



République Tunisienne  
Ministère de la Santé



Organisation internationale pour les migrations (OIM)  
L'organisme des Nations Unies chargé des migrations



# Actes de la Troisième Ecole d'Eté sur la Migration

## Migration et Santé en Tunisie

TUNIS, 11 – 16 SEPTEMBRE 2017



Financé par :



MINISTRY FOR FOREIGN  
AFFAIRS OF FINLAND

# **Actes de la Troisième Ecole d'Eté sur la Migration**

## **Migration et Santé en Tunisie**

TUNIS, 11 – 16 SEPTEMBRE 2017

L'OIM croit fermement que les migrations ordonnées, s'effectuant dans des conditions décentes, profitent à la fois aux migrants et à la société tout entière. En tant qu'organisme intergouvernemental, l'OIM collabore avec ses partenaires de la communauté internationale en vue de résoudre les problèmes pratiques de la migration, de mieux faire comprendre les questions de migration, d'encourager le développement économique et social grâce à la migration et de promouvoir le respect effectif de la dignité humaine et le bien-être des migrants.

Les opinions et les analyses exprimées dans le présent ouvrage ne reflètent pas nécessairement les vues ou les politiques officielles de l'Organisation internationale pour les migrations ou celles de ses Etats membres.

Ce rapport n'a pas été revu par le service d'édition de l'OIM.

Publication réalisée grâce au soutien financier de:



**MINISTRY FOR FOREIGN  
AFFAIRS OF FINLAND**

Editeur: Organisation internationale pour les migrations

6, Rue du Lac le Bourget

Les Berges du Lac

1053 Tunis

Tunisie

Tél. : (+216) 71 860 312 / 960 313 / 861 097

Fax : (+216) 71 962 385

E-mail : [IOMTunis@iom.int](mailto:IOMTunis@iom.int)

Site web : [www.tunisia.iom.int](http://www.tunisia.iom.int)

---

© 2017 Organisation internationale pour les migrations (OIM)

Tous droits réservés. Toute reproduction, même partielle de la présente publication est interdite sans autorisation écrite préalable de l'éditeur. Elle ne peut être, ni enregistrée dans un système d'archives, ni transmise par voie électronique ou mécanique, par xérographie, par bande magnétique ou autre.

**« Permettre à tous de vivre en  
bonne santé et promouvoir le  
bien-être de tous à tout âge »**

Objectif de Développement Durable 3

# Préface

Les incidences des mouvements migratoires sur la santé publique suscitent un regain d'intérêt dans les débats autour de la couverture sanitaire universelle et du Programme de Développement Durable à l'horizon 2030.

L'adoption de la Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants par l'Assemblée générale des Nations Unies le 19 septembre 2016, au titre de laquelle les Etats membres se sont engagés à élaborer un « Pacte mondial sur les réfugiés » et un « Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières ».

L'élaboration de ces deux Pactes offre une occasion exceptionnelle pour la communauté internationale d'apporter une contribution déterminante à la gouvernance mondiale des migrations. Le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières permettra aussi de renforcer la coordination sur les questions multidimensionnelles de la migration internationale et servira de cadre global de la coopération internationale dans le domaine de la migration et de la mobilité humaine et sur tous les aspects des migrations internationales ; en renforçant l'engagement de tous pour améliorer la protection des migrants, en vue de préparer la prochaine signature et mise en œuvre du Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières, prévues en 2018.

Le 17 Mai 2017, la soixante-dixième Assemblée mondiale de la santé a appelé à promouvoir la santé des migrants dans l'action sanitaire internationale; à prendre en compte de la santé des migrants lors de l'élaboration de stratégies sanitaires régionales et nationales; à favoriser le dialogue et la coopération en matière de santé des migrants entre tous les Etats Membres concernés par le processus migratoire et à améliorer la coopération inter-institutions, interrégionale et internationale en matière de santé des migrants.

Dans le but de stimuler le débat sur comment une bonne gestion de la santé dans le contexte migratoire peut représenter un bénéfice partagé par toutes les parties, l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) en partenariat avec le Ministère des Affaires Sociales représenté par l'Institut National du Travail et des Etudes Sociales (INTES) et le Ministère de la Santé, ont organisé la Troisième édition de l'Ecole d'Eté sur la Migration sur le thème « Migration et Santé en Tunisie », du 11 au 16 septembre 2017, à Tunis.

La réussite de cette Troisième édition de l'Ecole d'Eté sur la Migration, exprimée également par l'ensemble des participants et des intervenants, conforte à poursuivre les efforts engagés en vue de l'amélioration de la connaissance en matière de migrations en Tunisie. A ce titre, la Quatrième édition de l'Ecole d'Eté sur la Migration se tiendra en 2018, sur la thématique de la « migration et l'intégration » avec l'ambition de pérenniser cette Ecole d'Eté en tant qu'événement académique majeur en Tunisie durant les prochaines années.

Lorena Lando  
Chef de mission de l'OIM Tunisie



Abdessattar Mouelhi  
Directeur de l'INTES



**« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. »**

Déclaration universelle des droits de l'homme, Article 25.1

# Sommaire

<b>Introduction</b> .....	9
<b>Remerciements</b> .....	10
<b>Migration et Santé dans les ODD</b> .....	11
<b>Liste des acronymes</b> .....	12

## **THEMATIQUE 1: L'accès aux soins pour les migrants**

### **Le droit à la santé des migrants dans les Conventions internationales et le rôle de l'OIM au niveau global**

Lorena Lando .....	19
--------------------	----

### **Les bénéfices de l'inclusion de migrants dans le système de santé**

Paola Pace.....	24
-----------------	----

### **Migration et épidémiologie: points pratiques**

Magdi Kasem.....	30
------------------	----

### **La migration interne et internationale et son impact sur la santé mentale des migrants**

Guglielmo Schininà .....	33
--------------------------	----

## **THEMATIQUE 2 : Les défis de la prise en charge médicale des migrants vulnérables en Tunisie**

### **La vulnérabilité des migrants en lien avec le contexte migratoire régional et en Tunisie**

Hassan Boubakri .....	43
-----------------------	----

### **Santé des Migrants : «Expérience tunisienne, réalités, recommandations et perspectives»**

Latifa Arfaoui, Henda Chebbi et Naoufel Somrani.....	49
--	----

### **Analyse institutionnelle et contextuelle de la protection sociale et sanitaire des migrants en Tunisie**

Chokri Arfa.....	51
------------------	----

**Accès aux soins et aux services sociaux pour les migrants en Tunisie:  
défis et recommandations**

Leila Garbouj .....60

**VIH/SIDA: Enjeux de l'accès universel à la prévention, aux traitements  
et aux soins**

Hayet Hamdouni .....65

**Projet «Santé pour tous» : réalisations, leçons apprises et défis**

Mounir Jeliti.....68

**Les violences fondées sur le genre exercées contre les femmes et filles mi-  
grantes en Tunisie: Etat des lieux, cadre légal et approche multisectorielle**

Delphine Lavaissiere.....70

**Migration, traite des personnes et accès à la santé**

Hélène Le Goff.....74

**THEMATIQUE 3: Expériences régionales en matière d'accès des migrants à la  
santé : bonnes pratiques et perspectives pour la Tunisie**

**Accès aux soins de santé des migrants et la nouvelle politique « Santé  
et Immigration » au Maroc**

Samira Harchaoui.....81

**Les services de santé au profit des Syriens dans le cadre de la loi relative  
à la protection subsidiaire**

Muhammet Ceren.....83

**L'expérience espagnole en matière d'accès des migrants à la santé**

Enric Grau.....86

**ANNEXE :**

**Glossaire de la terminologie de la migration et de la santé ..... 90**

**Les éducateurs pairs « Santé et Migration » racontent leur expérience .....97**

**La foire aux initiatives sur la migration et la santé.....103**

**« Tout être humain a droit à la santé. L'Etat garantit la prévention et les soins de santé à tout citoyen et assure les moyens nécessaires à la sécurité et à la qualité des services de santé. L'Etat garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes. Il garantit le droit à une couverture sociale conformément à ce qui est prévu par la loi. »**

Constitution de la République Tunisienne, Article 38

# Introduction

Notre époque est marquée par la plus forte mobilité humaine de tous les temps. Aujourd'hui plus que jamais, la migration doit s'inscrire comme composante déterminante des politiques de santé qui doivent s'adapter aux défis croissants et complexes du phénomène migratoire afin que tous, communautés hôtes et migrants, jouissent du droit fondamental à la santé physique et mentale tout en favorisant un développement socio-économique durable et inclusif dans les pays d'accueil, de transit et d'origine.

La complexité, l'ampleur, la rapidité de la mobilité contemporaine posent des défis en matière de gestion de la santé que doivent être relevées à travers une collaboration intersectorielle active et une coopération étroite entre les gouvernements et les nombreux acteurs non gouvernementaux qui interviennent dans le processus migratoire.

Bien que les gouvernements perçoivent mieux l'importance de formuler des programmes et des politiques sanitaires inclusives et équitables, divers obstacles juridiques, culturels et économiques peuvent souvent entraver l'accès des migrants aux services de santé ou faire que les services dispensés ne soient pas toujours adaptés à leurs besoins.

En vue de ces enjeux, le programme de la Troisième édition de l'École d'Été sur la Migration, a été conçu de façon à introduire dans la première journée les concepts généraux et les terminologies-clés en matière de migration et de santé, pour pouvoir aborder la question de la couverture universelle durant la deuxième journée, puis analyser les défis de la protection sociale et sanitaire des migrants en Tunisie au cours du troisième journée, comparer pendant la quatrième journée le modèle tunisien avec les autres expériences au niveau régional, et conclure avec les deux dernières journées dédiés à la santé mentale et la protection psychosociale des migrants les plus vulnérables.

La présente publication recueille les articles portants sur les présentations et les ateliers qui se sont déroulés à cours de l'École d'Été sur la Migration. Le document est subdivisé en trois thématiques, suivies par un glossaire sur la terminologie du domaine de la migration et de la santé.

La première thématique s'articule autour du concept de l'accès universel à la santé. La seconde thématique analyse le contexte tunisien en matière d'accès à la santé des migrants. Enfin, la troisième thématique présente l'expérience des trois pays qui ont récemment connu des réformes importantes en matière d'accès à la santé pour les migrants: le Maroc, la Turquie et l'Espagne.

# Remerciements

La présente publication est le fruit d'un effort de collaboration entre de nombreux acteurs tunisiens et internationaux, qui ont contribué au bon déroulement et au succès de la Troisième édition de l'Ecole d'Eté sur la Migration.

*In primis* l'Organisation internationale pour les migrations souhaite exprimer sa profonde reconnaissance aux deux partenaires essentiels qui ont co-organisé aux côtés de l'OIM cette formation multidisciplinaire, notamment le Ministère des Affaires Sociales, représenté par l'Institut National du travail et des Etudes Sociales de Tunis et le Ministère de la Santé.

L'OIM adresse également ses remerciements les plus sincères aux membres du Comité scientifique de l'Ecole d'Eté sur la Migration, pour leurs apports essentiels à la structuration et à la réussite de cette Troisième Edition de l'Ecole d'Eté.

La Troisième Edition de l'Ecole d'Eté sur la Migration s'inscrit dans le cadre du projet régional «Promotion de la Santé et du Bien-Être parmi les Migrants en Tunisie», mis en œuvre grâce au financement du Ministère des Affaires Etrangères de la Finlande. L'OIM exprime sa gratitude à l'Ambassade de Finlande en Tunisie pour son appui financier et son accompagnement durant l'ensemble de cette démarche.

Le présent ouvrage, intitulé les «Actes de la Troisième Ecole d'Eté sur la Migration», se compose d'une synthèse des présentations et des ateliers qui se sont déroulés durant l'Ecole d'Eté sur la Migration. Il s'agit d'une compilation d'articles rédigés par les vingt conférenciers qui ont animé cette formation. Nos profonds remerciements vont donc à tous les experts et conférenciers qui ont contribué à la Troisième édition de l'Ecole d'Eté sur la Migration ; sans qui cet ouvrage n'aurait pas pu voir le jour. L'OIM est très reconnaissante pour leurs interventions enrichissantes et pour leur contribution au succès de cette nouvelle Edition de l'Ecole d'Eté sur la Migration.

Rendez-vous l'année prochaine !

# Migration et Santé dans les ODD



# Liste des acronymes

AESAT	Association des étudiants et stagiaires africains en Tunisie
AFTURD	Association des Femmes Tunisiennes pour la Recherche sur le Développement
ARV	Antirétroviraux
AVRR	Aide au Retour Volontaire et à la Réintégration
ATP+	Association tunisienne de prévention positive
ATUDE	Association Tunisienne des Droits de l'Enfant
CAWTAR	Centre de la Femme Arabe pour la Formation et la Recherche
CCDAG	Centres de Conseil et de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDAА	Communauté de Développement d'Afrique Australe
CE	Commission Européenne
CETI	Centre de Placement Temporaire des Immigrants
CeTuMA	Centre de Tunis pour la Migration et l'Asile
CICR	Comité International de la Croix Rouge
CIE	Centre de placement des Etrangers
CIN	Carte d'Identité Nationale
CNAM	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CNSS	Caisse Nationale de la Sécurité Sociale
CRT	Croissant Rouge Tunisien
DRC	Conseil Danois pour les Réfugiés
DSSB	Direction des Soins de Santé de Base
FIFM	Forum International de la Femme de la Méditerranée
FM	Fond Mondial
GFATM	Fond Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
HCDH	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Droits de l'Homme
IADH	Institut Arabe des Droits de l'Homme
IEC	Information Education Communication
IEP	Institut des Etudes Politiques
INS	Institut National de la Statistique
INTES	Institut National du Travail et des Etudes Sociales
IR	Islamic Relief
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MAS	Ministère des Affaires Sociales
MENA	Moyen Orient et Afrique du Nord
MFFE	Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance

MICIC	Initiative pour les migrants dans des pays en crise
MS	Ministère de la Santé
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
OCDE	Organisation de la Coopération et de Développement Economique
ODD	Objectifs de Développement Durable
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONFP	Office National de la Famille et de la Population
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONM	Observatoire National de la Migration
ONU-SIDA	Le programme des Nations Unies sur le VIH SIDA
OSC	Organisations de la Société Civile
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLT	Projet National de la Lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSN	Plan Stratégique National
PTSD	Trouble de Stress Post Traumatique
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RUSEMEG	Réseau Universitaire et Scientifique Euro-Méditerranéen sur le Genre et les Femmes
RSI	Règlement sanitaire international
SHOC Room	Centre Stratégique d'Opérations Sanitaires
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SSP	Soins de Santé Primaire
TAR	Traitement Antirétroviral
UNFPA	Fond des Nations Unies pour la Population
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies aux Réfugiés
USPPI	Urgence de Santé Publique de Portée Internationale
UTSS	Union Tunisienne de Solidarité Sociale
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

**« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. »**

Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé

# THEMATIQUE I

## L'accès aux soins pour les migrants en Tunisie

La santé est un droit humain fondamental : en ce sens, elle doit être accessible à tous les êtres humains, y compris les migrants. Les quatre articles constituant cette première section dressent un état des lieux de la problématique et des débats qui ont lieu depuis plusieurs décennies au niveau international, et donnent un aperçu des recommandations à suivre pour atteindre l'objectif de l'accès universel aux soins de santé dans le contexte migratoire.

*Le droit à la santé des migrants dans les Conventions internationales et le rôle de l'OIM au niveau global*

**Lorena Lando** décrit la place de la migration et la santé au niveau des accords internationaux pris par les Etats membres des Nations Unies, ce qui a permis d'aboutir à la Déclaration de Colombo en février 2017. Mme Lando montre que l'OIM a un rôle prépondérant, aux côtés d'autres agences des Nations Unies comme l'OMS, pour garantir le droit et l'accès des migrants à la santé, à travers la mise en œuvre de programmes sur l'ensemble des étapes du cycle migratoire.

*Les bénéfices de l'inclusion de migrants dans le système de santé*

**Paola Pace** déconstruit les mythes décrivant les migrants comme des porteurs de maladies et un fardeau pour les systèmes de santé. Elle montre ainsi que les arguments juridiques de santé publique maintiennent la nécessité de l'inclusion des migrants dans les systèmes de santé.

*Migration et épidémiologie: points pratiques*

**Magdi Kasem** énumère et dissipe une série des mythes concernant les épidémies dans le contexte d'urgences et de crises migratoires. En effet, en cas de crise, les autorités ont tendance à cacher les informations ou à les divulguer de manière partielle, ce qui entraîne la propagation de rumeurs et mythes souvent néfastes.

*La migration interne et internationale et son impact sur la santé mentale des migrants*

**Guglielmo Schininà** démystifie l'hypothèse que tous les migrants souffrent de troubles mentaux. Exagérer la vulnérabilité des migrants en alimente la stigmatisation. Une approche correcte d'un point de vue éthique peut être atteinte en mettant l'accent sur les droits, et non sur les besoins des migrants.

# A propos des auteurs

## Lorena Lando



IOM • OIM

Lorena Lando, Chef de Mission de l'OIM Tunisie depuis 2011. Mme Lando a dédié une grande partie de sa carrière aux questions liées à la migration, migration et développement, stabilisations des populations, transition post-crisis, protection des migrants, et intégration. Avec l'OIM depuis l'an 2000, elle a occupé plusieurs postes en travaillant au Sri Lanka, en France, en Afghanistan, en Iraq, au Résolution 1244 du Conseil de sécurité des Nations Unies/Kosovo et en Serbie. Avant de rejoindre l'OIM, Mme Lando a travaillé au Fond Alimentaire Mondial (PAM) au Libéria et au Timor oriental ; ainsi qu'au Mexique et au Guatemala avec des organisations de la société civile.

## Paola Pace



IOM • OIM

Paola Pace est une spécialiste reconnue pour son expertise en matière de santé et droits humains notamment chez les populations marginalisées. Elle est également experte en droit international et en santé publique en ayant occupé des postes techniques ainsi qu'en tant que chef d'une unité et de projets en Afrique et en Europe. Mme Pace a contribué à l'usage d'outils légaux dans le but d'améliorer l'accès aux soins de santé au profit des groupes vulnérables y compris les migrants. Auteure de plusieurs publications sur la migration, la santé et les droits humains, elle est membre de l'Institut International du Droit Humanitaire à Sanremo en Italie.

## Magdi Kasem



IOM • OIM

Magdi Kasem est consultant international à l'OIM Tunisie et est médecin diplômé en santé publique et épidémiologies. Il est aussi chercheur à l'institut Royal de la santé publique et membre de l'association Américaine de la santé publique. Auparavant il a été chargé par des agences onusiennes (telles que l'OMS et UNHCR), des gouvernements et de ONG de mettre en place, d'évaluer et d'assurer le suivi de divers programmes de soutien de réfugiés. Il a travaillé dans plusieurs pays en Afrique, en Asie et au Moyen Orient notamment en Algérie, Egypte, Tunisie, Soudan, Arabie Saoudite, Iraq et Turquie.

## Guglielmo Schininà



IOM • OIM

Guglielmo Schininà est responsable de la Division de la santé mentale, de la réponse psychosociale et de la communication interculturelle, au sein de l'OIM. Il est expert international en matière d'assistance psychosociale auprès des migrants vulnérables et des victimes de traite, dans des situations de guerre et de désastres naturels. Il a géré différents programmes psychosociaux, a travaillé comme conseiller en matière de techniques psychosociales et a animé des formations dans plus de 60 pays en Europe, au Moyen-Orient, en Afrique de l'Est et de l'Ouest, en Asie et aux Caraïbes. Il gère et conçoit l'« Ecole d'Hiver sur les interventions psychosociales, urgences humanitaires et déplacements » à l'Université de Sant'Anna à Pise. Cette Ecole d'Hiver est adressée aux psychologues, assistants sociaux et anthropologues.

