique du législateur marocain, s'inscrivant dans la continuité de l'approche inclusive, fut orientée depuis le début des années 2000 vers la promulgation d'un certain nombre de lois relatives à la protection et à la promotion des droits des PSH. A citer la loi 10-03 sur les

⁴ Ratifiée le 8 Avril 2009 et Promulgués par le dahir 1-08-143 et publiés au Bulletin officiel le 2 août 2011.

⁵ Idem.

⁶ Aides techniques et soins de réadaptation, garantie d'enseignement dans tous niveaux, emploi stable.

accessibilités qui a été promulguée en 2003⁷. Cette loi contient des dispositions légales de nature suggestive car elles proposent des solutions pour résoudre les difficultés à accéder à certains services, en adaptant les infrastructures aux personnes en situation d'handicap.

La protection des PSH a acquis par la suite une valeur constitutionnelle en l'introduisant dans le préambule de la constitution de 2011⁸, dans laquelle il fut insisté sur le principe de non-discrimination et le bannissement de toute forme de discrimination fondée sur le handicap⁹.

Afin de consolider son arsenal juridique, le Maroc a adopté la loi-cadre 97-13 relative à la protection et la promotion des droits des PSH¹⁰. Cette loi qui est venue abroger tous les précédents textes qui protègent les PSH au Maroc, contient des dispositions permettant aux personnes en situation de handicap l'accès à leurs droits fondamentaux dans les domaines de l'éducation, de l'enseignement, de la prévention, de la protection médicale, de la formation, de l'insertion professionnelle, des accessibilités et en facilitant leur participation aux activités sportives, culturelles et récréatives.

Toutefois, selon le rapport du conseil économique social et environnemental (CESE)¹¹, cet arsenal reste insuffisant pour une garantie effective des droits des personnes en situation d'Handicap nécessitant une action gouvernementale visant à protéger cette catégorie de personnes vulnérables.

Suite au rapport du conseil, le ministère de la solidarité a mis en place en 2012, le Fonds d'appui à la cohésion sociale¹² qui avait pour

⁷ Dahir n° 1-03-58 du 10 rabii I 1424 (12 Mai 2003) portant promulgation de la loi n° 10-03 relative aux accessibilités (B.O. n°5118 du 19 juin 2003).

⁸ Préambule de la constitution du 1er juillet 2011, publiée dans la BO Non° 5952 bis, p. 1765 à 1794.

⁹ Idem.

¹⁰ Dahir N° 1-16-52 du 19 Rejeb 1437 (27 avril 2016), Publiée dans le BO 6466 du 19 Mai 2016 (12 chaabane 1437) portant promulgation de la loi-cadre 97-13 relative à la protection et à la promotion des droits des personnes en situation d'Handicap.

¹¹ Rapport du conseil économique et social, « Respect des droits et inclusion des personnes en situation de handicap », Auto-Saisine n°5 / 2012.

¹² www.social.gov.ma, « dont la mise en œuvre en 2015 a été confiée à l'En-

objectif d'assurer au profit des personnes en situation de handicap, l'acquisition des aides techniques et des appareillages spéciaux, l'amélioration des conditions de scolarisation des enfants en situation de handicap et la promotion de l'intégration professionnelle et des activités génératrices de revenu¹³.

Après la mise en place du fonds de cohésion sociale, une enquête nationale sur le handicap¹⁴ a été menée dans le but de permettre au ministère ainsi que tous les acteurs sociaux de collecter des données quantitatives et qualitatives sur la réalité du handicap et des personnes en situation de handicap au Maroc. L'enquête a révélé un taux national de prévalence du handicap qui a atteint 6,8% en 2014, soit 2.264.672 personnes¹⁵ qui ont déclaré avoir des incapacités à divers types et degrés, sur une population totale de référence de 33.304.000¹⁶.

Toutefois, en lisant les résultats de l'enquête, il serait aisé de remarquer que les étrangers en situation d'handicap n'étaient pas concernés par celle-ci. Les résultats reflètent des données quantitatives et qualitatives sur le taux / le nombre des nationaux en situation d'handicap. Les étrangers regroupent les réfugiés et demandeurs d'asile, les étrangers en situation régulière et les étrangers en situation irrégulière. L'absence de données quantitatives et qualitatives sur les étrangers en situation d'handicap rend difficile notre recherche. L'équipe de recherche a été amenée à faire appel à la société civile de Casablanca (spécialisée) qui à son tour ne dispose pas d'une base de données dédiées aux étrangers en situation d'handicap.

C'est le Haut Commissariat des Réfugiés (HCR) qui, après accord des intéressés, nous a communiqué les coordonnées des réfugiés et demandeurs d'asile (nombre reparti par région) auxquels un ques-

traide Nationale, en vertu de la convention tripartite, signée le 30 mars 2015, entre ce dernier, le ministère de la Solidarité du Développement Social de l'Égalité et de la Famille, et le ministère de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration », consulté le 6 Juillet 2023.

¹³ Idem.

¹⁴ Ministère de la solidarité, de la femme, de la famille et du développement social, « Enquête Nationale sur le handicap 2014 », publiée Février 2015.

¹⁵ www.social.gov.ma, consulté le 6 Juillet 2023.

¹⁶ Idem.

tionnaire leur a été soumis, suivi d'un entretien avec les enquêtés à domicile (Hommes et femmes). Les enquêtés étaient de différentes nationalités (Guinée, la Côte d'Ivoire, l'Iraq, le Mali et la République Arabe Syrienne).

Le point commun entre les enquêtés est qu'ils ont des problèmes de mobilité dans le sens où ils trouvent des difficultés à se déplacer. Toutefois, le type du handicap changeait d'un enquêté à un autre. En effet, certains enquêtés éprouvaient des difficultés à marcher ou monter les escaliers, d'autres ont éprouvé des difficultés à entendre et à voir. Ce petit échantillon reflète la réalité des étrangers en PSH moteurs, leur quotidien, les difficultés rencontrés et leur droit d'accès aux services.

La présente démarche consiste à décrire les accès aux droits fondamentaux des nationaux en situation d'handicap, par référence aux textes juridiques encadrant cette garantie au Maroc (déjà effectué), avant de se pencher sur l'analyse de la question suivante : Dans quelle mesure les étrangers en situation d'handicap peuvent bénéficier des accès aux droit à l'image des nationaux en situation d'handicap ?

Pour répondre à cette question, il faudra étudier en premier l'accès permanent et continu à la santé (1), l'accès à l'éducation (3) et à l'emploi (4) considérés comme des critères d'inclusion difficilement applicables aux étrangers.

L'accès à la santé des étrangers en situation d'handicap : Un droit conditionné (Finances)

En principe, le droit à la santé doit être garanti à toute PSH. Qu'elle soit dans le milieu rural ou urbain, cette catégorie de personne doit avoir accès aux services de soins sans discrimination. Cependant, pour pouvoir assurer un bon accès aux services de soins, ces derniers doivent couvrir la prévention et en particulier le dépistage précoce, les soins curatifs, les services de rééducation, de réadaptation et l'utilisation de l'appareillage technique nécessaire en vue d'assurer l'épanouissement physique, mental et socio-professionnel des bénéficiaires.

Principe de non-discrimination

En tant que droit fondamental, inhérent à tout être humain, l'accès à la santé est garanti à toute PSH en vertu des instruments internationaux

et nationaux relatifs à la protection des PSH. Dans cet ordre d'idées, il faut citer l'article 25 de la convention relative aux droits des personnes handicapées qui protège le droit à la santé des PSH et le prône comme principe à observer sans discrimination.

Le Maroc comme Etat signataire de cette convention, il a déclenché le processus d'harmonisation de son arsenal juridique protecteur des droits des PSH avec ladite convention. L'article 31 de la constitution de 2011 garantit l'accès aux soins à tous les citoyens sans qu'un critère personnel tel que la religion, le sexe ou tout autre critère assimilé soit examiné négativement lors du bénéfice de l'accès aux soins. Qu'il soit en situation d'handicap ou non, la constitution de 2011 garantit à tous les citoyens l'accès aux soins.

Principe de prévention du handicap (sanitaire)

Le Maroc a garanti, à travers des textes de lois, les mesures permettant de mettre en vigueur le principe de prévention, de diagnostic dans l'accès aux soins et du traitement adapté. La prévention, le diagnostic et le traitement sont une responsabilité et un devoir nationaux.

La prévention comprend « toutes les mesures d'ordre matériel et moral, telles que les orientations en matière d'hygiène et d'éducation physique, la vaccination des enfants et des mères, la prévention des accidents, la prise en considération de l'environnement et tout ce qui est de nature à préserver les nationaux des causes pouvant entraîner un handicap »¹⁷.

Le terme « diagnostic » figure à plusieurs reprises dans les textes de lois par rapport au terme « détection » puisqu'il y est fixé, par ces objectifs, le diagnostic du handicap et la sensibilisation aux mesures préventives du handicap¹⁸. A cet effet, le ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille a lancé le projet d'instauration d'un nouveau système d'évaluation du handicap au Maroc. Ce système se base sur les dimensions médicales et sociales du handicap. Il permet aussi aux spécialistes de détecter le type et le

¹⁷ Article 7 de la loi 97-13.

¹⁸ Article 1 de la loi 97-13.

niveau du handicap ainsi que les programmes de réadaptation médicaux à suivre.

La loi reconnaît le droit des PSH aux services de diagnostic, de soins et de traitement, le droit à des aides techniques telle que les prothèses, les orthèses. La loi traite des éléments qui rentrent dans le cadre de l'accès aux soins des PSH tels que les mesures préventives, les services de rééducation et de réadaptation qui rentrent dans le cadre de la santé des PSH¹⁹. La loi oblige les autorités publiques à diagnostiquer le handicap et à identifier ses causes²⁰. Pour ce faire, elle préconise la création de formations et de filières pour l'étude et le diagnostic du handicap (article 10 de la loi 97-13).

Programmes de consolidation

Le Maroc a fixé dans son plan national pour la promotion des Droits des PSH, « la prévention sanitaire ». Le plan national comporte plusieurs projets tels que le renforcement des programmes de prévention qui comportent en soi des actions de dépistage de pathologie à l'origine du handicap, la mise en place du programme de la lutte contre la violence dans le milieu carcéral en y intégrant la question du handicap et enfin la sensibilisation aux conditions de sécurité et d'hygiène.

A son tour, le ministère de la solidarité a prévu toute une procédure afin que les PSH puissent avoir gratuitement les prothèses, les orthèses et les matériaux nécessaires à leur mobilité²¹. Toutefois, la PSH doit remplir certaines conditions afin de pouvoir bénéficier de ce service. La procédure commence par une demande adressée au ministre de tutelle, elle doit être accompagnée par les documents²².

En dépit des efforts déployés par l'Etat, les PSH trouvent toujours des difficultés pour avoir accès aux soins. En effet, selon les résultats de l'en-

¹⁹ Article 9 de la loi 97-13

²⁰ Article 9 de la loi 97-13

²¹ Services destinés aux personnes handicapées - Royaume du Maroc Ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille, consulté le 7 août 2023.

²² « Copie de la CIN, Certificat médical et le certificat de besoin dûment délivré par une administration », www.social.gov.ma, consulté le 6 Juillet 2023.

quête menée en 2014, les soins généraux offerts par le système de la santé sont inaccessibles à 60.8% des PSH, parmi eux, 62.9% des PSH n'accèdent pas pour des raisons financières et 8.8% des PSH considèrent que les centres de santé sont très loin (insuffisance des services de soins locaux).

Face à cet état des lieux, les étrangers en situation d'handicap ont-ils accès aux soins à l'instar des nationaux ?

Avant de répondre à cette question, il faut rappeler les circonstances dans lesquelles le diagnostic des Étrangers en situation d'handicaps peut avoir lieu.

De plus, entre étrangers, il faudra distinguer entre ceux qui sont en situation régulière et ceux qui sont en situation irrégulière qu'il s'agisse de réfugié/demandeur d'asile ou d'étranger disposant d'une carte de séjour régulière. Ces derniers peuvent bénéficier des mêmes mesures de détection et de prévention que les nationaux. En revanche, les étrangers qui sont en situation irrégulière craindront d'accéder aux lieux de diagnostic de peur d'être refoulés ou expulsés²³.

Le frein financier à l'accès au soins

Dans le cadre du même raisonnement, une enquête complétant le contournement des textes juridiques afférents aux droits des PSH au Maroc fut réalisée, dans laquelle il a été posé aux enquêtés (réfugiés et demandeurs d'asile) des questions liées au droit d'accès aux soins, examen et suivi médical. Les réponses ont révélé les résultats suivants :

1. 43% des PSH n'ont pas bénéficié d'un examen médical depuis au moins 2 ans. Plus de 70% ont déclaré ne pas être informés par rapport aux bienfaits d'une alimentation saine, de l'exercice physique ou de l'absence de tabagisme. 50% des enquêtés ont confirmé avoir besoin des mesures de réadaptation telles que les thérapies physiques, orthophoniste. 50% des enquêtés n'arrivaient pas à avoir les soins appropriés pour des raisons financières.

²³ Il s'agirait du problème d'application des dispositions de la loi 02-03 sur les conditions des étrangers au Maroc, face à l'arsenal relatif à l'adoption des stipulations des conventions internationales relatives aux droits humains au niveau du for, et aux impératifs liés au contrôle de la criminalité transfrontalière.

Le problème financier reste toujours l'un des problèmes qui entravent l'accès aux droits/services des PSH. En effet, une PSH - nationale ou étrangère- trouverait des difficultés à payer les frais médicaux, le matériel médical en cas de besoin, les consultations médicales...

Il est vrai que les nationaux en situation d'handicap trouvent des difficultés à accéder aux soins en raison de leur situation financière. Toutefois, un régime de prévoyance sociale permet aux nationaux en situation d'handicap d'être pris en charge (sous conditions) permettant d'alléger les frais résultants du handicap.

Il s'agit d'un régime incluant les pensions de retraite ou de vieillesse, d'invalidité et d'ayants cause ou de survivants. Or, le problème se pose pour les étrangers qui ne sont pas concernés par une telle protection dont les sources de financement pour prévenir, traiter ou maîtriser les effets de leur handicap se font difficiles d'accès et rares.

L'Accès à l'emploi des étrangers en situation d'handicap : un droit à « double » handicap : un accès restreint

L'accès à l'emploi des PSH est garanti en vertu des dispositions légales protégeant les PSH. En effet, la loi 97-13 dispose dans son article 14 que : « *Aucune personne en situation de handicap ne peut être privée de son droit au travail, si elle dispose des qualifications nécessaires à son exercice* » En outre, selon l'article 16 de la loi 97-13 oblige l'employeur d'une personne atteinte d'un handicap l'empêchant d'assurer son travail habituel, devra la réaffecter, si elle y consent et chaque fois que c'est possible, à un autre emploi approprié à sa situation toute personne qui vient d'être atteinte de son handicap l'empêchant d'assurer son travail habituel sera réaffectée à un emploi approprié à son état²⁴ et bénéficiera des moyens de requalification pour exercer le nouvel emploi, sans que ce changement d'activité puisse porter préjudice à sa situation de base.

²⁴Dahir N° 1-16-52 du 19 Rejeb 1437 (27 avril 2016), Publiée dans le BO 6466 du 19 Mai 2016 (12 chaabane 1437), portant sur la 97-13 relative à la protection et à la promotion des droits des personnes en situation d'Handicap.

Les contraintes du travail d'une PSH

Au début des années 2000, le premier ministre marocain a mis en place un décret ministériel²⁵ selon lequel, le 1er ministre a prévu un quota de 7% des places à réserver aux PSH dans le secteur public. Actuellement, le quota de 7% dans le secteur public n'est pas appliqué et le quota dans le secteur privé n'est pas fixé.

Toutefois, l'enquête de 2014 a révélé un taux d'emploi de 13,6% pour les PSH en âge d'activité, ce qui montre le grand faussé entre la garantie légale et la réalité de l'accès à l'emploi aux PSH. Ces résultats préoccupants ont été confirmés par le HCP²⁶, en 2014. Selon le haut-commissariat au plan, le taux de chômage des personnes en situation de handicap est de 67,75%, soit 174.494 personnes. Ce taux est 6 fois supérieur à celui du taux de chômage national. Les PSH déjà employées connaissent une instabilité professionnelle. Ainsi, 25,4% des PSH ont dû changer de profession en raison de leur situation de handicap²⁷.

Cette situation est liée à plusieurs facteurs parmi lesquels, le facteur majeur, celui de l'absence de conditions adaptées à l'exercice d'une activité pour une PSH active (Accessibilité, aménagements de poste de travail, etc.). En effet, pour pouvoir exercer leurs activités professionnelles, les PSH ont besoin de conditions de travail aménagées. Ce besoin peut se révéler comme obstacle à l'obtention d'un emploi.

Politique publique de réponse aux contraintes

Face à cette situation, un plan d'action national de la politique publique a été mis en place afin de promouvoir les droits des personnes en situation de handicap 2017-2021. Ce plan a touché plusieurs axes, parmi les-

²⁵ Décret ministériel N°3.130.00 promulgué le 7 RABII AL AOUAL 1421 (10 juillet 2000) fixant la liste des fonctions pouvant être attribuées aux personnes en situation d'handicap en priorité ainsi que le quota de ces postes dans les administrations publiques et institutions qui en dépendent.

²⁶ Le Haut-commissariat au plan (HCP), « Rapport sur les personnes à besoins spécifiques au Maroc d'après les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2014 », Septembre 2014.

²⁷ Ministère de la solidarité, de la femme, de la famille et du développement social, « enquête national sur le handicap 2014 », publiée Février 2015.

quels « l'accès à l'emploi des PSH » visant la mise en œuvre des projets pour améliorer l'employabilité des PSH dans le domaine de l'artisanat, des activités génératrices de revenus, l'auto-emploi....

Le plan a visé dans le cadre de l'amélioration de l'employabilité des PSH, un développement des prestations au profit des personnes en situation de handicap pour promouvoir l'emploi dans le secteur privé à travers une adaptation des programmes d'insertion aux PSH, une mise en place d'une convention cadre entre l'Etat et le secteur privé pour promouvoir l'emploi des PSH dans le secteur privé) ainsi qu'un appui à l'autonomisation économique des PSH notamment des femmes en situation de handicap à travers le financement de leurs projets et leur orientation dans le domaine de l'auto-emploi.

Si les nationaux en situation d'handicap bénéficient de programmes étatiques et peinent toujours à trouver un emploi, qu'en est-il des étrangers en situation d'handicap ?

Être handicapé complique le chemin vers la recherche d'un emploi. Être étranger avec un handicap, diminue doublement les chances de trouver un emploi surtout en l'absence d'un texte explicite. Faute de garantie légale, les étrangers en situation d'handicap trouvent des difficultés même à revendiquer leur droit à un emploi digne et adapté à leur situation. Toutefois, une catégorie minoritaire des étrangers en situation d'handicap arrivent à occuper des travaux indépendants (la plupart du temps des travaux artisanaux), afin de subvenir à leurs besoins.

Soumission aux prérequis des PSH telle la formation

Selon les résultats de l'enquête menée, près de 50% des enquêtés ne travaillent pas et sont à la recherche d'emploi. Seules 14.3% occupent un travail indépendant.

En principe, pour pouvoir travailler, il faut avoir des compétences et être productif. De même, pour pouvoir acquérir des compétences, il va falloir suivre des formations soit pour renforcer les compétences déjà acquises ou pour acquérir des nouvelles compétences. Toutefois, selon les résultats de notre enquête, presque de 72% des enquêtés n'ont jamais participé à des formations pour renforcer leurs compétences.

L'absence de formations au profit des étrangers en situation d'handicap n'est pas le seul facteur à entraver leur accès à l'emploi. D'autres obstacles s'imposent à cette catégorie, liés à son statut d'étranger. Parmi

ces barrières, résident les barrières procédurales. Pour pouvoir travailler, l'étranger doit avoir une autorisation de travail du ministère de l'emploi qui prend la forme d'un visa apposé sur le contrat de travail²⁸. Mais avant cette procédure, l'employeur doit obtenir d'abord une attestation d'activité auprès de l'Agence Nationale de Promotion de l'Emploi et des Compétences (ANAPEC) en déposant un dossier comprenant un certain nombre de documents²⁹.

Finalement, être étranger avec un handicap complique l'accès à l'emploi pour ne pas dire le rend impossible. Cependant, le problème devient plus grave lorsque les étrangers en situation d'handicap arrivent à trouver un emploi, mais qu'il ne répond pas à leurs besoins dont plus de 50% des enquêtés ont confirmé cette réalité.

En guise de conclusion, il est à avancer que l'accès à l'emploi reste difficile pour les PSH tant pour les nationaux que les étrangers, avec des difficultés spécifiques aux étrangers en situation d'handicap liées à leur statut en tant qu'étranger.

L'Accès à l'éducation des étrangers en situation d'handicap : Un droit à multiples contraintes

Etant un droit fondamental dont la jouissance est garantie à toute personne abstraction faite des raisons liées au handicap, le sexe, la race,

²⁸ Décision du ministre de Travail et de l'insertion professionnelle N°1/TAE-CHIR/2019 du 1er juillet 2019 arrêtant les pièces et documents à annexer au contrat de travail réservé aux étrangers pour obtention de l'autorisation de travail.

²⁹ Une demande formulée à l'attention du Directeur Général de l'ANAPEC qui contient le nom, prénom et l'emploi métier qu'exercera le futur salarié étranger, Un formulaire de renseignements au format ANAPEC dûment rempli, Une fiche descriptive émanant de l'employeur qui détaille avec précision les critères du poste à pouvoir et les compétences recherchées, un justificatif d'identité (CIN ou passeport), Un CV et les copies légalisées des diplômes et des attestations de travail des employeurs précédents, Une fiche annonce détaillant l'offre d'emploi qui sera publiée dans deux journaux (l'un francophone, l'autre arabophone). Cabinet Jean et Associés Maroc, « Salariés étrangers, quelles démarches à entreprendre pour obtenir le permis de travail au Maroc ? ».

l'éducation est garantie à toute PSH au Maroc qui a mis en place un arsenal juridique protecteur des droits des PSH sans oublier le droit à l'éducation et la formation.

Sur le plan légal, le Maroc dispose d'un arsenal juridique qui protège le droit à l'éducation aux PSH. C'est ainsi que la loi 97-13³⁰ relatives à la protection et à la promotion des droits des personnes en situation de handicap garantie dans son article 11, garantie le droit à l'éducation et à l'enseignement à toute PSH. Ce droit inclut le droit de choisir librement les options appropriées dans lesquelles ils désirent poursuivre leurs études³¹. Le même article a ajouté que le handicap ne peut en aucun cas être la cause de la restriction ou la non-jouissance des PSH de leur droit à l'enseignement et l'éducation.

Etendue du droit à l'éducation des PSH

La protection légale demeure insuffisante puisque l'enquête du ministère datée de 2014 a révélé que la majorité des PSH (66,1%) est sans instruction, ce qui correspond à près de 1.476.000 personnes³². Le même rapport indique que 19,6% ont au plus un niveau d'instruction primaire, 9,5% ont un niveau secondaire et seulement 1,8% ont atteint un niveau supérieur.

Selon un rapport réalisé en 2019, commandité par le ministère de l'Éducation Nationale qui dévoile des statistiques et des conclusions alarmantes de la situation des enfants en situation d'handicap au Maroc. Le taux national de scolarisation des enfants (6-17 ans) en situation de handicap est de 41,8% (seuls 33.000 élèves en situation du handicap sont scolarisés)³³.

Dans le milieu rural, les enfants en situation de handicap non scolarisés vivent une situation de double discrimination, ils partagent

³⁰Loi-cadre No. 97-13 relatives à la protection et à la promotion des droits des personnes en situation de handicap, BO N° 6466 du 19 Mai 2016 (12 chaabane 1437).

³¹Idem.

³²Ministère de la Solidarité de la Femme de la Famille et de Développement Social, « Enquête nationale sur le Handicap 2014 », publiée en Février 2015.

³³Évaluation du Modèle d'Éducation des enfants en situation de Handicap au Maroc : Vers une éducation inclusive - 2019 - ISBN : 978-9920-785-08-2.

avec les enfants de leur âge les obstacles pour l'accès et le maintien à l'école et vivent les problèmes d'accessibilité à l'école en raison de leur situation de handicap (Accessibilité architecturale et de communication). Selon les résultats de l'enquête, 85,7% des enfants non scolarisés ne fréquentent pas l'école en raison de leur situation de handicap³⁴. Ce taux est plus élevé dans le milieu urbain (87,1%) que dans le milieu rural (83,9%).

Complexité de la situation des PSH étrangère

Pour les étrangers en situation d'handicap, l'accès à l'éducation est plus compliqué, en l'absence des textes qui garantissent le droit à l'éducation aux étrangers en situation d'handicap. Suite à notre enquête, plus de 85% ont reçu leur formation dans des établissements classiques. Les niveaux prédominants, selon l'enquête sont les niveaux secondaires et élémentaires.

Par ailleurs, l'enquête a révélé un certain nombre de facteurs qui entravent l'accès à l'enseignement des étrangers en situation d'handicap. En effet, le facteur financier joue aussi un rôle dans l'éducation des étrangers en situation d'handicap. Un élève de nationalité étrangère qui est en situation d'handicap trouve des difficultés à prendre en charge d'une part son handicap (achat de prothèses, d'orthèses, de médicaments...) et d'autre part ses frais de scolarisation (déplacement à l'école / à la faculté, achat de fourniture...).

Le problème de discrimination touche le milieu scolaire aussi. Les étudiants étrangers en situation d'handicap souffrent de propos discriminatoires en raison de leur handicap, ainsi que leur statut en tant qu'étranger. S'ajoute aussi les problèmes d'ordre administratif lié aux documents exigés aux étrangers en situation d'handicap. En effet, les parents de l'enfant étranger doivent obtenir une autorisation de scolarisation qui n'est remise que sur présentation de certains documents³⁵ et qui changent en fonction de la région concernée par la direction provin-

³⁴ Idem.

³⁵ « Une lettre manuscrite en arabe adressé à la direction provinciale + documents d'identité des parents », Caritas Maroc, « Etat des lieux Des procédures d'inscription Scolaire Des élèves étrangers au Maroc Note.

ciale responsable de la délivrance de ces autorisations. Cette autorisation est demandée pour tous les enfants étrangers qu'ils soient nés au Maroc ou à l'étranger, et qu'ils aient un acte de naissance marocain ou non.

Le problème que rencontrent les parents des élèves étrangers dans certains cas, est celui de l'exigence des documents sortant du cadre procédural, notamment des certificats médicaux attestant de l'aptitude des élèves à suivre des cours, passeport des parents avec un cachet datant leur entrée au Maroc. Ces demandes, bien que non systématiques, semblent injustifiées et peuvent avoir un caractère discriminant envers le public concerné.

Face à ces problèmes, une intervention pour protéger cette catégorie est primordiale. En effet, il sera recommandé d'encourager la société civile à prendre en charge les cas des étudiants ou élèves en situation du handicap à travers des subventions, des aides financières et matérielles. Pour les étrangers en situation d'handicap, il sera judicieux d'intégrer une garantie légale de l'accès à l'éducation de cette catégorie de personne. L'enfant doit être protégé et doit jouir de ces droits en tant qu'enfant abstraction faite de son handicap, sa nationalité, sa race....