# Le droit à la santé des migrants dans les Conventions internationales et le rôle de l'OIM au niveau global

Lorena Lando

## *Introduction*

Les conditions dans lesquelles chaque individu naît, grandit, habite, travaille et vieillit, autrement dit les déterminants sociaux de la santé, sont responsables au premier chef des inégalités persistantes en matière de santé à l'intérieur des pays et des villes, ou d'un pays ou d'une ville à une autre.

Puisque la mobilité influe sur le bien-être physique, mental et social des individus, avec près d'un milliard de migrants dans le monde, il est important de considérer la migration comme un déterminant social de la santé.

Les barrières légales, sociales, culturelles, économiques, comportementales et communicationnelles ainsi que le processus de la migration exposent les migrants à de plus grands risques de maladies. Au contraire, si les migrants et les populations mobiles bénéficient de bien-être physique, mental et social, ils peuvent contribuer de manière substantielle au développement économique et social de leurs communautés d'origine et de leurs sociétés d'accueil.

Pour une gestion efficace de la santé, il est fondamental de ne pas négliger d'autres facteurs qui peuvent représenter des obstacles à l'accès aux services de santé, comme le statut migratoire irrégulier, les barrières linguistiques ou l'absence de politiques de santé inclusives.

Les défis de santé pour les migrants ont été intégrés dans l'agenda de nombreux dialogues internationaux récents, offrant des instruments, des stratégies et des principes prometteurs, notamment le Programme de développement durable des Nations Unies à l'horizon 2030, le débat sur l'avancement du programme inachevé sur la santé des migrants qui a eu lieu lors du 106ème Conseil de l'OIM, la Déclaration de New York pour les Réfugiés et les Migrants, et la décision du 140ème Conseil Exécutif de l'OMS sur la promotion de la santé des migrants, qui sera examinée en détail dans cet article.

Néanmoins, la migration a été largement négligée dans d'autres cadres importants pour l'équité et l'inclusion en matière de santé, tels que le programme 2008-2011 sur les Déterminants Sociaux de la Santé, le cadre sur les services de santé centrés sur les personnes (2015) et le programme de promotion de la couverture sanitaire

universelle parmi les ODD (2016), qui tous traitent les questions d'équité sur la base de la nationalité et de la citoyenneté. Ces omissions révèlent que l'accès des migrants aux services de santé est encore bien souvent déterminé par leur statut juridique et par les réglementations, normes et pratiques des secteurs autres que la santé.

Les universités, les institutions politiques et la société civile ont un rôle important à jouer pour apporter des changements critiques qui amélioreront la santé des migrants.

### ***La santé des migrants au cœur des accords intergouvernementaux***

La santé des migrants représente une thématique centrale qui se situe au cœur d'une série d'accords intergouvernementaux tels que :

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, qui place le droit à la santé dans son article premier ;

La Constitution de l'OMS, qui le définit comme un droit fondamental ;

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030, qui appelle les gouvernements et les acteurs de l'aide humanitaire et du développement à intégrer les besoins sanitaires des migrants dans les politiques, les stratégies et les plans mondiaux et nationaux, à travers des interventions multisectorielles, ainsi qu'à mettre en place des systèmes de santé attentifs aux migrants de façon à « ne laisser personne pour compte », conformément aux 17 objectifs de développement durable (ODD) et à leurs cibles respectives – et notamment l'ODD n°3 relatif à la bonne santé et au bien-être pour tous ;

Le Cadre de gouvernance des migrations, élaboré en 2015 par l'OIM, l'accès à la santé des migrants apparaît comme un élément essentiel de bonne gouvernance des migrations (voir notamment le Principe 3 – Objectif 1 du Cadre de gouvernance :

<https://governingbodies.iom.int/fr/system/files/fr/council/106/C-106-40-Cadre-de-gouvernance-des-migrations.pdf>).

### ***Assemblée mondiale de la santé de l'OMS : la Résolution 61.17 sur la santé des migrants***

Reconnaissant la relation essentielle entre une bonne santé et les bienfaits de la migration en 2008 à l'occasion de la 61e Assemblée mondiale de la santé, les Etats membres de l'OMS ont adopté la Résolution 61.17 sur la santé des migrants. Dans cette Résolution, l'Assemblée mondiale de la santé prie le Directeur Général de l'OMS, de promouvoir: la santé des migrants dans l'action sanitaire internationale; la prise en compte de la santé des migrants lors de l'élaboration de stratégies sanitaires régionales et nationales; le dialogue et la coopération en matière de santé des migrants entre tous les Etats Membres concernés par le processus migratoire; et la coopération inter institutions, interrégionale

et internationale en matière de santé des migrants.

S'en est suivi la première consultation globale sur la santé des migrants, co-organisée en 2010 par l'Espagne, l'OMS et l'OIM, à Madrid, permettant de définir un cadre opérationnel pour guider les Etats membres dans la mise en œuvre de la Résolution 61.17.

Au cours de la 69e Assemblée mondiale de la santé s'est tenue une Session d'information technique sur la « migration et la santé » qui a permis de discuter le Rapport « Promotion de la santé des migrants ». Ce Rapport dresse un état des lieux de la situation mondiale actuelle et des défis sanitaires associés aux migrants et aux réfugiés ; il décrit les actions du Secrétariat aux niveaux mondial et régional pour les relever ; et enfin, il expose brièvement les actions prioritaires qui seront engagées à l'avenir en lien avec la Résolution 61.17. Ce Rapport est donc un document-clé qui détient une importance majeure dans le domaine de la santé et la migration.

### ***L'importance de la santé dans la gestion des flux migratoires des migrants et des réfugiés***

Lors de la 71e réunion plénière de Haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les déplacements massifs des migrants (en septembre 2016) que l'UNHCR, l'OMS et l'OIM ont organisé un événement parallèle sur «la santé dans le contexte de la migration et du déplacement», sujet qui a été abordé par la suite dans de nombreuses autres consultations régionales sur la migration et le développement.

Plus récemment, lors de la 140e Session du Conseil exécutif de l'OMS tenue en janvier 2017, l'importance de la Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants de septembre 2016 a été réaffirmée et il a été demandé à l'OMS de s'assurer, en concertation avec le HCR et l'OIM, que les questions de santé soient adressées adéquatement dans le «Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières» et le «Pacte mondial sur les réfugiés», qui devront être adoptés lors de la 73e Assemblée Générale des Nations Unies en septembre 2018.

### ***La Déclaration de Colombo de février 2017***

A Colombo, au Sri Lanka, en février 2017, la deuxième Consultation Mondiale sur la Santé des Migrants a rassemblé environ 130 participants de toutes les régions représentant divers secteurs au sein des gouvernements, organisations de la société civile, universitaires, experts, organisations internationales, institutions régionales et professionnelles et associations de migrantes. Il a fourni une plateforme pour des discussions approfondies sur la santé des migrants et a exploré des moyens de répondre au fait que des millions de migrants se voient encore

refuser l'accès aux services de santé et restent invisibles dans les initiatives de santé mondiale. De plus, l'événement a identifié des opportunités, des préoccupations, des recommandations et des actions clés pour faire avancer le programme. Les riches contributions des participants à la consultation ont permis de débattre l'élaboration d'un cadre de suivi des progrès et objectifs politiques réalisables et d'un programme de recherche sur la santé des migrants.

La Consultation a relancé l'importance cruciale de l'inclusion des migrants dans les systèmes et les stratégies nationales de santé. A ce titre, les participants se sont accordés sur la nécessité de mieux prendre en compte les déterminants sociaux de la santé, tout en améliorant la gestion de la migration de telle façon qu'elle ne nuise pas à la santé des migrants et qu'au contraire elle permette d'accroître la résilience des migrants. Dans les dialogues internationaux et les processus mondiaux, à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé, l'engagement politique permanent des parties prenantes est primordial à tous les niveaux pour garantir la santé des migrants. En particulier, et en vue de la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030, il est essentiel de garder à l'esprit que pour atteindre une véritable couverture sanitaire universelle (cible 3.8), il faut inclure les migrants ; et que pour « faciliter la migration et la mobilité de façon ordonnée, sûre, régulière et responsable, notamment par la mise en œuvre de politiques migratoires planifiées et bien gérées» (cible 10.7), la mise en place de politiques de santé équitables sont également pertinentes.

La deuxième Consultation globale sur la santé des migrants, a ainsi abouti à l'adoption de la Déclaration de Colombo (déclaration non-contraignante). Par la présente déclaration, les Etats parties s'engagent à intensifier la collaboration entre les parties prenantes pour améliorer la santé des migrants et de leurs familles, à adresser les défis posés par l'augmentation des flux migratoires et à promouvoir les principes et les accords conclus lors de cette consultation en vue de l'adoption du « Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières » à l'horizon 2018.

### ***Le rôle de l'OIM dans l'accès des soins aux migrants***

L'OIM œuvre depuis des décennies à garantir aux migrants le droit à la santé sans discriminations, en réduire la mortalité et la morbidité et minimiser les effets négatifs de la migration sur la santé.

En 2015, durant la 106e réunion du Conseil de l'OIM, le Panel de haut niveau sur la migration et la santé globale a adopté le document C/106/INF/15 intitulé « La santé des migrants dans l'intérêt de tous — Faire avancer un programme demeuré inachevé », réitérant le besoin d'un effort plus global et mieux concerté en la matière.

A ce titre, l'OIM met en place une panoplie de programmes et d'activités visant au renforcement des capacités des gouvernements et à la prévention et endiguement des maladies transmissibles comme le VIH/Sida, le choléra, la tuberculose, le paludisme ainsi que des maladies non-transmissibles. Aussi, l'OIM fournit de l'assistance directe aux populations migrantes en une situation de crise, soutient le renforcement des services sociaux et médicaux au niveau local, ainsi qu'à la consolidation des systèmes de santé nationaux pour un meilleur accès des migrants aux soins de santé publique.

En 2014, l'OIM a assisté 20 millions de migrants dans le monde (dont 19.6 millions qui ont été assistés dans des contextes d'urgence) en offrant des services comme la promotion et l'évaluation sanitaire dans le contexte migratoire et l'assistance sanitaire durant le voyage, ou en situation de crise. Le but étant de réduire et gérer les éventuelles conséquences sanitaires liées à la mobilité humaine, à la fois pour les migrants que pour les communautés d'accueil et d'origine.

# Les bénéfices de l'inclusion de migrants dans le système de santé

Paola Pace

## *L'apport des migrants aux pays et aux systèmes de santé*

Alors qu'il existe plus de 244 millions de migrants internationaux dans le monde<sup>1</sup> auquel 150 millions d'entre eux représentent des travailleurs migrants<sup>2</sup>, ceux-ci font souvent l'objet de stéréotypes et d'une méconnaissance de leurs droits. Le migrant serait le porteur de maladies et son assistance médicale un fardeau pour les systèmes de santé.

Loin de ces clichés les travailleurs migrants profitent en réalité à la fois aux pays d'origine, de transit et de destination. D'une part, ils ont souvent une meilleure santé que les communautés d'accueil étant donné que ce sont principalement les jeunes qui migrent<sup>3</sup>. D'autre part, loin de dégrader le système de santé, ils y contribuent le plus souvent et s'avèrent indispensables à leur bon fonctionnement dans les pays d'accueil<sup>4</sup> et constituent des contributeurs économiques significatifs dans les budgets de santé<sup>5</sup> tandis qu'ils sous-utilisent ces prestations.

Les analyses ont montré que les bénéfices économiques proviennent de la productivité des travailleurs migrants, même en situation irrégulière<sup>6</sup>, dans les pays de transit et destination et des envois de fonds

---

<sup>1</sup> La division population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (DAES) maintient une base de données des migrations, comprenant des informations sur le nombre de migrants internationaux, des statistiques par âge et sexe, destination et pays d'origine. Ces données ont récemment été mises à jour en 2015 ; la précédente actualisation remontait à 2013.

<sup>2</sup> Selon l'Organisation internationale du Travail.

<sup>3</sup> Globalement, les immigrants ont une meilleure santé que la population d'accueil, ex : des taux de mortalité significativement moins élevés, une plus faible mortalité liée au cancer et aux maladies cardiovasculaires en particulier et un plus faible taux de mortalité infantile ; une plus faible utilisation des services de santé d'urgence et de soins spécialisés ; une plus faible prévalence de diabète, de maladies cardiovasculaires et autres maladies chroniques et non transmissibles et enfin une meilleure auto-perception de leur état de santé. Malheureusement, l'état de santé des migrants dans les pays d'accueil a tendance à se détériorer au fil du temps du fait du manque d'accès aux services de santé, à un logement adéquat et avec la prévalence des conditions de travail pénible.

<sup>4</sup> En constituant une main d'œuvre essentielle (par exemple en tant que docteur, infirmier et personnel auxiliaire).

<sup>5</sup> Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? European Journal of Health Law 11: 245-272, 2004. Published by Martinus Nijhoff.

<sup>6</sup> «L'élan d'exclusion qui est caractéristique des politiques de contrôle des frontières est contrebalancé par une impulsion économique pour promouvoir ou tolérer la migration de la main-d'œuvre (même la migration irrégulière) alors que les migrations apportent des bénéfices économiques. Il est difficile de se faire une image précise des coûts et des bénéfices de la migration en raison du manque d'informations et d'analyses rigoureuses. En élaborant leur politique, les Etats se fient rarement sur les seules données économiques mais prennent en compte d'autres facteurs tels que les capacités socio-culturelles réelles ou perçues des sociétés à intégrer les migrants. Les appels pour les régularisations des migrants et les programmes pour

vers les pays d'origine. En effet, les migrants ont constitué plus de 47 % de l'augmentation de la main-d'œuvre aux États-Unis et 70 % en Europe durant les 10 dernières années.<sup>7</sup> En général, les migrants contribuent positivement au PIB des pays de destination. Par exemple les immigrants dans l'État américain de la Caroline du Nord étaient responsables pour 9 milliards de dollars E.-U. de la croissance économique de l'Etat. Les 2,5 millions de migrants employés en Italie en 2016 ont produit en 2016 près de 130 millions d'euros de valeur ajoutée soit près de 8,9 % du PIB. Ce constat est loin d'être spécifique en Italie notamment dans le domaine de la santé.<sup>8</sup>

D'autres recherches en Europe comme en Afrique confirment le coût-bénéfice de l'inclusion. Par exemple, dans les pays de la CDA, ou entre 2012 et 2013, 3,1 millions de migrants ont migré entre les pays de la Communauté, le coût estimé de l'inaction – ne pas fournir de service de santé aux migrants – était estimé à 0,16 % du PIB régional. C'est trois fois plus que le coût envisagé pour fournir ces services – 0,05 % du PIB.<sup>9</sup>

L'argument économique en faveur de l'inclusion s'ajoute à ceux de santé publique et de droit à la santé de migrants.

### ***Les stéréotypes liés aux migrants et leurs implications sur la santé***

Pourtant, certains migrants, en faisant l'objet de discrimination et de xénophobie, voient leur santé se dégrader au fil de la migration. En effet, de tels comportements contribuent à rendre davantage vulnérable ces personnes face à des cas et/ou à des politiques de violence et de harcèlement tandis qu'ils tendent à restreindre l'accès aux services de santé et autres services sociaux ainsi qu'à l'emploi. De plus, un tel isolement social peut provoquer une perte de confiance en soi pouvant conduire à de mauvais résultats scolaires et/ou professionnels.

En cela, user d'une terminologie correcte pour définir les catégories de migrants s'avère primordiale pour lutter contre les comportements et les stéréotypes à leur encontre. Un migrant est une personne qui, quittant son lieu de résidence habituel, franchit ou a franchi une frontière internationale ou migre ou a migré à l'intérieur d'un Etat, quels que soient le statut juridique de la personne, le caractère volontaire ou les causes de la migration et la durée du séjour<sup>10</sup>. Ce terme est utilisé de la même façon dans un instrument du droit international comme la Résolution de l'assemblée mondiale de la santé de 2008 sur la santé des migrants.

---

augmenter les modes d'entrée légaux pour les faiblement et moyennement qualifiés travailleurs migrants reflètent l'idée de promouvoir une plus grande mobilité de la main-d'œuvre au niveau international. Les petites entreprises et les employeurs sont à l'avant-garde de ces changements.» International Council of Human Rights Policy, 2010. Traduction de l'OIM.

<sup>7</sup> Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) and UN DESA. World Migration in Figures. A joint contribution to the United Nations High-Level Dialogue on Migration and Development, 3-4 October 2013.

<sup>8</sup> 7th annual report on the immigration economy produced by the Fondazione Leone Moressa with assistance from the CGIA in Mestre and support from IOM and the Italian foreign ministry.

<sup>9</sup> IOM. Developing Financing Mechanisms to support the Implementation of the draft 'Policy Framework for Population Mobility and Communicable Diseases in the SADC Region, Draft Proposals for Financing Mechanisms and Involvement of the Private Sector, May 2015.

<sup>10</sup> OIM, définition de Migrant, mars 2016.

Il faut également prendre en compte la définition des travailleurs migrants soit toute « personnes qui vont exercer, exercent ou ont exercé une activité rémunérée dans un État dont elles ne sont pas ressortissantes » selon la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille de 1990. Parmi les 244 millions de migrants internationaux, plus de 150 millions sont des travailleurs migrants.

Prendre en considération ces définitions du droit international s'avère essentiel pour combler les lacunes en matière de protection. En effet, il est en vogue de distinguer les « bons » migrants avec une raison compréhensible et justifiable de migrer tel que le réfugié, parfois même pas considéré comme un migrant<sup>11</sup>, et de rassembler les autres migrants dans la catégorie inexistante pour le droit international de « migrants économiques » motivés seulement par leurs propres intérêts.

Or une telle dichotomie exclut de connaître la situation particulière de chaque personne et mène à la conclusion erronée que la deuxième catégorie peut ne pas être admise ou être expulsé sommairement.

Cette division ne reconnaît pas non plus que la Convention des travailleurs migrants des Nations Unies et les deux conventions de l'OIT sur les travailleurs migrants<sup>12</sup> soient aussi importantes que la Convention des réfugiés et qu'il est important qu'elles soient ratifiées et appliquées par la Tunisie et les autres pays ne l'ayant pas fait.

En réalité, la définition de migrant inclut une pluralité de situations qui ne saurait être résumées en deux catégories. Ainsi, plusieurs migrants y compris les travailleurs migrants peuvent avoir le droit de rester dans le pays d'accueil en raison de leur état de santé<sup>13</sup>. Il peut y avoir des raisons pratiques ou légales pour qu'un migrant ne puisse pas retourner dans le pays d'origine même si il ou elle ne se qualifie pas en tant que réfugié.

Les migrants possèdent les mêmes droits que tous les autres êtres humains : mis à part quelques exceptions<sup>14</sup>, les droits de l'homme sont aussi ceux des migrants. Les migrants sont des êtres humains d'abord.

Aussi, selon François Crépeau, Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants, « L'usage terminologique incorrect qui décrit les individus comme «illégaux» contribue à augmenter les discours péjoratifs de la migration tout en renforçant les stéréotypes négatifs contre les migrants. De plus, un tel langage rend légitimes les discours concernant la criminalisation de la migration, qui à leur tour,

---

<sup>11</sup> When refugees stopped being migrants: Movement, labour and humanitarian protection, Migration Studies, Volume 1, Number 1, 2013. Carling, J. "Refugees are also Migrants. All Migrants Matter." Border Criminologies, 3 September 2015.