En l'absence de données quantitatives et qualitatives, les étrangers en situation d'handicap ne peuvent bénéficier d'un traitement particulier de la part des autorités publiques. Le manque d'information ne permet d'élaborer un programme adapté aux besoins des étrangers en situation d'handicap. La détection du handicap doit être effectuée à l'entrée des frontières afin de recenser les entrants souffrant d'handicap mais également durant leur séjour. Le handicap (état de santé) doit prédominer sur le statut d'étranger (régulier ou irrégulier). Les étrangers en situation d'handicap doivent être pris en charge et faire l'objet d'un suivi médical.

La collecte d'informations reste la première étape à une meilleure protection des étrangers en situation d'handicap. Cette étape primordiale dans le processus de protection des étrangers a été confirmé dans le cadre du pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières qui a visé parmi ses objectifs l'élaboration des politiques migratoires fondées sur la connaissance des faits à travers le partage d'informations et l'échange d'informations et de données entre les Etats membres eux.

Conclusion

Le Maroc a entrepris des efforts considérables afin de garantir les droits des personnes en situation de handicap (PSH). Toutefois, et malgré ces

efforts, cette catégorie souffre toujours d'un certain nombre de problèmes qui entravent l'accès réel à leurs droits. La situation devient plus complexe pour les étrangers en situation du handicap, qui souffrent doublement à cause de leur handicap d'une part et leur statut d'étranger d'autre part. La levée de ces obstacles nécessite une concertation d'efforts entre l'Etat et la société civile.

Sur le plan de la protection des intérêts des PSH, en particulier étrangères, un dispositif légal marocain renferme des dispositions légales renvoyant à l'étendue des droits fondamentaux dont ils bénéficient. Passer en revue ce dispositif démontre la nécessité d'un accompagnement par des programmes des pouvoirs publics, qui prendraient en considération les indicateurs de l'inclusion des PSH dans l'accès aux droits (santé, éducation, emploi).

Il en ressort que le texte juridique est insuffisant quant à la garantie de l'exercice des droits attribués par la loi aux PSH, mais qu'une adaptation des outils et procédures de mise en œuvre des modalités d'accès et de bénéfice aux droits fondamentaux. Des enquêtes quantitatives récentes sont également un moyen précieux de localisation des déficiences liées à la mise en application du dispositif juridique et institutionnel sur la situation des PSH.

Références bibliographique

Cabinet Jean et Associés Maroc, « Salariés étrangers, quelles démarches à entreprendre pour obtenir le permis de travail au Maroc ? ».

Convention internationale des droits des personnes handicapées, Ratifiée le 8 Avril 2009 et Promulgués par le dahir 1-08-143 et publiés au Bulletin officiel le 2 août 2011.

Caritas Maroc, « Etat des lieux Des procédures d'inscription Scolaire Des élèves étrangers au Maroc », Programme Quantara 2016-2019, Edition Juin 2018.

Dahir N° 1-16-52 du 19 Rejeb 1437 (27 avril 2016), Publiée dans le BO 6466 du 19 Mai 2016 (12 chaabane 1437) portant promulgation de la loi-cadre 97-13 relative à la protection et à la promotion des droits des personnes en situation d'Handicap.

Dahir N° 1-16-52 du 19 Rejeb 1437 (27 avril 2016), Publiée dans le BO 6466 du 19 Mai 2016 (12 chaabane 1437) portant promulgation de

la loi-cadre 97-13 relative à la protection et à la promotion des droits des personnes en situation d'Handicap.

Dahir N° 1-16-52 du 19 Rejeb 1437 (27 avril 2016), Publiée dans le BO 6466 du 19 Mai 2016 (12 chaabane 1437), portant sur la 97-13 relative à la protection et à la promotion des droits des personnes en situation d'Handicap.

Décret ministériel N°3.130.00 promulgué le 7 RABII AL AOUAL 1421 (10 juillet 2000) fixant la liste des fonctions pouvant être attribuées aux personnes en situation d'handicap en priorité ainsi que le quota de ces postes dans les administrations publiques et institutions qui en dépendent.

Décision du ministre de Travail et de l'insertion professionnelle N°1/TAECHIR/2019 du 1er juillet 2019 arrêtant les pièces et documents à annexer au contrat de travail réservé aux étrangers pour obtention de l'autorisation de travail.

Évaluation du Modèle d'Éducation des enfants en situation de Handicap au Maroc : Vers une éducation inclusive - 2019 - ISBN : 978-9920-785-08-2.

Grover, M. ; Herfarth, H. ; et Drossman, D. « The Functional-Organic Dichotomy : Syndrome de l'intestin irritable post-infectieux et syndrome de l'intestin inflammatoire ». Clin Gastro Hepato. 2008.

Haut-commissariat au plan (HCP), « Rapport sur les personnes à besoins spécifiques au Maroc d'après les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2014 », Septembre 2014.

Ministère de la solidarité, de la femme, de la famille et du développement social, « enquête national sur le handicap 2014 », publiée Février 2015.

Ministère de la Solidarité de la Femme de la Famille et de Développement Social, « Enquête nationale sur le Handicap 2014 », publiée en Février 2015.

Ministère de la solidarité, de la femme, de la famille et du développement social, « Enquête Nationale sur le handicap 2014 », publiée Février 2015.

Préambule de la constitution du 1er juillet 2011, publiée dans la BO Non° 5952 bis, p. 1765 à 1794.

Rapport du conseil économique et social, « Respect des droits et inclusion des personnes en situation de handicap », Auto-Saisine n°5 / 2012.

Www.social.gov.ma, consulté le 6 Juillet 2023

http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/, consulté le 4 Août 2023

Profils de santé des migrants en Tunisie: étude quantitative exploratoire

Ben Zina M.A.¹, Salhi I.S.², Souissi W.³, Besbes A.N.³

¹ *Université de Tunis, Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis, Département de sociologie, Unité de Recherche Transmission, Transitions, Mobilité (UR17ES03), Tunis, Tunisie*

² *Université de Tunis, Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis, Département de psychologie, Laboratoire de Psychologie clinique : intersubjectivité et culture (LR16ES01), Tunis, Tunisie*

³ *Université de Tunis, Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis, Département de psychologie, Tunis, Tunisie*

Résumé

Ce travail a permis de cerner le profil sanitaire de la population étrangère résidente en Tunisie en apportant un éclairage sur ses spécificités en termes de santé physique et intellectuelle, mais également et surtout de santé mentale.

Deux analyses quantitatives exploratoires ont été menées. La première a consisté en l'exploitation des données brutes issues du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH, 2014) portant sur les personnes étrangères résidentes en Tunisie. La seconde a été réalisée à partir des données issues d'une enquête de terrain menée auprès de migrants localisés dans la capitale tunisienne en intégrant une variable clé, à savoir le type de migration, et en analysant les difficultés de santé mentale en complémentarité avec les données relatives à la santé physique et intellectuelle.

Ces deux analyses ont permis de constater, d'un côté, que l'état de santé de la population des étrangers résidents en Tunisie est globa-

lement similaire, celle de la population totale, à quelques exceptions près renvoyant aux variables : sexe, niveau d'instruction et étiologie. Il s'avère, d'un autre côté, que les variables qui semblent avoir exercé le plus grand poids dans la variabilité de la situation sanitaire de nos enquêtés sont, davantage, attribuables à l'état de santé mentale qu'à l'état de santé physique et intellectuelle. Les déterminants ayant modéré la majorité des répartitions des enquêtés s'avèrent être : l'âge, le niveau d'instruction et le type de migration.

Mots clés : Santé physique et intellectuelle, Santé mentale, Type de migration.

Introduction

Se situant au carrefour du continent africain et européen, la Tunisie a connu, notamment au cours de la dernière décennie, un changement de son statut, en passant d'un pays d'émigration et de départ, à un pays d'immigration et de transit vers l'Europe (Boubakri, 2021; Nasraoui, 2017 ; Rouland, 2018). En effet, des contraintes sociales, économiques et politiques en Afrique sub-saharienne, ont intensifié les flux migratoires vers la Tunisie, devenue un lieu d'entrecroisement de populations migrantes disparates, voire hétéroclites. À présent, le pays voit arriver des migrants aux statuts difficilement discernables, en raison de l'absence d'outils statistiques précis et fiables, suffisants pour les recenser (Boubakri, 2015). De plus, ces flux migratoires ne se limitent plus qu'aux hommes, mais incluent de plus en plus des femmes (Institut National de la Statistique, INS, 2017a), ainsi que des enfants qui, soit par choix, soit par contrainte quittent leur pays d'origine. Les derniers chiffres de l'INS attestent d'un accroissement global de 11.4% de la population étrangère résidente en Tunisie, entre 2014 et 2020 (INS & Observatoire National de la Migration, ONM, 2021), avec un accroissement considérable de la migration subsaharienne dans le pays, représentant 36,4%.

L'ampleur de ces mouvements migratoires engendre de la vulnérabilité et de profondes répercussions sur la santé. Ainsi, les études abordant l'état de santé en général considèrent que ce dernier serait déterminé par des facteurs qui sont en lien avec les caractéristiques socio-démographiques, les facteurs socio-économiques et les conditions environnementales. En plus de ces derniers, l'état de santé des migrants est particulièrement influencé par l'expérience du déplace-

ment et les épreuves inhérentes à la trajectoire migratoire (Tofani et al., 2022). Ces déterminants ont été également identifiés par l'OMS (2022).

De plus, une analyse fine du processus migratoire montre que la santé des migrants peut également être affectée au cours des différentes phases de la migration. En effet, les migrants peuvent être confrontés à différents facteurs de risque, soit dans leur pays d'origine, tels que la guerre, soit au cours de leur trajet, tels que les difficultés et les dangers rencontrés sur les routes migratoires, soit encore dans le pays d'accueil à cause des conditions de vie difficiles, imposées par ce dernier (Benbelli, 2021 ; Kaoutar et al., 2012 ; OMS, 2022). Ces facteurs de risque pourraient générer diverses maladies infectieuses, chroniques, et même du handicap (Kerouedan, 2019 ; Tofani et al., 2022 ; OMS, 2022).

En outre, s'intéresser à la santé des migrants ne se limite pas à l'évolution de leur état de santé au cours des différentes étapes de l'expérience migratoire, elle englobe également l'accès aux droits et aux systèmes de santé, ainsi que la prise en charge des personnes migrantes dans les services de santé, au cours du trajet et dès l'arrivée au pays hôte, susceptibles d'exacerber leur situation sanitaire (Siffert, 2020).

Dans ce sens, les discriminations administratives et juridiques entravent l'accès aux soins de certains migrants, soit en retardant ou en empêchant leur accès aux systèmes de santé, ce qui pourrait les exposer à certaines affections et pathologies, ou aggraver leur état, particulièrement pour ceux ne disposant pas de statut légal sur le territoire étranger (Musso, 2017 ; Siffert, 2020). Néanmoins, malgré l'importance que revêt l'étude de l'état de santé de la population migrante et ses conséquences notamment sur le processus migratoire, voire sur le projet de vie des migrants, celle-ci est peu documentée, tant à l'échelle nationale, qu'internationale, et les statistiques se rapportant à cette question se font rares et sommaires (Kerouedan, 2019). Ceci est inhérent au manque d'informations sur la spécificité des profils sanitaires des migrants (Jaouadi, 2016), en raison de l'illégalité du statut et de l'irrégularité de la situation d'une grande majorité d'entre eux (Kacem, 2023). L'ambiguïté est entretenue par la terminologie même du mot migrant, désignant d'une manière générale « toute personne quittant son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale » (Sironi et al., 2019). Cette notion de tempora-

lité qu'englobe la définition même du mot migrant intègre également les personnes fuyant leur pays en raison des crises géopolitiques et économiques, notamment les demandeurs d'asile, faisant que le statut de ces derniers les associe à des « éternels nomades » (Agier, 2016), sans compter les migrants en situation de transit. Ainsi, il devient difficile de cerner avec précision le profil sanitaire de ces migrants, plus vulnérables à de la précarité et à de l'instabilité, alimentées par cette temporalité. Les données ainsi obtenues ne sont généralement relatives qu'aux migrants réguliers et ne pourraient couvrir ceux en situation irrégulière et en transit.

De façon générale, force est de constater que les pathologies consécutives au processus migratoire varieraient en fonction de plusieurs variables, dont celles en lien avec la nature des difficultés de santé de la population migrante, leurs caractéristiques socio-démographiques, l'étiologie des difficultés de santé, ainsi que le type de migration, et expliqueraient la manière disproportionnée avec laquelle elle est touchée, ainsi que la prévalence de certaines maladies au sein de cette population (Fassin, 2000).

Néanmoins, il reste à signaler que ce sont les personnes disposant de meilleures conditions physiques qui seraient aptes à envisager un projet migratoire. En effet, ce dernier exige que le migrant ait une endurance physique considérable. Il s'agit du phénomène qualifié de l'« effet de sélection migratoire » ou « *healthy migrant effect* », selon lequel les migrants ont, en moyenne, un état de santé meilleur que celui de la population du pays d'origine et du pays hôte (Elshahat et al., 2022, Kennedy et al., 2006). Cependant, actuellement, cet effet de sélection s'observe de moins en moins et englobe des individus de tout type indépendamment de leur état de santé où la migration devient davantage déterminée par des facteurs individuels, sociétaux et organisationnels (Elshahat et al., 2022). Ces mêmes facteurs sont susceptibles d'exacerber l'état de santé du migrant, qui, lorsqu'il se trouve dans une situation irrégulière et illégale sur le territoire d'accueil, serait plus vulnérable à l'exploitation économique, à des traitements discriminatoires, à l'absence de couverture sociale et à des privations d'accès aux systèmes de santé (Geisser, 2019). Dans ce sens, les difficultés post migratoires pourraient, par leur effet cumulatif et continu, impacter la santé non seulement physique, mais surtout mentale des migrants (Tuggle et al., 2018). Ainsi, il est désormais admis que l'accumulation de facteurs de stress au cours de la vie d'un individu peut

perturber les médiateurs physiologiques de son organisme et conduire à des troubles de la santé mentale (Aragona et al., 2020 ; Gleeson et al., 2020). Ainsi, la variation des troubles de la santé mentale serait tributaire de la nature de l'expérience migratoire, des adversités rencontrées tout au long du processus migratoire, mais aussi du statut et des types de migrations (Chen et al., 2017 ; Morgan et al., 2019 ; Newnham et al., 2019 ; OMS, 2022). Parmi les problèmes de santé mentale recensés, sont cités ceux en lien avec le stress post-traumatique, la dépression et l'anxiété chez les migrants (Elshahat et al., 2022 ; Hasan et al., 2021 ; Nasraoui, 2017 ; OMS, 2022 ; Tinghög et al., 2017). Pourtant, malgré l'intérêt croissant porté à la question des liens entre la santé mentale et les processus migratoires, les recherches se sont plutôt focalisées sur la santé physique, alors que celles relevant de la santé mentale restent encore occultées, voire scotomisées (Elshahat et al., 2022).

En Tunisie, mis à part certains rapports établis par quelques institutions, organisations et associations (INS, OIM, Terre d'Asile Tunisie), il y a un manque considérable d'études et de données relatives à la santé globale des personnes en situation de migration, et spécifiquement à leur santé mentale.

Dès lors, l'objectif de cette étude est doublement motivé :

- d'une part, il est important de pallier au manque de données statistiques se rapportant à la question de la migration et la santé dans le contexte tunisien. L'accent sera mis sur la spécificité du profil sanitaire de la population étrangère résidente sur le territoire tunisien, en révélant la particularité des difficultés de santé physique et intellectuelle qui la caractérisent. Pour ce faire, la comparaison avec les difficultés de santé déclarées par la population totale sera nécessaire. Ce travail se fera à partir de l'analyse quantitative des données issues des rapports du recensement de l'INS (2014) et de l'analyse des données brutes sur les difficultés de santé de la population étrangère résidente en Tunisie recensée à la même date. Ces données ont été obtenues spécialement pour les besoins de cette étude.
- d'autre part, cette étude vise à apporter des analyses complémentaires sur un aspect qui n'a jamais été traité dans le contexte tunisien, à savoir celui de la santé mentale de la population migrante. Pour ce faire, différentes variables intégrant le degré global et la nature des difficultés de santé, les caractéristiques socio-démo-

graphiques, dont l'âge, le sexe, et le niveau d'instruction, ainsi que l'étiologie des difficultés de santé et le type de migration, seront étudiées en vue de déterminer les facteurs influençant l'expression de certaines difficultés physiques, intellectuelles et mentales. Ces analyses seront possibles grâce aux données d'une enquête de terrain réalisée dans le cadre de cette étude.

Méthode

Cette étude se veut quantitative et exploratoire. Elle ambitionne d'analyser l'objet étudié en deux parties : la première partie portera sur une analyse statistique de données brutes tirées du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH, 2014). Ces données, obtenues suite à une requête auprès des services de l'INS, permettront de déterminer les spécificités sanitaires des étrangers résidents en Tunisie ayant déclaré avoir des difficultés de santé physique ou intellectuelles. Dans la seconde partie, il sera question de l'analyse des données obtenues à partir d'une enquête de terrain réalisée en 2023 auprès de 202 étrangers localisés sur le territoire tunisien et ayant pour finalité de dresser le profil sanitaire de ces derniers, à partir d'un certain nombre de variables individuelles et contextuelles.

Les données du RGPH

Les résultats publiés du dernier RGPH de 2014, permettent d'avoir une description précise des difficultés de santé physique et intellectuelle déclarées pour l'ensemble de la population totale en Tunisie (INS, 2017b). De même, les données sur les caractéristiques socio-démographiques de la population étrangère résidente en Tunisie ont été publiées à partir de ce même recensement (INS, 2017a). Cependant, aucune publication de l'INS ne s'est intéressée à l'analyse de ces deux aspects conjointement. Considérant l'importance et l'intérêt scientifique de disposer des données brutes sur la population étrangère résidente en Tunisie et ayant des difficultés de santé, nous avons sollicité de l'INS la possibilité de les exploiter. 568 enregistrements individuels ont, ainsi, pu être traités dans la première partie de notre analyse.

Population de l'étude

La population totale en Tunisie, à la date du recensement de 2014, était estimée à 10982476 personnes, dont 53000 étrangers (INS, 2017a). Parmi cette population totale, 241240 personnes ont été repérées comme ayant des problèmes de santé physique et intellectuelle (INS, 2017b), parmi eux 568 étrangers résidents en Tunisie depuis au moins six mois. Ces derniers ont constitué la population cible de la première partie de notre étude.

Matériel

Les données du RGPH de 2014 sur la santé ont été récoltées à partir de la série de questions du Groupe de Washington sur le fonctionnement (WG-SS). Cette méthode a pour finalité l'obtention de données statistiques sur les difficultés de santé et le handicap de la population ayant au moins 18 ans (Washington Group on Disability Statistic, 2020). Dans sa première version, les questions permettent de détecter les difficultés de santé et les situations de handicap à travers six questions sur le degré de la capacité de réalisation d'une des actions dans six domaines de fonctionnement de base, à savoir la vision, l'audition, la motricité, la cognition, l'autonomie et la communication, sur une échelle de Likert allant de la capacité à l'incapacité totale (Washington Group on Disability Statistic, 2020). De ce fait, une personne est considérée comme étant en situation de handicap dans les domaines concernés, si elle répond par « beaucoup de difficultés » et/ou « ne parvient pas du tout » à au moins une des six questions relatives au fonctionnement.

Procédure

L'analyse des données brutes obtenues a été effectuée par le logiciel statistique IBM SPSS Statistics version 23.0. Ainsi, les premières analyses statistiques faites sur cet échantillon portent sur le degré global des difficultés de santé physique et intellectuelle rapportées par cette population. Cette variable est croisée, ensuite, par l'application du test statistique de Khi-deux, avec la nature des difficultés physiques et intellectuelles rapportées. Puis, d'autres croisements ont été effectués en considérant les variables liées aux spécificités démographiques (dont l'âge, le sexe et le niveau d'instruction de la population concer-

née), ainsi que l'étiologie de ses diverses difficultés. L'ensemble des données obtenues, suite aux croisements réalisés, a été comparé aux données relatives à la population totale résidente en Tunisie ayant également des difficultés de santé publiées par l'INS (2017b).

Enquête de terrain

Population

Nous avons réalisé, en 2023, une enquête exploratoire auprès de 202 étrangers localisés sur la capitale tunisienne, étant donnée la concentration de la population migratoire dans cette région, estimée à 50,2% (INS & ONM, 2021) par rapport à l'ensemble de la population des migrants. Les critères d'inclusion retenus pour notre étude consistent à ce que le participant soit majeur, qu'il ait immigré en Tunisie depuis au moins six mois indépendamment de la régularité de sa situation, et enfin maîtrisant suffisamment l'arabe, le français ou l'anglais. Ce dernier critère a été établi afin d'assurer, non seulement une bonne compréhension des questions posées, mais aussi une meilleure implication dans la recherche.

Notre population d'étude est constituée de 58,4% d'hommes et de 41,6% de femmes, âgés de 18 à 79 ans. Les participants sont majoritairement originaires de l'Afrique subsaharienne avec un pourcentage évalué à 42,6%, puis du Maghreb (24,3%), ensuite de l'Europe (20,3%), du Moyen Orient (15%), et enfin 11% de la population étaient de diverses autres nationalités. En ce qui concerne le type de migrant, 39,1% de la population sont des migrants travailleurs, 24,3% sont des étudiants, 13,4% sont des migrants en transit, 4% sont des demandeurs d'asile, et enfin 19,3% sont des migrants pour d'autres raisons dont le regroupement familial ou les soins médicaux. Il reste à préciser que notre échantillon respecte globalement la répartition de la population étrangère résidente depuis au moins six mois en Tunisie, telle que décrite par l'enquête MED-HIMS, réalisée entre 2020 et 2021. Cette enquête expose les données les plus récentes, publiée par l'INS et l'ONM (2021), se rapportant à la migration en Tunisie. Le tableau 1 illustre ces caractéristiques, ainsi que celles de la population étrangère résidente depuis au moins six mois en Tunisie, recensée par l'enquête MED-HIMS entre 2020 et 2021.

Tableau 1
 Caractéristiques de l'échantillon de l'enquête de terrain comparées
 à celles de l'enquête MED-HIMS réalisée par l'INS entre 2020 et 2021

		Enquête de terrain (2023) N=202		Enquête MED-HIMS (2020-2021) N=58990		
		Nombre	Pourcentage (%)	Nombre		Pourcentage (%)
Sexe	Homme	118	58,4	29481		50
	Femme	84	41,6	29509		50
Groupe d'âge	18-29	87	43,2	0-14	5684	9,6
				15-24	10512	17,8
	30-39	56	27,9	25-39	19602	33,3
	40-49	24	11,9	40-49	9764	16,6
	50-59	18	9	50-59	5563	9,4
	60 ans et plus	16	8	60 ans et plus	7865	13,3
Région de provenance	Afrique Subsaharienne	86	42,6	21466		36,4
	Maghreb	49	24,3	21818		37
	Europe	41	20,3	10927		18,5
	Moyen Orient	15	7,4	3861		6,8
	Autres	11	5,4	918		1,6
Type de migrant	Travail	79	39,1			29,2
	Étude	49	24,3			15,5
	Transit	27	13,4			1
	Demandeur d'asile	8	4			-
	Autres	39	19,3			54,3

Matériel

La collecte des données s'est faite à partir d'un questionnaire construit sur la base de deux outils de dépistage du handicap. Le premier est celui de la version enrichie de la série de questions du Groupe de Washington sur le fonctionnement (WG-SS-E, 2020). Cette version des questions du groupe de Washington est complémentaire à la version réduite. Elle comprend six questions supplémentaires aux six domaines de fonctionnement de base susmentionnés, dont

deux relatives au fonctionnement de la partie supérieure du corps (les mains et les doigts) et quatre au fonctionnement psychosocial, en lien avec la fréquence et l'intensité de l'anxiété et de la dépression (WG-SS-E, 2020). Ainsi, cette version permet d'avoir des données statistiques sur l'état de la santé physique et intellectuelle, mais également sur l'état de santé mentale. L'évaluation de la situation du handicap chez la personne interrogée se fait de manière similaire à celle de la version réduite, pour les domaines physiques et intellectuels. Concernant le domaine psychosocial, une personne est considérée comme ayant des problèmes de santé mentale, notamment d'anxiété et de dépression, lorsqu'elle répond par « tous les jours » pour les questions relatives à la fréquence ou par « élevé » pour celles relatives à l'intensité.

Le second outil de référence pour l'élaboration de notre questionnaire est celui de la matrice de Réadaptation à Base Communautaire des personnes en situation de handicap (RBC). Cette matrice porte sur cinq composantes fondamentales dont la santé, l'éducation, les moyens de subsistance, le social et l'autonomisation, comprenant chacune cinq éléments permettant d'affiner les données relatives aux besoins des personnes en situation de handicap, de leurs familles et de leur communauté (OMS, 2011). Les réponses aux différentes modalités des composantes susmentionnées, permettront de spécifier les besoins des personnes en situation de handicap et de mettre en place un programme RBC adapté à leurs besoins, afin d'améliorer leur qualité de vie et de garantir leurs droits (OMS, 2011).

Il est à préciser que ces questionnaires simples et rapides à administrer, constituent des outils de dépistage fournissant des informations sur les limites du fonctionnement des personnes. Il s'agit, par conséquent, de mesures subjective et individuelle où chaque participant se reconnaît dans les items proposés, et non d'une évaluation approfondie aboutissant à un diagnostic clinique précis de l'état de santé générale (Boggs et al., 2022).

Procédure

La passation du questionnaire dans le cadre de notre enquête a été réalisée de façon individuelle pour l'ensemble de notre population. La durée moyenne de l'administration du questionnaire est estimée à 15 minutes par personne.

Outils d'analyse des données

Concernant l'analyse des données collectées dans notre enquête exploratoire, elle a été effectuée par le logiciel statistique IBM SPSS Statistics version 23.0. Divers croisements ont été réalisés à partir du test statistique du Chi-deux, entre la variable type de migrant et d'autres facteurs, à savoir le niveau global des difficultés de santé physique et intellectuelle et les problèmes de santé mentale. Ces deux dernières variables ont été, également, croisées entre elles. Ensuite, nous avons réalisé d'autres analyses en croisant les variables relatives, respectivement, au degré global des difficultés de santé physique et intellectuelle et aux problèmes de santé mentale, avec les caractéristiques socio-démographiques, dont l'âge, le sexe et le niveau d'instruction.

Analyse et interprétation des résultats

L'analyse et l'interprétation des données obtenues se réaliseront en deux temps. Dans un premier temps, nous effectuerons une analyse quantitative exploratoire des données brutes issues du RGPH réalisé en 2014 par l'INS. Ces données dressent le profil sanitaire de la population étrangère résidente en Tunisie, ayant des difficultés de santé physique et intellectuelle et ayant été sélectionnée à partir de la population totale déclarant avoir les mêmes difficultés. L'objectif étant de comparer ces deux populations en mettant en évidence la spécificité du profil sanitaire des migrants, à partir de croisements de variables en lien avec le niveau global et la nature des difficultés déclarées, les caractéristiques socio-démographiques en considérant l'âge, le sexe et le niveau d'instruction, ainsi que l'étiologie des difficultés de santé, afin d'identifier les facteurs les plus déterminants dans l'expression de certaines difficultés physiques et intellectuelles au sein des deux populations.

Dans un second temps, une analyse quantitative exploratoire sera menée sur les données issues d'une enquête de terrain. Dans cette analyse, une variable clé sera introduite, à savoir le type de migration, qui sera étudiée en rapport avec les difficultés de santé mentale et en complémentarité avec les données relatives à la santé physique et intellectuelle.

Analyse des données brutes du RGPH de 2014

Dans ce qui suit, nous débuterons par la présentation des données issues des croisements effectués en fonction des variables relatives au niveau global de difficultés physiques et intellectuelles, à leurs natures, aux spécificités démographiques (dont l'âge, le sexe et le niveau d'instruction), et enfin en fonction de leurs étiologies auprès, des deux populations étudiées. Le tableau 2 illustre la répartition des deux populations étudiées en fonction du niveau global des difficultés de santé physique et intellectuelle rapportées.

Tableau 2

Répartition des deux populations en fonction du niveau global des difficultés

Niveau des difficultés	Étrangers résidents en Tunisie ayant des difficultés de santé (%)	Population totale sur le territoire tunisien ayant des difficultés de santé (%)
Quelques difficultés	51,7	44,3
Beaucoup de difficultés	27,5	37,2
Incapacité totale	20,8	18,5
Total	100	100

D'après le tableau 2, nous constatons que parmi les étrangers résidents en Tunisie ayant déclaré avoir des difficultés de santé physique et intellectuelle, 51,7% ont quelques difficultés, comparativement à 44,3% chez la population totale. De même, 27,5% des étrangers déclarent avoir beaucoup de difficultés, alors que cette fréquence est estimée à 37,2% chez la population totale. Enfin, 20,8% des étrangers déclarent avoir une incapacité totale, laquelle est estimée à 18,5% chez la population totale. Globalement, nous relevons l'existence d'une similarité de la répartition des deux populations en fonction du niveau global de difficultés de santé.

Une analyse plus fine de ce premier résultat, effectuée sur les deux populations, en considérant le croisement entre les variables relatives à la nature et au niveau global des difficultés, reproduit de nouveau le même ordre de répartition chez les deux populations. Le tableau 3 ci-dessous synthétise les données issues de ce croisement.

À la lecture de ce tableau, il est possible de constater que 36,1% des étrangers résidents en Tunisie ayant des difficultés physiques et intellectuelles déclarent avoir des difficultés visuelles, alors que cette fré-

quence est estimée à 29% chez la population totale. Concernant les difficultés multiples, leurs fréquences sont de 33,1% chez les étrangers et de 32,4% chez la population totale. S’agissant des difficultés liées à la motricité, leurs fréquences sont de 16,2% chez les étrangers et 17,7% chez la population totale. Enfin, pour les difficultés auditives, d’autonomie, mnésiques, attentionnelles et de communication, leurs fréquences sont, respectivement, de 4,9%, 4,8%, 3,3% et 1,7% chez les étrangers et de 6%, 4,8%, 5% et 5,1% chez la population totale déclarant avoir des difficultés de santé.

Tableau 3
Répartition des deux populations en fonction de la nature et du niveau global des difficultés

Nature de la difficulté	Étrangers résidents en Tunisie ayant des difficultés de santé (%)*				Population totale sur le territoire tunisien ayant des difficultés de santé (%)			
	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés	Incapacité totale	Total	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés	Incapacité totale	Total
Visuelle	53,8	21,3	11,5	36,1	43,2	20,9	11,4	29
Auditive	4,2	2,6	9,6	4,9	5,6	6	6,9	6
Motrice	12,5	24,9	13,7	16,2	16,2	20,7	15,1	17,7
Cognitive	3,0	4,2	2,9	3,3	4,7	5,8	4,2	5
Autonomie	2,6	6,4	8,2	4,8	4,6	5,4	3,9	4,8
Communication	2,2	-	2,6	1,7	4,4	5,5	5,9	5,1
Difficultés multiples	21,7	40,6	51,4	33,1	21,3	35,7	52,6	32,4
Ayant au moins une difficulté	100	100	100	100	100	100	100	100

*(n=567 ; Khi-deux = 108,314 ; ddl = 12 ; p = 0,000)

Ces résultats révèlent, de prime abord, que les difficultés visuelles et multiples occupent le peloton de tête au sein des deux populations par rapport aux autres difficultés physiques et intellectuelles déclarées. De plus, ces résultats montrent que la répartition des deux populations en fonction de la nature des difficultés reproduit la même similarité d’ores et déjà observée en fonction du niveau global des difficultés, à quelques exceptions faites pour les difficultés visuelles, qui

sont légèrement supérieures pour les étrangers, comparativement à la population totale qui estimerait les difficultés multiples significativement plus élevées. Néanmoins, de telles disparités ne s'observent pas lorsque nous détaillons l'analyse de cette répartition en combinant la nature et le niveau global de difficultés. En effet, nous retrouvons, de nouveau, la similarité de la répartition des deux populations déjà affirmée. Ainsi, la répartition des deux populations en fonction du niveau global de difficultés montre que, lorsqu'il s'agit de quelques difficultés, ce sont de nouveau les difficultés visuelles qui occupent le premier rang, avec une fréquence évaluée à 53,8% chez les étrangers et à 43,2% chez la population totale, suivies par les difficultés multiples avec une fréquence estimée à 21,7% chez les étrangers et à 21,3% chez la population totale. Ces deux dernières difficultés sont suivies, respectivement, par celles liées à la motricité, à la sphère auditive, aux difficultés cognitives et à l'autonomie. Le même ordre est reproduit de façon similaire auprès de la population totale. Il en est de même lorsqu'il s'agit de beaucoup de difficultés et de l'incapacité totale. Ainsi, nous retrouvons globalement la même répartition en fonction de la nature des difficultés, où les difficultés multiples occupent le premier rang pour les deux populations. Leurs fréquences sont, respectivement, de 40,6% et de 51,4% pour les étrangers et de 35,7% et de 52,6% pour la population totale, ayant déclaré avoir beaucoup de difficultés ou une incapacité totale.

À ce niveau, les analyses des données en fonction de la nature et du niveau global des difficultés permettent de conclure, qu'au sein des deux populations, les personnes déclarant avoir quelques difficultés se plaignent principalement de difficultés visuelles, alors que celles déclarant avoir beaucoup de difficultés ainsi qu'une incapacité totale, souffrent essentiellement de difficultés multiples.

Un affinement de nos résultats serait de rigueur en vue de mieux orienter l'interprétation de nos données. Les tableaux qui vont suivre prendront en considération, dans un premier temps, les variables sociodémographiques dont l'âge, le sexe et le niveau d'instruction et, dans un second temps, l'étiologie des difficultés. Le tableau 4 illustre les données issues des croisements des variables liées à l'âge et au niveau global des difficultés chez les étrangers ayant déclaré avoir des difficultés de santé physique et intellectuelle.

Tableau 4

Répartition de la population des étrangers résidents en Tunisie en fonction de l'âge et du niveau global des difficultés

Groupe d'âge (an)	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés	Incapacité totale
0-4	0,3	0,6	2,5
5-14	4,4	5,1	5,9
15-34	12,3	8,3	11
35-59	28,3	28,2	29,7
60-79	42,7	37,8	23,7
80 et plus	11,9	19,9	27,1
Total	100	100	100

(n=567 ; Khi-deux = 26,793 ; ddl = 10 ; p = 0,003)

D'après ce tableau, la fréquence des étrangers déclarant avoir soit quelques, soit beaucoup de difficultés de santé, est la plus élevée chez les sujets âgés entre 60 et 79 ans. Les valeurs sont estimées, respectivement, à 42,7% pour les quelques difficultés et à 37,8% lorsqu'il s'agit de beaucoup de difficultés. Par contre, l'incapacité totale semble toucher essentiellement les personnes âgées entre 35 et 59 ans. Aussi, 80,5% des étrangers déclarant avoir une incapacité totale sont âgés de plus de 35 ans. Cette fréquence significativement élevée du point de vue de l'incapacité totale, relevée auprès de cette population étrangère, mériterait d'être affinée.

En outre, force est de constater l'existence d'un effet d'âge notoire impactant l'évolution du niveau global des difficultés de santé physique et intellectuelle chez les étrangers résidents en Tunisie avec ($\chi^2(567) = 26,8 ; p = .003$), ce qui permet d'expliquer la fréquence élevée des difficultés multiples susmentionnée dans le tableau 3, puisque ce sont les personnes les plus âgées qui déclarent avoir les niveaux de difficultés les plus élevés, voire même une incapacité totale. Le tableau 5 nuancera la répartition des étrangers et de la population totale ayant déclaré avoir des difficultés de santé physique et intellectuelle en fonction, cette fois-ci, de l'âge et du sexe, en vue de vérifier si la similarité déjà observée entre les deux populations se reproduit en fonction de ces variables sociodémographiques, ce qui nous permettrait de mieux orienter l'interprétation de la répartition de nos deux populations et d'apporter une explication aux niveaux des difficultés les plus élevés

associés aux tranches d'âge supérieures de la population globale. Ultérieurement un affinement en fonction du niveau d'instruction serait également de rigueur.

Tableau 5
Répartition des deux populations en fonction de l'âge et du sexe

Groupe d'âge (an)	Étrangers résidents en Tunisie ayant des difficultés de santé (%)*			Population totale sur le territoire tunisien ayant des difficultés de santé (%)		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
0-4	1,2	0,6	0,9	1,5	1,1	1,3
5-14	8,1	2,8	5,1	7,2	6,2	6,8
15-34	15,4	7,5	10,9	20,9	17,3	19
35-59	30	27,4	28,5	32,4	29,9	31
60-79	32,8	40,8	37,3	26,1	32,2	29
80 et plus	12,6	20,9	17,3	11,9	13,3	12,6
Total	100	100	100	100	100	100

*(n=568 ; Khi-deux = 24,536 ; ddl = 5 ; p = 0,000)

Ce tableau indique, de façon générale, que la proportion la plus importante parmi les étrangers résidents en Tunisie depuis au moins 6 mois et ayant déclaré avoir des difficultés de santé physique et intellectuelle est celle des personnes âgées entre 60 et 79 ans (37,3%). Par ailleurs, cette proportion est de 28,5% pour les étrangers âgés entre 35 et 59 ans, contrairement à ceux âgés de 80 ans et plus, qui n'est que de 17,3%. Pour les autres tranches d'âges, les taux sont significativement inférieurs. Concernant la population totale, la proportion la plus importante des personnes ayant déclaré avoir des difficultés de santé physique et intellectuelle est celle des personnes âgées entre 35 et 59 ans, soit 31%. Elle tend à diminuer avec l'âge, passant à 29% pour les sujets âgés entre 60 et 79 ans et à 12,6% pour les personnes âgées de 80 ans et plus. La similarité de la répartition pour les autres tranches d'âge, par rapport à la population des étrangers est, de nouveau, retrouvée et enregistre les fréquences les moins significatives. Une première lecture de ce tableau, à partir de l'analyse de la variation des totaux entre les deux populations, montre que les difficultés de santé, se manifestant chez les deux populations, sont liées à l'âge. Ce sont particulièrement les personnes âgées entre 35 ans et plus qui présentent les fréquences les

plus élevées de difficultés de santé physique et intellectuelle avec, respectivement, 83,1% pour la population étrangère et 72,6% pour la population totale. Comparativement à des sujets plus jeunes, ces derniers enregistrent une fréquence de 16,9% chez les étrangers et de 27,1% chez la population totale ayant déclaré des difficultés de santé. En outre, ce tableau permet de préciser la répartition des difficultés de santé chez les deux populations en combinant l'âge et le sexe. Pour la population des étrangers, il apparaît que ce sont les femmes étrangères âgées de 35 ans et plus qui déclarent avoir plus de difficultés de santé par rapport aux hommes, en particulier celles âgées de 60 à 79 ans, dont la fréquence est estimée à 40,8%, comparativement à celle des hommes appartenant à cette même tranche d'âge. Cette dernière n'est que de 32,8%. La même répartition est retrouvée pour la population totale. Ainsi, la fréquence des femmes qui se déclarent avoir plus de difficultés de santé est significativement élevée par rapport à celle des hommes âgés de 35 ans et plus avec, respectivement, 75,4% pour les femmes et 70,4% pour les hommes. Néanmoins, nous notons que la fréquence des hommes déclarant avoir des difficultés de santé a considérablement diminué entre 35 et 80 ans et plus passant, respectivement, de 32,4% à 26,1% et à 11,9% pour les tranches d'âge [35-59], [60-79] et 80 ans et plus. Concernant la population étrangère, cette fréquence est passée de 30% à 32,8% entre 35 et 79 ans et a connu une baisse à 80 ans et plus, estimée à 12,6%.

D'une manière générale, nous pouvons constater que la fréquence des femmes se déclarant avoir davantage de difficultés de santé est significativement plus élevée par rapport aux hommes. Aussi, cette fréquence reste globalement supérieure chez la population étrangère, comparativement à la population totale. De plus, nous observons une baisse des taux des difficultés déclarées par les hommes par rapport aux femmes de même tranche d'âge, mais aussi par rapport aux femmes moins âgées, lorsqu'il s'agit de la population totale. Des variables latentes semblent modérer cette répartition, ce qui appelle à approfondir les analyses en intégrant le niveau d'instruction ou encore l'étiologie des difficultés. Ainsi, le tableau 6 représente la répartition des deux populations en fonction du niveau global des difficultés et du niveau d'instruction.

Tableau 6
Répartition des deux populations en fonction du niveau d'instruction
et du niveau global des difficultés

Niveau d'instruction	Étrangers résidents en Tunisie ayant des difficultés de santé (%)*				Population totale sur le territoire tunisien ayant des difficultés de santé (%)			
	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés	Incapacité totale	Total	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés	Incapacité totale	Total
Néants	20,1	40,4	60,7	34	44,7	57,1	69,3	53,8
Primaire	24,5	25	12,8	22,2	28	26,2	18,7	25,7
Secondaire	35	21,8	12,8	26,8	21	14,3	10,2	16,5
Supérieur	20,4	12,8	13,7	16,9	6,3	2,4	1,8	4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

*(n=567 ; Khi-deux = 70,794 ; ddl = 6 ; p = 0,000)

L'analyse de ce tableau montre qu'avoir beaucoup de difficultés et de l'incapacité totale sont manifestes chez les deux populations analphabètes. Concernant les étrangers, cette fréquence est estimée à 40,4% pour ceux déclarant avoir beaucoup de difficultés et à 60,7% lorsqu'il s'agit d'une incapacité totale. D'ailleurs, 73,5% de ces derniers sont soit analphabètes ou bien de niveau primaire. En revanche, plus de 55% des personnes ayant quelques difficultés ont suivi des études de niveau secondaire et supérieur. Il existe donc un lien significatif entre le niveau des difficultés déclarées et le niveau d'instruction chez la population étrangère. Une répartition similaire est retrouvée pour la population totale où 88% se déclarant en incapacité totale sont analphabètes ou de niveau primaire. Par contre, les individus déclarant avoir quelques difficultés ont un niveau d'instruction secondaire et universitaire, avec une fréquence significativement faible qui n'est que de 27,3% et de 12%, lorsqu'il s'agit d'une incapacité totale.

Toutefois, il est intéressant de noter que bien que les fréquences du niveau global des difficultés enregistrées aient diminué chez les étrangers ayant un niveau d'étude supérieur, ces dernières sont significativement élevées par rapport à celles enregistrées auprès de la population totale. Cette différence relevée nécessiterait une analyse prenant en considération la variable type de migrant en vue de mieux orienter l'interprétation des résultats. C'est la raison pour laquelle, la deuxième partie de ce travail intégrera cette variable clé.

Une autre analyse basée sur le croisement des variables relatives à l'étiologie et au niveau global des difficultés, pourrait également affiner la répartition des deux populations déclarant avoir des difficultés de santé. Le tableau 7 synthétise les données issues de ce croisement.

Tableau 7
Répartition des deux populations en fonction de l'étiologie
et du niveau global des difficultés

Cause de la difficulté	Étrangers résidents en Tunisie ayant des difficultés de santé (%)*				Population globale ayant des difficultés de santé (%)			
	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés	Incapacité totale	Total	Quelques difficultés	Beaucoup de difficultés	Incapacité totale	Total
Dès la naissance	14,7	18,2	23,5	18,2	22,9	25,5	42,5	27,5
Maladie chronique	15,7	24,1	25,8	21,1	22,5	30,7	26,9	26,4
Maladie professionnelle	1,7	1,5	3,1	2,1	3,7	3	2,7	3,3
Accident de travail	4,2	2,0	2,9	3,2	2,2	2,9	2	2,4
Accident de la route	2,5	2,2	3,4	2,7	1,6	2,5	2	2
Accident domestique	1,4	1,1	1,2	1,3	2,2	3	2,5	2,5
Autre accident	0,8	2,3	1,7	1,5	3	3,2	3,1	3,1
La vieillesse	47,9	43,5	32,0	42,1	30,1	25,7	15,1	25,6
Autres raisons	11,1	5,1	6,3	8,0	11,9	3,5	3,2	7,2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

*(n=568 ; Khi-deux = 35,356 ; ddl = 16 ; p = 0,002)

D'après le tableau 7, il apparaît que le niveau global des difficultés déclarées par les étrangers résidents en Tunisie est essentiellement lié aux conséquences de la vieillesse, avec une fréquence estimée à 42,1%. Ce sont ensuite, les maladies chroniques ainsi que la cause congénitale qui enregistrent des fréquences respectivement estimées à 21,1% et à 18,2%. Les autres causes susmentionnées ne représentent dans leur ensemble que 18,8% de la répartition totale de cette population. Concernant la répartition de la population totale, les causes principales des difficultés de santé sont d'origine congénitales avec une fréquence de 27,5%, suivies par les maladies chroniques (26,4%) et consécutives à la vieillesse avec une fréquence évaluée à 25,6%. Les autres causes ne représentent que 20,5% de l'ensemble de la population.

D'une manière générale, il est possible d'affirmer, à partir des analyses précédentes, qu'il y a un effet lié à la vieillesse, et que plus la personne est âgée, plus les difficultés de santé augmentent, ce qui permet

d'ailleurs de justifier les résultats antérieurement obtenus lorsque nous avons considéré les variabilités liées à l'âge. Ceci pourrait être donc associé aux maladies en lien avec la vieillesse. En outre, l'effet du sexe antérieurement relevé auprès des deux populations, en particulier les variations observées auprès de la population totale, peuvent être attribuées à la prédominance des maladies chroniques et congénitales dont les prévalences sont susceptibles de varier entre les hommes et les femmes.

En somme, il est possible de conclure que la population des étrangers résidents en Tunisie depuis au moins six mois reproduit, d'une manière similaire, la répartition de la population totale, à quelques exceptions près relevées pour certaines variables renvoyant au sexe, au niveau d'instruction et à la prédominance de certaines étiologies.

Pour cerner davantage le profil sanitaire des étrangers résidents en Tunisie et afin de mieux appréhender les facteurs déterminants pouvant expliquer la répartition des niveaux des difficultés déclarées par cette population, indépendamment de leur nature, nous intégrerons dans la section suivante une variable clé relative au type de migrant. En effet, nous considérons que certaines variabilités seraient susceptibles d'apparaître en fonction des raisons de la migration. Cette variable pourrait nuancer les résultats globalement obtenus d'après les données brutes issues du recensement de l'INS (2014). Une autre variable relative à la santé mentale sera également introduite. Cette dernière revêt toute son importance auprès de la population étrangère et auprès d'un type de migrant en particulier, puisque la majorité de la littérature internationale évoque la prédominance des difficultés de santé mentale chez les migrants.

Analyse des données issues de l'enquête de terrain

Dans cette seconde partie, nous analyserons les données collectées à partir d'une enquête de terrain, réalisée en 2023, auprès de 202 étrangers localisés sur le grand Tunis. Comparées aux données analysées dans la première partie, une variable clé a été introduite, à savoir le type de migration. Une attention particulière sera accordée aux données relatives aux difficultés de santé mentale, en complémentarité avec celles liées à la santé physique et intellectuelle. L'objectif étant de cerner au mieux le profil sanitaire des personnes en situation de migration, toutes typologies confondues. De ce fait, nous effectuerons des analyses basées sur des croisements entre le type de migration et les difficultés de santé physique et intellectuelle

d'une part, et avec les problèmes de santé mentale, d'autre part. L'ensemble de ces analyses sera affiné en tenant compte des variables sociodémographiques, à savoir l'âge, le sexe et le niveau d'instruction. Enfin, des croisements seront effectués entre la nature des difficultés de santé physique et intellectuelle et les problèmes liés à la santé mentale.

En ce qui concerne l'effet de la variable âge, il est important de souligner, de prime abord, que 43,2% de nos enquêtés ont moins de 29 ans. Cette fréquence varie considérablement en fonction du type de migration. Ainsi, 85,4% des migrants pour études, 26,6% des migrants pour travail, 66,7% des migrants en transit et 87,5% des demandeurs d'asile, sont âgés entre 18 et 29 ans. Cela présuppose qu'il y aurait un effet d'âge sur le niveau global des difficultés de santé physique et intellectuelle: (cf. tableau 8).

Tableau 8

Répartition des enquêtés en fonction du groupe d'âge et du niveau global des difficultés de santé physique et intellectuelle

Groupes d'âges	Niveau global des difficultés de santé physique et intellectuelle (%)			
	Aucune difficulté	Quelques difficultés	Grandes difficultés	Total
[18-29]	47,1	49,4	3,4	100
[30-39]	60,7	33,9	5,4	100
[40-49]	50	45,8	4,2	100
[50-59]	33,3	61,1	5,6	100
60 ans et plus	12,5	87,5	0	100
Total	47,3	48,8	4	100

(n=201 ; Khi-deux = 16,157 ; ddl = 8 ; p = 0,04)

Les données de ce tableau montrent que 47,3% des personnes enquêtées ont déclaré ne souffrir d'aucune difficulté de santé physique ou intellectuelle, 48,8% ont quelques difficultés et seulement 4% ont de grandes difficultés. À partir de 30 ans, la fréquence des enquêtés déclarant avoir quelques difficultés tend à augmenter avec l'âge. La tendance inverse est observée pour ceux qui ne déclarent souffrir d'aucune difficulté, dont la fréquence baisse de manière continue à partir de 30 ans. Par ailleurs, ce sont les personnes les plus âgées qui enregistrent les fréquences les plus élevées des enquêtés déclarant avoir quelques difficultés de santé physique et intellectuelle, avec des fréquences de 61,1% et 87,5% respec-

tivement pour les personnes âgées entre 50 et 59 ans et pour celles âgées de 60 ans et plus. En ce qui concerne les grandes difficultés, leurs fréquences ne semblent, globalement, pas enregistrer des différences significatives en fonction de l'âge.

On peut conclure, qu'il y a un effet d'âge, et que plus la personne est âgée, plus les risques d'avoir quelques difficultés de santé physique et intellectuelle sont élevés. L'ensemble des résultats susmentionnés s'aligne avec ceux obtenus dans la première partie de notre travail selon lesquels, les difficultés de santé physique et intellectuelle sont liées à l'âge et que plus les migrants sont âgés, plus ils éprouvent des difficultés de santé physique et intellectuelle (cf. Tableau 5). De plus, ce sont les personnes les plus âgées qui déclarent avoir les niveaux de difficultés les plus élevés, soit beaucoup de difficultés, soit une incapacité totale (cf. Tableau 4).

Par ailleurs, l'analyse des données issues du croisement entre le type de migration et le niveau global des difficultés de santé physique et intellectuelle déclarées nous permettra de vérifier l'existence de lien statistiquement significatif entre les modalités de ces deux variables. Ainsi, l'analyse de ces données a révélé qu'il n'y a pas de variation significative du niveau global des difficultés de santé physique et intellectuelle en fonction du type de migration. Ce résultat se justifie par la prédominance des jeunes chez la plupart des migrants, notamment chez ceux qui sont en transit et chez les demandeurs d'asile (cf. tableau 9).

Tableau 9

Répartition des enquêtés ayant déclaré avoir une difficulté physique et intellectuelle selon le type de migration et le niveau global des difficultés déclarées

Type de migration	Niveau global des difficultés (%)		
	Quelques difficultés	Grandes difficultés	Total
Migrant pour travail	35,7	37,5	35,8
Migrant pour études	29,6	50	31,1
Migrant en transit	11,2	0	10,4
Demandeur d'asile	1	0	0,9
Autres types	22,4	12,5	21,7
Total	100	100	100

(n=106 ; Khi-deux = 2,313 ; ddl = 4 ; p = 0,678)

En somme, il semble que ce qui aurait plus d'influence sur l'état général de santé des migrants serait principalement attribué à des difficultés de santé mentale et moins aux difficultés de santé physique et intellectuelle. D'où la nécessité de compléter ce premier niveau d'interprétations par des analyses basées sur des croisements effectués entre les difficultés de santé mentale, analysées à partir des variables en lien avec l'anxiété et la dépression, et celles relatives au type de migration, à l'âge, au sexe et au niveau d'instruction.

Le tableau suivant illustre les données issues d'un premier croisement entre le type de migration et les difficultés de santé mentale déclarées.

Tableau 10
Répartition des enquêtés selon le type de migration et la nature de la difficulté de santé mentale déclarée

Type de migration	Les problèmes de santé mentale (%)								
	Anxiété*			Dépression**			Difficulté de santé mentale***		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
Migrant pour Travail	19	81	100	6,3	93,7	100	20,3	79,7	100
Migrant pour Études	24,5	75,5	100	20,4	79,6	100	32,7	67,3	100
Migrant en Transit	44,4	55,6	100	29,6	70,4	100	55,6	44,4	100
Demandeurs d'asile	37,5	62,5	100	0	100	100	37,5	62,5	100
Autres	12,8	87,2	100	7,7	92,3	100	15,4	84,6	100
Total	23,3	76,7	100	12,9	87,1	100	27,7	72,3	100

*(n= 202 ; Khi-deux = 10,925 ; ddl = 4 ; p = 0,027)
 **(n= 202 ; Khi-deux = 14,373, ddl = 4 ; p=0,006)
 ***(n= 202 ; Khi-deux = 16,577, ddl = 4 ; p=0,002)

Sur l'ensemble de la population enquêtée, 27,7% déclarent avoir des difficultés de santé mentale (avec 23,3% pour l'anxiété et 12,9% pour la dépression). Si l'on tient compte du type de migration, ceux qui ont la fréquence la plus importante de difficultés de santé mentale sont les migrants pour transit avec 55,6%. Ces derniers ont, soit de l'anxiété, soit de la dépression, soit les deux à la fois. Ainsi, pris à part, 44,4% des migrants en transit ont de l'anxiété et 29,6% ont une dépression. Concernant les demandeurs d'asile, 37,5% de ces derniers ont déclaré souffrir de problèmes de santé mentale et se positionnent ainsi second

après les migrants en transit. Il est aussi important de noter que chez les migrants pour études, la prévalence de ceux qui ont déclaré avoir des difficultés de santé mentale est relativement assez élevée avec 32,7% (24,5% ont de l'anxiété et 20,4% ont une dépression). Pour tous les autres types de migrants, les fréquences enregistrées sont inférieures à la valeur moyenne.