<sup>12</sup> Il existe trois instruments relatifs aux travailleurs migrants : la Convention n°97 sur le droit des travailleurs migrants de 1949, la Convention n°143 sur les travailleurs migrants de 1975 et la Convention internationale sur la protection des droits des travailleurs migrants et des membres de leurs familles.

<sup>13</sup> TAR Veneto, session III, décision N°1303 (2008). Le tribunal italien a statué qu'il était illégal de refuser le permis de résidence à une ressortissante nigérienne vivant en Italie et souffrant d'une sévère insuffisance rénale chronique. Le tribunal n'a pas simplement dit que le renvoi de cette migrante serait hors-la-loi étant donné les circonstances mais qu'il lui serait donné un permis de séjour pour régulariser son statut en Italie dans le but que son droit à la santé soit pleinement respecté. Voir, the Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM). Undocumented and Seriously Ill: Residence Permits for Medical Reasons in Europe (2009).

<sup>14</sup> Droit de vote et d'être élu qui peuvent être réservé aux nationaux et le droit d'établir librement sa résidence dans un pays qui est pour le nationaux et les migrants régulières.

contribuent à renforcer l'isolement, la marginalisation, les discriminations et les mauvais traitements quotidiens auprès des migrants. »

La migration irrégulière doit être décriminalisée et il existe des alternatives à la détention de migrants<sup>15</sup>. Les migrants, dont les demandeurs d'asile en détention, souffrent souvent de problèmes de santé causés ou aggravés par des conditions insalubres, la durée de détention et le manque d'assistance médicale régulière et adéquate. Cela peut se caractériser par des conditions d'emprisonnement insalubres, un manque d'examens médicaux de routine et de suivi régulier et d'accès aux soins. De la même façon, il ne faut pas non plus oublier que les alternatives à la détention coûtent deux fois moins cher que la détention et veillent au bien-être et au respect des droits de l'Homme.

### ***Les phases du processus migratoire et le droit à la santé des migrants***

Reconnaître le migrant en tant qu'individu revient également à prendre en compte toute la complexité de leur parcours migratoire et des conditions de santé pouvant en résulter. Alors que la migration en soi ne représente pas un risque pour la santé, les conditions et les circonstances entourant le processus migratoire peuvent créer des risques du bien-être physique, mental et social des migrants.

Les migrants provenant des régions de pauvreté, ceux qui ont été déplacé par les conflits ou les désastres environnementaux, les groupes vulnérables (ex : personnes avec problèmes de santé préexistants, enfants migrants séparés ou non-accompagnés, familles jeunes ou monoparentales) et ceux avec une faible éducation, peu d'opportunité d'emploi et de faibles compétences linguistiques sont exposés à un plus grand risque d'avoir un état de santé défavorable. Des facteurs comportementaux, structurels et environnementaux dont le manque de statut légal, la peur d'être arrêté, la stigmatisation, la discrimination, l'analphabétisme, les barrières linguistiques et la pauvreté constituent des obstacles qui empêchent les migrants d'accéder à des services de santé disponibles.

En effet, différents facteurs affectent la santé des migrants durant les quatre différentes phases de la migration ; la pré-migration, le mouvement, l'arrivée et l'intégration et éventuellement le retour.

L'état de santé des migrants est influencé par les déterminants sociaux de la santé sur le pays d'accueil. Ainsi, quand ils migrent, les personnes emportent généralement avec elles l'état de santé qu'elles avaient dans leur pays d'origine. Les Etats ne peuvent traiter les non-nationaux souhaitant entrer ou résider sur leur territoire différemment en raison de leur état de santé ou de leur handicap. Les seules maladies justifiant l'exclusion de non-nationaux sont celles qui constituent une à potentiel épidémique comme le définit le RSI.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> International Detention Coalition, There are alternatives, 2015.

<sup>16</sup> La mise en quarantaine ou l'isolation chez les personnes symptomatiques doit respecter le droit international. Elle doit être réalisée de la manière la moins intrusive et restrictive possible, en conformité avec des preuves scientifiques, elle ne doit jamais être arbitraire ni discriminatoire dans son application, avoir une durée limitée, respecter la dignité humaine et être soumise à un contrôle. Quand une personne malade est identifiée et qu'une isolation ou une quarantaine sont imposées, les gouvernements ont l'obligation non seulement de le notifier mais aussi de soutenir l'accès à la nourriture, l'eau et les soins de santé. Cf : <http://www.hrw.org/print/news/2014/09/15/west-africa-respect-rights-ebola-response>

Selon les Principes et Directives recommandés des droits de l'Homme aux frontières internationales, les états ne doivent pas fixer des tests obligatoires ou des barrières à l'entrée sur des conditions liées au VIH, la tuberculose ou les femmes enceintes en tant que composant de la politique migratoire et le RSI doit être respecté. La Recommandation de l'OIT (n° 200) concernant le VIH et le sida et le monde du travail de 2010 statue que les travailleurs migrants ou les travailleurs désirant migrer pour des raisons d'emploi ne devraient pas être empêchés de le faire par les pays d'origine, de transit ou de destination en raison de leur statut lié au VIH, réel ou supposé. Le 10 mars 2011, la Cour européenne des droits de l'homme, dans l'affaire Kiyutin contre Russie, a statué que refuser le titre de séjour à un ressortissant étranger au seul motif de sa séropositivité relève d'une discrimination illégale. Il faut également prendre en compte les conditions de voyage qui peuvent causer des risques sur la santé des personnes notamment en cas de migration irrégulière, de traite des personnes et de déplacements provoqués à la suite de conflits ou de désastres environnementaux. Les enlèvements, les violences sexuelles basées sur le genre, les fusillades et les autres agressions physiques sur les migrants au moment de leur arrivée dans les pays de transit et de destinations sont communs. Les migrants doivent alors faire face à une variété de menaces pour leur santé telles que des dommages corporels, la déshydratation, la malnutrition, le manque d'abris et des problèmes psychologiques.

Une fois dans le pays de transit ou destination, les migrants sont souvent exposés à d'autres déterminants de la santé qui n'étaient pas présents dans leur pays d'origine tels que l'exclusion sociale, la discrimination, l'exploitation, les barrières linguistiques et culturelles et les limitations dans l'accès à la santé. Ces barrières peuvent inclure des temps d'attente importants ou une faible disponibilité des médicaments, un manque de moyens de transports ou la menace de harcèlement durant le voyage, des services inabordables, des demandes de pièce d'identité, des barrières linguistiques et une discrimination réelle ou perçue. De plus, les migrants qui sont menacés d'expulsion – spécialement les migrants en situation irrégulière – peuvent être davantage sujet à développer des maladies et à éprouver des problèmes de santé mentale liées la précarité des conditions de vie, à des conditions de travail d'exploitation et à un manque d'accès à la santé et aux services sociaux. Dans plusieurs pays, les migrants irréguliers sont éligibles seulement pour des soins d'urgence. Cependant il est courant qu'ils soient fournis en fonction de leurs propres moyens, les rendant dépourvus de traitements de maladie où devant attendre d'être sérieusement malade, de se soigner par eux-mêmes ou par des soignants traditionnels. Les migrants en situation irrégulière ont aussi un droit à la santé comme rappelé par le Rapporteur spécial sur les droits de l'homme des migrants : « Le seul engagement des soins d'urgences constitue non seulement de la perspective des droits de l'homme mais également du point de vue de la santé publique un échec de mettre en place tout autre forme de soin préventif et primaire et peut créer des risques sanitaires à la fois pour les migrants et les

communautés d'accueil ». Les Etats faisant partie du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels en réalité « sont en particulier liés par l'obligation de respecter le droit à la santé, notamment en s'abstenant de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes, dont les détenus, les membres de minorités, les demandeurs d'asile et les immigrants en situation irrégulière, aux soins de santé prophylactiques, thérapeutiques et palliatifs »<sup>17</sup>. Les mesures suivantes se sont avérées fondamentales pour une réalisation *de jure* et *de facto* du droit à la santé des migrants :

- Définir clairement les droits par la loi, les promouvoir auprès des migrants et des prestataires de service de santé par exemple avec une circulaire ministérielle ;
- Assurer des mesures de mise en œuvre appropriées ;
- Réduire les procédures bureaucratiques inutiles et fastidieuses et assurer une communication précise et une interprétation professionnelle de leur utilisation ;
- Améliorer la qualité de l'accueil dans les établissements de soins ;
- Ne pas conditionner les soins en fonction du statut d'immigration de la personne. Avoir une disposition législative interdisant la dénonciation de la présence de migrants irréguliers dans les centres de santé et d'éducation ;
- Fournir protection et assistance aux victimes de la traite des personnes indépendamment de leur niveau de coopération avec la justice.

### ***Inclure les migrants dans les systèmes de santé***

Garantir l'accès aux soins et aux services liés à la santé n'est pas qu'un aspect essentiel du droit à la santé, c'est également fondamental pour une bonne gestion de la santé publique également dans un point de vue financière. La réalisation du droit à la santé pour toute personne joue un rôle dans la lutte contre la pauvreté et la réalisation du développement.

C'est en cela qu'une politique migratoire nationale basée sur les droits de l'Homme, cohérente et globale doit mettre en avant même dans le pays avec un haut taux de chômage les facteurs d'attraction de la migration irrégulière, à savoir les besoins non reconnus de la migration du travail dont les travailleurs faiblement qualifiés et les besoins correspondant pour ouvrir des voies davantage régulières. Les migrants ne devraient pas avoir peur de demander un accès à leurs droits ou de rapporter des abus. Il est ainsi faisable pour les systèmes de santé d'inclure les migrants car l'exclusion est coûteuse dans tous les points de vue, droit de l'Homme, santé publique et raisons financières.<sup>18</sup>

<sup>17</sup> Observation générale du Comité des droits économiques, sociaux et culturels No 14 (2000). Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels).

<sup>18</sup> Voir les études (Romero-Ortuño dans six pays, 2004 ; Bozorgmehr and Razum en Allemagne, 2015 ; Roberffroid et al. 2015 en Belgique et Cimas et al. 2016 en Espagne) qui ont été analysés lors de la rédaction de Les Recommandations sur l'accès aux services de santé pour les migrants en situation irrégulière : consensus des experts 2016.

# Migration et épidémiologie : points pratiques

Magdi Kasem

Malgré l'impact massif et bien connu des épidémies sur la santé des populations en général et les migrants en particulier, le sujet semble sous-estimé. Le sujet soulève généralement des inquiétudes entre les parties prenantes qui oscillent entre partager les informations avec le public et les cacher ou les fournir partiellement, ce qui entraîne la propagation de rumeurs ou parfois même, la panique parmi les populations. Les mythes entourant les épidémies sont bien documentés et les idées reçues ne sont pas rares non seulement auprès du grand public mais aussi parmi les organisations humanitaires.

## ***But et objectifs***

Le but de la présentation donnée lors de la Troisième édition de « l'École d'Été sur la Migration » qui a eu lieu à Tunis du 11 au 16 septembre 2017 était de fournir aux participants des connaissances de base afin d'améliorer leur performance dans la gestion des migrations mixtes, en vue de prévenir les épidémies dans des contextes de crises.

Les objectifs de la session étaient de permettre aux participants de mieux :

- 1) Être informés des termes les plus couramment utilisés en épidémiologie ;
- 2) Prendre conscience de l'importance de la prévention des épidémies et des mesures de contrôle parmi les migrants ;
- 3) Explorer les meilleures pratiques requises pour prévenir et contrôler les épidémies et réduire les problèmes de mal nutrition parmi les migrants ;
- 4) Déconstruire les mythes concernant les croyances communes sur les épidémies dans des contextes de crise migratoire et d'urgence.

La différenciation entre le mythe et la réalité contribue à minimiser la stigmatisation à l'égard des migrants en cas d'épidémie. Dans la partie suivante, nous essayerons de déconstruire les idées reçues les plus courantes liées aux migrants et aux épidémies telles que:

- 1) Les épidémies ne se produisent pas spontanément après une catastrophe et les cadavres n'entraînent pas la propagation d'épidémies de maladies exotiques. Il est donc essentiel d'appliquer une approche préventive de la maladie, d'améliorer les conditions sanitaires et d'éduquer le public ;

2) La population locale couvre presque toujours les besoins immédiats de sauvetage. Toutefois il est parfois nécessaire de faire appel à du personnel médical ayant des compétences spéciales, si le pays concerné ne dispose pas de ce type de compétences ;

3) Bien que des cas isolés de comportements antisociaux existent, la majorité des personnes aident spontanément et généreusement ;

4) L'idée comme quoi les migrants et les réfugiés peuvent survivre avec peu de ressources est erronée. Cette idée reçue les déshumanise. Cela implique que, une fois loin de chez eux, ils n'ont plus de droits fondamentaux tels que l'accès à l'alimentation, à un abri et aux soins et que ces derniers sont désormais offerts comme des actes de charité;

En réalité, les migrants ont besoin d'une alimentation davantage supérieure à la norme au cas où ils étaient malnutris et/ou malades avant leur arrivée dans un camp ainsi que d'un logement adéquat et réhabilité. Si la seule source de nourriture est fournie par les organisateurs du camp, ces rations doivent être convenables et nutritives. Cela nécessite un panier alimentaire équilibré comprenant des fruits et des légumes. Si cela ne peut être assuré, les échanges doivent être encouragés pour que les migrants ne deviennent pas sous-alimentés et déficients en micronutriments. Le fait que certains aliments peuvent être échangés, pour ajouter de la variété à l'alimentation, n'est cependant pas un motif pour réduire la ration ;

5) La production calorique recommandée pour chaque migrant varie en fonction de la composition démographique, de l'état nutritionnel et de la santé de chaque personne (elle peut nécessiter un rattrapage nutritionnel supplémentaire lorsque les personnes souffrent de malnutrition), du niveau d'activités nécessaires pour se prémunir contre la température ambiante et le gaspillage probable dans la fourniture de provisions. En d'autres termes, il existe une gamme importante de conditions pour l'apport nutritionnel qui dépendra des circonstances car une sous-estimation risque d'entraîner soit un déficit, soit un gaspillage. La quantité de 1900 Kcal par personne et par jour, supposée être une moyenne, sous-estime souvent ce qui est nécessaire ;

6) Il est largement admis que les personnes dans les contextes de crise consomment davantage de produits, ce qui a un impact sur le marché local. Cette pensée est inhumaine et incorrecte. D'ailleurs, les personnes affamées sont souvent malades ont rarement un bon appétit. Elles se languiront donc dans un état émacié ou deviendront encore plus malades. Même si une personne bien portante peut vivre convenablement

avec un régime simple d'une trentaine de produits (par exemple, le blé, les haricots et l'huile), ces denrées ne sont pas toujours disponibles et accessibles aux migrants en situation de crise ;

En synthèse, il faut fournir une couverture sanitaire convenable, favoriser le bien-être des migrants, leur permettre une vie décente et les mettre en mesure d'atteindre leur autonomie ;

- 7) Des préjugés persistent parfois sur plusieurs années, par exemple, l'idée selon laquelle les enfants doivent être réhydratés avant de manger pour empêcher la diarrhée est incorrecte. Avec des enfants gravement malnutris, cela peut être fatal. Tout enfant souffrant de diarrhée doit être nourri, si nécessaire, avec un régime liquide par tube nasogastrique en même temps que des liquides supplémentaires sont administrés. Même si la diarrhée est abondante, certains nutriments sont absorbés et peuvent commencer le processus de récupération. Commencer à nourrir après la réhydratation est souvent trop tard.

## **Références**

WHO/PAHO *Myths and Realities in the Management of Dead Bodies*  
WHO/PAHO *Myths and Realities in the Management of Dead Bodies. In natural disasters, cadavers pose no threat of disease* - September 23, 2004  
*Dead bodies do not pose health risk in natural disasters* (BNJ) - June 5, 2004  
*Management of dead bodies after disaster situations* [WHO, pdf, 1007 KB]  
Lancet, Vol 340, Nov 28, 1992  
[From a single case to epidemics: Fear and misconceptions mitigating.](http://www.chs-journal.com/article.asp?issn=1596-4078;year=2015;volume=15)  
[www.chs-journal.com/article.asp?issn=1596-4078;year=2015;volume=15.](http://www.chs-journal.com/article.asp?issn=1596-4078;year=2015;volume=15)

# La migration interne et internationale et son impact sur la santé mentale des migrants

Guglielmo Schininà

## *Introduction*

Le phénomène de la migration et son impact sur la santé mentale des migrants est souvent négligé ou incompris d'une part par l'opinion publique, ce qui ne fait qu'exagérer la question concernant la vulnérabilité des migrants en termes de santé mentale, en renforçant la stigmatisation à l'égard de ces derniers ; et d'autre part par le secteur de la santé mentale lui-même, où les problèmes en jeu sont parfois trop simplifiés.

Dans ce contexte, j'essaierai de démystifier certaines histoires récurrentes ; je présenterai certaines études actuelles sur la santé mentale des migrants et quelques normes de base en matière de soin et d'intégration des migrants dans les systèmes de la santé mentale et du soin psychosocial. Dans ce bref article, je ne soulignerai que le message principal que je voudrais transmettre et sur lequel je voudrais faire réfléchir, à savoir le droit des migrants de bénéficier d'une bonne santé mentale et d'avoir accès au soin et à la satisfaction d'autres besoins spécifiques.

Cependant, alors qu'on préconise que ces besoins soient respectés, on ne devrait pas soutenir la théorie qui décrit que les migrants, ou plutôt tous les migrants, souffrent de troubles mentaux, parce que cette hypothèse, qui n'est pas fondée sur des preuves, ne fait qu'alimenter la stigmatisation des personnes qui migrent aujourd'hui.

Selon l'OIM, les migrants représentent environ 1 milliard d'individus qui se trouvent dans le monde entier, soit environ 14 % de la population globale, notamment des migrants internes et internationaux (OIM, 2016). Cette image reflète le cadre de la migration actuelle mais ne suffit pas pour décrire la variété et la diversité des routes migratoires et des populations qui migrent. En effet, parmi les migrants il existe une multitude d'individus d'origines et de conditions variées, y compris des réfugiés, des demandeurs d'asile, des travailleurs migrants, des travailleurs cycliques ou saisonniers, des étudiants étrangers, des employés domestiques étrangers, des migrants intercontinentaux et interrégionaux, des populations mobiles et en voyage, des victimes de la traite des personnes, des enfants migrants non-accompagnés ou séparés de

leur famille, des migrants irréguliers, des familles transnationales ou encore des travailleurs maritimes.

Aujourd'hui, la diversification des populations migrantes est immense et elle est alimentée par l'augmentation générale de la population mondiale, la propagation de la communication de masse et par conséquent l'accès facilité à l'information, une augmentation de l'accès aux transports longue-distance à bas prix, les transformations globales du marché du travail et les inégalités devenues plus flagrantes à cause de la communication de masse.

Certaines routes migratoires causent des vulnérabilités extraordinaires et représentent des facteurs de stress pour les migrants, comme dans le cas des enfants voyageant non accompagnés, des réfugiés et des personnes déplacées, ceux qui laissent leur propre pays afin d'échapper aux guerres, conflits, désastres naturels, famines, migrations forcées et ceux qui sont exploités, y compris les victimes de la traite, ou ceux qui se trouvent en détention.