Ainsi, la répartition des fréquences en fonction des difficultés liées à la santé mentale indépendamment de leurs natures (anxiété et/ou dépression) montre que parmi les enquêtés, ce sont les migrants pour transit qui s'avèrent les plus vulnérables pour ce type d'affection, suivis par les demandeurs d'asile, les migrants pour études, pour travail et enfin les migrants pour autres raisons.

Dans ce qui suit, il serait judicieux d'analyser la répartition des difficultés de santé mentale en fonction des caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon, pour mieux orienter l'interprétation des résultats issus des analyses menées sur les difficultés de santé physique et intellectuelles susmentionnés.

Tableau 11

Répartition des enquêtés selon le groupe d'âge et les problèmes de santé mentale

Tranche d'âge	Les problèmes de santé mentale (%)								
	Anxiété*			Dépression**			Difficulté de santé mentale***		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
[18-29]	34,5	65,5	100	18,4	81,6	100	40,2	59,8	100
[30-39]	19,6	80,4	100	10,7	89,3	100	25	75	100
[40-49]	12,5	87,5	100	12,5	87,5	100	16,7	83,3	100
[50-59]	16,7	83,3	100	5,6	94,4	100	16,7	83,3	100
60 ans et plus	0	100	100	0	100	100	0	100	100
Total	23,4	76,6	100	12,9	87,1	100	27,9	72,1	100

*(n=201 ; Khi-deux = 13,343 ; ddl = 4 ; p = 0,010)
 **(n=201 ; Khi-deux = 5,596 ; ddl = 4 ; p = 0,215)
 ***(n=201 ; Khi-deux = 16,577 ; ddl = 4 ; p = 0,002)

Manifestement, ce sont les personnes les plus jeunes qui enregistrent les fréquences les plus élevées des difficultés de santé mentale. Ces fréquences tendent à diminuer avec l'âge, passant respectivement de 40,2% pour la tranche d'âge [18-29], à 25% pour la tranche d'âge [30-39], et à 16,7% pour les migrants âgés de 40 à 49 ans et pour ceux âgés entre 50 et 59 ans. Les personnes âgées de 60 ans et plus déclarent n'avoir aucune difficulté de santé mentale. Ce même schéma de répartition s'observe aussi bien pour les difficultés liées à l'anxiété que celles liées à la dépression.

En somme, contrairement aux difficultés de santé physique et intellectuelle, les problèmes de santé mentale affectent les groupes d'âge les plus jeunes de notre échantillon, sans effet significatif lié au sexe avec $p > .05$. Par contre, le niveau d'instruction exerce un effet significatif.

Tableau 12
Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction et les problèmes de santé mentale

Niveau d'instruction	Les problèmes de santé mentale (%)								
	Anxiété*			Dépression**			Difficulté de santé mentale***		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
Néant	28,6	71,4	100	14,3	85,7	100	28,6	71,4	100
Primaire	45,5	54,5	100	27,3	72,7	100	54,5	45,5	100
Secondaire	38,2	61,8	100	23,6	76,4	100	47,3	52,7	100
Supérieur	12,7	87,3	100	8,2	91,8	100	15,5	84,5	100
Professionnel	26,3	73,7	100	0	100	100	26,3	73,7	100
Total	23,3	76,7	100	12,9	87,1	100	27,7	72,3	100

*(n=202 ; Khi-deux = 16,639 ; ddl = 4 ; p = 0,002)
 **(n=202 ; Khi-deux = 16,694 ; ddl = 4 ; p = 0,013)
 ***(n=202 ; Khi-deux = 22,725 ; ddl = 4 ; p = 0,000)

D'après le tableau 12, les enquêtés ayant un niveau d'instruction primaire ou secondaire affichent les fréquences les plus élevées des difficultés de santé mentale, évaluées à 54,5% pour le niveau primaire et à 47,3% pour le niveau secondaire. Ceux qui ont suivi un niveau d'enseignement supérieur présentent des problèmes de santé mentale moins importants, avec une fréquence estimée à 15,5%. Le même schéma de répartition est retrouvé pour l'anxiété avec 45,5% chez les enquêtés de

niveau primaire et 38,2% pour le niveau secondaire. Pour les enquêtés ayant un niveau supérieur, cette fréquence connaît une diminution considérable et est estimée à 12,7%. Pour la dépression, le même schéma de répartition est également observé : les niveaux primaire et secondaire présentent les fréquences les plus élevées, évaluées, respectivement, à 27,3% et à 23,6%. Pour les enquêtés ayant un niveau d'instruction supérieur ou professionnel, ces fréquences sont plus faibles.

D'une façon générale, l'exposition à des problèmes de santé mentale suit une tendance à la baisse avec l'augmentation du niveau d'instruction. L'enseignement supérieur semble constituer un facteur de protection non seulement face aux difficultés de santé physique et intellectuelle, mais aussi par rapport aux problèmes de santé mentale.

Ces résultats nous amènent à approfondir nos analyses en intégrant à la fois, la nature des difficultés de santé physique et intellectuelle et les problèmes de santé mentale.

Tableau 13

Répartition des enquêtés ayant déclaré avoir une difficulté physique et intellectuelle selon le nature des difficultés et les problèmes de santé mentale

Nature des difficultés De santé physique et intellectuelle	Les problèmes de santé mentale (%)								
	Anxiété*			Dépression**			Difficulté de santé mentale***		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
Difficultés visuelles	15,8	84,2	100	5,3	94,7	100	15,8	84,2	100
Difficultés auditives	100	0	100	100	0	100	100	0	100
Difficultés motrices	33,3	66,7	100	16,7	83,3	100	33,3	66,7	100
Difficultés à communiquer	100	0	100	0	100	100	100	0	100
Difficultés cognitives	17,6	82,4	100	17,6	82,4	100	23,5	76,5	100
Difficultés avec la main	0	100	100	0	100	100	0	100	100
Difficultés avec les doigts	0	100	100	0	100	100	0	100	100
Difficultés multiples	33,3	66	100	26,3	73,7	100	43,9	56,1	100
Total	29,2	70,8	100	19,8	80,2	100	35,8	64,2	100

* (n=106 ; Khi-deux = 14,194 ; ddl = 7 ; p = 0,048)
 ** (n=106 ; Khi-deux = 9,667 ; ddl = 7 ; p = 0,208)
 *** (n=106 ; Khi-deux = 14,888 ; ddl = 7 ; p = 0,037)

Le tableau 13 indique que 35,8% des enquêtés déclarant avoir des difficultés de santé physique et intellectuelle, ont aussi des difficultés de santé mentale. Ainsi, 29,2% de cette population déclarent avoir de l'anxiété et 19,8% une dépression.

Plus spécifiquement, l'analyse en fonction de la nature des difficultés de santé physique et intellectuelle indique que 43,9% des personnes ayant des difficultés multiples ont des difficultés de santé mentale, 33,3% de ces derniers ont de l'anxiété et 26,3% ont une dépression. Ensuite, 33,3% des personnes éprouvant des difficultés motrices présentent des difficultés de santé mentale. Parmi ces derniers, 33,3% ont de l'anxiété et 16,7% une dépression. De même, 23,5% des personnes ayant des difficultés cognitives, ont des difficultés de santé mentale (17,6% ont de l'anxiété et 17,6% une dépression). Il est important de souligner que ce lien entre les difficultés de santé physique et intellectuelle et l'anxiété est statistiquement significatif, alors que ce n'est pas le cas pour la dépression, même si globalement il est statistiquement significatif pour la santé mentale.

À l'issue de ces analyses, il ressort que les difficultés de santé mentale sont principalement liées aux difficultés multiples et aux difficultés motrices. Les difficultés de santé physique et intellectuelle semblent augmenter la vulnérabilité aux problèmes de santé mentale. Cette dernière pourrait entraîner à son tour l'aggravation de certaines difficultés de santé physique et intellectuelle.

En conclusion, les variables exerçant le plus grand poids dans la variabilité des situations de nos enquêtés semblent, beaucoup plus, être attribuables à l'état de santé mentale qu'à l'état de santé physique et intellectuelle. Les déterminants ayant le plus impacté les répartitions des enquêtés s'avèrent l'âge, le niveau d'instruction et le type de migration.

Discussion

Dans la première partie de notre étude, nous avons cherché à comprendre les caractéristiques de la santé des étrangers résidents en Tunisie depuis au moins six mois et ayant déclaré avoir des difficultés de santé physique et intellectuelle, en les comparant à la population totale ayant déclaré les mêmes types de difficultés, à partir des variables susmentionnées.

D'une manière générale, les résultats ont révélé une similarité de la répartition des deux populations étudiées en fonction du niveau

global et de la nature des difficultés de santé physique et intellectuelle rapportées. En effet, dans les deux populations, la majorité a déclaré avoir quelques difficultés, alors qu'une minorité a déclaré avoir beaucoup de difficultés ou une incapacité totale. Ces dernières se rapportent principalement à la sphère visuelle pour la population des étrangers, et aux difficultés multiples pour la population totale. Ces deux types de difficultés occupent, toutefois, « le peloton de tête » au sein des deux populations par rapport aux autres difficultés physiques et intellectuelles déclarées.

Ces premiers résultats nous ont amené à approfondir l'analyse de cette répartition en tenant compte d'autres variables modératrices, à l'instar des variables sociodémographiques et l'étiologie des difficultés, en vue d'aboutir à un modèle explicatif qui justifierait la prédominance des difficultés observées. Ainsi, une analyse considérant les effets liés à l'âge a permis de révéler la similarité de la répartition des deux populations, et l'existence d'un effet d'âge notoire impactant l'augmentation des niveaux de difficultés de santé physique et intellectuelle avec l'âge surtout chez les étrangers.

Il s'avère ainsi que plus les étrangers sont âgés, plus ils éprouvent des difficultés de santé physique et intellectuelle et déclarent avoir les niveaux de difficultés les plus élevés, soit beaucoup de difficultés, voire une incapacité totale ce qui permet d'expliquer la fréquence élevée des difficultés multiples susmentionnées. En outre une baisse significative est enregistrée auprès des étrangers âgés de 80 ans et plus par rapport à ceux âgés entre 60 et 79 ans.

Pris dans leur ensemble, les variations relevées au sein des deux populations étudiées confirment l'idée qu'il n'y aurait pas de grandes différences dans l'expression des difficultés en fonction de leur niveau et de leur nature, et qu'elles seraient principalement sous l'influence de l'âge. Ces résultats corroborent ceux de la littérature scientifique qui demeure unanime quant à la dégradation de l'état de santé et la prévalence élevée de certaines maladies avec l'âge. La vieillesse est par définition un processus continu et irréversible, caractérisé par un déclin progressif des capacités physiques et un ralentissement des fonctions intellectuelles qui débutent à l'âge adulte (Duquenoy, 2005).

Plus spécifiquement, dans le contexte de la migration, les données de la littérature montrent que l'influence de l'âge est déterminante dans l'évolution de l'état de santé des migrants indépendamment de

leur sexe et qu'elle dépendrait de la durée de résidence dans le pays hôte. Il s'agit de « l'effet du nombre d'années écoulées depuis l'immigration » qui suggère que le cumul des adversités durant la phase post-migratoire altérerait l'état de santé des migrants (Berchet & Jusot, 2010 ; Biddle et al., 2007 ; Elshahat et al., 2022). De même, les conditions de vie difficiles, notamment les conditions de travail pénibles, que les migrants sont susceptibles de rencontrer, peuvent aggraver leur état de santé ce qui serait qualifié par un « effet d'usure » au sens de Bollini et Siem (1995). Ces constatations pourraient justifier, en partie, les fréquences légèrement élevées des difficultés de santé en fonction de l'âge, relevées auprès de la population étrangère, comparativement à la population totale, malgré la similarité du schéma de répartition observée au sein des différents groupes d'âge.

En outre, la baisse significative des fréquences enregistrées auprès des étrangers âgés de 80 ans et plus, par rapport à ceux âgés entre 60 et 79 ans, s'expliquerait dans la littérature, par la tendance des étrangers âgés à vouloir retourner à leur pays d'origine suite à la détérioration de leur état de santé. Ce phénomène est connu sous le nom de « *salmon effect* » (Abraído-Lanza et al., 1999 ; Berchet & Jusot, 2010).

S'agissant de l'effet du sexe, des disparités sont relevées chez les deux populations étudiées. En effet, la fréquence des femmes se déclarant avoir davantage de difficultés de santé est significativement plus élevée par rapport aux hommes. Aussi, cette fréquence reste globalement supérieure chez la population étrangère, comparativement à la population totale. De plus, une baisse des fréquences des difficultés déclarées par les hommes par rapport aux femmes du même groupe d'âge, mais aussi par rapport aux femmes moins âgées, est enregistrée lorsqu'il s'agit, de la population totale.

La littérature a tenté d'expliquer ces disparités en défaveur des femmes, à partir de l'expérience migratoire. Selon Leane et al. (2019), l'explication devrait tenir compte de l'ensemble de l'expérience migratoire, de la prise de décision de quitter le pays, jusqu'à l'installation dans le pays hôte. Toutefois, ce facteur a été principalement analysé dans la phase post-migratoire (Wandschneider et al., 2020) en raison du manque de données disponibles sur la phase prémigratoire, et les auteurs appellent à la prudence lors de l'interprétation des résultats issus des variations liées au sexe. Néanmoins certaines études attestent tout de même de la vulnérabilité des femmes lors du processus migra-

toire. Une enquête menée auprès de 469 femmes migrantes en France, explorant le lien entre les différentes formes de violence subies et leur survenue par rapport au processus migratoire, a révélé d'une part, que les femmes sont enclines à subir plus des violences au cours du parcours migratoire et spécifiquement de violences sexuelles et, d'autre part, qu'elles sont rarement prises en charge, ce qui impacte considérablement leur état de santé (Andro et al., 2019). Cette situation se complique davantage lorsqu'elles sont en situation irrégulière (Llacer et al., 2007). Selon Kerouedan (2019), ces abus pourraient même entraîner des contaminations par le VIH, ce qui augmente, par voie de conséquence, les maladies auto-immunes et chroniques auprès de ces femmes.

Dans ce même registre, une étude menée par Pellet et De Talancé (2023) auprès de migrants d'Ouzbékistan et du Tadjikistan, analysant l'expérience migratoire, a confirmé le désavantage des femmes par rapport aux hommes en matière de santé et a pu montrer le poids des différences de santé avant la migration et surtout l'impact des adversités vécues pendant le trajet migratoire sur la santé des femmes en particulier.

Considérant les disparités de santé relevées dans cette étude entre les femmes étrangères et celles appartenant à la population totale du point de vue des fréquences des difficultés de santé déclarées aux âges élevés, la littérature y a également apporté des explications. En effet, selon Cagnet et al. (2012), ce désavantage serait inhérent à un afflux de la migration des femmes pour regroupement familial à un âge avancé. Ainsi, le manque du lien social, la situation de « dépendance juridique » par rapport à leur conjoint, pourraient impacter l'état de santé des femmes migrantes. Ceci explique la fréquence élevée des femmes âgées entre 60 et 79 ans, ayant déclaré avoir des difficultés de santé comparativement aux femmes plus jeunes.

Il est également vraisemblable que ces disparités soient expliquées par le niveau d'instruction. Ainsi, concernant ce dernier, les résultats obtenus ont permis de mettre en évidence un lien significatif entre le niveau des difficultés déclarées et le niveau d'instruction, autant chez la population étrangère résidente, que chez la population totale. Ainsi, ce sont les personnes analphabètes et de niveau primaire qui ont déclaré avoir beaucoup de difficultés et de l'incapacité totale. Ces résultats s'alignent également sur ceux rapportés par la littérature attestant que le niveau d'éducation détermine fortement la perception

de la santé (Attias-Donfut & Tessier, 2005 ; Jusot et al., 2009). En outre, il est intéressant de noter que bien que les fréquences du niveau global des difficultés enregistrées aient diminué chez les étrangers ayant un niveau d'étude supérieur, ces taux sont significativement élevés par rapport à ceux enregistrés auprès de la population totale. Cette augmentation est justifiée par le fait qu'ils jouissent de sécurité sociale qui favorise leur accès aux services de soins et un meilleur suivi de leurs difficultés de santé, ce qui les autorise plus facilement à migrer. Aussi, les personnes les plus instruites jouissent d'une littératie de santé leur permettant de bénéficier d'une qualité de soins élevée et d'une recherche d'information en santé efficiente (Vancorenland et al., 2014). Ce qui explique la fréquence moins élevée des difficultés déclarées auprès de cette population.

En outre, considérant l'étiologie des difficultés de santé physique et intellectuelle, les analyses réalisées ont globalement révélé que les causes principales des difficultés de santé déclarées par la population étrangère sont essentiellement liées à la vieillesse, aux maladies chroniques ainsi qu'aux causes congénitales, alors que celles rapportées par la population totale renvoient à des causes congénitales, suivies par les maladies chroniques et enfin celles liées à la vieillesse. Les autres étiologies ne se sont pas avérées significatives au sein des deux populations. Le constat que les maladies congénitales sont moins représentées chez les migrants par rapport à la population totale est tout à fait attendu si l'on vient à le confronter aux données de la littérature ayant modélisé ce phénomène de la sélection migratoire ou « *healthy migrant effect* » qui suggère que ce sont les personnes disposant d'une meilleure santé qui sont aptes à migrer. La migration est, en effet, un projet coûteux sur le plan sanitaire qui nécessite de l'endurance et de bonnes conditions physiques permettant à la personne en situation de migration de faire face à l'incertitude et l'insécurité inhérents au parcours migratoire (Berchet & Jusot, 2010, Musso, 2017).

Après avoir effectué une première analyse menée sur les données brutes issues du RGPH, nous avons décidé d'étendre ce travail en analysant la particularité des profils sanitaires à partir d'un échantillon de 202 migrants, en tenant compte des variables liées au type de migration et à la santé mentale. L'objectif recherché étant d'affiner les résultats issus de la première étude qui s'est essentiellement centrée sur les difficultés de santé physique et intellectuelle.

D'une manière générale, la répartition des enquêtés selon le type de migration et la nature des difficultés liées à la santé mentale a révélé que ce sont les migrants pour transit et les demandeurs d'asile qui s'avèrent les plus vulnérables aux problèmes de santé mentale, suivis par les migrants pour études, pour travail et enfin pour d'autres raisons. Ces résultats s'accordent avec ceux issus de la littérature scientifique attestant de la vulnérabilité des populations migrantes aux problèmes de la santé mentale (Aragona et al., 2020 ; Baubet & Saglio-Yatzimirsky, 2019 ; Gleeson et al., 2020) et particulièrement, lorsqu'il s'agit des migrants en transit et des demandeurs d'asile (Giacco et al., 2018 ; Lebano et al., 2020).

À titre d'exemple, une étude menée par Crepet al. (2017) en Sicile, auprès de 385 demandeurs d'asile originaires de l'Afrique de l'ouest, a révélé que les problèmes de santé mentale les plus fréquents étaient le trouble de stress post-traumatique et la dépression avec, respectivement, des fréquences estimées à 31% et 20%. Ces problèmes seraient inhérents aux adversités et traumatismes vécus dans le pays d'origine, pendant le trajet et aussi relatifs au statut de demandeur d'asile dans le pays hôte, et conséquemment aux difficultés qui y sont associées. Dans ce sens, Loumonvi (2020) à travers une étude qualitative menée auprès de trois demandeurs d'asile originaires d'Afrique sub-saharienne, basée sur l'analyse de leur parcours migratoire, souligne l'impact négatif des épreuves et événements traumatisants vécus au cours de leur trajet migratoire sur leur santé mentale. De même, Timera (2009) en dressant l'état des lieux des migrants subsahariens en transit au Maroc, pays voisin de la Tunisie, souligne la précarité de ce type de migrant et la détérioration de leur santé mentale. D'autres recherches ont également souligné l'impact du type de migration sur la santé mentale (Bhugra, 2004 ; Renzaho et al., 2022), particulièrement chez les migrants en situation irrégulière (Gleeson et al., 2020 ; Martin & Sashidharan, 2023; Priebe et al., 2016). Selon ces études, les difficultés auxquelles les migrants en situation irrégulière pourraient être confrontés seraient liées à l'exploitation économique, au manque de ressources financières, au logement, à l'absence de couverture sociale et de protection juridique, à la procédure d'asile et à des privations d'accès aux systèmes de santé (Geisser, 2019 ; Elshahat et al., 2022). D'autres auteurs évoquent les risques accrus de l'exclusion sociale et la marginalisation des migrants en situation irrégulière, la peur de l'expulsion, ou encore la discrimi-

nation (Choy et al., 2021 ; Garcini et al., 2017), particulièrement, pour ceux dont l'apparence se distingue par rapport aux natifs du pays hôte, en raison de leur accent ou de la couleur de leur peau (Finklestein et Solomon, 2009).

En plus de ces aspects, certains migrants, peuvent développer des problèmes de santé mentale en lien avec la trajectoire migratoire où le migrant peut faire l'épreuve de la perte du soutien social, la perte du statut, etc., auxquels s'ajoutent les sentiments de deuil et de chagrin pouvant engendrer une dépression (Bhugra, 2004). De même, le choc culturel et la perte de l'identité peuvent être associés à de l'anxiété (Bhugra, 2004).

Si l'on tient compte de l'âge des migrants, les résultats de notre enquête ont révélé que contrairement aux difficultés de santé physique et intellectuelle, les problèmes de santé mentale affectent les groupes d'âge les plus jeunes de notre échantillon. Plusieurs études réalisées dans différents contextes confirment ces résultats. Unterritzenberger et al. (2015) ont observé un taux élevé de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatiques chez les jeunes réfugiés, dont les symptômes risquent de devenir chroniques. Aux États-Unis, l'impact de l'âge du migrant sur sa santé mentale a été évalué par plusieurs études, Breslau et al. (2007) ont constaté que lorsque la migration survient à un jeune âge, elle augmentait la probabilité de présenter des symptômes de troubles de l'humeur chez les immigrants mexicains. Les mêmes tendances ont été observées par Lau et al. (2013) pour la dépression et l'anxiété chez les immigrants asiatiques. Concernant l'amélioration de l'état de santé mentale, en fonction de l'âge, constatée dans notre étude, ce résultat a aussi été relevé par Lee (2018) chez les immigrants en Australie.

Des variations en fonction du niveau d'instruction ont également été observées. En effet, l'exposition à des problèmes de santé mentale suit une tendance à la baisse avec l'augmentation du niveau d'instruction. L'enseignement supérieur semble constituer un facteur de protection non seulement face aux difficultés de santé physique et intellectuelle, mais aussi par rapport aux problèmes de santé mentale. Selon l'étude de Choy et al. (2021), un faible niveau d'éducation ou de compétences, le manque de maîtrise de la langue du pays d'accueil et les difficultés financières peuvent contribuer au stress d'acculturation et à une mauvaise santé mentale. En effet, lorsque les individus ont un faible niveau

d'éducation, ces derniers perçoivent le nouvel espace et ses habitants menaçants, ce qui développe en eux un stress acculturatif, en mesure d'altérer leur santé mentale et physique (Bellaj et al., 2020).

Récemment, une étude réalisée par Vancorenland et al. (2014) a mis en évidence une corrélation significative entre le niveau d'éducation des individus et leurs comportements et attitudes vis-à-vis de leur état de santé. Cela peut être expliqué par la littératie en santé. Cette dernière est définie comme étant l'ensemble des caractéristiques personnelles et des ressources sociales des individus telles que leurs connaissances, leur motivation et leurs compétences nécessaires afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions de santé, notamment celles concernant la prévention des maladies et la promotion de la santé, en vue de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie des individus et des communautés (Sørensen et al., 2012).

Cela va dans le sens de l'étude de Margat et al. (2014), indiquant qu'un faible niveau de littératie en santé, constitue un obstacle à l'éducation thérapeutique des patients et, particulièrement, pour les personnes en situation de vulnérabilité. Selon Smith et al. (2019), les difficultés linguistiques des réfugiés, le manque d'interprètes, ainsi que le recours à des enfants des migrants comme interprètes, induisaient une mauvaise communication de l'information médicale et exposaient ces enfants à des informations inappropriées à leur âge, pouvant même leur occasionner des traumatismes.

Pour compléter notre étude, nous avons aussi analysé les liens entre les problèmes de santé mentale et les difficultés de santé physique et intellectuelle. Les données obtenues ont révélé que ce rapport se manifeste essentiellement entre les difficultés auditives, motrices et multiples avec l'anxiété. D'une façon générale, les difficultés de santé physique et intellectuelle augmentent la vulnérabilité de la santé mentale qui pourrait impacter à son tour l'évolution de certaines atteintes physiques. Ce résultat a été également confirmé par la littérature. Aarons et al. (2008) considèrent qu'il existe une relation étroite entre la santé mentale et physique. Cette intrication, si elle n'est pas prise en considération dans la prise en charge, peut aggraver davantage l'état de santé global de l'individu. De même, Záleská et al. (2014) considèrent que la dégradation de l'état de santé des migrants s'explique généralement par le fardeau psychosocial lié à la migration et aux difficultés d'intégration.

Conclusion

À travers les deux analyses quantitatives exploratoires effectuées dans le cadre de ce travail, nous avons cherché à caractériser les profils sanitaires des étrangers localisés sur le territoire tunisien ayant déclaré avoir des difficultés de santé physique, intellectuelle et mentale. L'enjeu était de pallier au manque de données se rapportant à cette question.

De plus, sur le plan théorique, la revue de la littérature permet de constater qu'il n'existe pas encore aujourd'hui un modèle heuristique aboutit et consensuel permettant d'appréhender l'ensemble des déterminants sanitaires qui caractérisent cette population (Llacer et al., 2007). Toutefois, certains modèles à l'instar de celui de « l'interaction » et du « stress de l'installation » ont tenté d'expliquer le déclin de la santé des populations migrantes. Le premier étant focalisé sur l'interférence entre les facteurs de stress pré-migratoire et post-migratoire alors que le second est plutôt axé sur les facteurs de stress post-migratoire (Beiser, 2005).

Partant de ces constatations, les variables que nous avons intégré dans notre travail sont relatives au niveau global et à la nature des difficultés déclarés, aux variables socio-démographiques, à l'étiologie des difficultés et au type de migration. Ces variables n'ont que rarement été analysées conjointement, ce qui nous a motivé à les intégrer dans le cadre de cette étude. Ainsi, nous avons eu recours à deux versions du questionnaire du Washington Group, à savoir la forme réduite n'intégrant que six modalités de difficultés physiques et intellectuelles et la forme enrichie, complétée par les difficultés en lien avec la partie supérieure du corps et les problèmes de santé mentale en plus de la matrice de la RBC. Ces questionnaires ont rendu possible, d'une part, les comparaisons entre les étrangers résidents sur le territoire tunisien depuis au moins six mois et la population totale en Tunisie, issues des données brutes du RGPH de 2014 et, d'autre part, l'inventaire de l'ensemble des difficultés auprès de la population enquêtée sur le grand Tunis.

Le schéma ci-après permet de reconstituer les différentes relations étudiées dans le cadre de ce travail. Il s'est agi principalement d'explorer les liens et les influences pouvant jouer un rôle dans la détermination de l'état de santé physique et intellectuelle d'une part et de l'état de santé mentale de l'autre. Les variables identifiées en lien avec l'état de santé des migrants sont l'âge, le niveau d'instruction, le type de migration et l'étiologie de la difficulté de santé.

		Les difficultés de santé	
		Difficultés de santé physique et intellectuelle	Problèmes de santé mentale
Les déterminants	L'âge	+	-
	Le niveau d'instruction	+	+
	Le type de migration	-	-
	L'étiologie	+	-

Il ressort de l'ensemble des analyses effectuées sur l'état de santé physique et intellectuelle qu'un profil sanitaire particulier se dégage concernant la population étrangère résidente en Tunisie. En effet, bien que globalement une similarité des répartitions des deux populations étudiées en fonction des variables considérées a été observée dans cette étude, certaines atypicités en lien avec la migration caractériseraient la santé physique et intellectuelle de cette population étrangère. La variable clé ayant joué un rôle majeur dans la variance de nos résultats aurait trait à l'âge. Un effet de sélection lié à la particularité du processus migratoire fait que la plupart des migrants soient jeunes donc moins enclins aux difficultés physiques et intellectuelles et, par conséquent, moins concernés par les étiologies ayant exercé le poids le plus conséquent dans la variation des résultats. De même, l'état de santé physique et intellectuelle des migrants est fortement influencé par le niveau d'instruction. Plus une personne est instruite plus elle présente un meilleur état de santé. Le niveau d'instruction constitue un facteur de protection, dans la mesure où il favorise un meilleur accès aux services de soins et une meilleure littératie en santé.

Après avoir déterminé le sens et l'intensité des liens entre les variables sociodémographiques et les difficultés de santé physique et intellectuelle des migrants, la deuxième partie de notre analyse s'est intéressée à leur état de santé mentale. Les résultats auxquels on a abouti permettent de constater que cette dernière aurait plus de variabilité que les autres aspects liés à la santé physique et intellectuelle. Dans ce cadre, le type de migration est un des facteurs les plus déterminants, dans la mesure où les migrants en transits ou ceux demandant l'asile seraient

les plus touchés par les problèmes liés à l'anxiété et/ou à la dépression. Cette situation peut être expliquée dans la littérature par l'instabilité de l'emploi, du logement, ainsi qu'aux défis liés à l'adaptation à la nouvelle culture. L'angoisse de devoir repartir et les problèmes juridiques liés au statut du migrant seraient les causes essentielles du stress souvent à l'origine de la dégradation des problèmes de santé mentale pour ce type de migrants.

L'âge aurait également un lien sans équivoque avec l'état de santé mentale. Ce lien serait l'inverse de celui observé dans la première partie de notre étude puisque ce sont les plus jeunes qui semblent souffrir le moins des difficultés de santé physique et intellectuelle et sont plus fréquents à voir des problèmes de santé mentale. Ce lien est régulier dans la mesure où, plus l'âge des migrants augmente moins ils seraient susceptibles de vivre l'anxiété ou la dépression. L'explication de ce constat est attribuée au profil précaire et incertain de ces jeunes migrants. Une situation qui a tendance à s'améliorer avec l'ancienneté dans la migration et par conséquent avec l'âge. C'est pour cette raison aussi que les problèmes de santé mentale ont tendance à s'estomper avec l'âge en laissant la place à l'augmentation des difficultés de santé physique et intellectuelle corolaires de l'« usure » et de la vieillesse.

Sur un autre plan l'analyse de l'effet du niveau d'instruction sur l'état de santé mentale permet de confirmer son rôle protecteur. À l'instar de la santé physique et intellectuelle, les migrants ayant plus d'éducation ont tendance à mieux gérer les situations pouvant provoquer des problèmes de santé mentale. C'est à travers un meilleur contrôle de leur situation facilité par de meilleures connaissances et une bonne adaptation à l'environnement que les migrants avec un niveau supérieur peuvent avoir un meilleur accès au marché du travail, une meilleure perception des démarches administratives, un meilleur accès aux réseaux associatifs et communautaires et par conséquent un meilleur accès à l'information, facteur principal pour se prémunir contre l'exclusion et la marginalisation et contre les méfaits des difficultés de santé en général et la santé mentale en particulier.

Un dernier résultat qui mérite une attention particulière concerne le lien entre les difficultés physiques et intellectuelles et les problèmes de santé mentale. Bien que dans la littérature, l'existence de lien est vérifiée dans des contextes différents, c'est le sens de la relation qui fait l'objet de débat. Selon les résultats que nous avons obtenus, la

relation entre ces deux variables est manifeste pour les difficultés de motricité et multiples. Avoir des difficultés de santé physique peut certes être à l'origine d'anxiété et de dépression mais l'autre sens de cette relation reste aussi valable dans la mesure où le prolongement et l'aggravation des problèmes de santé mentale peuvent provoquer de multiples difficultés de santé physique et intellectuelle.

À la fin de ce travail, nous tenons à rappeler que son but était de pallier au manque flagrant de données sur l'état de santé des migrants en Tunisie. Grâce aux données brutes obtenues et à l'enquête de terrain qui a été menée, une meilleure connaissance du profil de santé des migrants est assurée à travers cette analyse qui se veut exploratoire. Bien que les données fournies permettent de mieux saisir la situation des migrants sur le plan sanitaire, beaucoup d'autres aspects échappent encore à notre observation. Il s'agit notamment des données relatives à la phase pré-migratoire, à la trajectoire migratoire et enfin post-migratoire et leurs impacts respectifs sur l'état de santé. Seul un outil de collecte longitudinale et permanent des données permet de répondre à ce besoin.

Bibliographie

- Aarons, G.A., Monn, A.R., Leslie, L.K., Garland, A.F., Lugo, L., Hough, R.L., & Brown, S.A. (2008). Association between mental and physical health problems in high-risk adolescents: a longitudinal study. *Journal of Adolescent Health, 43*(3), 260-267. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.01.013>
- Abraído-Lanza, A.F., Dohrenwend, B.P., Ng-Mak, D.S., & Turner, J.B. (1999). The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses. *American Journal of Public Health, 89*(10), 1543-1548. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.10.1543>
- Agier, M. (2016). *Les migrants et nous. Comprendre Babel*. CNRS Editions.
- Andro, A., Scodellaro, C., Eberhard, M., Gelly, M., Fleury, M., Riou, F., Spira, A., Hassoun, D., Nosedà, V., & Poncet, L. (2019). Parcours migratoire, violences déclarées, et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. Enquête Dsafhir. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, (17-18)*, 334-341. <https://hal.science/hal-03657802/>
- Aragona, M., Castaldo, M., Cristina Tumiatì, M., Schillirò, C., Dal Secco, A., Agrò, F., Forese, A., Tosi, M., Baglio, G., & Mirisola, C.

- (2020). Influence of post-migration living difficulties on post-traumatic symptoms in Chinese asylum seekers resettled in Italy. *The International Journal of Social Psychiatry*, 66(2), 129-135. <https://doi.org/10.1177/0020764019888960>
- Attias-Donfut, C., & Tessier, P. (2005). Santé et vieillissement des immigrés. *Retraite et Société*, 3(46), 89-129. <https://doi.org/10.3917/rs.046.0089>
- Baubet, T., & Saglio-Yatzimirsky, M.C. (2019). Santé mentale des migrants : des blessures invisibles. Une prévalence élevée du trouble de stress post-traumatique et de la dépression. *La Revue du Praticien*, 69(6), 672-675. <https://www.larevuedupraticien.fr/article/sante-mentale-des-migrants-des-blessures-invisibles>
- Beiser, M. (2005). The health of immigrants and refugees in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96(Suppl 2), S30-S44. <https://doi.org/10.1007/BF03403701>
- Bellaj, T., Salhi, I. S., & Ben Jemaa, S. (2020). Aspects interculturels en neuropsychologie de l'enfant. Dans S. Majerus, I. Jambaqué, L. Mottron, M. Van der Linden & M. Poncet (dirs.), *Traité de neuropsychologie de l'enfant : évaluation et remédiation* (pp. 449-472). De Boeck Supérieur.
- Benbelli, S. (2021). Migration, santé et handicap. Parcours de double exclusion des migrants clandestins à Casablanca. Dans J.-C. Basson, N. Haschar-Noé & C. Marquis (Dirs.), *La fabrique des inégalités sociales de santé* (pp. 22-25). Presses de l'Université Toulouse Capitole.
- Berchet, C., & Jusot, F. (2010). L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France: une analyse selon le genre et l'origine. *Revue Economique*, 61, 1075-1098. <https://doi.org/10.3917/reco.616.1075>
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 243-258. <https://doi.org/10.1046/j.0001-690x.2003.00246.x>
- Biddle, N., Kennedy, S., McDonald, J.T. (2007). Health Assimilation Patterns Amongst Australian Immigrants. *Economic Record*, 83(260), 16-30. <https://doi.org/10.1111/j.1475-4932.2007.00373.x>
- Boggs, D., Kuper, H., Mactaggart, I., Bright, T., Murthy, G., Hydera, A., McCormick, I., Tamblay, N., Alvarez, M.L., Atijosan-Ayodele, O., Yonso, H., Foster, A., & Polack, S. (2022). Exploring the Use of Washington Group Questions to Identify People with Clinical

- Impairments Who Need Services including Assistive Products: Results from Five Population-Based Surveys. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7). 4304. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074304>
- Bollini, P., & Siem, H. (1995). No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Social Science & Medicine*, 41(6), 819-828. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00386-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00386-8)
- Boubakri, H. (2015). Migration et asile en Tunisie depuis 2011 : vers de nouvelles figures migratoires ? *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 31(3-4), 17-39. <https://doi.org/10.4000/remi.7371>
- Boubakri, H. (2021). *Les migrations en Afrique du Nord. Une position peu confortable entre l'Afrique Subsaharienne et l'Europe*. Konrad-Adenauer-Stiftung. <https://www.kas.de/documents/282499/282548/Le+s+Migration+en+Afrique+du+Nord.pdf/9fee1c99-011a-f817-ffac-e5d7f3799011?T=1635783042429&download=false>
- Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Borges, G., Castilla-Puentes, R.C., Kendler, K.S., Medina-Mora, M.E., Su, M., & Kessler, R. C. (2007). Mental disorders among English-speaking Mexican immigrants to the US compared to a national sample of Mexicans. *Psychiatry Research*, 151(1-2), 115-122. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.09.011>
- Chen, W., Hall, B.J., Ling, L., & Renzaho, A.M. (2017). Pre-migration and post-migration factors associated with mental health in humanitarian migrants in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: findings from the first wave data of the BNLA cohort study. *The LANCET Psychiatry*, 4(3), 218-229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30032-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30032-9)
- Choy, B., Arunachalam, K., Gupta, S., Taylor, M., & Lee, A. (2021). Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Health in Practice*, 2, 100069. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100069>
- Cognet, M., Hoyez, A.C., & Poiret, C. (2012). Expériences de la santé en migration. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 28(2). <https://doi.org/10.4000/remi.5841>
- Crepet, A., Rita, F., Reid, A., Van den Boogaard, W., Deiana, P., Quaranta, G., Barbieri, A., Bongiorno, F., & Di Carlo, S. (2017). Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015:

- a descriptive study of neglected invisible wounds. *Conflict and Health*, 11(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13031-017-0103-3>
- Duquenoy Spychala, K. (2005). Le processus du vieillissement. Dans K. Duquenoy Spychala (dir.), *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer* (pp. 13-26). Érès.
- Elshahat, S., Moffat, T., & Newbold, K.B. (2022). Understanding the Healthy Immigrant Effect in the Context of Mental Health Challenges: A Systematic Critical Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24, 1564-1579 <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01313-5>
- Fassin, D. (2000). Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. *Hommes & Migrations*, 1225(1), 5-12. <https://doi.org/10.3406/homig.2000.3506>
- Garcini, L.M., Peña, J.M., Gutierrez, A.P., Fagundes, C.P., Lemus, H., Lindsay, S., & Klonoff, E.A. (2017). "One scar too many" The associations between traumatic events and psychological distress among undocumented Mexican immigrants. *Journal of Traumatic Stress*, 30(5), 453-462. <https://doi.org/10.1002/jts.22216>
- Geisser, V. (2019). Tunisie, des migrants subsahariens toujours exclus du rêve démocratique. *Migrations Société*, 3(177), 3-18. <https://doi.org/10.3917/migra.177.0003>
- Giacco, D., Laxhman, N., & Priebe, S. (2018). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Seminars in Cell & Developmental Biology*, 77, 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.semcdb.2017.11.030>
- Gleeson, C., Frost, R., Sherwood, L., Shevlin, M., Hyland, P., Halpin, R., Murphy, J., & Silove, D. (2020). Post-migration factors and mental health outcomes in asylum-seeking and refugee populations: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1793567. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1793567>
- Hasan, S.I., Yee, A., Rinaldi, A., Azham, A.A., Hairi, F.M., & Nordin, A.S.A. (2021). Prevalence of common mental health issues among migrant workers: A systematic review and meta-analysis. *Plos ONE*, 16(2), e0260221. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260221>
- Institut National de la Statistique & Observatoire National de la Migration. Institut National de la Statistique. (2017b) (2021). *Enquête nationale sur la migration internationale Tunisia-HIMS*. <https://www.ins.tn/publication/rapport-de-lenquete-nationale-sur-la-migration-internationale-tunisia-hims>

- Institut National de la Statistique. (2017a). *Recensement général de la population et de l'habitat 2014. Volume 5 : caractéristiques migratoires*. <https://www.ins.tn/sites/default/files-ftp/files/publication/pdf/RGPH%202014-V5.pdf>
- Institut National de la Statistique. (2017b). *Recensement général de la population et de l'habitat 2014. Volume 7 : données sociales*. <https://www.ins.tn/sites/default/files-ftp/files/publication/pdf/RGPH%202014-V7.pdf>. Institut National de la Statistique & Observatoire National de la Migration. (2021) au dessous de cette actuelle référence.
- Jaouadi, I. (2016). *Évaluation de base des vulnérabilités socioéconomiques et sanitaires des migrants pour un accès effectif aux services de santé en Tunisie*. Organisation Internationale pour les Migrations & Office National de la Famille et de la Population. <https://tunisia.iom.int/sites/g/files/tmzbd11056/files/documents/Evaluation%20de%20base%20des%20vuln%C3%A9rabilit%C3%A9s%20socio-%C3%A9conomiques%20de%201%27acc%C3%A8s%20aux%20soins%20de%20sant%C3%A9.pdf>
- Jusot, F., Silva, J., Dourgnon, P., & Sermet, C. (2009). Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? *Revue Economique*, 60(2), 385-411. <https://doi.org/10.3917/reco.602.0385>
- Kacem, S. (2023). Les mères célibataires subsahariennes migrantes en Tunisie vers une approche inclusive fondée sur les droits humains. Dans R. Ben Khelifa (Dir.), *Plaidoyer pour une politique migratoire en Tunisie inclusive et concertée* (pp. 113-124). Centre Arabe de Recherches et de l'Etude des Politiques.
- Kaoutar, B., Mathieu-Zahzam, L., Lebas, J., & Chauvin, P. (2012). La santé des migrants consultant la policlinique Baudelaire de l'hôpital Saint-Antoine à Paris, France. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 105(2), 86-94. <https://doi.org/10.1007/s13149-012-0227-z>
- Kennedy, S., McDonald, J.T., & Biddle, N., (2006). The healthy immigrant effect and immigrant selection: evidence from four countries. *Repec (Research Papers in Economics)*. <https://ideas.repec.org/p/mcm/sedapp/164.html>
- Kerouedan, D. (2019). Éléments relatifs à la santé et au recours aux soins des personnes migrantes en France. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 203(1-2), 13-22. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2019.02.002>

- Lau, A.S., Tsai, W., Shih, J., Liu, L.L., Hwang, W.C., & Takeuchi, D.T. (2013). The immigrant paradox among Asian American women: Are disparities in the burden of depression and anxiety paradoxical or explicable? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(5), 901-911. <https://doi.org/10.1037/a0032105>
- Leaune, É., Dealberto, M.J., Luck, D., Grot, S., Zeroug-Vial, H., Poulet, E., & Brunelin, J. (2019). Ethnic minority position and migrant status as risk factors for psychotic symptoms in the general population: a meta-analysis. *Psychological Medicine, 49*(4), 545-558. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002271>
- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, D., & Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health, 20*(1), 1039. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>
- Lee, R. (2018). Does the healthy immigrant effect apply to mental health? Examining the effects of immigrant generation and racial and ethnic background among Australian adults. *SSM - Population Health, 7*, 100311. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.10.011>
- Llácer, A., Zunzunegui, M.V., Del Amo, J., Mazarrasa, L., & Bolúmar, F. (2007). The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *Journal of Epidemiology & Community Health, 61*(Suppl 2), ii4-ii10. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.061770>
- Loumonvi, K. (2020). L'impact des parcours migratoires sur la santé mentale des demandeurs d'asile. *E-migrinter, 21*. <https://doi.org/10.4000/e-migrinter.2459>
- Margat, A., De Andrade, V., & Gagnayre, R. (2014). « Health Literacy » et éducation thérapeutique du patient : quels rapports conceptuel et méthodologique ? *Education Thérapeutique du Patient, 6*(1), 10105. <https://doi.org/10.1051/tp/2014009>
- Martin, F., & Sashidharan, S. P. (2023). The Mental Health of Adult Irregular Migrants to Europe: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health, 25*(2), 427-435. <https://doi.org/10.1007/s10903-022-01379-9>
- Morgan, C., Knowles, G., & Hutchinson, G. (2019). Migration, ethnicity and psychoses: evidence, models and future directions. *World Psychiatry, 18*(3), 247-258. <https://doi.org/10.1002/wps.20655>

- Musso, S. (2017). Comment l'anthropologie de la santé éclaire. Certains enjeux des migrations. *Idées économiques et sociales*, 3(189), 20-27. <https://doi.org/10.3917/idee.189.0020>
- Nasraoui, M. (2017). Les travailleurs migrants subsahariens en Tunisie face aux restrictions législatives sur l'emploi des étrangers. *Revue européenne des migrations internationales*, 4, 159-178. <https://doi.org/10.4000/remi.9244>
- Newnham, E.A., Pearman, A., Olinga-Shannon, S., & Nickerson, A. (2019). The mental health effects of visa insecurity for refugees and people seeking asylum: A latent class analysis. *International Journal of Public Health*, 64(5), 763-772. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01249-6>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2011). *Réadaptation à base communautaire : guide de RBC. Volume introduction*. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241548052>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Rapport mondiale sur la santé des réfugiés et des migrants : résumé 2022*. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240054486>
- Pellet, S., & De Talancé, M. (2023). Is There a Gender Gap in Health among Migrants in Russia? *The Journal of Development Studies*, 59(12), 1927-1948. <https://doi.org/10.1080/00220388.2023.2253986>
- Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/326308>
- Renzaho, A.M.N., Hall, B.J., & Chen, W. (2022). The mental health-migration interface among sub-Saharan African and Chinese populations. *Current Opinion in Psychology*, 47, 101416. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101416>
- Rezaei, O., Adibi, H., & Banham, V. (2023). Integration challenges of immigrants from non-english-speaking backgrounds in Australia: A critical review from 1975 to 2021. *Diaspora Studies*, 16(1), 1-31. https://brill.com/view/journals/bdia/16/1/article-p1_1.xml
- Rouland, B. (2018). *Mondialisation, mobilités régionales et développement local : vers l'émergence d'un espace de soins transnational en Afrique du Nord ?* IRMC. Consulté le 25 janvier 2024 sur <https://irmc.hypotheses.org/2176>

- Siffert, I. (2020). Étendre les frontières de la coordination pour soigner les migrants. L'exemple d'un réseau de santé précarité en Île-de-France. *Revue Francophone sur la Santé et les Territoires*. <https://doi.org/10.4000/rfst.532>
- Sironi, A., Bauhoz, C., & Emmanuel, M. (2019). *Glossary on Migration*. *International Migration Law*, 34. International Organization for Migration. <https://publications.iom.int/books/international-migration-law-ndeg34-glossary-migration>
- Smith, L.A., Reynish, T., Hoang, H., Mond, J., Hannah, C., McLeod, K., Auckland, S., & Slewa-Younan, S. (2019). The mental health of former refugees in regional Australia: A qualitative study. *The Australian Journal of Rural Health*, 27(5), 459-462. <https://doi.org/10.1111/ajr.12583>
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonka, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Timera, M. (2009). Aventuriers ou orphelins de la migration internationale. Nouveaux et anciens migrants « subsahariens » au Maroc. *Politique Africaine*, 3(115), 175-195. <https://doi.org/10.3917/polaf.115.0175>
- Tinghög, P., Malm, A., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Lundin, A., & Saboonchi, F. (2017). Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: A population-based survey. *BMJ Open*, 7(12), e018899. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29289940/>
- Tofani, M., Galeoto, G., Berardi, A., Lorio, S., Conte, A., Fabbrini, G., Valente, D., & Marceca, M. (2022). Measuring Disability among Migrants with Washington Group Tools: Reflections for Field Use. *Healthcare*, 10(10), 1860. <https://doi.org/10.3390/healthcare10101860>
- Tuggle, A.C., Cohen, J.H., & Crews, D.E. (2018). Stress, migration, and allostatic load: a model based on Mexican migrants in Columbus, Ohio. *Journal of Physiological Anthropology*, 37, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40101-018-0188-4>
- Unterhitzenberger, J., Eberle-Sejari, R., Rassenhofer, M., Sukale, T., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: a case series. *BMC Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0645-0>

- Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R., Callens, M., Van den Broucke, S., Renwart, A., Rummens, G., & Gérard, F. (2014). Bilan des connaissances des Belges en matière de santé. *MC-informations*, (258), 48-55. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206910>
- Wandschneider, L., Batram-Zantvoort, S., Razum, O., & Miani, C. (2020). Representation of gender in migrant health studies - a systematic review of the social epidemiological literature. *International Journal for Equity in Health*, 19(181). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01289-y>
- Washington Group on Disability Statistic. (2020, juin). *Présentation des questionnaires du Groupe de Washington sur les statistiques du handicap*. Washington Group Disability. https://www.washington-group-disability.com/fileadmin/uploads/wg/The_Washington_Group_Primer__1__FR__1_.pdf
- Záleská, V., Brabcová, I., & Vacková, J. (2014). Migration and its impact on mental and physical health: Social support and its main functions. *KONTAKT - Journal of Nursing and Social Sciences related to Health and Illness*, 16(4), e236-e241. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.05.007>

Migration et accès aux soins en Tunisie : les enseignements de deux profils de migrants*

Salhi I.S.¹, Souissi W.², Ferjani S.²

¹ *Université de Tunis, Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis, Département de psychologie, Laboratoire de Psychologie clinique : intersubjectivité et culture (LR16ES01), Tunis, Tunisie*

² *Université de Tunis, Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis, Département de psychologie, Tunis, Tunisie*

Résumé

En Tunisie, le droit à la santé est reconnu par la constitution à travers l'article 43. Néanmoins, des inégalités importantes d'accès aux soins ont été constatées dans différentes études nationales et les observateurs dénoncent l'accentuation de ces dernières chez les plus vulnérables, parmi lesquels figurent les migrants. Ce travail se base sur une analyse qualitative des données obtenues via des entretiens semi-structurés menés auprès de deux migrants subsahariens. La collecte des données a été réalisée moyennant un guide d'entretien arborant six thématiques principales caractérisant le processus migratoire. À l'issue de l'analyse du contenu des entretiens menés auprès des deux participants, force est de constater que l'accès aux soins pour les personnes en situation de migration en contexte tunisien, est tributaire du statut socio-économique, à l'existence d'un réseau social et d'un soutien familial et, enfin, au niveau d'éducation du migrant. Le statut socio-économique apparaît comme le facteur essentiel qui conditionne l'intrication des autres facteurs renvoyant au réseau social et au soutien familial, ainsi qu'au niveau d'éducation du migrant. Ce présent travail a permis d'apporter des éclairages quant au parcours migratoire d'individus installés sur le territoire

tunisien, ayant rencontré des difficultés en lien avec leur santé physique et mentale. Loin d'être exhaustif et représentatif, ce travail ouvre la voie à des pistes de réflexion et d'intervention en vue de réduire les inégalités d'accès aux soins chez les migrants en contexte tunisien.

Introduction

Garantir l'accès aux soins de santé est un objectif primordial, défendu autant par les organismes nationaux qu'internationaux. Dans ce registre, un ensemble de législations a été institué en vue de promouvoir la protection sanitaire pour tous. À titre d'exemples, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'article 25 de la déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies, déclarent que chaque individu a le droit de bénéficier d'une protection sanitaire, indépendamment de ses différences, pour améliorer non seulement son intégrité physique, mais aussi psychique (OMS, 2022 ; Organisation des Nations Unies, 1948). De plus, l'accès aux soins ne doit pas être influencé par des facteurs discriminatoires puisque les textes juridiques insistent sur la nécessité d'accès aux soins pour tous, dans le respect de la dignité, de l'inclusion et de l'égalité (Organisation Internationale pour les Migrations, OIM, 2022).

En Tunisie, le droit à la santé est similairement reconnu par la constitution qui stipule par le biais de son article 43, promulgué en 2022, que « Tout être humain a droit à la santé. L'État garantit la prévention et les soins de santé à tout citoyen et fournit les ressources nécessaires afin d'assurer la sécurité et la qualité des services de santé. L'État garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes. Il garantit le droit à la couverture sociale, dans les conditions fixées par la loi » (Constitution tunisienne, article 43, 2022).

Néanmoins, en dépit de ces principes fondamentaux, les inégalités en matière de soins persistent, particulièrement chez les pays marqués par la concentration plus élevée de la pauvreté et de la marginalité (Dawkins et al., 2021). Dans ce registre, la précarité semble limiter l'accès aux services de soins des individus qui en souffrent, les rendant par conséquent plus vulnérables et avec des conditions sanitaires des plus délétères. Aujourd'hui, nous assistons à la montée d'une nouvelle catégorie d'individus peuplant ces territoires et exacerbant les questions liées à l'accès aux soins, en particulier dans les pays de l'Afrique

du Nord. Il s'agit, à cet effet, de la population des immigrés enregistrant depuis quelques décennies une affluence des plus considérables. Aussi, l'OIM (2022) indique, dans ce sens, que la migration renvoie à un phénomène en croissance, qualifiant le migrant comme tout individu qui se déplace d'un pays à un autre en vue de fuir la pauvreté, d'améliorer ses conditions socio-économiques, de chercher un meilleur avenir et de promouvoir une qualité de vie saine. Selon une estimation faite par ce même organisme, le nombre des migrants dans le monde, en 2020, est évalué à 281 millions, soit 3,6% de la population mondiale (OIM, 2022). De même, des données tunisiennes récentes obtenues à partir de l'enquête nationale sur la migration internationale effectuée par l'Institut National de la Statistique en collaboration avec l'Observatoire National de la Migration, en 2021, ont révélé que le nombre des étrangers résidents en Tunisie serait en hausse depuis 2014. Ce nombre a été estimé à 58990 individus, en 2020, ce qui correspond à un accroissement absolu de plus de 6000 étrangers entre 2014 et 2020 et à un taux d'accroissement global de 11,4% pour la même période.