Par contre, la plupart des routes migratoires ne sont pas forcément cause de vulnérabilité, comme par exemple dans le cas des étudiants étrangers, des travailleurs migrants, des familles transnationales et des employés domestiques, c'est-à-dire ceux qui ont des contrats réguliers et qui décident de se déplacer principalement poussés par le désir d'avoir un meilleur statut social.

Cependant, surtout après les années 1980, au moins en Europe, certains facteurs de la nouvelle migration, y compris l'augmentation du flux provenant d'autres continents et régions, l'augmentation des migrants arrivant de pays développés ou de pays en détresse, comme dans le cas des migrants qui se déplaçaient de l'Est de l'Europe vers l'Ouest après la chute du Mur de Berlin, et enfin l'impossibilité de tenir sous contrôle tous les mouvements, avec une conséquente augmentation des migrations irrégulières, a provoqué une association par défaut entre la migration et la vulnérabilité. La vulnérabilité perçue parmi les migrants, inclut la perception que les migrants ne sont pas en bonne santé comme le sont les populations locales et qu'ils représentent aussi une potentielle menace pour les systèmes de santé publique des pays d'accueil. La position globale du domaine de la santé mentale à partir des années 1990 concernant la vulnérabilité des migrants fut alors de la définir comme « traumatisme » ; toutefois, sa pertinence clinique et sociale a été contestée par plusieurs critiques.

### ***Migration et maladie mentale***

Selon l'OMS, la santé mentale représente « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. » Si on prend en considération cette définition, la migration pourrait mettre à dure épreuve la santé mentale des migrants. Les migrants sont souvent soumis à des stress qui se révèlent

parfois anormaux car ils sont la conséquence des conditions qui les ont poussés à s'échapper, des conditions de voyage et d'accueil de la part des pays d'accueil et de l'adaptation à des situations nouvelles. Les conditions de travail des migrants irréguliers qui travaillent de façon clandestine et qui n'ont pas des contrats réguliers et ne bénéficient pas de leurs droits en tant que travailleurs. Tout au long de leur parcours migratoire, les migrants s'adaptent et avec le temps, ils développent un fort sentiment d'appartenance aux communautés d'accueil et de transit, sans délaisser leur appartenance à leur propre communauté d'origine. De ce fait, leur contribution à ces communautés est complexe et diversifiée. Cependant, en général, les communautés d'accueil ne permettent pas aux migrants de contribuer correctement à la vie locale, et quelques fois, les migrants se retrouvent à être exclus à titre préventif à cause de la stigmatisation, de préjugés et des procédures administratives punitives. Enfin, malgré leurs meilleures intentions, les migrants ne se trouvent peut-être pas en position de démontrer l'entièreté de leur potentiel, à cause des limitations administratives, de la stigmatisation, de la fuite des cerveaux et de la déprofessionnalisation. Ces facteurs sont politiques, administratifs, socioculturels et socio relationnels en nature et ils peuvent causer des effets psychologiques négatifs, tels que l'angoisse, le stress toxique, la tristesse, la sensation de repli, la colère, l'inadaptation ou ce que Renos Papadopoulos définit comme « désorientation nostalgique ». Il n'y a pas encore une réponse certaine à la question de l'impact que ces facteurs psychosociaux négatifs et les émotions qui en découlent sur la vulnérabilité et les troubles mentaux des migrants.

En premier lieu, l'hétérogénéité dans les résultats obtenus par les études existantes est très vaste. La plupart des études ne sont pas longitudinales; ce ne sont que les résultats d'auto-évaluations et de check-list plutôt que de consultations cliniques et elles se fondent sur les mêmes pathologies, à savoir : troubles- angoisse, dépression, troubles de stress post-traumatique et psychoses. La plupart des études ont remarqué qu'il existe une prévalence significative, de PTSD entre les demandeurs d'asile et les réfugiés plutôt que dans la population locale ou entre les autres populations migrantes, sans compter les victimes de traite des personnes. Le PTSD a toutefois été examiné pendant longtemps et a été considéré par plusieurs savants et professionnels comme une invention clinique non fondée.

Une corrélation importante entre les différentes formes de migration et de trouble dépressif a été démontrée par beaucoup d'études qui s'occupent de mettre en corrélation ou d'associer la dépression des migrants au stress qui sont strictement liés à l'adaptation dans des contextes nouveaux, le manque de soutien social et la marginalisation.

Même si cela est moins présent dans le discours général concernant la migration et la vulnérabilité, plusieurs études fiables confirment que le risque de souffrir de psychose et de schizophrénie est plus élevé pour les migrants plutôt que pour les populations d'accueil. Il est important de remarquer que même si les taux de schizophrénie pour les migrants sont statistiquement très élevés comparés avec la population en général, ce problème ne concerne

qu'une petite partie des populations migrantes qui ont été interrogées. Il existe des catégories spécifiques de migrants qui semblent avoir tendance à développer des troubles mentaux plutôt que d'autres migrants ou la population en général, tel que les victimes de la traite des personnes et les migrants détenus. Otisova et al. (2016) ont conduit une révision actualisée et systématique de 37 études concernant la prévalence et le risque de violence et de troubles physiques, mentaux et sexuels parmi les victimes de la traite des personnes.

Toutes ces études, indépendamment du genre et du profil de la population et de la région géographique, ont confirmé une prévalence très élevée des symptômes suggestifs d'anxiété, de dépression et de PTSD, et de psychose chez les hommes. Plusieurs études examinant les liens de causalité ont démontré que l'abus sexuel et la violence physique, la prolongation de la situation de traite, et le stress après la situation de traite (le faible soutien social et les besoins importants qui n'ont pas été satisfaits) provoquent de manière indépendante des troubles mentaux. De plus, plusieurs études montrent que la détention a des effets négatifs sur la santé mentale des migrants.

Malgré ces petites différences - qui ne sont pas grandes à l'échelle absolue - et qui n'imposent pas de services différents pour les migrants, la bonne santé mentale représente un besoin pour les migrants autant que pour les populations qui migrent. Mais surtout, la santé mentale, au même titre que toute forme de santé, est un droit pour les populations migrantes, autant que pour les populations non migrantes.

Un corps significatif de normes légales internationales concerne le droit d'accès aux soins psychologiques, et l'attention portée à l'égard des besoins principaux en termes de santé mentale des migrants est importante afin d'améliorer la qualité et la diversité des services et d'en faciliter l'accès aux migrants. D'un autre côté, ces normes et cette attention risquent souvent de devenir utiles au discours public actuel et aux pratiques migratoires nationales et aux politiques migratoires, qui, depuis les années 1980, ont progressivement transformé les migrants de sujets en objets, et d'objets en « personnes abjectes ». Même quand les normes défendent le droit à la santé mentale des migrants, la focalisation sur ce sujet risque de renforcer ces croyances erronées, en particulier quand les services ne sont pas à la portée ou ne sont pas accessibles aux migrants, étant donné qu'ils sont généralement stigmatisés.

Afin d'être efficace en se basant sur les principes éthiques, l'attention générale à l'égard de la maladie mentale des migrants devrait se transformer d'un projet basé sur les besoins à un projet basé sur les droits. Ce droit des migrants à la santé mentale a été souvent négligé. Suivre une approche basée sur les droits veut dire profiter des obstacles pour créer des systèmes de santé mentale inclusifs et fondés sur la diversité ; les études seraient alors spécifiques aux populations et aux services concernés, cherchant des moyens pour concrétiser les droits des migrants en termes de santé mentale, plutôt que de se contenter de prouver qu'il y a encore des besoins en matière d'accès aux soins. A ce stade, cela devrait déjà être un acquis.

**« Les États parties au présent  
Pacte reconnaissent le droit  
qu'à toute personne de jouir du  
meilleur état de santé physique  
et mentale qu'elle soit capable  
d'atteindre. »**

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, Article 12.1

# THEMATIQUE 2

## Les défis de la prise en charge médicale des migrants vulnérables en Tunisie

En Tunisie, on recense diverses expériences positives en matière de santé et migration : en effet, depuis les programmes qui ont été déployés auprès des migrants et des réfugiés lors de l'urgence humanitaire de 2011 au Sud du pays, les autorités sanitaires tunisiennes, épaulées par des organisations de la société civile et les organismes des Nations Unies, ont consentis d'importants efforts pour améliorer la prise en charge médicale des migrants dans les structures de santé publique. Toutefois, dans la pratique, force est de constater que les migrants, notamment les plus vulnérables, sont souvent mis à l'écart de ces programmes et leur accès aux soins de santé reste limité, ce qui peut engendrer des effets négatifs et pervers à bien des égards. Pour mieux analyser et comprendre le contexte tunisien et les défis existants en matière de santé et migration, les huit articles de cette deuxième section dressent un état des lieux non-exhaustif de la situation et lancent des pistes de réflexion pour atteindre la couverture sanitaire universelle en Tunisie.

*La vulnérabilité des migrants en lien avec le contexte migratoire régional et en Tunisie*

**Hassan Boubakri** réfléchit sur les causes et les conséquences de la croissance rapide du nombre des réfugiés dans le monde depuis le début du le XXI<sup>e</sup> siècle. M. Boubakri s'arrête en particulier sur les conditions d'accueil des migrants en Tunisie et propose des mesures pour mieux répondre aux besoins d'assistance et de protection de migrants et des réfugiés en situation de vulnérabilité.

*Santé des Migrants : «Expérience tunisienne, réalités, recommandations et perspectives»*

**Latifa Arfaoui, Henda Chebbi, Naufel Somrani**, dressent un l'état des lieux de l'intégration des migrants dans les services de santé en Tunisie et recensent les actions entreprises ou en cours de mise en place, sur le volet santé et migration en Tunisie.

*Analyse institutionnelle et contextuelle de la protection sociale et sanitaire des migrants en Tunisie*

**Chokri Arfa** à travers l'examen de l'accessibilité du système de soins pour les

migrants en Tunisie, identifie les problèmes de financement et d'utilisation du système, et énumère une série de mesures concrètes en vue d'atteindre la couverture universelle en Tunisie.

*VIH/SIDA: Enjeux de l'accès universel à la prévention, aux traitements et aux soins*

**Hayet Hamdouni** illustre l'épidémiologie du VIH/Sida dans le monde et en particulier en Tunisie ainsi que l'état de l'infection, de la prévention et de la prise en charge de l'infection par le VIH chez les non Tunisiens.

*Accès aux soins et aux services sociaux pour les migrants en Tunisie: défis et recommandations*

Leila Garbouj montre la dichotomie entre la consécration constitutionnelle du principe du droit universel à la santé et le défi que les migrants rencontrent dans la pratique dans l'accès aux soins. L'article est clôturé par une série de recommandations issues de l'expérience sur le terrain de l'association Médecins du Monde.

*Projet «Santé pour tous» : réalisations, leçons apprises et défis*

**Mounir Jeliti** décrit l'expérience de la mise en œuvre du projet « Santé pour tous », qui a permis de mettre en place une stratégie efficace de soutien au développement du secteur de la santé dans une région défavorisée telle que Kasserine.

*Les violences fondées sur le genre exercées contre les femmes et filles migrantes en Tunisie: Etat des lieux, cadre légal et approche multisectorielle*

**Delphine Lavaissiere** dresse un état des lieux sur la situation des violences à l'égard des femmes et filles migrantes en Tunisie et analyse le cadre des instruments juridiques existants, en particulier la toute récente Loi organique du 11 août 2017.

*Migration, traite des personnes et accès à la santé*

**Hélène Le Goff** introduit les spécificités du phénomène de la traite des personnes dans le contexte tunisien, tout en mettant en lumière les progrès réalisés par la Tunisie depuis plusieurs années dans la lutte contre la traite, en se dotant notamment d'une Loi organique contre ce crime (Loi n°61-2016), mais aussi de politiques publiques cohérentes, durables, et protectrices pour les victimes de la traite, mises en œuvre sous la coordination de l'Instance nationale de lutte contre la traite des personnes. Sur le plan de la santé, la Loi tunisienne prévoit la gratuité des soins pour les victimes de la traite, ce qui représente une avancée majeure et un exemple à suivre.

# A propos des auteurs

## Hassan Boubakri



Hassan Boubakri est Professeur de géographie à l'Université de Sousse et Président du Centre de Tunis pour la Migration et l'Asile (CeTuMA). Il est expert auprès de la Commission Européenne pour le programme « Dialogue Union Européenne-Société Civile du Voisinage Sud » sur la Migration et la Mobilité en Méditerranée et coordinateur du programme de recherche « MICIC » pour la Tunisie. Ses travaux de recherche ont observé, entre autres, les mouvements migratoires dans la frange transfrontalière entre la Libye et la Tunisie, l'articulation du lien entre migration et développement et la condition des étrangers en Tunisie.

## Latifa Arfaoui



Latifa Arfaoui est chef de service des activités pré hospitalières au sein de l'Unité de la médecine d'urgence à la Direction Générale de Santé. Dr. Arfaoui est docteure en médecine diplômée de la faculté de médecine de Tunis. Elle a obtenu un certificat d'études complémentaires en médecine praticienne d'urgence ainsi qu'un diplôme universitaire en santé publique. Elle a travaillé pendant un an pour l'ONG internationale « International Medical Corps » en Lybie. Actuellement, elle coopère avec différents organismes des Nations Unies pour assurer une meilleur inclusion des migrants et réfugiés dans le système de santé publique en Tunisie.

## Henda Chebbi



Henda Chebbi est médecin majeure de la santé publique et chef de service à l'Unité de la médecine d'urgence, Direction Générale de la Santé. Elle est coordinatrice au centre des opérations sanitaires stratégiques du MS (Shocroom). En 2011 elle a été membre de la cellule de coordination et de gestion de la crise humanitaire des migrants aux frontières tuniso-libyennes et elle est actuellement point focal du MS pour les projets de l'OIM Tunisie sur le dossier « santé et migration ».

### Naoufel Somrani



Naoufel Somrani est médecin Inspecteur Général et Directeur de l'Unité de la médecine d'urgence à la Direction Générale de la Santé. Il est également responsable du centre des opérations sanitaires stratégiques du MS (Shocroom). En 2011 il a été membre de la cellule de coordination et de gestion de la crise humanitaire des mi-grants aux frontières tuniso-libyenne et il est actuellement coordinateur du plan de contingence Humanitaire du secteur de la santé.

### Chokri Arfa



**INTES**

Institut National du Travail et des Etudes Sociales

Chokri Arfa est maître de conférences en méthodes quantitatives à l'INTES, Université de Carthage. Il a débuté sa carrière professionnelle à l'Institut National de la Santé Publique (MS) en qualité d'économiste de la santé avant d'intégrer en 2002, l'enseignement supérieur. Entre 2015 et 2016, il a été Directeur Général de l'ONM. M. Arfa a travaillé à la mise en place des systèmes d'information et des plans directeurs. Il a participé à l'élaboration de nombreuses études et rapports dans le domaine de la migration, notamment concernant l'identification et l'analyse de données statistiques sur la migration. En outre, il est l'auteur de plusieurs publications scientifiques et un ouvrage dans le domaine de l'économie de la santé.

### Hayet Hamdouni



Hayet Hamdouni est Coordinatrice du PNLS à la Direction des Soins de Santé de Base au MS. Elle a occupé plusieurs postes au sein du MS: notamment responsable des programmes nationaux au service de soins de santé de base de Sidi Bouzid, coordinatrice de la santé maternelle et infantile (SMI) et MST/Sida, coordinatrice de la santé mentale, coordinatrice du PN de prise en charge des diabétiques et des hypertendus et coordinatrice du PNLT. Ayant obtenu son doctorat en médecine sur la maladie de Waldenstrom, Dr. Hamdouni est titulaire des plusieurs mastères : en médecine d'urgence, en médecine transfusionnelle, en méthodologie statistique et épidémiologie, ainsi qu'un certificat d'études complémentaires en addictologie et un cycle de spécialisation en épidémiologie en santé publique à l'école de santé publique à Rabat au Maroc.

## Leila Garbouj



Leila Garbouj est médecin généraliste et gestionnaire de la santé. Après une expérience en tant que médecin des urgences et médecin de libre pratique en Tunisie, Mme. Garbouj a commencé un parcours dans le domaine professionnel associatif à travers la région MENA : elle a acquis une expérience en médecine humanitaire au Liban, en gestion de projets dans des projets régionaux des pays MENA, en développement de capacités dans la santé publique en République Arabe Syrienne, et enfin, depuis 2014, en tant que coordinatrice générale chez Médecins du Monde en Tunisie. Elle gère donc les trois axes de travail: la réforme du système de santé, l'accès aux soins des migrants et la lutte contre la violence envers les femmes. Mme. Garbouj est également activiste des droits de l'homme et droits des femmes dans des ONG comme Amnesty International ou l'Association Tunisiennes des Femmes Démocrates.

## Mounir Jeliti

الهلال الأحمر التونسي  
Croissant Rouge Tunsien



Mounir Jeliti, président du Comité Régional du Croissant Rouge Tunisien de Kasserine, est médecin spécialiste d'urgence et de gestion des catastrophes. Il est aussi inspecteur divisionnaire au MS et délégué Régional de l'ONFP au Gouvernorat de Sfax.

## Delphine Lavaissiere



Delphine Lavaissiere est chargée de la coordination du programme genre et lutte contre les violences fondées sur le genre pour l'UNFPA en Tunisie où elle travaille depuis 2013. Titulaire d'un master en sciences politiques, Mme. Lavaissiere a travaillé pour plusieurs organisations internationales (Nations Unies, Union Européenne, ONG internationales) dans différents pays et contextes.

## Hélène Le Goff



Hélène Le Goff travaille pour l'OIM depuis 2007. Après une mission à l'OIM au Mexique (2007-2012) elle est actuellement Chef de Projet en matière de Protection des Migrants et Lutte contre la Traite à l'OIM Tunisie. Dans le cadre de ses fonctions, elle coordonne la mise en œuvre de projets portant sur la protection des migrants, AVRR, la gestion des flux migratoires mixtes, et de la lutte contre la traite des personnes, y compris l'assistance directe aux victimes. Mme. Le Goff est titulaire d'un Master en Etudes Politiques et d'un Master Professionnel en Droit, Economie et Gestion – Mention Affaires Internationales et Européennes – Spécialité Coopération au Développement et Gestion des Risques, de l'IEP Sciences-Po de Bordeaux. Elle est également titulaire d'une Licence en Sciences Politiques et de l'Administration, de l'Université de Grenade en Espagne.

# La vulnérabilité des migrants en lien avec le contexte migratoire régional et en Tunisie

Hassan Boubakri

## *Introduction*

Si le nombre des migrants internationaux dans le monde a atteint près de 240 millions en 2017, le quart d'entre eux sont des réfugiés, des demandeurs d'asile, des déplacés à l'intérieur d'un pays, ou des apatrides.

Leur nombre a explosé au XXI<sup>e</sup> siècle. En effet, il n'y a jamais eu autant de réfugiés et de déplacés dans le monde depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Si l'augmentation a été progressive durant des dizaines d'années, la dernière décennie du XXI<sup>e</sup> siècle a connu une accélération fulgurante et le nombre a triplé : 19,4 millions en 2005, 52,9 millions en 2015, et 65,3 millions en 2016. Un peu moins du tiers (19,4 millions) de ces personnes ont le statut de réfugié, 16,1 millions relèvent de la compétence du UNHCR et 5,2 millions de la compétence de l'UNRWA alors que 10 millions sont des apatrides. En se déplaçant, 9 réfugiés sur 10 sont restés dans les pays en développement et non dans les pays développés.