En outre, cela va sans dire que l'expérience migratoire est considérée comme un événement de vie complexe et traumatisant qui peut engendrer, autant de difficultés de santé physique à l'instar des maladies transmissibles et non transmissibles, qu'un stress intense, voire des troubles mentaux, imposés par la précarité des conditions de vie en contexte de migration. Ces adversités compliquent davantage l'accessibilité à des services de soins décents ce qui, réciproquement, enkyste la condition sanitaire précaire du migrant (Spira, 2020).

Par ailleurs, d'autres travaux font état de certaines expériences migratoires qui lorsqu'elles se déroulent sous des conditions particulièrement favorables, assurent à la personne en situation de migration un meilleur accès aux services sanitaires et ce, indépendamment de son statut et au-delà du manquement institutionnel imposé par le contexte politico-juridique du pays hôte (André & Azzedine, 2016).

Parmi les facteurs évoqués par la littérature, sont cités ceux renvoyant au Statut Socio-Economique (SSE) du migrant. Ce dernier spécifie la relation étroite entre le statut social d'une personne et sa situation financière et est mesuré en considérant plusieurs facteurs dont le revenu familial, la profession parentale, l'éducation et l'état de santé psychologique et physique, les situations stressantes subies, la violence physique ou psychologique et l'état nutritionnel (Pérez-Marfil et

al., 2020). D'autres ont même intégré le statut légal de l'individu sur le territoire dans lequel il vit (Adler et al., 2016). Le poids du SSE a été envisagé à travers différents travaux ayant souligné son influence sur les capacités adaptatives des migrants dans des pays étrangers, ainsi que ses répercussions sur la santé, autant physique que psychologique. Dans ce sens, Vacková et Brabcová (2015) ont mentionné dans le cadre d'une étude visant à évaluer ce facteur dans ses liens avec l'évaluation subjective de l'état de santé de 1014 migrants ukrainiens, slovaques, vietnamiens, polonais et russes, résidant en République Tchèque, que ceux ayant des revenus et un niveau d'éducation plus élevés, ainsi qu'un emploi confortable, manifestent un meilleur état de santé et des conditions de vie plus saines. Ceci a permis à ces derniers de répondre à leurs besoins fondamentaux, notamment en matière d'accès aux soins. Dans ce travail, nous nous sommes limitées à l'acceptation la plus stricte du SSE intégrant uniquement la situation financière du migrant, sa profession, ainsi que celle de ses parents, puisque les autres facteurs liés au soutien social et au niveau d'éducation ont été envisagés séparément dans le cadre de cette étude.

C'est dans ce sens que le soutien social a également été évoqué par la littérature comme ayant une influence sur le processus migratoire, en facilitant l'accès aux soins dans le pays d'accueil (Ahmed et al., 2017). Ce facteur renvoie à la perception cognitive d'être connecté à d'autres individus et de savoir qu'il est possible de compter sur eux en cas de besoin. Il fait également référence à l'aide et à l'existence d'un réseau de relations que les migrants ont pu établir dans leur nouveau contexte de vie (Delara, 2016). Spécifiquement, des études qualitatives exploratoires visant l'opérationnalisation du concept de soutien social ont été réalisées auprès de femmes en situation de migration. Dans ce sens, Donnelly et al. (2011) ont tenté de mettre en évidence la nature des facteurs influençant positivement ou négativement l'adaptation de femmes migrantes au Canada en provenance de Chine et du Soudan. L'étude a révélé que le soutien social peut prendre différentes formes et être représenté soit par la famille, les pairs ou bien les étrangers installés dans le pays hôte. De plus, le poids de ce facteur social sur l'adaptation des femmes migrantes dans le pays d'accueil est variable en fonction du type d'acteurs. En effet, ces femmes témoignaient d'une forte dépendance vis-à-vis des membres de leurs familles, considérant ainsi ce soutien comme étant le plus protecteur. Ce sont les membres de la

communauté qui ont ultérieurement apporté des bénéfices au processus adaptatif de celles-ci du fait qu'ils partagent les mêmes mœurs et la même culture. Enfin, c'est la communauté étrangère qui a apporté un soutien à certaines d'entre elles qui, bien que minime, demeure significatif. Dans le même ordre d'idées, une étude récente réalisée par Desa et al. (2020) a révélé que le soutien familial et communautaire réduisait significativement les risques provoqués par les maladies mentales telles que le stress, la dépression et l'anxiété et améliorait, non seulement l'estime de soi, mais aussi le développement de l'autonomie des femmes réfugiées dans des pays à haut revenu.

Concernant le poids qu'exerce le niveau d'éducation sur le processus migratoire et l'accès aux soins d'individus installés en pays étranger, ce dernier a été principalement analysé à partir des capacités linguistiques du migrant. En effet, une étude qualitative menée par Smith et al. (2019) a montré que les barrières linguistiques limitaient l'accès aux services de santé des jeunes et adultes réfugiés résidant en Australie et provenant de l'Afghanistan, du Bhoutan, de la Birmanie, du Sierra Leone, du Soudan et de l'Iran. En fait, les participants rencontraient des difficultés de communication en raison de la non disponibilité des interprètes dans les services de soins. Ceci a eu pour conséquence l'inaccessibilité à l'information et a, réciproquement, compliqué l'accessibilité aux soins (Dawkins et al., 2021).

Enfin, d'autres facteurs favorisant l'adaptation du migrant aux changements survenus dans sa vie ont été également énumérés par la littérature. Parmi ces derniers, sont cités ceux en lien avec le comportement de résilience, défini comme étant la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir, en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles et de traumatismes parfois sévères (Manciaux et al., 2001). Dans le contexte de la migration, la résilience permet à l'individu de reprendre le contrôle de son existence après les difficultés rencontrées au cours de son processus migratoire et l'encourage à la participation à des activités sociales, contribuant à son adaptation et à l'amélioration de sa santé mentale dans son nouveau contexte de vie (Babatunde-Sowole et al., 2020).

De ce qui précède, force est de constater la pluralité des facteurs qui médiatisent la relation entre le processus migratoire et l'accès à la santé. Ces derniers peuvent se résumer en trois principaux facteurs, définis par la littérature comme renvoyant au SSE, au réseau social établi et

au soutien familial adapté, ainsi qu'au niveau d'éducation du migrant, sans compter l'influence de certains traits de personnalité, comme le comportement de résilience qui, soit protègent ou vulnérabilisent le migrant dans l'élaboration de son processus migratoire.

Ainsi, l'objectif de ce présent travail est de déterminer et d'analyser la nature des facteurs pouvant influencer la relation existante entre l'expérience migratoire et l'accès aux services de soins dans le contexte socio-culturel tunisien.

Pour ce faire, deux profils de migrants feront l'objet d'une analyse qualitative, à partir d'entretiens semi-structurés, en vue de mettre en évidence la nature de ces facteurs.

Méthode

Participants

Pour répondre aux objectifs de ce présent travail, deux participants d'origine camerounaise et en situation de migration, ont été sélectionnés pour l'exemplarité de leur profil en correspondance avec les questions traitées. Celles-ci font référence à leurs caractéristiques profondes et à la spécificité de leurs expériences autorisant, ainsi, une illustration précise des questions de recherche et une analyse du vécu de chaque individu dans sa singularité (Martuccelli, 2023). Les deux participants sélectionnés ont chacun rencontré des difficultés sanitaires les obligeant à recourir aux services de soins en Tunisie. L'un des deux participants est de sexe masculin ; l'autre de sexe féminin, et maîtrisent tous deux la langue française. Ces derniers étaient également consentants et ont explicitement manifesté leur accord pour participer à l'étude. Les données socio-démographiques de ces derniers sont illustrées dans le tableau 1.

D'après le tableau 1, nous relevons que Monsieur A est un homme célibataire, âgé de 39 ans, d'origine camerounaise et titulaire d'un diplôme universitaire. Il est installé en Tunisie depuis 14 ans et ce, pour des raisons de travail. Il œuvre dans le domaine de la psychologie, de la psychothérapie, du coaching et de la formation. Par contre, concernant le deuxième profil, il s'agit de Madame T., elle est une mère célibataire, âgée de 25 ans, originaire également du Cameroun et de niveau d'études primaire. Elle est en transit sur le territoire tunisien depuis deux ans et travaille en tant qu'agent de nettoyage dans un café. Mise à part le fait que ces deux profils proviennent du même pays d'origine,

ces derniers apparaissent en tous points différents. C'est cette singularité que nous tenterons d'analyser dans le cadre de ce chapitre en la mettant à l'épreuve des questions de recherche que nous traitons.

Tableau 1
Données socio-démographiques se rapportant
au profil des deux participants

Variables Socio-démographiques	Profil 1 : Monsieur A	Profil 2 : Madame T
Âge	39 ans	25 ans
Sexe	Masculin	Féminin
Situation familiale	Célibataire	Mère célibataire
Pays d'origine	Cameroun	Cameroun
Niveau d'études	Universitaire	Primaire
Type de migrant	Pour travail	Transit
Ancienneté	14 ans	2 ans
Occupation actuelle	Psychologue-Psychothérapeute Coach, Formateur	Agent de nettoyage dans Un café

Procédure d'évaluation

Deux entretiens semi-structurés ont été menés auprès des deux participants. La collecte des données s'est faite via un guide d'entretien s'articulant autour de six thématiques principales.

Pour le premier thème, il s'agit de la famille, de l'école et de la vie professionnelle, arborant des questions générales et évoluant progressivement vers des questions spécifiques en lien avec le contexte de vie du migrant et de ses conditions socio-économiques. Le second thème renvoie au parcours migratoire de l'interviewé à partir duquel il sera possible de comprendre les conditions du processus migratoire et le vécu de ce dernier tout au long de sa trajectoire. Quant au troisième thème, intitulé Santé et accès aux soins, ce dernier permettra d'analyser les facteurs déterminants les liens entre la trajectoire migratoire, la santé et l'accès aux soins. Concernant le quatrième thème, ce dernier tentera d'analyser les réactions du migrant face aux problèmes et difficultés qu'il a rencontrés. Une analyse des réactions face à ses diffi-

cultés, ainsi que les stratégies adaptatives déployées par l'interviewé feront l'objet d'analyses approfondies. S'agissant du cinquième thème, ce dernier offrira l'occasion d'analyser les répercussions de l'expérience migratoire sur le vécu du migrant. Une attention particulière sera portée sur l'évaluation de l'impact de l'expérience migratoire sur la santé physique, psychique et le processus de socialisation de ce dernier. Enfin, le dernier thème appellera l'interviewé à faire l'analyse de sa situation actuelle et à se projeter dans l'avenir.

Procédure de passation

Les entretiens conduits auprès des deux interviewés ont duré en moyenne une heure. Avant le démarrage des entretiens, ces derniers ont été appelés à faire part de leur accord avant de procéder à l'enregistrement. L'entretien était construit à partir de questions ouvertes, favorisant les relances verbales. Ces dernières permettent aux participants, après avoir précisé la thématique abordée, d'évoquer leur expérience en leur donnant l'occasion de s'exprimer librement.

Les deux entretiens se sont déroulés dans deux cadres différents, en lien avec la singularité des caractéristiques personnelles des deux profils, notamment celles concernant leur SSE et leur niveau d'éducation. En effet, pour Monsieur A, l'entretien s'est déroulé à son domicile et ce, dans un climat convivial pour l'échange, permettant la collecte des données et des informations nécessaires et suffisantes pour une meilleure compréhension de son processus migratoire. Monsieur A était serein, bienveillant, coopératif, disponible et bien âpreté. Son visage était souriant et détendu et il adoptait une posture d'écoute (dos droit, bras ouverts). Tout au long de l'entretien, Monsieur A s'exprimait d'une manière cohérente, fluente, avec de bonnes capacités réflexives. Son discours reflétait ses larges connaissances sur des sujets variés, notamment en lien avec ses compétences professionnelles.

Quant à Madame T, l'entretien s'est déroulé dans le bureau du centre d'hébergement de l'Association Amal pour la Famille et l'Enfant. Bien que les thématiques abordées couvraient les mêmes aspects, Madame T s'est montrée craintive et peu investie au début de l'entretien. La posture de son corps était mal aisée, elle fuyait le regard et bougeait ses pieds et ses mains sans cesse. Sa voix était hésitante et balbutiante et l'entretien était meublé par des moments de silence traduisant sa

méfiance. Arrivant à nouer une relation de confiance, le scepticisme de Madame T s'est progressivement dissipé. Elle parlait librement et spontanément, mais son discours demeurait, néanmoins, peu fluent avec un vocabulaire réduit.

Retranscription des entretiens

Afin d'analyser les données collectées à partir des entretiens, le contenu a été retranscrit en verbatim et anonymisé en veillant à garantir la confidentialité des informations recueillies.

Analyse et interprétation des profils

Les témoignages des deux individus en situation de migration ont été analysés, en vue d'identifier les différents facteurs favorisant ou limitant l'accès aux soins en contexte tunisien. À cet égard, en empruntant une démarche basée sur l'analyse de contenu, trois facteurs fondamentaux, caractérisant le vécu individuel, familial et environnemental des deux interviewés, ont été mis en évidence.

Le contenu des deux entretiens sera détaillé dans les paragraphes suivants. Ce dernier s'articulera autour des six thématiques susmentionnées caractérisant le processus migratoire des deux interviewés, à partir desquelles seront extraits les facteurs en question.

Description du Profil 1 : Monsieur A

Famille, École et Vie professionnelle

Monsieur A, âgé de 39 ans, est un homme célibataire, originaire du Cameroun. Fils d'un père ancien diplomate et d'une mère entrepreneure, il a grandi entouré de ses deux frères et de ses trois sœurs. Grâce au SSE de ses parents, Monsieur A a pu voyager partout dans le monde, en compagnie de sa famille, depuis son plus jeune âge. De retour au Cameroun à l'âge de 17 ans, il entreprend des études universitaires dans le domaine de la psychologie et de la psychothérapie, ainsi que du coaching. À cet effet, il entame un cursus de formation en vue de parfaire ses compétences académiques et personnelles, ce qui lui a permis d'intégrer le monde du travail, depuis l'âge de 22 ans. Bénéficiant précocement d'une autonomie financière, il fait le choix d'entreprendre des voyages par ses propres moyens, en offrant ses services à travers

des formations et du coaching : « Je fais des consultations avec des étrangers, qui sont originaires soit du Canada, soit de la Chine et je fais du coaching. Je reçois des clients chez moi ».

Parcours migratoire

Par ses multiples voyages qui lui ont permis d'acquérir de l'expérience, autant à un niveau individuel que professionnel, Monsieur A a fini par s'installer en Tunisie, à partir de 2009. Il étaye ce choix par le fait que ce pays ne lui était pas complètement étranger puisqu'il s'est largement documenté avant de s'y installer et que les spécificités culturelles et arabo-musulmanes de ce pays l'attiraient largement. Adoptant une position très altruiste et ouverte sur le monde et la diversité culturelle, la Tunisie était pour lui un pays qui, bien que situé au Maghreb, était à cheval entre la tradition et la modernité, ce qui était pour lui une source d'apprentissage culturel. D'ailleurs, l'une de ses sœurs a déjà poursuivi des études universitaires en Tunisie, avant son installation.

Par ses multiples recherches sur les réseaux sociaux, il s'était déjà forgé une large communauté avant de venir en Tunisie, c'est ce qui lui a d'ailleurs facilité son adaptation et son intégration. Tout au long de l'entrevue, Monsieur A n'a cessé d'insister sur l'importance du soutien social. « Le network est un élément important, si j'estime que si je suis limité, j'active mon réseau avec des personnes qui sont susceptibles de débloquer la situation. Ce sont des personnes qui sont, premièrement... fiables, deuxièmement ... solides et troisièmement qui... ont un pouvoir d'influence, donc à partir de ce moment-là, je sais que si j'active ce réseau-là, je peux avoir des résultats ».

Sa maîtrise de plusieurs langues telles que le français, l'anglais et le dialecte tunisien, ont facilité à Monsieur A son intégration sociale et culturelle sur le territoire tunisien. Cette capacité linguistique lui a permis de créer des liens avec des migrants issus de différents pays et cultures, notamment de l'Espagne, de la Chine, de la France, du Cameroun, de la Côte d'Ivoire et du Sénégal. « Je connais en fait pas mal de migrants, je connais pas mal d'espagnols, pas mal de chinois, je connais pas mal de migrants également français, je connais aussi des migrants ... à la limite peut être deux ou trois camerounais, peut-être... deux ivoiriens, peut-être... sénégalais, voilà ». Monsieur A explique que les

relations intercommunautaires et interculturelles constituent, selon lui, une richesse qui favorise l'ouverture aux autres.

Santé et accès aux soins

Un cancer du côlon a été diagnostiqué chez Monsieur A en 2021, ce qui l'a contraint à recourir aux services de soins en Tunisie. Il a dû subir une intervention chirurgicale en vue d'extraire le foyer tumoral. Grâce à sa situation socio-économique, il a pu facilement accéder aux services de soins libéraux. D'ailleurs, son opération a été réalisée dans une clinique privée, en banlieue chic du grand Tunis. Il fit part de sa satisfaction de la qualité des soins qui lui ont été prodigués. « Les services étaient ... au niveau de la qualité... les services étaient excellents. Maintenant, au niveau des relations humaines, à part les infirmières franchement excellentes, la relation avec les médecins laisse à désirer [...] Ce qui est marrant, c'est que quand j'ai été opéré, il y a le chirurgien, en fait, qui est entré dans la pièce où il y a mes amis. Il est entré et la première question qu'il a posée, c'est qui ? Il travaille pour qui ? Ça m'a fait marrer... Parce qu'il a pensé directement que je devais être l'employé de l'une des personnes qui étaient là, ce qui est à mon sens extrêmement stupide et particulièrement... il était un chirurgien, parce que les médecins... quand-même ! Sont des personnes qui ont fait huit années d'études ! Et en plus un chirurgien a fait des études plus poussées... En tant que chirurgien, on opère, on touche et on rencontre des personnes, donc voir ce niveau de préjugés chez des personnes qui ont fait des hautes études...ça donne froid dans le dos ».

Il précise, néanmoins, qu'avant cet épisode de sa vie, il avait toujours eu un état de santé globalement sain, car il prêtait attention à son hygiène de vie. « Je prends soin de mon corps, en fait, depuis que j'ai 17 ans et tous les jours. Donc, je peux être considéré comme quelqu'un qui a une excellente santé ».

Il insiste aussi sur le fait que sa vie n'a pu être saine qu'en nouant des liens d'amitié avec des personnes qu'il qualifie de confiance. « Je prends assez soin de moi. C'est très simple, je fais attention aux personnes que je côtoie, je ne m'approche pas de tout le monde, je ne laisse pas tout le monde m'approcher. J'ai des amis, en fait, qui sont qualitatifs autour de moi ».

Selon lui, la santé mentale est primordiale. Il est d'ailleurs membre d'une association qui allie la santé mentale et la santé physique, à savoir

l'Association Tunisienne de Macrobiotique qui, selon lui, l'a beaucoup aidé à améliorer son état de santé. « Au niveau de l'association macrobiotique, c'est excellent. Aussi, le médecin qui s'occupe de moi est l'une des personnes les plus admirables que j'ai rencontrée en Tunisie et dans le monde ».

Réactions face aux problèmes et difficultés rencontrés

Parmi les principaux problèmes et difficultés rencontrés par Monsieur A, sont évoqués ceux en rapport avec les relations interpersonnelles, qu'il qualifie comme marquées par le manque de respect des engagements et teintées par des préjugés et de la discrimination. Selon lui, la diversité religieuse complique parfois les relations, ce qui l'oblige à établir des rapports sélectifs. Il témoigne aussi de son désagrément vis-à-vis de la situation politico-juridique de la Tunisie, qu'il qualifie de discriminante à l'égard des personnes en situation de migration, surtout celles provenant de l'Afrique subsaharienne. Malgré ce climat qu'il considère de plus en plus toxique, il n'a cessé d'entreprendre des activités de groupe dans des espaces ouverts, en compagnie de personnes de différentes nationalités. « Tous les week-ends, en fait... je donne des cours en public, dans les parcs. Il y a de toutes les nationalités, il y'en a des russes, des français, des japonais, des tunisiens, des camerounais... voilà il y a aussi des tunisiens ! ». Selon lui, ses activités de groupe favorisent l'échange culturel et la cohésion sociale. Néanmoins, il déclare que le contact avec les tunisiens manque tout de même d'une culture de la rencontre « commitment » et que les relations en Tunisie sont basées sur des liens de voisinage. Il ajoute qu'il doit être toujours vigilant et conscient de ce qu'il y a autour de lui, quitte à parfois manquer de tolérance.

Répercussions de l'expérience migratoire

Monsieur A considère que son expérience migratoire est enrichissante de par la diversité culturelle qui existe entre les différentes personnes qu'il a côtoyées, ce qui a contribué à son développement personnel et professionnel. Son insertion sociale a toujours été facilitée par ses compétences sociales et émotionnelles, favorisées par son métier. Réciproquement, la richesse humaine et la diversité culturelle lui ont appris à gérer ses émotions et ses comportements dans des contextes

de relations sociales difficiles. « Si j'ai été naïf, ça pourrait m'impacter émotionnellement. J'ai été en Chine, au Japon et en pas mal d'autres pays. En plus, en tant que psy, je sais ce que c'est la nature humaine, ça aurait pu être déprimant si je n'ai pas été outillé au niveau des relations humaines ».

Projection dans l'avenir

Monsieur A envisage de quitter la Tunisie. Selon lui, ses attentes et ses valeurs culturelles ne correspondent pas à celles qui sont partagées sur ce territoire. Pour lui, le contexte politico-juridique complique davantage la situation, ce qui l'a poussé à prendre la décision de quitter le territoire tunisien et de partir à l'étranger, d'ici la fin de l'année. « En fait, je compte quitter la Tunisie, j'ai mon projet de quitter la Tunisie à la fin de cette année. Probablement, je me donne un an max en Tunisie... peut être jusqu'à l'été ».

À la lecture du profil 1, force est de constater la prééminence des trois facteurs fondamentaux susmentionnés par la littérature, renvoyant respectivement au SSE, à l'importance du soutien social et au niveau d'éducation, comme influant sur le parcours migratoire de notre premier participant. Certains facteurs ont joué un rôle décisif au sein du milieu familial de Monsieur A. D'autres ont contribué à sa construction individuelle et à son enrichissement professionnel. Enfin, certains ont constitué des éléments décisifs pour favoriser le contexte environnemental dans lequel Monsieur A a pu évoluer depuis quelques années. Parallèlement, certains de ces facteurs ont eu un impact négatif sur le vécu personnel et le contexte environnemental de Monsieur A, l'obligeant à prendre la décision de quitter définitivement le territoire tunisien.

En effet, une analyse plus fine du contexte familial de Monsieur A, révèle que ce dernier a bénéficié de conditions économiques favorables qui lui ont permis de poursuivre des études universitaires et de parfaire ses connaissances dans différents domaines de formation, axés sur les relations humaines et les échanges interpersonnels. Ses compétences sociales, émotionnelles et relationnelles ont joué ultérieurement un rôle important dans son acclimatation à différentes cultures, dans différents pays. Ainsi, globalement, la réussite de son expérience migratoire a été favorisée par sa capacité adaptative. Ces mêmes condi-

tions économiques familiales lui ont également permis de voyager partout dans le monde et de découvrir de nouvelles cultures. C'est grâce, donc, au soutien familial que les débuts de vie de Monsieur A ont été des plus favorables et ont tracé ses premières trajectoires personnelles et professionnelles. À un niveau personnel, riche de connaissances académiques et universitaires, Monsieur A a intégré précocement le monde du travail, ce qui lui a rapidement permis de bénéficier de ressources financières confortables, favorisant son autonomie et lui ouvrant la voie à la découverte du monde. Ce sont ses qualifications dans le domaine de la psychologie et de la psychothérapie qui l'ont motivé à toujours rechercher des relations interpersonnelles et interculturelles. Même lorsqu'il est tombé malade, il a pu non seulement se prendre lui-même en charge sur le plan financier, mais aussi, le soutien social dont il a pu bénéficier a été favorable pour son rétablissement. Ses relations sociales ont toujours été basées sur la confiance et sur des liens de qualité.

En outre, le contexte environnemental dans lequel Monsieur A a évolué depuis quelques années comportait, à la fois, des éléments avantageux, mais aussi des désagréments quotidiens qui l'ont amené à nuancer son appréciation de la situation migratoire. En effet, bien que Monsieur A eût un réseau social bien établi, le manque d'une culture basée sur des relations humaines stables et fiables et teintées par des préjugés et de la discrimination, ont donné à Monsieur A l'impression d'être toujours « entre-deux ». Il continuait malgré tout à développer des activités sociales de groupe avec des tunisiens, mais, en même temps, se sentait toujours catalogué comme étant un africain subsaharien.

En somme, bien que les facteurs socio-économiques et éducatifs aient constitué des facteurs de protection pour Monsieur A, les relations sociales ont été, par contre, plus ambivalentes. Ainsi, le poids du soutien social a été des plus décisifs dans le parcours migratoire de Monsieur A. Mais, au même moment, c'est ce facteur qui l'oblige à partir.

Description du Profil 2 : Madame T

Famille, Ecole et Vie professionnelle

Madame T est une maman célibataire d'origine camerounaise. Elle est âgée de 25 ans et est issue d'une famille nombreuse aux ressources

limitées. Madame T est la cadette d'une famille composée de quatre filles et de quatre garçons. Ses parents sont divorcés. Elle a vécu avec sa mère et son beau-père. Sa mère était femme au foyer et son père est un ouvrier journalier. Les conditions socio-économiques défavorables de sa famille l'ont obligée à quitter l'école dès le primaire. La famille de Madame T était dans l'incapacité de subvenir aux besoins essentiels de ses enfants, rendant leurs conditions de vie des plus délétères, marquées par la fragilité et l'instabilité professionnelle des parents. « Avant de venir, en fait, on était très, très pauvre. Actuellement, je ne connais pas la situation..., mais dans mes souvenirs, avant que je vienne en Tunisie, ma famille était très pauvre...c'est difficile pour manger et tout... ». La précarité des conditions familiales de Madame T a donné lieu à une fragilité et une instabilité relationnelle accrues, qui se sont soldées par le divorce des parents et l'insécurité des enfants, ayant été sujets à des abus sexuels de la part du beau-père. « j'ai été abusée par mon beau-père, donc le mari de ma mère, qui n'était pas mon père et j'ai été abusée par lui... J'ai été abusée sexuellement à l'âge de 15 ans ».

Les motifs de la migration de Madame T sont liés à la pauvreté et à la volonté d'assouvir des besoins essentiels non satisfaits. La situation économique et sociale a provoqué une instabilité et une fragilité au niveau de la dynamique familiale, comme le divorce des parents et l'abus sexuel par le beau-père. Ayant été dans l'incapacité de révéler les abus sexuels de ce dernier, Madame T a vécu dans l'instabilité et l'insécurité sociales pendant plusieurs années. « Je n'ai pas parlé de ça avec ma famille, mais j'ai parlé avec une personne proche, une amie ».

D'après elle, dans la tradition africaine, les familles en situation de pauvreté peuvent offrir leurs filles à une personne aisée, contre une dot. Madame T en a fait les frais. Étant donné qu'elle n'était pas consentante et qu'elle désapprouvait ce mariage, elle a dû fuir le foyer familial, car le futur mari a déjà versé l'argent. « Ma famille voulait que j'épouse un Monsieur un peu plus âgé, mais j'ai refusé. Vu qu'on avait certains problèmes financiers, le Monsieur avait beaucoup, beaucoup, beaucoup d'argent [...]. C'est un mariage forcé, l'homme est très âgé, donc moi je ne veux pas, ils ont mal pris, parce que, en fait, moi, j'ai été au courant qu'il avait donné déjà de l'argent à ma famille [...] j'ai refusé et puis ma famille m'a mise dehors ». Madame T n'a joui d'aucun soutien familial. Elle était objet de honte et d'humiliation, car elle ne respectait pas les valeurs culturelles de sa famille. Le mariage,

selon sa famille, est une opportunité pour assurer une sécurité financière à tous, en dépit des répercussions psychologiques sur Madame T. Elle a vécu des relations familiales tendues, un isolement et un rejet social qui l'ont amenée à vouloir migrer pour s'installer en Tunisie.

Parcours migratoire

En raison des conditions socio-économiques défavorables, le manque de soutien familial et l'isolement social vécus par Madame T, dans son pays d'origine, cette dernière a pris la décision de partir à la recherche d'un meilleur avenir. Elle a dû quitter le territoire camerounais clandestinement pour se diriger vers le Maghreb arabe. Son trajet était miné par des dangers imminents, car elle devait passer par des routes interdites et payer des passeurs. Elle a pu rejoindre, dans un premier temps, l'Algérie, où son installation fut difficile, car le pays adopte une politique répressive anti-migration. C'est à cet effet qu'elle a décidé de poursuivre son trajet jusqu' en Tunisie. « j'ai choisi la Tunisie parce que quand j'ai été en Algérie, j'ai entendu qu'ici en Tunisie, on ne renvoie pas les gens dans leurs pays et que c'est un pays pour les touristes ». Avant son installation, Madame T n'avait aucune connaissance de la Tunisie. C'était un choix de raison pour fuir la discrimination et transiter ultérieurement vers un pays européen. « Je ne sais pas quelle vision j'avais de la Tunisie, je n'avais pas de vision ».

Son installation et son adaptation étaient au début très difficiles. Faute de moyens financiers, l'isolement social et particulièrement le manque d'accès à l'information, imposés par son faible niveau d'éducation, elle a eu des difficultés à trouver un travail, un logement et fut sujet d'exploitation de la part de ses passeurs en vue de lui fournir de l'argent pour assouvir ses besoins essentiels. Pendant toute la période où Madame T est installée en Tunisie, elle n'a cessé de vivre dans l'instabilité financière et la précarité sanitaire. Ses conditions physiques se sont davantage dégradées lorsque sur le trajet, elle tombe enceinte suite à un rapport sexuel non protégé. « En route, quand je suis entrée en Algérie, un mois et demi, je n'ai pas eu mes règles. J'ai fait le test, ça m'a montré que je suis enceinte ».

Suite à cet événement, elle est passée par une période d'ambivalence émotionnelle, confondant les sentiments d'inquiétude et de joie vis-à-vis de sa grossesse. Elle craignait d'être dans l'incapacité de surmonter les obstacles qu'elle pouvait rencontrer par la suite, elle et son bébé, en raison de

ses difficultés financières et du manque de soutien familial. « [...] La joie et la tristesse, la joie parce que c'est la première fois que je suis enceinte, et la tristesse parce que je regarde tout ce que je dois affronter avec cet enfant ».

Santé et accès aux soins

En raison de sa grossesse, Madame T devait consulter dans une structure hospitalière pour bénéficier d'un accompagnement médical. Le premier obstacle qu'elle a rencontré, au cours de ce processus, fut l'incapacité d'accéder aux soins en raison de l'irrégularité de sa situation et l'illégalité de son statut. Elle fut donc, dans un premier temps, empêchée d'accéder librement à des institutions hospitalières publiques sur le territoire tunisien. Dépourvue de qualifications, elle ne put avoir de revenus stables pour consulter en libéral. La première fois qu'elle a pu accéder aux soins fut dans une clinique privée dont les honoraires ont été réglés par des donateurs, parmi lesquels se trouvaient des tunisiens. Des rencontres fortuites avec certains membres de sa communauté l'ont conseillée de s'orienter vers des organismes internationaux pour qu'elle puisse être prise en charge de manière régulière. C'est l'Association « Tunisie Terre d'Asile » qui l'a d'abord aidée et, par la suite, orientée vers l'Association Amal pour l'Enfant et la Famille. « Je suis venue à l'association Amal. Avant de venir à l'association, ce sont quelques personnes qui m'ont aidée. Ils m'ont donné des conseils et de l'argent pour faire une consultation à chaque fois ». L'association Amal défend les droits fondamentaux des femmes et des enfants vivant en extrême vulnérabilité et vise à promouvoir l'autonomisation des mères célibataires, en défendant leurs droits à la reconnaissance de leur statut social et légal. Dans cette perspective, cette association a pu fournir à Madame T une protection sociale en l'hébergeant au sein de son centre et en lui offrant un accompagnement administratif et médical pour pouvoir bénéficier de consultations dans une structure hospitalière publique. Après l'accouchement, l'association Amal a aidé Madame T à rechercher un travail, un logement et à s'intégrer dans la vie communautaire. « c'est l'association Amal qui a tout fait ».

Réactions face aux problèmes et difficultés rencontrés

L'une des principales difficultés que Madame T a rencontrée, au cours de son parcours migratoire, est son incapacité d'accéder aux soins

nécessaires au cours de sa grossesse, en raison de l'irrégularité de sa situation, ce qui l'a contrainte à travailler au noir dans un café. Elle est passée par une période d'instabilité professionnelle au profit d'un salaire très bas couvrant à peine ses besoins, ainsi que ceux de son enfant. Lorsqu'elle tombait malade, au cours de sa grossesse ou après l'accouchement, elle ne pouvait consulter, ni elle, ni son enfant. La précarité de sa situation aggravait son isolement social. « Je n'ai rien fait, je suis restée tranquille, j'avais des vertiges, des maux de tête, des douleurs, mais je n'ai pas pu voir un médecin parce que je ne connais personne ». Malgré la fatigue physique et psychique qu'elle subissait, elle devait continuellement aller travailler pour pouvoir subvenir à ses besoins essentiels. Elle déclare qu'être une mère célibataire et en situation de migration en Tunisie, accentuait la discrimination à son égard. « La qualité de ma vie, ce n'est pas meilleur. Je souffre déjà... je souffre de la situation dans laquelle je me trouve [...] Non, des tunisiens, c'est un peu compliqué entre nous. En fait, bon ...entre moi et les tunisiens, il y a beaucoup de choses qui se disent et que nous les africains, comme ils ont dit, ils ne nous aiment pas ».

Répercussions de l'expérience migratoire

Face aux aléas de sa vie, Madame T éprouve beaucoup de rage, de déception, en lien d'emblée avec la précarité financière de ses conditions familiales qui l'ont poursuivie tout au long de son processus migratoire et qui ont défavorablement connoté son expérience dans un contexte de migration. Elle éprouve une grande désillusion en raison du fossé qui existe entre les attentes qu'elle avait et la réalité rencontrée. Elle se considère comme ayant été peut-être « très naïve » en banalisant l'ampleur des obstacles qu'elle pouvait rencontrer. Peu cultivée, sa précarité antérieure s'est enkystée. Elle qualifie son expérience migratoire comme marquée par l'exploitation, la discrimination et le rejet social. Elle ressent beaucoup d'anxiété et de tristesse. « Pas mon corps, mais ça a un impact mental, tout ce que j'ai vécu en route, tout ce qui s'est passé en route, ce que j'ai vécu ..., ce n'est pas facile ».

Projection dans l'avenir

Selon Madame T, la Tunisie n'est pas un pays qui favorise l'installation. « Quand un migrant vient ici, ce qui est sûr, ce n'est pas pour rester

ici ! ». Malgré les répercussions péjoratives de son expérience migratoire, Madame T fait part de sa volonté de prendre en main sa situation et de tenter de développer un jour son propre projet, celui de créer un salon de coiffure ou de lancer sa propre marque de vêtements. « Je me vois aux États-Unis... Ma propre marque de vêtements ou bien un salon de coiffure en Europe ou aux États-Unis [...] Je ne sais pas, mais ce qui est sûr, c'est un pays qui sera en Europe. Ce n'est pas encore l'Afrique. Je me vois aux États-Unis ». Elle a toujours rêvé d'être actrice. Elle disait que peut-être un jour elle le sera.

Une analyse plus fine du profil de Madame T, montre comment les mêmes facteurs identifiés chez Monsieur A, ont exercé un poids considérable dans la variabilité des trajectoires de vie des deux profils de migrants. En effet, les conditions socio-économiques défavorables de sa famille ont amené Madame T à abandonner ses études dès l'école primaire. Très peu qualifiée, elle savait d'emblée qu'elle ne pourrait exercer un métier confortable. L'absence de soutien familial a précipité le départ de Madame T. En effet, victime d'abus sexuel, de maltraitance, d'exploitation, convoitée pour de l'argent, elle a fait l'objet d'une marchandisation dont elle a cherché à tout prix à y échapper. Isolée, rejetée et menacée, Madame T a pris la décision de se prendre en main et de reconstruire sa propre vie. Elle traverse d'une façon irrégulière plusieurs pays pour finir son périple en Tunisie. Sans argent et sans qualification, Madame T s'est retrouvée dans la rue. Elle, qui voulait échapper à l'exploitation et au marchandage, s'y est trouvée complètement empêtrée. Abusée, étant jeune, par son beau-père, elle a dû travailler avec son corps pour sortir de la misère. Sa situation sanitaire se complique davantage à l'annonce de sa grossesse. Elle devait lutter, non pas uniquement pour vivre, mais aussi, pour faire vivre son enfant. Dès son arrivée en Tunisie, Madame T a connu l'isolement social, le rejet, les préjugés, ainsi que la discrimination. Sa situation de mère célibataire a entravé son adaptation et son intégration dans son pays hôte. Isolée et rejetée étant enfant, Madame T se retrouve dans une sorte de compulsion de répétition qui lui fait revivre ses déboires familiaux. Malgré sa désillusion, sa frustration et la rage qu'elle éprouve, Madame T est pleine de bonne volonté et garde toujours espoir d'un avenir meilleur. Elle compte quitter la Tunisie pour l'Europe ou les États-Unis.

Discussion

L'analyse de contenu des entretiens menés dans cette étude a mis en évidence l'existence de trois facteurs fondamentaux, médiatisant la relation existante entre l'expérience migratoire et l'accès aux services de soins en contexte de migration. Il s'agit respectivement du SSE, de l'existence d'un réseau social établi et d'un soutien familial adapté, ainsi que du niveau d'éducation du migrant.

La figure 1, illustre le poids des différents facteurs qui ont marqué le parcours migratoire de Monsieur A et de Madame T. Ce sont les facteurs les plus influents qui ont fait pencher la balance.

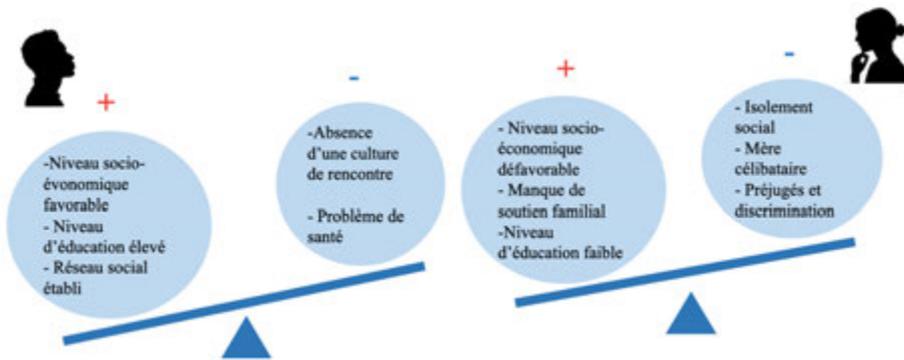


Figure 1 - Comparaison des profils en fonction du poids des facteurs de protection et de vulnérabilité

Le poids de chacun de ces facteurs se différencie en fonction de l'expérience personnelle et du vécu migratoire de chacun de nos deux participants, pouvant agir pour l'un comme des facteurs de protection et pour l'autre comme des facteurs de risque. On entend par les facteurs de protection, tout facteur renvoyant à des influences ou des circonstances positives pouvant améliorer les conditions de vie d'un individu et assurer sa sécurité. Ceux-ci peuvent être soit personnels comme les compétences, les forces et les connaissances ou l'optimisme, soit environnementaux, comme le soutien familial, social ou scolaire (Dawkins et al., 2021). Les facteurs de protection sont susceptibles d'atténuer le risque de développer ou d'aggraver des conditions indésirables. Lorsque ces derniers sont absents ou minimisés, ils peuvent rendre la personne vulnérable du fait qu'ils entravent l'individu dans sa capa-

cité à traverser des événements perturbateurs et de continuer ou de reprendre une activité adaptée aux attentes sociales, tout en conservant un fonctionnement psychique sain. Dans ce contexte, ils prennent alors le statut de facteurs de risque. À cet égard, Dawkins et al. (2021) soulignent que ces facteurs peuvent également faciliter ou entraver l'accès aux soins des migrants sur le territoire étranger puisqu'ils peuvent opérer à différents niveaux, notamment sur le plan institutionnel.

S'agissant du premier facteur identifié dans cette étude, ce dernier renvoie au SSE, considéré selon son acception la plus stricte comme intégrant uniquement la situation financière du migrant, sa profession, ainsi que celle de ses parents. Ce facteur est apparu comme ayant le poids le plus influent sur la variation des trajectoires migratoires de nos deux profils. En effet, l'analyse du contenu de l'entretien mené auprès de Monsieur A, montre comment ses conditions financières, matérialisées par des revenus familiaux élevés et des professions stables, lui ont conféré un SSE favorable qui lui a permis de poursuivre ses études universitaires, de voyager dans le monde et de satisfaire l'ensemble de ses besoins, dès son plus jeune âge. Cette sécurité financière a minimisé les obstacles qu'il pouvait rencontrer dans sa vie, lui conférant un sentiment de sécurité, l'immunisant des risques de la marginalisation sociale. C'est pour ces raisons qu'une fois arrivé en Tunisie, il a pu rapidement jouir d'une autonomie financière, lui perpétuant une vie confortable. D'ailleurs, même lorsqu'il a rencontré des problèmes de santé, son confort financier lui a favorisé l'accès à des soins hospitaliers de qualité et a alimenté sa résilience. En effet, il est parvenu à vivre et à se développer positivement et de manière acceptable en dépit du stress engendré par la maladie qui comportait, malgré tout, un risque grave sur sa vie. Par contre, Madame T a vécu durant toute son enfance dans l'extrême pauvreté, au sein d'une famille nombreuse, incapable de subvenir aux besoins essentiels de ses enfants, y compris ceux en lien avec l'alimentation. Ce contexte familial précaire a vulnérabilisé les enfants qui suite au divorce des parents ont été sujets à la maltraitance et aux abus sexuels. L'absence d'un étayage familial et d'un minimum de confort financier a toujours animé chez Madame T un sentiment d'insécurité et d'instabilité la motivant à fuir son pays d'origine, à la recherche d'un meilleur avenir. Arrivée en Tunisie, la misère vécue antérieurement s'est davantage aggravée. Se retrouvant dans la rue, sans qualification, sans emploi, objet de convoitise, d'ex-

ploitation et d'abus, Madame T s'est trouvée embarquée dans un cercle vicieux auquel elle y était déjà prédéterminée. Une désillusion vécue antérieurement qui a été ravivée de plus belle sur son chemin de transition. Ce sentiment éprouvé par Madame T s'apparenterait à ce que Sayad (1999) qualifie du sentiment de « double absence ». Ballottée entre deux temps, entre deux pays, entre deux conditions, condamnée à se référer simultanément à deux sociétés, Madame T rêve de cumuler, sans s'apercevoir de la contradiction, les avantages incompatibles de deux choix opposés, celui de fuir le foyer familial et ses repères identitaires pour un meilleur avenir, quitte à se retrouver dans l'isolement social, et transiter vers un pays étranger où aucun de ses espoirs n'a pu être assouvi. On comprend alors comment l'ambiguïté des relations entretenues avec les deux sociétés et comment les contradictions enfermées dans leur condition, ne pouvaient qu'engager Madame T à perpétuer, en dépit des démentis que lui apporte la réalité, l'illusion d'une immigration provisoire vers la recherche d'un éternel insatisfait. Cette désillusion s'est accentuée lorsque Madame T a appris qu'elle était enceinte et qu'elle allait devenir une mère célibataire. À ce moment-là, une double réalité se présente à elle. Même si la transition exige une adaptation importante, cette dernière est souvent associée à une plus grande vulnérabilité, pouvant être exacerbée par des circonstances particulières, dont celles qui découlent de l'expérience migratoire, qui pour Madame T s'est avérée défavorable (Battaglini et al., 2002). Dès lors, lorsque Madame T avait besoin d'un accompagnement et d'un suivi médical tout au long de sa grossesse, elle rencontra des difficultés inhérentes à sa situation irrégulière et à son statut illégal, doublées par sa situation financière précaire. À cet effet, elle ne put accéder à des services de soins que grâce à la charité de quelques donateurs et à l'intervention de certaines associations, ce qui souligne combien les discriminations « de classe » sont imbriquées dans les discriminations « de race » (Sauvegrain, 2021).

Dans la littérature, le poids du SSE a d'ores et déjà été identifié comme déterminant dans le processus migratoire et, de surcroît, à l'accès aux services de soins dans les pays étrangers. Dans ce registre, comme évoqué précédemment, Vacková et Brabcová (2015), en travaillant auprès de migrants de diverses nationalités, résidant en République Tchèque, avaient déjà indiqué que les migrants ayant des revenus et un niveau d'éducation plus élevés, ainsi qu'un emploi confortable, manifestaient

un meilleur état de santé et des conditions de vie plus saines, ce qui leur a permis de répondre à leurs besoins fondamentaux, notamment en matière d'accès aux soins. Dans le même ordre d'idées, Adler et al. (2016) concluent, suite à leur étude, que la stabilité financière liée à la sécurité, l'emploi, ainsi que le logement pouvait, non seulement réduire les difficultés psychiques, mais également atténuer la vulnérabilité sociale des individus, dont ceux en situation de migration. Concernant les conditions des mères célibataires en situation de migration, une étude de O'Mahony et al. (2012), menée auprès d'un groupe de 30 femmes migrantes et réfugiées de diverses nationalités, souffrant d'une dépression post-partum et vivant au Canada depuis au moins 10 ans, a montré que leur état dépressif a été fortement influencé par plusieurs facteurs socio-économiques et que l'irrégularité de leur statut les rendait dépendantes émotionnellement et financièrement, et sujettes à des obstacles en lien avec leur protection sanitaire et leur accessibilité aux soins. Ces études confortent ainsi les données issues de l'analyse qualitative de nos deux profils.

Concernant le second facteur, renvoyant au réseau social établi et au soutien familial adapté, ce dernier a constitué un axe essentiel exerçant une incidence relative sur la trajectoire migratoire de nos deux profils. Comme susmentionné, ce facteur se réfère à la perception cognitive d'être connecté à d'autres individus et de savoir qu'il est possible de compter sur eux en cas de besoin. Il fait également référence à l'aide et à l'existence d'un réseau de relations que les migrants ont pu établir dans leur nouveau contexte de vie (Delara, 2016). Ainsi, les trajectoires migratoires individuelles de chacun des deux migrants, ont été fondamentalement déterminées par la qualité des liens familiaux et sociaux qui ont alimenté leur parcours de vie. Spécifiquement, à travers l'analyse des données issues de l'entretien avec Monsieur A, force est de constater l'influence notoire qu'a pu exercer le soutien de sa famille et le réseau social qu'il a pu établir au cours de sa trajectoire migratoire. En effet, dès son plus jeune âge, Monsieur A était bien entouré par ses parents et sa fratrie. De par la particularité de la profession de son père, il entama, en compagnie de sa famille, des voyages partout dans le monde depuis qu'il avait sept ans. Ses parents ont veillé à la qualité de ses études et ses sœurs ont été pour lui des modèles identificatoires du fait même que son installation en Tunisie était influencée par le parcours migratoire de l'une d'entre-elles. Grâce à internet, il a pu

consolider un réseau social à travers le monde. Il avait ainsi fondé une communauté qui a continué à le suivre lors de sa réalisation professionnelle. Ce sont, d'ailleurs, certains membres de cette communauté qui ont contribué à son intégration dès son arrivée en Tunisie. En effet, grâce à leur aide, il a pu relever les défis inhérents au processus migratoire, autant à un niveau psychosocial, qu'en termes de santé physique. C'est d'ailleurs ce réseau social qui lui a facilité l'accès aux soins lorsqu'il tomba malade, en lui fournissant les meilleures adresses pour se prendre en charge. C'est grâce à ce levier social qu'il a pu renforcer son estime de soi et son sentiment d'appartenance. Le « Networking » était pour lui, comme il le déclare, un outil puissant lui procurant un soutien familial, social voire matériel. C'est donc cet « empowerment » ou autonomisation, au sens de Desgrées du Loû et al. (2023), qui a permis à Monsieur A de renforcer son pouvoir d'agir et ce, grâce à la valorisation de ses savoirs expérientiels, le soutien de ses pairs, le renforcement par l'échange avec d'autres qui ont connu des difficultés similaires, notamment lorsqu'il a adhéré à l'Association Tunisienne de Macrobiotique, suite à sa maladie. En revanche, Madame T a dû faire face, dès son plus jeune âge, à une fragilité des liens familiaux et sociaux, marquée par le divorce de ses parents, le remariage de sa mère et la maltraitance et l'abus sexuel subi de la part du beau-père. Des liens familiaux qui ne forment plus un corps uni, mais un tissu familial disloqué, où chaque élément devient un électron libre, objet d'exploitation et de marchandage et, le cas échéant, lorsqu'il ne répond pas à ses fonctions, prend le statut d'un corps étranger à repousser et à rejeter, comme un appendice à éliminer. C'est cette rupture des liens qu'a vécue Madame T et qui l'a poussée à quitter son pays d'origine. Ce sentiment d'isolement social l'a toujours accompagnée tout au long de sa traversée, de l'Algérie à la Tunisie. Perte d'identité et d'humanité, son corps est devenu un objet à marchander et inanimé. Elle ne devient sujet qu'à l'annonce de sa grossesse. Confrontée à cette double réalité, un sentiment de résilience, à la recherche de la survie de son bébé, naît laquelle résilience n'a pu se faire valoir que par l'intermédiaire de sa communauté de pairs et d'associations humanitaires.

On voit combien à travers ces deux trajectoires migratoires, que l'établissement d'un réseau social est crucial pour l'adaptation des individus sur les territoires étrangers. En effet, il va sans dire que la migration place d'emblée l'individu dans une situation d'incertitude plus ou moins

temporaire, depuis sa décision de départ jusqu'à celle de son éventuel retour (Mazzella, 2021). Toutefois, les spécificités des vécus vont armer différemment chaque individu pour pallier l'incertitude éprouvée afin de surmonter les difficultés et faire face aux obstacles rencontrés. Ainsi, Madame T n'a pu s'adapter et se résilier, que par le désir de faire survivre son bébé et à rechercher des attaches qu'elle avait pendant longtemps égarées. Tandis que Monsieur A, en ayant déjà des liens sociaux préétablis, a pu facilement se résilier par la création d'une communauté fondée sur la transnationalité. On entend par communauté transnationale « des communautés composées d'individus ou de groupes établis au sein de différentes sociétés nationales, qui agissent à partir des intérêts et des références communs (territoriales, religieuses, linguistiques), et qui s'appuient sur des réseaux transnationaux pour renforcer leur solidarité par-delà les frontières nationales » (Kastoriano, 2000, p. 353). C'est ce qui a toujours permis à Monsieur A de maintenir une stabilité identitaire indépendamment du territoire où il était localisé.

À travers la littérature, le poids du facteur lié au réseau social et au soutien familial a été démontré via un certain nombre d'études, dont celle menée par Stewart et al. (2008) en travaillant auprès de 120 immigrants chinois et 40 réfugiés somaliens installés sur le territoire canadien, entre 2000 et 2003. D'après cette étude, bien que ces derniers aient été confrontés à de nombreux défis systémiques, dont ceux en lien avec des ressources limitées, le soutien social a été perçu comme occupant un rôle important dans leur installation et ayant eu un impact positif sur leur santé. Ces résultats ont été également confortés par l'étude de O'Donnell et al. (2018), ayant indiqué que les personnes socialement exclues sont plus susceptibles d'avoir des revenus faibles et un accès réduit aux services de santé.

De même, une étude effectuée par Ahmed et al. (2017), auprès de 12 femmes syriennes réfugiées au Canada et ayant été enceintes ou ayant accouché entre 2015 et 2016, a mis en évidence l'importance du soutien social pour favoriser leur accès aux services de soins au cours de la période gestationnelle. De plus, une revue systématique effectuée par Desa et al. (2020), portant sur l'analyse des facteurs de protection et de risque, en lien avec l'accessibilité aux services de soins en santé mentale chez les femmes réfugiées dans les pays à revenu élevé, a révélé que le degré d'implication de leur famille et de leur communauté favorisait leur résilience et contribuait à atténuer leurs problèmes de santé mentale.