La multiplication des conflits est la cause principale de l'asile. Les conflits s'étendent désormais sur une vaste zone intercontinentale continue de l'Afrique à l'Asie : aux anciennes zones de conflits et de persécution, se sont ajoutées depuis 2011 de nouveaux foyers de guerres et de violence qui désormais s'étendent du Proche Orient à l'Afrique Occidentale en passant par la Péninsule Arabique (Yémen), la Corne de l'Afrique, l'Afrique Centrale, les pays du Sahel et le Maghreb.

Le HCR a compté 14 conflits entre 2010 et 2015 (sans oublier les conflits plus anciens qui continuent à générer l'asile (occupation et colonisation des Territoires palestiniens, Afghanistan, Darfour, Sud Soudan avant l'indépendance... et après... etc.), dont 8 conflits en Afrique (République Centre Africaine, Libye, Mali, Nord-Est du Nigeria, République Démocratique du Congo, Soudan et Sud Soudan, Burundi cette année), 3 conflits au Moyen-Orient (La République Arabe Syrienne Irak, Yémen), 1 en conflit en Europe (Ukraine) et 3 en Asie (Kirghizistan, Myanmar, Pakistan...).

Toutefois, la vulnérabilité des migrants ne se limite pas à celle des réfugiés. Les migrants économiques sont exposés à d'autres formes de vulnérabilité.

## ***La vulnérabilité des migrants en Tunisie***

Suite à l'insurrection de 2010-2011, La Tunisie a connu une expérience migratoire inédite où se sont croisés plusieurs catégories de flux et de vagues migratoires. Cette vague d'exil est le résultat de l'une des crises migratoires les plus aiguës vécues par la région dans son histoire récente. Au cours de cette de 2011, la Tunisie a maintenu une politique de portes ouvertes au profit des travailleurs migrants qui fuyaient la Libye, ce qui en avait fait le plus grand pays d'accueil des migrants et des réfugiés.

Les migrants qui ont rejoint la Tunisie se répartissent en trois catégories:

- Les travailleurs tunisiens : leur nombre a atteint 137 000 en janvier 2012 (OIM, 2012) ;
- Les ressortissants libyens qui ont fui la guerre dans leur pays pour rejoindre la Tunisie. Le nombre a été estimé par l'OIM à 700 000 personnes, mais le Ministère Tunisien de l'Intérieur a enregistré 1,5 million d'entrées de ressortissants libyens en Tunisie pendant toute l'année 2011 (INS 2012) ;
- Les ressortissants de pays tiers. Ce sont des citoyens ressortissants de pays non frontaliers avec la Libye. Ils ont rejoint la Tunisie pour obtenir la sécurité et aussi parce qu'ils ne pouvaient pas accéder directement à leur pays en Libye. Leur nombre avait atteint 208 500 migrants répartis entre 120 nationalités (OIM, 2012).

## ***Les réponses aux besoins d'assistance et de protection des migrants<sup>19</sup>***

La crise de 2011 a permis de tester la capacité de réponse et l'action des différents acteurs et parties prenantes (gouvernements, agences des Nations Unies, organisations internationales, ONG, migrants eux-mêmes) en ce qui concerne l'assistance et l'organisation des secours pour les réfugiés et les travailleurs migrants qui ont fui la Libye dans un contexte de violence et d'insécurité. La Tunisie a réussi à faire face à cette crise non seulement en accueillant correctement ces réfugiés et ces migrants, mais surtout en assurant le bon fonctionnement d'une des opérations les plus massives de rapatriement des exilés vers leur pays d'origine.

## ***La contribution des pouvoirs publics tunisiens***

Les autorités tunisiennes ont fourni de nombreux services tels que :

- La protection (Armée / Ministère de la Défense) ;
- L'assistance (Protection civile / Ministère de l'Intérieur) ;

---

<sup>19</sup> Ces données sont soustraites des résultats d'une étude intitulée « Impact de la crise libyenne sur les migrants en Tunisie », conduite par l'auteur de cette note, dans le cadre d'un programme de recherche initié par l'ICMPD (International Center for Migration Policy Development), en collaboration avec l'UNHCR et l'OIM. Les interviews réalisées avec les responsables des principales parties prenantes, ci-dessous citées, sont les sources principales de ces données.

- Les soins de santé (MS) ;
- Le transport et le rapatriement : un parc d'autobus (Ministère des Transports) pour le transfert des migrants des frontières aux camps de transit et des camps à l'aéroport de Djerba-Zarzis ;
- Le MAS a joué un rôle de premier plan dans la gestion de la crise dans le sud de la Tunisie, aux côtés des Ministères de l'Intérieur et de la Défense qui ont supervisé leurs domaines de responsabilité. C'est le MAS qui a coordonné les réunions interministérielles du Groupe de travail sur les migrations du Sud ;
- Le gouvernorat de Médenine, en tant que siège des autorités régionales, était responsable de l'organisation logistique et de l'accueil des réunions, d'autant plus que toutes les administrations régionales (y compris la sécurité, la santé, les affaires sociales) sont placées sous l'autorité du gouverneur.

### ***Le rôle joué par le MS***

Le MS assure un service public avec une compétence territoriale sur toutes les questions liées à la santé préventive et curative dans la zone frontalière en raison de l'afflux massif de migrants qui ont fui la Libye. Ainsi, un comité de coordination d'urgence a été créé pour organiser les services de santé, d'hygiène et de prévention. Une unité de gestion de crise a été également créée au niveau du service de santé, opérant à l'aide d'une unité de médecine d'urgence et SHOC ROOM. La SHOC Room a été équipée et préparée pour les urgences, avec le soutien de l'OMS.

Au niveau régional, il y avait une salle SHOC à Zarzis, avec des représentants de l'échelon central (Tunis), ainsi que les représentants des établissements régionaux et locaux de santé.

Lorsque les migrants arrivaient à la frontière, ils étaient pris en charge par une coordination des soins de santé par les organisations de protection civile, humanitaires, en particulier le CRT, IR, le DRC.

La santé militaire (Ministère de la Défense) a également été impliquée dès le début de la crise, en particulier pour le traitement des blessés de guerre en provenance de Libye et leur passage de la zone frontalière aux structures de santé internes.

### ***Le rôle des OSC ou ONG.***

Elles sont tunisiennes et étrangères opérant en Tunisie.

***Les OSC tunisiennes*** : plusieurs ONG ont apporté du soutien aux migrants dans différents domaines:

- Assistance, hébergement et soins de santé pour les migrants, sauvetage

et soins pour les survivants de la mer (CRT, Caritas, DRC, Mercy Corps... etc.); Aide alimentaire et moyens de subsistance : UTSS, etc.

**Les ONG étrangères** : leurs activités étaient réparties selon plusieurs domaines :

- Assistance médicale : Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières... Le CRT intervenait auprès du Département de la santé, et accompagnait les migrants jusqu'à ce qu'ils soient soit inscrits, soit couverts par des hôpitaux ;
- Conseil et assistance juridique : Maison du Droit et des Migrations/ France Terre d'Asile ; bureau régional de l'IADH, «Beity» ;
- Sensibilisation et surveillance dans la lutte contre la traite des êtres humains : Avocats Sans Frontières ;
- Le CICR a été le premier à avoir aidé le CRT sur le terrain, aux frontières tuniso-libyennes, en achetant des couvertures, des matelas et de la nourriture. Le Croissant-Rouge tunisien a collaboré avec le CICR pour rétablir les relations entre les migrants et leurs familles ;
- Au total, plus de 900 000 personnes qui ont traversé les frontières, ont été secourues par le CRT et ses pairs, aux côtés d'autres ONG et organisations internationales (dans les domaines de l'accueil, de l'assistance, de l'orientation, de l'asile, etc.).

### ***Le rôle des Organisations internationales***

Le UNHCR : est l'un des principaux acteurs internationaux, aux côtés de l'OIM, qui a joué, et joue toujours un rôle central dans la gestion de la crise des réfugiés et dans l'aide aux migrants.

Grâce à la coordination avec d'autres organisations nationales et internationales, l'UNHCR a aidé les migrants, les réfugiés et les demandeurs d'asile à acquérir des besoins fondamentaux tels que la nourriture, les soins, l'éducation, le travail, l'hébergement, l'enregistrement et l'examen des dossiers de demande d'asile (près de 4 000 demandes d'asile et de réinstallation).

Au niveau de la santé, le UNHCR a aidé les hôpitaux du sud tunisien (frontalier avec la Libye) la région avec du matériel médical, des ambulances, des salles de radiologie équipées et fourni des médicaments d'environ 65 000 dinars à l'hôpital de Médenine.

L'OIM: les équipes de l'OIM se sont déployées en Libye et en Tunisie pour organiser le rapatriement de centaines de milliers de travailleurs migrants vers les pays voisins (Tunisie, Égypte, Tchad...etc.) puis leur évacuation vers leurs pays d'origine :

- Opérations de rapatriement de Libye : les migrants ont été évacués par voie maritime depuis Benghazi et Tripoli vers l'Égypte. Les ambassades qui n'ont pas assez de ressources (Égypte, Bangladesh, pays de l'Afrique subsaharienne) ont contacté l'OIM pour les aider à rapatrier leurs ressortissants vers la Tunisie.

Malgré sa présence en Tunisie avant 2011, l'OIM a déployé de nouveaux moyens pour répondre aux besoins massifs des migrants victimes de la crise de 2011. A partir de la Tunisie, l'OIM a coordonné l'une des opérations d'évacuation et d'assistance humanitaire les plus importantes depuis des années. 180 000 migrants ont ainsi bénéficié de cette vaste opération. Dans le cadre de son mandat (Convention de Genève), le HCR a de son côté aidé les réfugiés qui ont fui la Libye.

L'OIM avait également contribué à l'élaboration d'un plan d'urgence, suite à la dégradation de la situation sécuritaire en Libye en 2014. Le sud de la Tunisie avait été désigné comme un espace stratégique pour la réception et l'assistance des migrants en provenance de Libye. L'OIM a été invitée à se préparer à fournir, en cas de besoin, une assistance à la fois dans le sud (si les flux de migrants exilés restent limités) et dans d'autres villes plus au nord (Sfax, Tunis) si les débits sont plus massifs.

***La vulnérabilité touche les migrants qui ont fui ou continuent à fuir la Libye, ainsi que les migrants en situation irrégulière en Tunisie.***

Dès 2011, les migrants qui résidaient en Libye ont été victimes d'agressions et d'abus divers. Les travailleurs migrants et les réfugiés en Libye ont été considérés et représentés par les « rebelles » comme « mercenaires » du régime. De nombreux migrants africains ont été menacés, attaqués, détenus et même assassinés.

L'idée de fuir en Tunisie s'est propagée très rapidement dans les jours qui ont suivi la guerre civile. La Tunisie a été décrite et présentée à tous les migrants comme un pays sûr qui devrait leur servir de refuge.

Depuis 2014, année de la reprise de la guerre civile, les migrants ont été victimes de réseaux de trafic et de traite sur plusieurs routes :

- Pour les conduire de leur pays d'origine vers la Libye ;
- Pour les conduire de Libye vers les côtes italiennes ;
- Pour les conduire de la Tunisie vers la côte italienne en transitant irrégulièrement par les frontières terrestres avec la Libye.

Une autre partie des migrants touchés par la crise libyenne sont des survivants (ou des rescapés) de la mer : ils ont été secourus ou interceptés dans les eaux territoriales tunisiennes par la marine tunisienne et sont retournés aux ports de Sfax, Zarzis ou el Ketef (à côté du point de contrôle de Ras J'dir), frontalier de la Libye.

Les réseaux de contrebande ont bénéficié du chaos et de l'absence d'autorité pour attirer leurs victimes parmi les migrants et les réfugiés présents en Tunisie qui cherchent à traverser l'Italie, en plus évidemment des migrants en provenance des pays subsahariens.

Toutefois, si la Tunisie est réputée, auprès des migrants, pour être un pays sûr (comparativement à la Libye actuelle), elle n'est pas jugée comme étant un pays qui peut remplacer la Libye en matière de disponibilité de l'emploi

pour, objectif ultime d'une grande partie des migrants, continuer à envoyer de l'argent aux membres de la famille restés dans les pays d'origine.

Les migrants piégés en Tunisie (ils ne parviennent plus à partir en Europe et n'arrivent pas non plus à obtenir la régularisation de leur situation administrative) se plaignent de deux grandes contraintes :

- L'absence de statut légal les rend vulnérables vis-à-vis des services publics (hôpitaux), de la police et de l'administration et vis-à-vis des particuliers tels que les propriétaires avec lesquels ils ne peuvent pas signer des baux. Même les réfugiés statutaires (sous la protection du HCR), font face à contraintes pour obtenir leurs cartes de séjour de réfugiés, l'un des réfugiés a déclaré: « Le UNHCR nous a fourni des documents juridiques. Nous avons même des cartes de réfugiés. Mais nous n'avions pas de permis de séjour. Même si nous voulons prendre des leçons de conduite, c'est difficile. Il y a des réticences... » Cette vulnérabilité s'étend au marché du travail et aux conditions de vie quotidiennes. Les employeurs du secteur privé demandent toujours aux migrants sans papiers un permis de travail qu'ils ne peuvent obtenir en raison de leur situation irrégulière. Les employeurs qui ne peuvent pas recruter les réfugiés et les demandeurs d'asile les emploient illégalement ce qui les expose à des abus : non déclarés, sous-payés ou pas du tout payés.

## **Conclusion**

Toutes les parties prenantes doivent améliorer leurs réponses aux besoins d'assistance et de protection de migrants et des réfugiés en situation de vulnérabilité prononcée.

L'État devrait d'abord adapter et réformer toutes les législations et les lois dont la lettre et l'esprit sont loin de respecter les droits des migrants et des réfugiés, d'assurer leur protection, et de les soustraire à la contrainte et aux abus de l'administration. Si la condition des étrangers et des migrants est réformée en vue de réparer ces déficits réglementaires, nous pourrions considérer qu'une partie du problème sera résolue.

L'État devrait travailler à réunir les fonds nécessaires à la prise en charge des besoins des migrants, surtout les plus vulnérables (femmes, enfants, malades, handicapés, orphelins, personnes âgées, personnes privées de toute couverture sociale, etc.). Les organisations internationales et les parties gouvernementales partenaires de la Tunisie ont pour obligation de soutenir un petit pays d'immigration, comme la Tunisie, en matière de réponses aux situations d'urgence et de vulnérabilité des migrants. Tout migrant, quel que soit son statut, devait avoir accès, sans contrainte, aux soins, sur le même pied d'égalité que les nationaux. Des fonds spéciaux devront être réservés aux opérateurs de la santé (établissements publics de soins, cliniques privées, laboratoires d'analyse et centres d'imagerie médicale, etc.) pour prendre en charge les frais de santé fournis aux migrants et aux réfugiés. Enfin, les OSC devront travailler à renforcer leurs capacités matérielles et logistiques pour répondre aux situations de crise ou d'urgence, et aux besoins des catégories les plus vulnérables parmi les migrants et les réfugiés.

# Santé des Migrants: «Expérience tunisienne, réalités, recommandations et perspectives»

Latifa Arfaoui, Henda Chebbi et Naoufel Somrani

« La possession du meilleur état de santé constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race » (Constitution de l'OMS 1946)

En Tunisie, le droit à la santé est garanti par la nouvelle Constitution de 2014 (article 38)

« L'Etat garantit la prévention et les soins sanitaires à tout citoyen et fournit les moyens nécessaires pour garantir la sécurité et la qualité des services de santé »

L'accès aux soins se traduit par l'accès aux déterminants sociaux de la santé, l'accessibilité financière, géographique et la disponibilité de l'offre de soins ainsi que la qualité des services.

Les migrants, notamment réguliers, font partie des populations bénéficiaires des politiques et programmes socio-sanitaires. Les réfugiés et les demandeurs d'asile ont accès aux établissements de santé tunisiens dans les mêmes conditions que les citoyens tunisiens.

Plusieurs études sur l'état des lieux de l'intégration des migrants dans les services de santé en Tunisie ont été faites en collaboration avec des organisations gouvernementales et non gouvernementales. Les principaux résultats des études sont de trois niveaux :

- Pour le système de santé, il s'agit d'un problème de financement ;
- Pour les prestataires de santé, l'ignorance des textes réglementaires ;
- Pour les migrants, l'absence de connaissances sur le fonctionnement du système de santé.

Actuellement, et dans le cadre de programmes de collaboration (avec l'OIM, l'Union Européenne, Médecins du Monde, ...), et spécifiquement pour le volet santé et migration, plusieurs actions ont été faites et d'autres sont en cours:

- Formation des éducateurs pairs parmi les volontaires des ONG locales et internationales pour faciliter l'accès des migrants aux soins : plusieurs ateliers sont organisés par l'OIM ;

- Renforcement des capacités des établissements de santé publique pour la prise en charge des populations migrantes en équipements médicaux, pour l'amélioration de l'organisation d'accueil (traduction des panneaux de signalisation dans les SSP/ centres de l'ONFP);
- Faciliter l'accès des migrants vulnérables aux soins curatifs des IST/VIH
- Renforcer le réseautage des acteurs qui travaillent avec les migrants.
- Renforcer les compétences du personnel de la santé pour, améliorer les services auprès des migrants et lutter contre la discrimination et la stigmatisation.

# Analyse institutionnelle et contextuelle de la protection sociale et sanitaire des migrants en Tunisie

Chokri Arfa

## *Introduction*

L'École d'Été sur la Migration est organisée sous forme d'une formation universitaire continue. La troisième édition de 2017 a eu pour but de sensibiliser les participants à une culture générale sur le thème : « migration et santé » par rapport au contexte tunisien. L'organisation de l'École d'Été est le fruit d'un partenariat entre plusieurs institutions et la contribution d'une équipe multidisciplinaire de conférenciers et d'animateurs qui ont fait valoir leurs expériences dans le domaine de la migration et la santé.

De ma part, j'ai tenu à ne pas faire un exposé narratif, mais plutôt à donner quelques pistes de réflexion, de lancer le débat, de permettre l'échange de bonnes pratiques. Nous avons souligné que l'accès aux soins des migrants varie selon les pays et dépend du cadre institutionnel et organisationnel de la protection sociale et sanitaire, particulièrement des modes de régulation, de la perception des décideurs des difficultés d'accès et d'accueil en Tunisie (Boubakri H. MazzellaS., 2005) et évidemment de la reconnaissance des droits minimaux d'accès aux besoins essentiels à tous (OIM, 2009).

Nous admettons qu'une considération primordiale de l'intérêt supérieur et de dignité intrinsèque de l'homme consiste à protéger et à réduire tous les obstacles d'accès aux soins des migrants quel que soit leur statut de résidence : régulière ou irrégulière. Les conventions internationales préconisent le droit à la satisfaction des besoins élémentaires d'habillement, d'hébergement et des soins médicaux. Les difficultés d'accès à ses services sont de plus en plus traitées positivement en Tunisie par les différents acteurs (institutions publiques, organisations internationales et organisations non-gouvernementales tunisiennes et internationales) mais il reste à faire un travail énorme de mise à jour de la législation en vigueur et de renforcement de la collaboration entre ses différents acteurs. Toutefois, les immigrants irréguliers constituent un groupe diversifié qui nécessite un traitement spécifique pour

régulariser la situation administrative et pour faciliter l'accès aux services socio-sanitaires en cas de besoin.

Le présent article rend compte des trois axes traités dans la présentation qui vise à approfondir la connaissance des participants à la capacité institutionnelle et organisationnelle du système de santé par rapport au recours aux soins d'une manière générale, particulièrement des immigrés, et ce au regard de ses missions et de ses moyens globaux.