La grossesse et l'accouchement forment, en effet, le cœur des coutumes et des traditions de toutes les ethnies. Dans ce sens, chaque société a élaboré un ensemble de pratiques et de rites de protection et d'interdits visant à protéger les mères et leurs fœtus (Carles, 2014). Les femmes « africaines » font partie d'une catégorie de femmes qui vivent dans des contextes culturels spécifiques (Sauvegrain, 2012). En effet, dans la culture africaine, les femmes bénéficient d'un soutien important et d'un processus dit de « portage » par les femmes de leur famille et de leur communauté (Moro, 2007). La migration entraîne, dans ce sens, plusieurs ruptures dans ce processus et un vacillement des repères familiaux et culturels, générant une vulnérabilité psychique de la mère accouchant dans un pays étranger. Cette situation peut compromettre l'alchimie nécessaire à l'établissement et l'exercice de la fonction parentale, semer le doute, et introduire des remises en question, tant implicites qu'explicites quant à ses capacités d'exercer sa parentalité au quotidien (Cadart, 2004). Ceci est d'autant plus critique lorsque la migration est récente (Radjack et al., 2021). Ainsi, Madame T semble avoir cumulé l'ensemble de ces facteurs de vulnérabilité, surtout que son accouchement qui s'est déroulé dans un hôpital a été mal vécu par la patiente déracinée. En effet, elle a été confrontée à des pratiques médicales heurtant sa sensibilité telles que la présence d'un personnel médical et administratif de sexe masculin. De plus, ces pratiques ne respectaient pas les rituels de naissance en milieu traditionnel, laquelle est considérée comme un événement naturel et social et se déroulant avec la participation des femmes de sa communauté. Ainsi, coupée de son groupe familial et sans réelle préparation, Madame T, devenant mère célibataire, s'est trouvée seule à assumer son nouveau rôle, d'où l'émergence de sentiments dépressifs et anxieux chez cette dernière. Un enkystement psychopathologique se fixant à travers les discriminations et les préjugés dont Madame T en a été victime, de par son statut de mère célibataire, non accepté dans la culture arabo-musulmane. En somme, le manque de soutien familial et du réseau social a été mis en lien avec un sentiment de solitude et d'isolement social, caractérisé par une rupture des liens sociaux et familiaux (Battaglini et al., 2002).

Ainsi, les répercussions du sentiment d'isolement sur la santé mentale et physique des mères immigrées a d'ores et déjà fait l'objet de plusieurs études dont celle de Battaglini et al. (2002). Cette dernière a porté sur 91 mères en situation de migration, et ayant examiné le lien entre

un réseau social restreint et un manque de soutien durant la période périnatale. Dès lors, ces mères ont clairement exprimé les répercussions de l'isolement, tant sur le plan émotionnel que social, ce qui pouvait être source de dépression sévère, de dépression postpartum ou de décompensation psychique et induire des conséquences parfois dramatiques pour les enfants (Cadart, 2004 ; Nakamura et al., 2020).

Pour le dernier facteur relatif au niveau d'éducation, ce dernier a été défini comme renvoyant principalement à l'ensemble des qualifications et des compétences linguistiques qu'un individu a pu accumuler au cours de son parcours scolaire, voire universitaire.

L'analyse du contenu des entretiens réalisés auprès de nos deux participants a révélé le poids variable que ce facteur a pu exercer sur leur processus migratoire, leurs capacités d'adaptation et d'intégration sociale en contexte étranger, ainsi que sur leurs possibilités d'accès aux services de soins en Tunisie.

Ainsi, concernant Monsieur A, ce dernier a pu entreprendre des études universitaires et parfaire ses connaissances à partir de cycles de formations continues qui lui ont permis d'acquérir des habiletés sociales et linguistiques favorisées par ses voyages dans de multiples pays de cultures différentes. Sa spécialisation dans le domaine de la psychologie et de la psychothérapie a également joué un rôle fondamental dans l'élaboration de relations interpersonnelles et interculturelles, autant à travers le « Networking », qu'autour de lui dans les territoires étrangers qu'il a pu fréquenter. Installé en Tunisie, il a pu acquérir le dialecte tunisien, ce qui a constitué un atout pour la communication et a renforcé son intégration dans le pays. Cette immersion sociolinguistique lui a facilité par la suite l'accès à l'information, élément fondamental à l'accessibilité à des services de soins de qualité. Ainsi, il a pu jouir d'une aisance dans la communication avec le personnel médical et administratif exerçant au sein de ces structures. Son polyglottisme lui a, de même, permis d'étendre ses échanges au sein de la communauté étrangère, mais également tunisienne. La maîtrise des langues a constitué un arsenal de force dans sa pratique professionnelle, ce qui a pu garantir son confort dans la vie quotidienne. S'agissant de Madame T, cette dernière présente, à contrario, un faible niveau d'éducation. Contrainte de quitter l'école prématurément, elle ne put ni développer des compétences académiques ni linguistiques, ce qui a renforcé son isolement social. Elle ne put non plus détenir des

qualifications professionnelles lui permettant de concourir au marché du travail et de gagner décemment sa vie. L'intrication de l'ensemble de ces éléments a impacté ainsi son processus migratoire en limitant ses capacités d'adaptation et d'intégration sociale, ainsi que l'accès à des services de soins adaptés. La langue a constitué pour elle une barrière culturelle, l'empêchant d'obtenir les informations nécessaires pour se prendre en charge sur le plan médical, mais aussi administratif lorsqu'elle a appris qu'elle était enceinte.

Le rôle médiateur qu'a pu jouer le niveau d'éducation sur les liens entre le processus migratoire et l'accessibilité aux soins, concorde avec les données issues de la littérature. Parmi les chercheurs ayant travaillé de manière systématique sur les facteurs influençant les capacités d'adaptation et d'intégration des personnes en situation de migration en territoire étranger, sont cités ceux de Berry (2006), ayant modélisé le concept d'acculturation. Ce dernier se définit comme tout processus par lequel une personne ou un groupe assimile une culture étrangère à la sienne. Cette assimilation passe principalement par le niveau d'éducation des individus en considérant que plus ce dernier est élevé, plus les individus perçoivent l'environnement d'accueil comme neutre et rassurant. Au contraire, lorsque les individus ont un faible niveau d'éducation, ces derniers perçoivent le nouvel espace et les hôtes comme menaçants, ce qui développe en eux un stress acculturatif, en mesure d'altérer leur santé mentale et physique (Bellaj et al., 2020).

Récemment, une étude réalisée par Vancorenland et al. (2014) a mis en évidence une corrélation significative entre le niveau d'éducation des individus, expliqué par des médiateurs modulables tels que la littératie en santé, et leurs comportements et attitudes vis-à-vis de leur état de santé. La littératie en santé est définie comme étant l'ensemble des caractéristiques personnelles et des ressources sociales des individus telles que leurs connaissances, leur motivation et leurs compétences nécessaires afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions en santé, notamment celles concernant la prévention des maladies et la promotion de la santé, en vue de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie des individus et des communautés (Sørensen et al., 2012). Ainsi, il apparaît à travers le vécu des deux migrants, que Monsieur A avait un haut niveau de littératie en santé, alors que Madame T était complètement dans l'ignorance. C'est ce qui a permis de différencier leurs expériences sanitaires en

contexte de migration. Cela va dans le sens de l'étude de Margat et al. (2014), indiquant qu'un faible niveau de littératie en santé, constitue un obstacle à l'éducation thérapeutique des patients et, particulièrement, pour les personnes en situation de vulnérabilité. L'ignorance de Madame T apparaît surtout dans son manque de sensibilisation vis-à-vis de la sexualité et des risques qu'elle encoure, ce qui a été d'ores et déjà attesté par l'étude de Keygnaert et al. (2014). En effet, les auteurs mettent en évidence que les migrants ayant un faible niveau de scolarité nuancent peu leur définition de la santé sexuelle en accordant une grande importance à ses déterminants individuels et interpersonnels et considèrent leur famille et leurs amis, ainsi que la télévision, comme les principales sources d'informations sur la sexualité. À contrario, les personnes avec un haut niveau d'éducation valoriseraient davantage la satisfaction, l'absence de risques, l'accès aux soins et à l'information dans leur définition de la santé sexuelle, rendant compte du rôle des déterminants organisationnels et sociétaux et préférant se renseigner auprès de professionnels de santé. Comme cela a déjà été mentionné par Smith et al. (2019), les difficultés linguistiques des réfugiés, le manque d'interprètes, ainsi que le recours à des enfants des migrants comme interprètes, induisaient une mauvaise communication de l'information médicale et exposaient ces enfants à des informations inappropriées à leur âge, pouvant même leur occasionner des traumatismes. De plus, l'absence de pratiques adaptées à la culture et qui tiennent compte des traumatismes vécus, intensifiaient la discrimination à l'égard de ces réfugiés et limitaient leur accès aux soins.

En contexte tunisien, Kacem (2023) a souligné l'impact du niveau d'éducation et des capacités linguistiques sur la situation des mères célibataires provenant de l'Afrique subsaharienne. Selon l'auteure, la plupart des mères célibataires migrantes ont un faible niveau d'éducation ou sont analphabètes, ne maîtrisant pas le dialecte tunisien, et l'accent africain du français demeure incompréhensible pour la plupart des tunisiens. Ceci entrave leur accès aux services de santé, puisque la communication avec le personnel administratif, notamment celui chargé de l'enregistrement des nouveau-nés, s'avère compliquée.

En somme, force est de constater que la maîtrise de la langue du pays hôte est un prérequis d'une importance cruciale, voire vitale, puisqu'elle impacte la manière avec laquelle la personne en situation de migration perçoit son nouvel environnement d'accueil et la façon avec laquelle il

est reçu dans le pays hôte. Il s'agit de l'outil de communication, de développement de nouvelles relations interpersonnelles, de gestion de la vie quotidienne et d'intégration de vie commune. Le niveau d'habileté dans la nouvelle langue apparaît donc corrélé au niveau de l'estime de soi et au niveau de l'adaptation sociale (Sam & Berry, 2006). C'est ce qui a pu être observé à partir du vécu de Monsieur A, où la langue a constitué pour lui un « buffer » contre le stress acculturatif (Yeh et al., 2008), puisqu'elle lui a fourni des occasions de communication et de socialisation (Bellaj et al., 2020). Chose qui a manqué à Madame T.

Conclusion

Dans le cadre de cette étude, il était question d'identifier les facteurs de protection et de risque associés aux possibilités d'accéder à des services de soins sur le territoire tunisien, en contexte de migration, en vue d'évaluer l'impact et le poids de ces facteurs sur le processus migratoire.

En recourant à une approche qualitative basée sur l'analyse de contenu, nous avons examiné deux expériences migratoires singulières. Les résultats issus de nos analyses ont mis en évidence l'existence de trois facteurs principaux, médiatisant la relation entre le processus migratoire et l'accès aux services de soins en Tunisie. Il s'agit du SSE, du réseau social et du soutien familial, ainsi que du niveau d'éducation du migrant. Le poids de chaque facteur identifié est relatif en fonction du vécu des interviewés. Il peut, soit occuper le statut de facteur de protection et préserver l'individu des effets indésirables inhérents au processus migratoire en favorisant ainsi sa capacité de résilience, soit avoir le statut de facteurs de risque en amplifiant les conséquences péjoratives de la migration, vulnérabilisant davantage le migrant. La relativité du poids de ces différents facteurs a d'ores et déjà été opérationnalisée à partir du modèle de Berry (2006), le qualifiant de phénomène d'acculturation.

En effet, en atterrissant dans un nouveau pays, la personne en situation de migration va inévitablement apprendre à gérer une situation problématique : continuer à vivre selon ses habitudes et selon sa culture d'origine ou se comporter et adopter la culture du pays hôte. C'est le processus d'acculturation dans lequel des changements adaptatifs graduels peuvent toucher des individus de deux cultures ou plus au fur et à mesure qu'ils se rencontrent. C'est un processus de gestion d'un rapport

asymétrique qui touche l'individu, dans ses valeurs de référence et son style de vie. Il s'agit d'un passage qui peut être relativement souple et enrichissant, comme il peut être difficile et stressant, entraînant parfois une dislocation familiale, des difficultés socioéconomiques et des problèmes de communication, conduisant à l'isolement social et au manque d'un soutien familial.

Comme attendu, ce processus acculturatif se différencie d'un individu à un autre. Les dissemblances reviennent à une multitude de facteurs comme les caractéristiques personnelles du migrant dont l'altruisme, l'ouverture aux autres, la capacité à se résilier et surtout le niveau d'éducation. Sont également évoquées, la manière avec laquelle le migrant perçoit son nouvel environnement et celle avec laquelle il est reçu dans le pays d'accueil. Pour Berry (2006), le principal facteur impactant l'adaptation du migrant à son nouvel environnement revient aux raisons qui ont motivé sa migration. Ainsi, l'adaptation des migrants qui ont été forcés à fuir leur pays à cause des persécutions, des violences, de la maltraitance, du mariage forcé, est plus longue et difficile que celle correspondant à une migration volontaire par laquelle le migrant cherche une prospérité économique ou intellectuelle. En prolongement de ce dernier facteur, est évoqué celui relatif à l'ancienneté sur le territoire d'accueil. Dans ce sens, selon Radjack (2021), il apparaît que plus la migration est récente, plus l'adaptation est compliquée et lente, surtout en cas de survenue de difficultés de santé, impliquant également des femmes migrantes accouchant dans un contexte de monoparentalité.

En outre, Berry (2006) évoque également un autre facteur contextuel qu'il considère influant dans le processus d'acculturation du migrant. Il s'agit de celui en lien avec la culture d'accueil, pouvant être marquée par la discrimination et le racisme dont le migrant peut en être victime. Outre ces facteurs personnels, la distance culturelle entre les valeurs, coutumes et modes de vie du pays d'origine et du pays d'accueil, conditionne le processus d'acculturation.

À partir de l'analyse du modèle de Berry (2006), force est de constater que ce dernier rend compte de manière opérationnelle de la dissemblance du processus migratoire qui a caractérisé le vécu de nos deux participants, puisque c'est l'ensemble de ces facteurs qui a conséquemment induit à la singularité de leur vécu. D'ailleurs, ce n'est qu'à partir de l'analyse de l'intrication de ces facteurs multidimensionnels, qu'il est possible de saisir la particularité des trajectoires migratoires de nos deux

profils. L'objectif étant de déceler le facteur primaire qui conditionne l'intrication des autres facteurs. Ce dernier peut occuper, soit le statut de facteur de protection, ou bien celui de facteur de risque, en fonction du vécu expérientiel du migrant. Qu'il soit un facteur de protection ou de risque, ce dernier va interagir de façon complexe avec d'autres facteurs pour conditionner les circonstances de vie. À ce niveau, l'ensemble va agir comme des « blocs empilables ». Ces derniers deviennent alors interreliés, interactifs et cumulatifs. Dans ce sens, une personne peut accumuler autant de facteurs de protection et de risque qui existent et leurs effets sont cumulatifs. Ces derniers peuvent être temporels ou statiques et entrent en jeu pour cultiver la résilience.

L'analyse plus fine du profil des deux migrants a révélé que c'est le facteur socio-économique qui a exercé cet effet cumulatif, soit en les protégeant, soit en les vulnérabilisant. Ainsi, de bonnes ressources financières favorisent un niveau d'éducation élevé, une meilleure intégration sociale et une adaptation sanitaire en contexte étranger. L'ensemble forme ici un bloc empilable de facteurs de protection. Par contre, des ressources limitées se répercutent sur le niveau d'éducation qui défavorise l'intégration de l'individu et engendre son isolement social, constituant une barrière à l'accès à l'information et, par conséquent aux services de soins. Cet enchevêtrement de facteurs défavorables constitue un bloc de facteurs de risques.

Néanmoins, toute expérience négative liée à la migration peut aussi donner lieu à des interventions adaptées. L'une d'elles renvoie à la nécessité de sensibiliser les intervenants dans les services publics qui pratiquent auprès de la population migrante pour qu'ils prennent en considération la particularité culturelle de cette dernière. Il s'agit de les amener à développer leurs capacités à se décentrer de leur propre culture et à se doter des compétences culturelles propres à la population migrante pour en fournir conséquemment des soins équitables dans le respect et la dignité et exempts de discrimination et de préjugés. Adopter cette pratique transculturelle permet d'atténuer l'anxiété et la dépression, et aussi de faciliter l'adaptation du migrant. Ceci est d'autant plus vrai lorsque la personne migrante est enceinte ou qu'elle va accoucher et qu'il s'agit de sa première expérience migratoire (Zlotnick et al., 2023).

Une autre intervention possible et moins coûteuse, autant pour le pays d'accueil que pour les organismes internationaux, consiste à développer la notion de transnationalité en aidant les personnes en situation

de migration à entretenir des liens de proximité en se connectant avec leur famille et leurs amis restés dans leur pays d'origine et nouer et activer des relations avec les membres de leur communauté, voire même les étrangers déjà installés dans le pays hôte. Ceci va leur permettre de préserver leur identité, de renforcer leur estime de soi et leur sentiment d'appartenance et d'atténuer le stress acculturatif.

Enfin, on ne peut conclure ce chapitre sans évoquer la particularité du contexte politico-juridique caractérisant la migration en Tunisie et le droit à la santé. Il est nécessaire d'insister sur le fossé qui existe entre le cadre législatif en vigueur et la réalité du terrain (Boukhayatiya, 2022). En effet, si les textes juridiques garantissent le droit aux soins de santé et sa gratuité pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes (Constitution tunisienne, article 43, 2022), la réalité des pratiques sur le terrain ne leur ait pas conformes. Dans ce sens, l'accès des migrants aux services de santé dans les structures publiques et privées demeure problématique et n'est facilité que par l'intervention de la société civile. Ceci est d'autant plus valable pour les personnes en situation de transit. Faudrait-il, à cet effet, rappeler que la Tunisie demeurera essentiellement une porte migratoire entre l'Europe et l'Afrique. Qu'ils soient étudiants ou migrants irréguliers, riches ou pauvres, le projet migratoire reste celui de repartir.

Bibliographie

- Adler, N.E., Glymour, M.M., & Fielding, J. (2016). Addressing Social Determinants of Health and Health Inequalities. *Journal of the American Medical Association*, 316(16), 1641-1642. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.14058>
- Ahmed, A., Bowen, A., & Feng, C.X. (2017). Maternal depression in Syrian refugee women recently moved to Canada: A preliminary Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1433-2>
- André, J.M., & Azzedine, F. (2016). Access to healthcare for undocumented migrants in France: A critical examination of State Medical Assistance. *Public Health Reviews*, 37(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0017-4>
- Babatunde-Sowole, O.O., digiacomo, M., Power, T., Davidson, P.M., & Jackson, D. (2020). Resilience of African migrant women: Implica-

- tions for mental health practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(1), 92-101. <https://doi.org/10.1111/inm.12663>
- Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L., Fournier, M., Brodeur, J.M., Poulin, C., deBlois, S., Durand, D., Lefebvre, C., & Heneman, B. (2002). Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes. *Service social*, 49(1), 35-69. <https://doi.org/10.7202/006877ar>
- Bellaj, T., Salhi, I.S., & Ben Jemaa, S. (2020). Aspects interculturels en neuropsychologie de l'enfant. Dans S. Majerus, I. Jambaqué, L. Mottron, M. Van der Linden & M. Poncelet (dirs.), *Traité de neuropsychologie de l'enfant : évaluation et remédiation* (pp. 449-472). De Boeck Supérieur.
- Berry, J.W. (2006). Acculturation: A Conceptual Overview. In M.H. Bornstein & L.R. Cote (Eds.), *Acculturation and parent-child relationships: Measurement and development* (pp. 13-32). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780415963589-2>
- Boukhayatiya, R. (2022, 07 juin). Accès aux soins en Tunisie : les migrants marchent ou crèvent. Nawaat. Consulté le 3 janvier 2024 sur <https://nawaat.org/2022/06/07/acces-aux-soins-en-tunisie-les-migrants-marchent-ou-crevent/>
- Cadart, M.L. (2004). La vulnérabilité des mères seules en situation de migration. *Dialogue*, 1(163), 60-71. <https://doi.org/10.3917/dia.163.0060>
- Carles, G. (2014). Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 43(4), 275-280. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.12.002>
- Dawkins, B., Renwick, C., Ensor, T., Shinkins, B., Jayne, D., & Meads, D. (2021). What factors affect patients' ability to access healthcare? An overview of systematic reviews. *Tropical Medicine & International Health*, 26(10), 1177-1188. <https://doi.org/10.1111/tmi.13651>
- Delara, M. (2016). Social Determinants of Immigrant Women's Mental Health. *Advances in Public Health*, 2016, 1-11. <https://doi.org/10.1155/2016/9730162>
- Desa, S., Gebremeskel, A.T., Omonaiye, O., & Yaya, S. (2022). Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: A systematic review. *Systematic Reviews*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-022-01936-1>

- Desgrées du Loû, A.D., Coulibaly, K., Zoumenou, I., Gosselin, A., Carillon, S., Ravalihasy, A., & Eid, J. (2023). La participation sociale, levier d'empowerment pour les immigrés précaires. *Revue européenne des migrations internationales*, 39(4), 177-201. <https://doi.org/10.4000/remi.24871>
- Donnelly, T.T., Hwang, J.J., Este, D., Ewashen, C., Adair, C., & Clinton, M. (2011). If I Was Going to Kill Myself, I Wouldn't Be Calling You. I Am Asking for Help: Challenges Influencing Immigrant and Refugee Women's Mental Health. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(5), 279-290. <https://doi.org/10.3109/01612840.2010.550383>
- Institut national de la statistique & Observatoire national de la migration. (2021). Enquête nationale sur la migration internationale Tunisia-HIMS. <https://www.ins.tn/publication/rapport-de-lenquete-nationale-sur-la-migration-internationale-tunisia-hims>
- Kacem, S. (2023). Les mères célibataires subsahariennes migrantes en Tunisie vers une approche inclusive fondée sur les droits humains. Dans R. Ben Khelifa (Dir.), *Plaidoyer pour une politique migratoire en Tunisie inclusive et concertée* (pp. 113-124). Centre Arabe de Recherches et de l'Etude des Politiques.
- Kastoriano, R. (2000). Immigration, communautés transnationales et citoyenneté. *Revue internationale des sciences sociales*, (165), 353-359.
- Keygnaert, I., Guieu, A., Ooms, G., Vettenburg, N., Temmerman, M., & Roelens, K. (2014). Sexual and Reproductive Health of Migrants: Does the EU Care? *Health Policy*, 114(2-3), 215-225. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.10.007>
- Manciaux, M. (dir.). (2001). *La résilience : résister pour se construire*. Médecine & hygiène.
- Margat, A., De Andrade, V., & Gagnayre, R. (2014). « Health Literacy » et éducation thérapeutique du patient : quels rapports conceptuel et méthodologique ? *Education thérapeutique du patient*, 6(1), 10105. <https://doi.org/10.1051/tpe/2014009>
- Martuccelli, D. (2023). Ce que fait le « faire cas » à la sociologie. *Recherches qualitatives*, Hors-série « Les Actes », (28), 126-142. <https://www.erudit.org/fr/livres/collection-hors-serie-les-actes-de-la-revue-recherches-qualitatives/faire-cas/4801co.pdf>
- Mazzella, S. (2021). *Sociologie des migrations*. Presses Universitaires de France.

- Moro, M.R. (2007). Bienveillance, parentalité et pratiques professionnelles dans la petite enfance. *Contraste*, 2(27), 37-52. <https://doi.org/10.3917/cont.027.0037>
- Nakamura, A., Lesueur, F.E.K., Sutter-Dallay, A.L., Franck, J.È., Thierry, X., Melchior, M., & Van Der Waerden, J. (2020). The Role of Prenatal Social Support in Social Inequalities with Regard to Maternal Postpartum Depression According to Migrant Status. *Journal of Affective Disorders*, 272, 465-473. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.024>
- O'Donnell, P., O'Donovan, D., & Elmusharaf, K. (2018). Measuring social exclusion in healthcare settings: A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0732-1>
- O'Mahony, J.M., Donnelly, T.T., Bouchal, S.R., & Este, D. (2012). Barriers and facilitators of social supports for immigrant and refugee women coping with postpartum depression. *Advances in Nursing Science*, 35(3), E42-E56. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3182626137>
- Organisation des Nations Unies. (1948). La déclaration universelle des droits de l'homme. <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>
- Organisation internationale pour les migrations. (2022). Rapport État de la migration dans le Monde 2022. <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/?Lang=FR#:~:text=Dans%20l'ensemble%2C%20on%20estime,fois%20plus%20qu'en%201970>
- Organisation mondiale de la santé. (2022). Rapport mondiale sur la santé des réfugiés et des et des migrants : résumé 2022. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240054486>
- Pérez-Marfil, M.N., Fernández-Alcántara, M., Fafous, A.F., Burneo-Garcés, C., Pérez-García, M., & Cruz-Quintana, F. (2020). Influence of Socio-Economic Status on Psychopathology in Ecuadorian Children. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00043>
- Radjack, R., Lévesque-Daniel, S., & Moro, M.R. (2021). Transcultural Aspects of Psychiatry and Mental Health in Migrant Children and Adolescents: The French Experience. *Mental Health, Mental Illness and Migration*, 209-229.
- République Tunisienne. (2022). La Constitution de la République Tun-

- sienne. Journal Officiel de la République Tunisienne. Article 43, 17 août 2022.
- Sam, D.L., & Berry, J.W. (Eds.). (2006). *The Cambridge handbook of acculturation psychology*. Cambridge University Press.
- Sauvegrain, P. (2012). La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins. *Revue européenne des migrations internationales*, 28(2), 81-100. <https://doi.org/10.4000/remi.5902>
- Sauvegrain, P. (2021). Violences dites « gynécologiques et obstétricales » envers les femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne en France. *Santé publique*, 33(5), 627-628. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0627>
- Sayad, A. (1999). *La Double Absence*. Seuil.
- Smith, L.A., Reynish, T., Hoang, H., Mond, J., Hannah, C., McLeod, K., Auckland, S., & Slewa-Younan, S. (2019). The mental health of former refugees in regional Australia: A qualitative study. *The Australian Journal of Rural Health*, 27(5), 459-462. <https://doi.org/10.1111/ajr.12583>
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonka, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Spira, A. (2020). Inégalités sociales de santé. État des lieux, principes pour l'action. *Bulletin de l'académie nationale de médecine*, 204(5), 486-492. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2020.03.012>
- Stewart, M., Anderson, J., Beiser, M., Mwakarimba, E., Neufeld, A., Simich, L., & Spitzer, D. (2008). Multicultural Meanings of Social Support among Immigrants and Refugees. *International Migration*, 46(3), 123-159. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2435.2008.00464.x>
- Vacková, J., & Brabcová, I. (2015). Socioeconomic status and health of immigrants. *Neuroendocrinology Letters*, 36 (Suppl 2), 69-77. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26748530/>
- Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R., Callens, M., Van den Broucke, S., Renwart, A., Rummens, G., & Gérard, F. (2014). Bilan des connaissances des Belges en matière de santé. *MC-informations*, (258), 48-55.

- Yeh, C.J., Okubo, Y., Ma, P.W.W., Shea, M., Ou, D., & Pituc, S. T. (2008). Chinese immigrant high school students' cultural interactions, acculturation, family obligations, language use, and social support. *Adolescence*, 43(172), 775-790. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19149145/>
- Zlotnick, C., Manor-Lavon, I., & Leahy-Warren, P. (2023). Relationship between social support and postpartum depression in migrant and non-migrant first-time mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7-8), 1316-1326. <https://doi.org/10.1111/jocn.16297>

Finito di stampare nel mese di aprile 2024
presso la tipografia The Factory Srl
per conto di “Edizioni Nuova Cultura”
p.le Aldo Moro n. 5, 00185 Roma
www.nuovacultura.it
per ordini: ordini@nuovacultura.it

[Int_9788833656359_17x24bn_MP03]