### ***L'accès aux soins***

En premier lieu, nous avons précisé qu'il ne faut pas négliger le concept d'accessibilité aux soins lui-même. En géographie et selon Picheral (2001) : c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. Pour l'analyser, l'auteur exige de tenir compte de la distance (proximité ou éloignement) et du temps du trajet. Il propose des indicateurs sociaux (inégalités) et de santé qui doivent fournir des renseignements sur l'utilisation effective du système, la capacité financière de recourir à des services de santé et de disposer ou non d'une protection sociale en santé (assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion). L'accessibilité est un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale (équité) et est considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque.

Pour l'économie de la santé et selon Lambert (1985) : les conditions d'accessibilité aux équipements collectifs sont toujours contrastées dans les grandes nations, où persistent des inégalités régionales et des régions de peuplement dispersé (zones de montagne, régions sous peuplées ou dépeuplées). Les barrières d'accès aux soins par rapport aux taux d'utilisation des services existants sont issues du déséquilibre de l'offre, des coûts élevés et une morbidité associée à une faible consommation de soins, à la duplication des services médicaux dans régions suréquipées et l'absence d'une carte sanitaire optimale.

Il en découle trois facteurs qui expliquent l'utilisation et l'accès aux services de santé :

- Facteurs prédisposants
  - Démographiques : âge, sexe, statut marital, morbidités passées ;
  - Structure sociale : race, niveau d'éducation, occupation, ethnie, *mobilité* résidentielle, taille de la famille ;
  - Valeurs et croyances : santé et perception des maladies, attitudes face au risque maladie, connaissance des maladies et de leur impact.

- Facteurs de capacité
  - indicateurs familiaux : revenu, *assurances*, *source régulière de soins*, *accès aux sources* ;
  - indicateurs communautaires : densité et disponibilité des *ressources sanitaires* dans le *lieu de vie*, prix des services, *région géographique*, *habitat rural versus urbain*).
- Facteurs déclenchants
  - besoins face à la maladie exprimés par le niveau perçu de besoins, conséquences attendues de la maladie, symptômes, diagnostic effectué par l'individu, état général concomitant ou niveau de besoin évalué ou mesuré par un tiers, symptômes et diagnostic établi par les *experts*.

### ***Les difficultés d'accès aux soins***

C'est ainsi que se posent quelques questions : De qui et de quoi on parle ? Il est de grande utilité d'identifier le profil et les difficultés d'accès aux services socio-sanitaires des immigrés mais aussi de déclarer les droits minimaux qui doivent être reconnus aux migrants vulnérables réguliers et/ou irréguliers. Il est important aussi faire la part des choses et de reconnaître qu'actuellement:

- Les immigrants, les immigrants sans papiers, également appelés illégaux, irréguliers et non-citoyens, éprouvent des difficultés d'accès aux services de santé et sont donc, des sous-utilisateurs du système de santé ;
- La sous-utilisation ne met pas en danger seulement leur santé mais, peut également mettre en danger la santé de la population (maladies infectieuses) ;
- Les séquelles de l'accès limité des immigrants aux soins concernent:
  - Les maladies non transmissibles (cardiovasculaire, cancer, diabète, maladies respiratoires etc.) connues comme chroniques, lourdes et très coûteuses ;
  - Le manque de suivi de la tuberculose, du VIH / sida ;
  - Les problèmes de santé mentale non traités etc. ;
- Le droit à la santé repose sur quatre éléments fondamentaux : disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité (OIM, 2013).

Accès pour qui ? C'est principalement aux migrants non autorisés, irréguliers, sans-papiers, réfugiés (selon les conditions du HCR). Les données disponibles ne permettent pas de disposer d'une cartographie de ces immigrants : profil socioéconomique, épidémiologique et difficultés d'accès. Ici, il faut reconnaître l'absence effective d'une stratégie nationale migratoire (en cours de mise en œuvre) et la faiblesse du système d'information statistique que ce soit pour les

Tunisiens résidents à l'étranger ou les étrangers résidents en Tunisie. Il y a un besoin de disposer d'une description fiable des migrants, de savoir d'où viennent-ils? Combien sont-ils? Quel âge ont-ils? Sont-ils principalement des hommes ou des femmes? Où travaillent-ils : dans le formel ou l'informel ?

En effet, l'information sur les migrations est reconnue de faible fiabilité par tous les acteurs tunisiens. Il n'a pas d'enquête spécifique dédiée à la migration. Les données disponibles avec une méta-analyse permettent d'identifier faiblement certains traits caractéristiques du profil des immigrés et des éventuelles difficultés auxquels font face en cas de besoins des services socio-sanitaires, particulièrement pour les immigrés en situation de vulnérabilité et/ou irrégulière. D'après l'INS (RGPH 2014), les étrangers en Tunisie sont estimés à 53 490 ressortissants (46 % de Maghrébins et 22 % d'Européens) contre 35 500 en 2004<sup>20</sup>. Ils sont principalement des Maghrébins (46 %) et à peu près 14 % des Africains. A raison de 81 %, ils habitent dans le Grand Tunis et les gouvernorats côtiers de la Tunisie.

À ce jour, il n'y a pas assez d'études pour bien identifier et documenter les difficultés d'accès aux soins des immigrés et de les relier aux caractéristiques de l'immigré. Une étude Médecins du Monde (2016) et l'ONFP (2016) a révélé que le migrant en situation irrégulière renonce à recourir aux soins par crainte d'être criminalisé et expulsé. Il s'avère également que la pauvreté, et la précarité économique (secteur informel et absence d'assurance maladie), la méconnaissance du système de santé, les difficultés linguistiques etc., sont des obstacles d'accès aux soins. Aussi, il existe des attitudes discriminatoires à l'égard des immigrés dans certaines structures de soins.

### ***Le cadre législatif***

La Tunisie reconnaît le droit d'accès aux besoins sociaux. L'article 38 de la Constitution affirme que « Tout être humain a le droit à la santé. L'Etat garantit la prévention et les soins de santé à tout citoyen et assure les moyens nécessaires à la sécurité et à 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 une couverture sociale conformément à ce qui est prévu par la loi ». La Loi Sanitaire de 1991 mentionne que : « Toute personne a droit à la protection de sa santé dans les meilleures conditions possibles ». Sans oublier de rappeler que la Tunisie a ratifié le Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels en 1969, dont l'article 12 constitue la base des recommandations internationales sur le droit à la santé.

---

<sup>20</sup> Ces données résultent du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), Institut National de la Statistique 2004 et 2014.

De ce fait, il convient de disposer d'une cartographie des immigrés qui permet une lecture par pays d'origine, par âge, par genre, par qualification et niveau d'éducation, par emploi formel ou informel etc., mais aussi de discerner leurs états de santé et les difficultés d'accès aux services sociaux.

### ***Le cadre institutionnel de la protection sociale en santé***

Le deuxième axe a été dédié au cadre institutionnel et organisationnel du système de la santé tunisien où nous avons insisté sur la protection sociale en santé et ensuite les défis de ce système. La protection sociale en santé est composée de deux régimes : l'assurance-maladie sociale et l'assistance médicale. Il faut signaler qu'aux alentours de 8 à 10 % des Tunisiens ne sont pas couverts.

#### **Assurance sociale (CNAM)**

- Population active-assujettie à la sécurité sociale et pensionnée par deux secteurs : privé et public et leurs ayants-droits ;
- Accessibilité selon trois filières : publique, remboursement et privée ;
- Financement par cotisation sociale (6,75 % et 4 %).

#### **Assistance médicale**

- Personnes démunies sans sécurité sociale selon deux sous-régimes: Gratuité des Soins et Tarifs Réduits ;
- Accessibilité aux structures publiques de santé ;
- Affiliation sur demande ;
- Financement par la fiscalité.

De plus, l'assurance sociale inclut deux régimes spécifiques de sécurité sociale, destiné respectivement aux catégories à faibles revenus et aux étudiants et la signature des conventions bilatérales (Hakim., 2014).

- Le premier régime (Loi n° 2002-32 du 12 mars 2002) comporte l'octroi des prestations de soins, des pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants. Il concerne les gens de maison, les travailleurs de chantiers, les pêcheurs travaillant sur des barques dont la jauge brute ne dépassant pas 5 tonneaux, les pêcheurs indépendants et les petits armateurs, les agriculteurs exploitant une superficie ne dépassant pas 5 hectares en sec et 1 hectare en irrigué, les artisans travaillant à la pièce ;
- Le deuxième régime (loi n° 65-17 du 28 juin 1965) s'applique aux étudiants tunisiens et étrangers originaires de pays liés avec la Tunisie par des conventions bilatérales, aux stagiaires dans le cadre de stages d'initiation à la vie professionnelle pour les diplômés du supérieur et du secondaire, aux stagiaires munis des contrats emploi formation, aux stagiaires dans le cadre des programmes d'adaptation et de

- réadaptation en vue de la réinsertion dans la vie professionnelle ;
- La Tunisie a signé des conventions bilatérales de sécurité sociale avec treize pays (France, Belgique, Italie, Luxembourg, Allemagne, Autriche, Espagne, Pays-Bas, Portugal, Algérie, Maroc, Egypte et la Libye) qui garantissent l'égalité de traitement, la totalisation des périodes de travail, le transfert des droits (prestations en espèces, pensions) des émigrés Tunisiens au pays de résidence.

### ***Les défis et les dysfonctionnements du système de santé***

De plus, le deuxième axe de la présentation a mis en évidence la situation actuelle du système de santé Tunisien. Après un bref inventaire de l'offre de soins et une description des composantes de la demande, nous avons montré quelques défis et dysfonctionnements auxquels fait face le système de santé tunisien:

- La part du budget national consacrée à la santé est insuffisante (autour de 4 % du budget national) par rapport à la norme internationale recommandée par l'OMS qui est de 5 % au minimum ;
- En 2013, les ménages ont financé plus de 37 % des dépenses totales de santé. En plus, les niveaux de couverture maladie sont très défavorables surtout pour les quintiles pauvres et très pauvres, malgré l'existence du programme d'assistance médicale. La population vulnérable est exposée à des dépenses catastrophiques de santé et à la pauvreté suite à l'utilisation des services de santé ;
- En dépit de la loi sanitaire de 1991 qui donne la priorité aux soins primaires, en pratique le secteur tertiaire bénéficie des investissements les plus importants. D'ailleurs, les critères d'allocation par niveau et par institution ne sont pas précis ;
- Jusqu'à ce jour, il n'existe pas de référentiels de qualité pour les structures de soins, ni de système d'évaluation, de certification et d'accréditation des institutions de soins ;
- Les médicaments dans le secteur public souffrent de lacunes très graves en matière de gouvernance (Hanafi 2014) et de disponibilité, ce qui a contribué considérablement à la baisse de la qualité et à la confiance des usagers ;
- La faible participation du MS aux activités intersectorielles impactant sur la santé et qui sont pilotées par d'autres secteurs est remarquable.

Avec un système de santé qui souffre d'insuffisance des fonds, de faible mise en commun des ressources, de manque de médecin spécialiste dans les régions de l'intérieur et de l'utilisation inefficace des ressources, les citoyens vulnérables ont déjà des difficultés d'accès aux soins dans les structures publiques que dire des étrangers en situation de vulnérabilité. Les

défis cruciaux sont liés aux trois facteurs suivants :

- **facteurs extérieurs** : Inégalités de revenus et d'éducation, travail décent, pauvreté exclusion sociale ;
- **facteurs internes** : gouvernance, système d'information, pénurie en médecins spécialités, en médicaments et en technologies médicales ;
- **faiblesses du système de financement de la santé** : fragmentation et mise en harmonie (mutualisation des risques).

### ***Les principales constatations***

Un des principaux constats est qu'il est difficile d'aller vers la couverture universelle avec le mode de gouvernance, la culture organisationnelle et les méthodes de management actuels qui n'assurent pas une gestion adéquate et avivée du système de santé. Il est donc nécessaire de transformer le caractère institutionnel et de leadership pour motiver, mobiliser, engager et convaincre les acteurs de restructurer le système de financement de la santé et l'assurance-maladie. Il semble que le passage à la couverture universelle fait l'objet d'un consensus mais n'est pas encore traduit par une politique et stratégie claire.

En outre, bien que la meilleure solution soit l'intégration pour améliorer et maintenir le bien-être des immigrés, j'ai partagé avec les participants, des mesures concrètes pour réorganiser le système de santé et le rendre réactif aux besoins de la population tunisienne et des immigrés. Il s'agit notamment de :

- Trouver plus de ressources publiques pour la santé ;
- Réduire l'impact des paiements directs pour les populations vulnérables et les migrants ;
- Revoir le cadre législatif, lois du travail, résidence dépassée ;
- Mettre à jour les conventions bilatérales en matière de protection sociale ;
- Identifier et réduire les sources d'inefficiences :
  - ➔ Paiement des prestataires ;
  - ➔ Meilleur prix, génériques, meilleure utilisation pour les médicaments ;
- Protéger les pauvres et les personnes vulnérables y compris les immigrants :
  - ➔ Cotisations subventionnées à l'assurance-maladie ;
  - ➔ Couvrir les coûts de transport et autres coûts relatifs à l'obtention des soins dans le cadre de programmes de type gestion de la maladie.

Enfin, nous n'avons pas négligé les efforts des associations (Médecins du Monde, France Terre d'asile –section Tunisie...) et de l'OIM dans la prise en charge des immigrants.

## **Conclusion**

En Tunisie, seule l'obtention d'une protection sociale en santé (assurance maladie sociale ou assistance médicale) aurait pour effet de garantir l'accès et la continuité des soins sans incidence financière, du moins pour les groupes vulnérables. Les étrangers en séjour précaire et particulièrement en situation irrégulière sont souvent confrontés à des difficultés d'accès aux soins. Les facteurs tels que le statut irrégulier, les connaissances insuffisantes de la langue, le manque de ressources, la discrimination et la stigmatisation, le manque d'informations sur le système de santé, etc. constituent très souvent des facteurs qui peuvent engendrer des situations à risque de santé pour les migrants.

Pour satisfaire les besoins spécifiques des migrants en matière de soins préventifs et curatifs, nous avons suggéré une adaptation institutionnelle et des méthodes de gestion de la migration en Tunisie. Il faut ainsi, de réformer le cadre institutionnel et organisationnel du système de santé par un ensemble d'actions afin de favoriser et légitimer l'accès aux soins des immigrés sans aucune forme de discrimination et sans le relier au statut administratif. Nous avons proposés quatre actions favorisant la santé des migrants:

- Promouvoir des politiques et des cadres juridiques favorables ;
- Promouvoir un système de santé sensible et réactif aux migrants ;
- Assurer la surveillance de la santé des migrants ;
- Établir des partenariats, des réseaux dans cadre multi-pays au profit de la santé des migrants.

Pour finir, Il serait judicieux actuellement, d'agir au cas par cas et de trouver la solution adéquate à chaque migrant en difficulté d'accès aux soins ce qui nécessite à notre sens, d'établir une collaboration claire entre le MS et les autres acteurs, à savoir : les MAS, le Ministère de l'Intérieur, les organisations internationales et les ONGs tunisiennes et internationales.

## **Références**

Hanafi Sarra, (2014), « *Améliorer la gouvernance de la migration de main d'œuvre et la protection des droits des travailleurs migrants* » Projet OIT/IRAM.

Hakim Abderrazek (2014) « *La condition des travailleurs étrangers en Tunisie* » dans la *Revue Tunisienne des sciences juridiques, politiques et sociales* N°1 2014, p.p 61-72.

Boubakri Hassen et Sylvie Mazzella (2005) *La Tunisie entre transit et immigration : politiques migratoires et conditions d'accueil des migrants africains à Tunis. Autrepart2005/4 (n° 36)*, Editeur : Presses de Sciences Po (PFNSP). DOI : 10.3917/autr.036.0149.

Garbouj Leila (2016) : *Accès aux services sociaux et de santé des migrants en Tunisie: Deuxième Ecole d'Été sur la Migration en Tunisie* OIM – INTES 2016.

ONFP - OIM (2016), « *Evaluation de base sur les vulnérabilités socio-économiques et sanitaires des migrants pour un accès effectif aux services de santé en Tunisie* ».

2013 « *Migration internationale, santé et droits de l'homme* ». OIM, Genève.

2009 “*Migration and the Right to Health: A Review of International Law, International Migration*”, *Law Series*, n°19, p. 22; OIM, Genève.

Picheral H. (2001). *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. Montpellier, Université Montpellier 3 – Paul Valéry.

Lambert D.C. (1985), « *Lexique d'Economie de la Santé* », Paris: Economica. 129p.

Médecins du Monde (2016), « *Plaidoyer pour l'accès des migrants au droit à la santé en Tunisie* », disponible sur : <https://doktersvandewereld-wieni.netdna-ssl.com/sites>.

# Accès aux soins et aux services sociaux pour les migrants en Tunisie: défis et recommandations

Leila Garbouj

## ***La consécration constitutionnelle du principe du droit universel à la santé***

Article 38 de la constitution

*«La santé est un droit pour chaque être humain. L'Etat assure à tout citoyen la prévention et les soins de santé ».*

La loi du 29 juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire

*« Toute personne a le droit à la protection de sa santé dans les meilleures conditions possibles ».*

*« Les structures et établissements sanitaires publics et privés doivent fonctionner dans des conditions qui garantissent les droits fondamentaux de la personne humaine et la sécurité des malades qui recourent à leurs services ».*

## ***Défis à l'accès aux soins des migrants en Tunisie***

### ***Statut juridique du migrant et accès aux services de santé***

- La loi réglementant le séjour en Tunisie criminalise le séjour irrégulier et prévoit des peines de prison pour tout étranger qui séjourne d'une façon illégale ;
- Des pénalités sont prévues pour le migrant et sont cumulées au fur et à mesure du prolongement de la durée de ce séjour ;
- La vulnérabilité liée à l'incrimination et au sentiment d'insécurité y est relative ;
- Selon le document relatif au système de gestion hospitalière, les documents à présenter lors de l'enregistrement pour une hospitalisation, sont la CIN pour les Tunisiens et le passeport pour les étrangers ; Or nous observons des disparités d'attitudes du personnel de santé face aux documents d'identité : la majorité affirme ne pas demander de carte de séjour aux migrants et que ceux-ci peuvent accéder aux soins sur présentation ou énoncé de leur identité.

Cependant, le sentiment d'être dans l'illégalité, d'être criminalisé, et l'insécurité qui en découle fait craindre au migrant de devoir justifier de la régularité de son séjour et donc l'amène à renoncer à recourir aux soins.

## ***Accès limité à la sécurité sociale***

La couverture par l'assurance-maladie est une composante de la sécurité sociale, elle bénéficie aux affiliés à la CNSS. Ceci implique donc la limitation de cette couverture aux migrants en situation régulière du travail et donc du séjour.

### ***Le cas des étudiants***

Pour les étudiants étrangers inscrits dans les établissements tunisiens, le bénéfice de cette couverture n'est accordé que sous réserve d'accord de réciprocité ;  
Les étudiants étrangers inscrits dans les établissements universitaires publics sur la base d'accords de coopération, bénéficient de la couverture sanitaire au même titre que les étudiants tunisiens ;  
Ceux dans les établissements privés ne peuvent l'être que s'ils sont ressortissants de pays ayant conclu des accords de sécurité sociale avec la Tunisie ;  
La Tunisie n'a conclu aucune convention de sécurité sociale avec les Etats d'Afrique subsaharienne, Etats d'origine de la majorité des étudiants migrants en Tunisie.

### ***Régime d'aide sociale en matière de santé réservé aux Tunisiens***

Le programme d'assistance médicale gratuite ou à tarif réduit pour les catégories de la population vulnérables, montre que ce dispositif est réservé aux Tunisiens. La référence à la nationalité tunisienne du bénéficiaire du programme n'est pas prévue dans le texte général du décret de 1998 fixant les catégories bénéficiant des régimes de gratuité des soins.  
En revanche, la circulaire d'application du décret, commune entre M. de l'intérieur/MAS /MS, exige cette condition.

### ***Illégalité de la limitation d'accès au traitement ARV pour les migrants***

L'administration de la santé affirme l'accès de tous les patients aux services de suivi, de consultation et d'hospitalisation ainsi que pour le traitement des infections opportunistes, à titre gratuit. Les seules limitations concernent le traitement antirétroviral, pour des raisons liées aux limites des moyens financiers disponibles.  
Le coût élevé du traitement ARV est en effet évoqué par les migrants vivants avec le VIH comme principal problème rencontré.

La circulaire 2000 relative à la lutte contre le VIH –Sida, qui prévoit la limitation de l'accès gratuit aux traitements ARV aux Tunisiens, excluant les migrants, est clairement incompatible avec le cadre légal et stratégique en matière de lutte contre le VIH.

Elle est en violation de la loi de 1992<sup>21</sup> qui prévoit l'interdiction de discrimination en matière de traitement, mais aussi des engagements pris par la Tunisie sur le plan international et en contradiction avec les objectifs et les axes stratégiques arrêtés dans le plan stratégique national de la riposte au VIH.

La loi prévoit que les personnes atteintes de maladies transmissibles, peuvent bénéficier de services préventif, curatif ou éducatif.

### ***Principe de confidentialité peu respecté pour les migrants***

La loi prévoit l'obligation de déclaration des maladies transmissibles, dans le cadre de la confidentialité

La révision de la loi en 2007 a prévu que «le dépistage anonyme peut être effectué de façon volontaire par toute personne (...).

### ***Risques d'expulsion sur la base du statut viral***

Les associations rapportent des cas de limitation du droit de séjour en Tunisie sur la base du statut viral de la personne, ce qui constitue une discrimination illicite.

### ***Problèmes d'accès des migrantes à l'IVG***

Des manquements sont relevés au niveau des structures de l'ONFP et des hôpitaux pour la pratique de l'IVG pour les migrantes. La pratique au niveau des différentes structures n'est pas uniforme :

L'absence d'une disposition spécifique pour les migrantes a été jusque-là un obstacle à l'accès à ce service.

Depuis août 2017 une note de service venant de la PDG de l'ONFP affirme l'accès égalitaire à ce service.

### ***Le vécu discriminatoire***

Les témoignages des migrants soulignent que c'est essentiellement dans la relation avec le personnel d'accueil et d'enregistrement que les attitudes hostiles et/ou discriminatoires sont relevées.

### ***Autres barrières***

- Manque de connaissance du système de santé et du droit par les migrants ;
- Barrières linguistiques et culturelles ;
- Méconnaissance du personnel de santé des droits à la santé, des droits des migrants.

---

<sup>21</sup> Loi n°92-71 du 27 juillet 1992, modifiée en 2007.

«Nul ne peut faire l'objet de mesures discriminatoires à l'occasion de la prévention ou du traitement d'une maladie transmissible» ART.1<sup>21</sup>

## ***Recommandations***

### ***Développer un cadre juridique adéquat pour les migrants***

1. Mettre en place une réglementation de la migration qui, garantit le respect des droits fondamentaux des migrants ;
2. Retirer les législations discriminantes et adopter des textes clairs et spécifiques aux migrants permettant la réalisation du droit constitutionnel ;
3. Décriminaliser le séjour irrégulier et le devoir de déclaration pénalement sanctionnée Et abolir la loi n°68 du 8 mars 1968 et la loi n°75 modifiée le 3 février 2004 ;
4. Supprimer la loi sur les pénalités de retard sur le séjour ;
5. Prévoir un système pour la couverture sanitaire des migrants ; (ratifier la convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille 1990 et assouplir les législations en matière d'emploi) ;
6. Intégrer les catégories les plus vulnérables parmi les migrants, dans les systèmes d'aide sociale à la santé ; (abolir la circulaire d'application du décret 1998) ;
7. Assurer une couverture médicale à tous les étudiants indépendamment de sa nationalité et des accords bilatéraux avec leur pays ;
8. Réviser la réglementation en vue de garantir la gratuité des examens médicaux obligatoires
9. Interdire la discrimination à l'égard du migrant sur la base de son statut viral ;
10. Interdire la discrimination prévue par la loi sur les maladies transmissibles en matière de prévention, de traitement, en supprimant la limitation de l'accès au traitement ARV aux nationaux (La circulaire n° 16-2000 du 27 février 2000) ;
11. Adopter une loi condamnant expressément le racisme et la discrimination qui prévoit des mécanismes de plainte et de recours pour les migrantes victimes de discrimination relatives à l'accès aux soins.

### ***Appuyer l'organisation institutionnelle pour la santé des migrants***

1. Intégrer la migration dans les stratégies sectorielles des ministères avec une approche basée sur les droits humains ;
2. Appuyer la mise en œuvre pratique de la stratégie nationale migratoire élaborée en 2012 et actualisée en août 2017 ;
3. Renforcement du système d'information ;
4. Renforcement de la gouvernance et du réseautage entre les différents acteurs institutionnels et associatifs ;

5. Création de services sociaux d'accueil des migrants ;
6. Création de guides de procédures à disposition du personnel des institutions ;
7. Rappeler par note de service le contenu du document relatif au système de gestion hospitalière où le passeport est le seul document d'identité pour le migrant ;
8. Garantir la confidentialité des résultats médicaux ;
9. Intégrer les migrants en tant que catégorie spécifique de la population dans le cadre de la stratégie nationale de santé mentale.

### ***Former et sensibiliser le personnel de santé***

- Aux thématiques suivantes :
  - o l'accueil des migrants ;
  - o les droits des migrants et à l'universalité de l'accès aux soins ;
  - o les droits des personnes porteuses de VIH et le principe de confidentialité ;
  - o les droits de l'Homme des migrants, et de leur droit à la santé.

### ***Développer la communication et les dispositifs chargés de l'information des migrants***

- Assurer une veille d'information de proximité pour les étudiants migrants (établissements d'enseignement, lieux de travail, lieux de vie,) sur les services offerts, et une éducation sanitaire.

### ***Sensibiliser le grand public***

Développer des actions pour le changement des mentalités et du regard porté sur les migrants.

# VIH/SIDA: Enjeux de l'accès universel à la prévention, aux traitements et aux soins

Hayet Hamdouni

## *Epidémiologie du VIH dans le monde*

Découvert aux Etats-Unis en 1981, le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est de nos jours l'un des plus meurtriers de la planète. Plus de 1,1 million de décès dans le monde lui sont directement imputables en 2015. Ce chiffre est en baisse par rapport aux années 2000 qui comprenaient près de 1,5 million de morts.

Fin 2015, on comptait environ 36,7 [34-39,8] million de personnes vivant avec le VIH, dont 25,6 [23-28,8] millions de personnes résidant en Afrique Subsaharienne. C'est également cette partie du monde qui concentre près des deux-tiers des 2,1 [1,8-2,4] million de nouvelles infections (OMS 2016).

À la mi-2016 et à l'échelle mondiale, 18,2 [16,1-19,0] millions de personnes vivant avec le VIH étaient sous traitement antirétroviral (TAR).

Entre 2000 et 2015, le nombre des nouvelles infections à VIH a baissé de 35 %, celui des décès liés au Sida de 28 % et quelque 8 millions de vies ont été sauvées (ONUSIDA, Le SIDA en chiffres, 2015). Ce succès est le résultat des énormes efforts consentis par les programmes nationaux de lutte contre le VIH, avec l'appui de la société civile et de divers partenaires du développement.

## *Dynamique de l'épidémie du VIH en Tunisie*

Depuis la déclaration du premier cas en 1985 et jusqu'au 31 décembre 2016, un nombre cumulé de 2357 cas de VIH/SIDA et un nombre cumulé de 638 décès dû au Sida ont été signalés à la DSSB. Le nombre de personnes vivant avec le VIH est de 1719 soit une prévalence de 0,015 %.

En Tunisie, grâce à l'amélioration notable de la morbidité et de la mortalité liées au Sida en rapport avec l'introduction et la généralisation de la trithérapie depuis 2000 et l'instauration du dépistage du VIH par l'ouverture de 25 CCDAG de 2009 à 2011, nous comptons chaque année plus d'infections que de décès liés au sida avec comme conséquence une progression continue du nombre de PVVIH.

Les cas de VIH/SIDA de nationalité tunisienne sont essentiellement pris en charge par le secteur étatique dans quatre pôles de diagnostic et de prise en charge (Tunis, Sousse, Monastir et Sfax).

## ***Situation de l'infection par le VIH chez les non Tunisiens***

La déclaration des cas non Tunisiens n'est pas faite de façon systématique et seuls les cas qui nécessitent un test de confirmation sont notifiés.

Depuis l'année 2000, on a assisté à une augmentation de plus en plus importante de cas de VIH/SIDA parmi les autres nationalités, tendance qui a commencé à décliner à partir de 2010. Le ratio autres nationalités/Tunisiens est passé par trois périodes :

- de 1986 à 2000 : augmentation du ratio sans dépasser 1 ;
- de 2001 à 2010 : augmentation du ratio jusqu'à atteindre 3,11 en 2010 ;
- de 2010 à 2016 : diminution du ratio jusqu'à atteindre moins de 1 en 2016.

Concernant les activités de dépistage, les migrants représentent moins que deux pour cent (2 %) des clients des CCDAG.

## ***Analyse de la situation de 2014***

Une analyse de la situation du VIH en 2014 ayant servi de base pour l'élaboration du plan stratégique national de lutte contre les IST/VIH/SIDA (2015-2018), a montré que les cas de VIH/SIDA parmi les non Tunisiens sont essentiellement drainés par le secteur privé dans deux grands pôles à Tunis et à Sfax et leur nombre semble être beaucoup plus important que celui notifié à la DSSB. D'après les entrevues menées avec les infectiologues de libre pratique qui ne disposent pas de données précises, un chiffre global de 500 cas de VIH/SIDA de nationalité non tunisienne suivie dans le secteur privé a été estimé. Le principal motif de consultation de ce groupe est la confirmation du diagnostic (surtout parmi les Libyens) suivi par la prise en charge thérapeutique (pour les Africains Subsahariens). Une faible proportion, surtout parmi les Libyens, consulte en Tunisie à cause de la stigmatisation et la marginalisation à laquelle elles sont victimes dans leur propre pays. La déclaration des cas non Tunisiens n'est pas faite de façon systématique et seuls les cas qui nécessitent un test de confirmation sont notifiés d'après l'enquête menée auprès d'un échantillon de médecins de libre pratique qui ont tous souligné des problèmes majeurs en rapport avec la complexité de l'accès au traitement pour ce groupe. Le croisement des différentes sources d'information pour l'estimation précise de la taille de cette population n'a pu être fait par manque de données précises du secteur privé.

## ***La prévention et la prise en charge de l'infection par le VIH chez les non Tunisiens***

Jusqu'à 2016, la prise en charge des populations migrantes (ressortissants des pays voisins, étudiants étrangers originaires d'Afrique Subsaharienne qui résident en Tunisie...), n'est pas comptabilisée dans la file active nationale. En effet, la prise en charge des populations migrantes est assurée par certains médecins cliniciens exerçant à l'hôpital ou en libre pratique. Une prise en charge gratuite est fournie à

ces patients au cas par cas à ceux qui n'ont pas les moyens suffisants pour l'achat des ARVs, aux femmes enceintes et aux étudiants.

Le PSN 2015-2018 cible les populations de migrants, dans le premier résultat les nouvelles infections sont réduites de 50 % d'ici 2018 et dans le deuxième résultat la mortalité des PVVIH est réduite d'au moins 60 % d'ici 2018.

Pour assurer le financement des activités relatives à ces résultats, la Tunisie a mobilisé des fonds supplémentaires auprès du GFATM. La note conceptuelle soumise au GFATM en janvier 2015 prévoyait :

- a. Une analyse de la situation sur les populations migrantes qui guidera les activités d'information-éducation-communication ;
- b. La prise en charge gratuite des personnes étrangères vivant avec le VIH (trithérapie et suivi immuno-virologique).

Cette requête a été opérationnalisée par les activités suivantes dans le plan d'action du projet de coopération avec le FM :

- \* Réalisation d'une enquête bio comportementale sur le VIH auprès des migrants ;
- \* Recrutement d'éducateurs pairs pour assurer les activités d'éducation de proximité de ces populations ;
- \* Production de supports éducatifs en langue française ;
- \* Achats des ARVs et des réactifs (pour 120 PVVIH la première année).

Durant la période allant du 1er avril au 30 juin 2017, 32 nouvelles PVVIH non Tunisiennes bénéficient d'une prise en charge gratuite. Pour ce faire, des procédures spécifiques ont été mise en place par le sous-comité de prise en charge des PVVIH en collaboration avec l'OIM en attendant la mise en place de la stratégie durable de prise en charge des migrants en Tunisie.

# Projet «Santé pour tous» : réalisations, leçons apprises et défis

Mounir Jeliti

Dans une région comme Kasserine qui vit encore les conséquences d'une exclusion politique, économique et sociale, les acteurs de la société civile tentent depuis la veille du 14 janvier 2011 de jouer un rôle concret dans le changement de la situation en matière de développement dans tous les secteurs et surtout de convaincre les autorités locales et nationales de la nécessité d'adoption d'une nouvelle approche de développement qui doit mobiliser toutes les ressources potentielles autour d'une vision commune et adéquate pour la promotion de la région.

Le croissant Rouge Tunisien, par sa mission humanitaire, s'est trouvé impliqué dans des initiatives de soutien au secteur de la santé publique dans la région de Kasserine ; région qui possède les indicateurs les plus bas du pays et qui souffre encore de la non-amélioration de son système de santé. Des initiatives ayant bénéficié de l'aide des bailleurs de fonds étranger ont permis d'entreprendre des petits projets de développement dans des structures hospitalières et des structures de santé de première ligne.

Le projet « Santé pour Tous » (« Health for all ») financé par le PNUD via la CE dans le cadre de l'Initiative Conjointe pour la Migration et le Développement a été pour nous comme pour nos différents partenaires tunisiens et italiens une occasion pour mettre en œuvre une vraie stratégie de soutien au développement du secteur de la santé dans la région de Kasserine et surtout pour concrétiser un partenariat effectif entre le secteur public et des acteurs multiples de la société civile des deux rives de la Méditerranée et tentant d'impliquer la diaspora tunisienne dans la région de Toscane en Italie.

Ce projet « expérimental » a contribué à l'amélioration des indicateurs de santé sur plusieurs plans :

- ➡ Mise à niveau du système de stérilisation dans le plateau chirurgical de l'hôpital régional de Kasserine selon les normes scientifiques et techniques internationales, ce qui a permis de réduire de moitié le taux des infections post chirurgicales ;
- ➡ Facilitation de l'accès au système de soins pour les populations dans les localités de Djedeliène et de Hydra (50 000 habitants environ) à travers la diffusion de la culture du droit à la santé notamment auprès des femmes.

- ➡ Amélioration de la qualité de prise en charge des femmes enceintes et des enfants dans le cadre du programme national de périnatalité à travers la formation du cadre médical et paramédical et la dotation des structures de santé de base par les équipements nécessaires et adéquats (échographes, autoclaves, instruments divers...
- ➡ Un effet de locomotive sur le développement du système de santé dans toute la région puisque les mêmes objectifs et la même stratégie ont été adoptés par les autorités régionales du secteur de la santé pour être appliqué dans toutes les localités ce qui a permis d'améliorer plusieurs indicateurs dont celui de la mortalité maternelle qui a atteint 0 % en 2015...

L'implication des Tunisiens résidents en Italie dans cette initiative de développement n'a pas connu une grande envergure mais cette expérience a permis quand même d'introduire cette notion dans les intérêts des autorités locales et régionales et des collectivités locales ; elle a aussi mobilisé un groupe de jeunes Tunisiens en Italie qui aujourd'hui pensent s'organiser pour venir en aide aux efforts de développement en Tunisie. Le débat autour de cette question mérite d'aller plus loin et surtout d'être soutenu pour concrétiser la mobilisation de ressources importantes pour le développement en Tunisie et de l'intégrer aux différents niveaux de planification.

# Les violences fondées sur le genre exercées contre les femmes et filles migrantes en Tunisie: Etat des lieux, cadre légal et approche multisectorielle

Delphine Lavaissiere

Les questions de genre, migration et santé et plus particulièrement tout ce qui a trait aux violences fondées sur le genre exercées à l'encontre des femmes et filles migrantes ainsi que les services de prise en charge existants restent peu abordés ou peu documentés à l'heure actuelle en Tunisie.

L'idée de cette intervention est donc d'attirer l'attention des auditeurs/trices et lecteurs/trices sur le phénomène des violences à l'encontre des femmes et filles migrantes et de dresser un état des lieux sur la situation des violences fondées sur le genre en Tunisie en faisant ressortir quelques éléments d'informations concernant tout particulièrement les femmes et les filles migrantes.

Rappelons tout d'abord la définition des violences à l'égard des femmes et des filles. Il s'agit de « tout acte de violence dirigé contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou la vie privée.»<sup>22</sup> Il existe plusieurs types de violences : physique, morale ou psychologique, sexuelle et économique. La loi récemment adoptée en Tunisie, sur laquelle nous reviendrons plus en détails, intègre également dans cette typologie les violences politiques. Les violences faites aux femmes et aux filles constituent un phénomène important, les chiffres sont alarmants. Pour ne citer que quelques exemples, au niveau international, une femme sur trois (35 %) a expérimenté soit une forme de violence physique et/ou sexuelle perpétrée par le partenaire (mari, fiancé, conjoint, ex partenaire), soit une forme de violence sexuelle perpétrée par une autre personne que le partenaire, au cours de sa vie. En Tunisie, l'enquête réalisée par l'ONFP en 2010 révèle qu'une femme sur 2 aura été victime de violences au moins une fois au cours de sa vie et 53,5 % des femmes disent avoir subi une forme de violence dans l'espace public entre 2011 et 2015<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup>Déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes, Résolution 48/104 de l'Assemblée générale de l'ONU.

<sup>23</sup>Etude Nationale sur les violences faites aux femmes et aux filles dans l'espace public - CREDIF 2016.

Si l'on s'intéresse au cadre légal relatif aux avancées en termes de discriminations envers les femmes en Tunisie avant la constitution de 2014, on peut mentionner le Code du Statut Personnel (en 1956) qui a permis par exemple l'abolition de la polygamie et du droit d'obligation au mariage de la fille par son père, l'institution de l'âge minimum au mariage de même que l'instauration du divorce judiciaire. Le principe d'égalité des droits de tous les citoyens devant la loi est également consacré par l'article 6 de la constitution tunisienne proclamée en 1959. A partir de 1993, de nouvelles mesures sont venues consolider les acquis en matière de droits humains des femmes, notamment au niveau du Code du Statut Personnel et du Code Pénal, lequel a affirmé le droit à l'intégrité physique comme valeur nouvelle. Le devoir d'obéissance de l'épouse à l'égard de son époux en sa qualité de chef de famille, a été supprimé et remplacé par le devoir réciproque des deux conjoints de se traiter avec bienveillance, de vivre en bon rapport et d'éviter de se porter préjudice. D'autres dispositions sont venues renforcer le dispositif législatif. Cependant, malgré cet aspect avant-gardiste en général et la seule considération que le lien conjugal est un facteur aggravant, les violences à l'égard de la femme sont traitées, selon les règles de droit commun, sans aucune spécificité par rapport à l'ampleur de ce phénomène. La Constitution de 2014 propose une avancée considérable avec son article 46 qui engage l'Etat à prendre les mesures nécessaires en vue d'éliminer les violences contre les femmes. Bien sûr nous nous arrêterons particulièrement sur la Loi organique du 11 août 2017 relative à l'élimination des violences à l'égard des femmes qui vient d'être adoptée par l'Assemblée des Représentants du Peuple.

Quel est l'objet de cette loi ? Il s'agit de mettre en place les mesures nécessaires à l'élimination de toutes les formes de violences fondées sur la discrimination entre les sexes pour assurer l'égalité et le respect de la dignité humaine selon une approche globale axée sur la lutte contre les différentes formes de violences à travers la prévention, la poursuite et la répression de ses auteurs ainsi que la protection et la prise en charge des victimes. Les champs d'application de la loi concernent le fait qu'il ne doit pas y avoir de discrimination fondée sur l'origine, la couleur, la race, la religion, l'opinion, l'âge, la nationalité, les conditions économiques et sociales, le statut civil, l'état de santé, la langue et le handicap (cette mention au niveau des définitions suggère que sont concernées par la loi les femmes et filles migrantes). Et comme évoqué précédemment, cette loi couvre toutes les formes de violences fondées sur la discrimination de genre exercée contre les femmes : les violences physique, morale, sexuelle, économique et politique. Il est intéressant de noter l'aspect intégral de cette loi (ce que l'on appelle les « 4 P » pour Prévention, Protection, Poursuites, Prise en charge). Sur la prévention, par exemple, la loi mentionne que l'Etat et les secteurs concernés doivent prendre les dispositions nécessaires pour lutter contre les violences et les discriminations. Sur le volet protection, les femmes victimes de violences et leurs enfants doivent bénéficier d'un accompagnement juridique, social, médical et psychologique. Concernant les poursuites on

notera l'incrimination de nouveaux actes ou comportements (ex : la discrimination au niveau salarial hommes/femmes, le crime de l'inceste), l'aggravation des peines pour certains crimes (viol, harcèlement sexuel) ou encore la lutte contre l'impunité des agresseurs (article 227 bis qui abroge les dispositions permettant aux agresseurs d'échapper à la sentence ou l'arrêt des poursuites après le mariage avec la victime). Enfin, pour les procédures de prise en charge, il y a par exemple la création d'espaces au sein des secteurs comme la police ou la justice dédiés à la prise en charge des victimes de violences.

Dans ce contexte, il est important de situer le sujet des violences exercées à l'encontre des femmes et filles migrantes en Tunisie. La migration des femmes présente un certain nombre de spécificités tels que les mauvais traitements et violences physiques ou sexuelles, les risques d'être victimes de traite (voir pour la Tunisie la Loi organique n° 2016-61 du 3 août 2016, relative à la prévention et la lutte contre la traite des personnes), les difficultés d'accès à la justice et aux autres services en cas de violences, etc. Elles subissent la domination des personnes qui les accompagnent dans leur parcours migratoire et des personnes qu'elles rencontrent. Mais en dépit de ces informations d'ordre assez général, nous manquons de données précises sur le phénomène des violences contre les femmes et filles migrantes en Tunisie principalement car il est difficile d'accéder à ces personnes qu'elles soient en situation régulière ou irrégulière pour obtenir les informations. J'aimerais toutefois évoquer ici les mesures qui sont en cours pour lutter contre les violences envers les femmes et les filles migrantes en Tunisie à savoir la mise en application de la Loi organique n° 2016-61 du 3 août 2016, relative à la prévention et la lutte contre la traite des personnes<sup>24</sup> ainsi que l'adoption et l'application de la loi organique n°2017-58 du 11 août 2017 relative à l'élimination des violences à l'égard des femmes qui intègre les femmes et filles migrantes dans son article 3 relatif aux définitions. Cet article précise en effet que la loi couvre toutes les discriminations fondées sur l'origine, la couleur, la race, la religion, l'opinion, l'âge, la nationalité, les conditions économiques et sociales, le statut civil, l'état de santé, la langue et le handicap.

Enfin, le dernier volet de cet état des lieux porte sur la prise en charge des femmes et filles victimes de violences incluant les femmes et filles migrantes. La prise en charge des femmes victimes de violences est multisectorielle : elle implique les secteurs de la santé, la justice, la police et les affaires sociales. Ces acteurs doivent travailler de manière concertée et coordonnée. Un programme conjoint a été signé cette année en Tunisie entre le Système des Nations Unies et le Ministère des Affaires Etrangères afin d'améliorer les conditions de prise en

---

<sup>24</sup>Plus de détails sur cette loi dans les interventions dédiées à la question de la traite des personnes dans le cadre l'école d'été sur les migrations.

charge des femmes et filles victimes de violences à travers le développement et l'application de standards minimums pour prévenir et répondre aux violences faites aux femmes et aux filles et la mise en place d'un circuit de prise en charge intersectorielle. Ce programme implique précisément les différents ministères sectoriels, plusieurs agences des Nations Unies (dont l'OIM et l'UNFPA) et la société civile. Un travail est donc en cours pour améliorer le système de prise en charge des femmes et filles victimes de violences en Tunisie. Et ce travail inclut évidemment les services de prise en charge. Ces services sont répertoriés dans une cartographie qui a été publiée en 2016<sup>25</sup>.

Cette cartographie identifie 2 types d'acteurs : les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux « généralistes » qui offrent des services à des groupes diversifiés y compris aux femmes victimes de violences ou en situation de vulnérabilité (hôpitaux, tribunaux, police, services psychosociaux, etc.) et les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux « spécialisés » qui offrent des services destinés principalement aux femmes en situation de vulnérabilité et aux femmes victimes de violences (centres d'accueil des femmes victimes de violences). Outre ce document, il y a aussi une cartographie des intervenants dans le domaine de la migration sur le Grand Tunis qui a été développée dans le cadre du projet mené actuellement par l'ATSR, l'UNFPA et le DRC. Pour donner des exemples de services spécialisés auxquels les femmes et filles migrantes peuvent s'adresser, on citera la Ligne verte (18 99), le Centre « El Amen » de protection des victimes du MFFE et géré par l'AFTURD, le complexe Sidi Ali Azouz (association Beity), l'association Amal pour la mère et l'enfant ou encore les centres qui viennent d'ouvrir dans plusieurs régions et qui accueillent des femmes victimes de violences à Zarzis, Gafsa, Jendouba et Kairouan.

Pour conclure cette intervention, je pense qu'il est important de préciser que la situation des femmes et des filles migrantes les rend très vulnérables et que même si les données ne sont pas disponibles, on peut supposer que la grande majorité des femmes et filles migrantes est ou a été victime de violences. Il est donc essentiel de pouvoir apporter une réponse spécifique à cette question. L'état des lieux proposé ici peut servir de base à cette réflexion qui doit se poursuivre.

---

<sup>25</sup> Cartographie des services destinés aux femmes victimes de violences ou en situation de vulnérabilité en Tunisie, 2014-2016, Ministère de la femme, famille, enfance ; HCDH ; UNFPA.

# Migration, traite des personnes et accès à la santé

Hélène Le Goff

La traite des personnes, souvent appelée « esclavage moderne », est un des crimes les plus graves commis contre les êtres humains. Chaque année, au niveau mondial, des centaines de milliers de personnes, notamment des migrants, sont victimes de la traite. La Tunisie, comme beaucoup de pays au monde, n'est pas épargnée par cette forme de criminalité transnationale organisée. Le pays est concerné en tant que pays source, de destination, et potentiellement de transit de victimes. De plus, en Tunisie, on recense de nombreux cas de traite interne, qui touchent surtout les enfants dans la mendicité ou les petites filles dans le travail domestique. Malgré cela, à ce jour, il n'existe pas encore de statistiques nationales officielles sur la traite, ce qui rend assez difficile de mesurer l'ampleur de ces problématiques en Tunisie.

L'Organisation internationale pour les migrations (OIM), de son côté, a détecté et assisté 183 victimes de la traite des personnes entre septembre 2012 et septembre 2017. La grande majorité des victimes étaient originaires d'Afrique subsaharienne notamment de la Côte d'Ivoire, et elles ont été exploitées dans la servitude domestique ou dans le travail forcé (jardinage, gardiennage, travail dans le bâtiment, etc.) en Tunisie. Ces personnes, souvent fragiles et en situation de vulnérabilité dans leur pays d'origine, sont trompées par des réseaux transnationaux qui leur font miroiter un avenir meilleur à l'étranger, des salaires alléchants et des conditions de travail idéales leur permettant d'aider durablement sur le plan économique et social, les membres de leur famille restés au pays. Pourtant à l'arrivée en Tunisie, elles sont confrontées à une dure réalité, à l'exploitation sans limites, aux menaces, à des violences en tout genre, et parfois même à des abus sexuels de la part des employeurs ou des membres des réseaux criminels. Ces victimes de la traite, sans repères et placées sous le joug des trafiquants, sont condamnées à obéir et à obtempérer, comme des esclaves. Lorsqu'elles parviennent à sortir de cette situation de traite, les victimes ont d'importants besoins de protection et d'assistance. Notamment, d'après l'expérience de terrain de l'OIM et d'autres acteurs nationaux, les victimes souffrent de problèmes accentués de santé qu'il convient d'adresser le plus précocement possible, en vue de leur prompt rétablissement physique ou mentale. L'objectif étant qu'elles puissent retrouver leur intégrité, leur dignité et qu'elles parviennent enfin à se projeter avec confiance vers l'avenir.

Pour mieux combattre la traite des personnes et protéger les victimes de ce crime, la Tunisie s'est dotée en 2016 d'une Loi organique relative à la prévention et à la

répression de la traite des personnes (Loi n°61-2016). D'après l'article 2 de la Loi, est considérée comme « traite des personnes » : l'attirement, le recrutement, le transport, le transfert, le détournement, le rapatriement, l'hébergement ou l'accueil de personnes, par le recours ou la menace de recours à la force ou aux armes ou à toutes autres formes de contrainte, d'enlèvement, de fraude, de tromperie, d'abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité ou par l'offre ou l'acceptation de sommes d'argent ou avantages ou dons ou promesses de dons afin d'obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation, quelle qu'en soit la forme, que cette exploitation soit commise par l'auteur de ces faits ou en vue de mettre cette personne à la disposition d'un tiers. L'exploitation comprend l'exploitation de la prostitution d'autrui ou d'autres formes d'exploitation sexuelle, le travail ou les services forcés, l'esclavage ou les pratiques analogues à l'esclavage, la servitude ou la mendicité, le prélèvement total ou partiel d'organes, de tissus, de cellules, de gamètes et de gènes ou toutes autres formes d'exploitation.

Pour définir l'infraction de traite des personnes, le législateur tunisien s'est largement inspiré du Protocole de Palerme, signé par la Tunisie en 2003: pour qu'il y ait traite des personnes, il faut démontrer l'existence des trois éléments de la traite (« Actes, Moyens et But »), sauf dans le cas des enfants (toute personne de moins de 18 ans), où la démonstration des seuls « Actes » et du « But » de la traite, à savoir l'exploitation, suffit à prouver l'infraction.

A travers le rôle central de l'Instance nationale de lutte contre la traite des personnes, sous tutelle du Ministère de la Justice et composée de représentants de différents Ministères-clé (tels que : le MS, le MAS, le Ministère de l'Intérieur ou le Ministère de l'Education) ainsi que deux membres de la société civile, la Tunisie est en train de se doter de politiques publiques contre la traite qui sont efficaces, cohérentes et durables, tout en étant protectrices pour les victimes de la traite des personnes. A ce titre, la Loi n°61-2016 garantit l'accès aux services sociaux et aux soins de santé pour les victimes de ce crime, et ce sans discrimination. En effet, en matière d'assistance et de protection des victimes, la Loi n°61-2016 dans son chapitre IV, établit un cadre global permettant de garantir la protection physique et l'assistance des victimes, dans le but de leur offrir une réhabilitation durable y compris l'aide à la réinsertion socio-économique.

Sur le plan de l'assistance médicale, l'article 59 de la Loi spécifie que les victimes de la traite bénéficient de la gratuité des soins en vue de leur rétablissement physique et psychologique. Ceci constitue véritablement une avancée majeure pour la Tunisie, et un modèle à suivre au niveau international en termes de législations contre la traite des personnes.

La Loi n°61-2016 prévoit également des mesures de protection renforcées pour les victimes de la traite de nationalité étrangère, d'autant plus vulnérables qu'elles sont souvent en séjour irrégulier en Tunisie.

Parmi ces mesures se trouvent :

- La mise en place d'un délai de réflexion d'un mois, renouvelable une fois, qui régule les modalités de collaboration de la victime de la traite avec les autorités policières et judiciaires ;
- La possibilité d'octroyer une carte de séjour temporaire pour les victimes étrangères de la traite en Tunisie ;
- La facilitation du retour volontaire des victimes de la traite vers leur pays d'origine, en tenant compte des facteurs et risques de sécurité pouvant affecter les victimes pendant et après leur retour.

En outre, il est à noter que le Décret n°2017/1061 du 26 septembre 2017 du Ministère des Finances, prévoit une exemption des pénalités administratives de dépassement de séjour pour les victimes de la traite, sur avis de l'Instance Nationale de lutte contre la traite des personnes. Ceci constitue un progrès important et une reconnaissance officielle de la vulnérabilité dans laquelle se trouvent les victimes de la traite se trouvant en situation irrégulière en Tunisie, et notamment pour les personnes souhaitant rentrer volontairement dans leur pays d'origine.

Fort de ces progrès considérables réalisés récemment en Tunisie, l'OIM va continuer, comme elle n'a fait depuis 2011, à fournir un soutien technique au gouvernement tunisien, et en particulier à l'Instance Nationale, dans le domaine de la lutte contre la traite des personnes et la protection des victimes.

**« Toute personne a le droit de  
jouir du meilleur état de santé  
physique et mentale qu'elle soit  
capable d'atteindre.**

**Les Etats parties à la présente  
Charte s'engagent à prendre  
les mesures nécessaires en vue  
de protéger la santé de leurs  
populations et de leur assurer  
l'assistance médicale en cas de  
maladie. »**

Charte africaine des droits de l'homme et des peuples

# THEMATIQUE 3

## Expériences régionales en matière d'accès des migrants à la santé : bonnes pratiques et perspectives pour la Tunisie

La présente section vise à recueillir les expériences de trois pays, le Maroc, la Turquie et l'Espagne, que se sont trouvés face à un changement fondamental dans leur panorama migratoire et qui ont par conséquent dû adopter de nouvelles politiques et stratégies en matière d'accès des migrants aux services de santé. L'analyse des points de force et des limites de ceux trois exemples offre une synthèse des leçons apprises, qui pourraient être applicables au contexte tunisien.

*Accès aux soins de santé des migrants et la nouvelle politique « Santé et Immigration » au Maroc*

**Samira Harchaoui** expose le processus qui a amené en 2016 à l'élaboration du Plan Stratégique National « Santé et Immigration » et comment le Ministère de la Santé au Royaume du Maroc opère pour garantir l'accès aux soins et aux services de santé pour les populations migrantes.

*Les services de santé au profit des Syriens dans le cadre de la loi relative à la protection provisoire*

**Muhammet Ceren** donne un aperçu de l'ampleur de la population migrante accueillie par la Turquie, dont 3.2 millions de Syriens (données jusqu'à juillet 2017). Pour faire face à cette situation inédite, M. Ceren expose les instruments législatifs et administratifs relatifs aux réfugiés qui ont été adoptés en Turquie dès 2013, permettant aux migrants d'accéder aux services de santé dans le pays.

*L'expérience espagnole en matière d'accès des migrants à la santé*

**Enric Grau** montre les effets de l'adoption du décret contenant les mesures d'urgence pour garantir la viabilité financière du système national de santé (décret 16/2012) sur l'accès universel des migrants à la santé en Espagne.

# A propos des auteurs

## Samira Harchaoui



Samira Harchaoui est chargée du programme « Santé et Immigration » au sein de la Direction d'épidémiologie et de lutte contre les maladies du Ministère de la Santé du Maroc. Elle est également point focal du Ministère de la Santé pour les comités de suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de l'Immigration et de l'Asile. Pendant 3 ans, elle a été chargée du « Programme National de Prévention et de Contrôle de la Thalassémie » et du « Programme National de Contrôle de l'Hémophilie ». Elle a participé également à l'élaboration du Projet du Plan de National de Contrôle de la Polyarthrite Rhumatoïde.

Dr. Harchaoui est titulaire d'un doctorat en médecine et également d'un mastère en Administration Sanitaire et Santé Publique dans la filière de la gestion des programmes de santé publique, ainsi que d'un certificat de Formation en « Epidémiologie de Santé Publique » à l'Ecole Nationale de Santé Publique du Maroc.

## Muhammet Ceren



Muhammet Ceren est médecin spécialiste en Pédiatrie et coordinateur des Services de santé pour les migrants auprès du Ministère de la Santé Turc. Il se charge également de la coordination des législations et des protocoles en matière de migration entre le Ministère de la Santé, les autres ministères et le Croissant Rouge Turc.

Dr. Ceren, originaire de la République Arabe Syrienne, prend en charge la mise en place d'interventions visant à améliorer l'assistance médicale des Syriens qui forment la partie majeure des migrants en Turquie.

## Enric Grau



Enric Grau est directeur associé de AVICENA Health & Social Projects : société de conseil et d'assistance technique basée à Madrid et à Rabat, spécialisée dans les secteurs de la santé et du social, y compris l'analyse, la conception, le suivi et l'évaluation des politiques migratoires et des stratégies d'intervention humanitaires et socio-sanitaires en faveur des populations migrantes. Durant les dernières années, Enric a mené à terme des assistances techniques dans le domaine des migrations mixtes pour des organismes des Nations Unies comme l'OIM, des administrations publiques, et des organisations de la société civile aussi bien au Maroc que dans la région (Espagne, Tunisie, Libye, Egypte, Yémen). Il mène une activité académique régulière, coordonne

le cours de Global Health Management dans le Master of Global Health de l'Université de Barcelone est participe en tant que professeur invité dans les Master de Santé Publique de l'Université Pompeu Fabra (Barcelone) et de l'Université Mohammed VI des Sciences de la Santé de Casablanca (Maroc).

Enric Grau est diplômé en Sciences Sociales et en Management (Université de Barcelone). Il est titulaire aussi d'un master en Gestion financière (EADA), et un second master en Gestions des organisations à but non lucratif (ESADE).

# Accès aux soins de santé des migrants et la nouvelle politique « Santé et Immigration » au Maroc

Samira Harchaoui

## *Contexte*

La migration est un phénomène mondial et considéré comme un déterminant social de la santé. Il relie plusieurs concepts : la santé publique, la sécurité sanitaire, les droits de l'Homme, l'équité ainsi que le développement humain et sociétal. Au Maroc, les Hautes Orientations Royales, suite à la publication du rapport du Conseil National des Droits de l'Homme sur la situation des migrants et des réfugiés, ont incité à la fois les pouvoirs publics, l'ensemble des acteurs sociaux et les partenaires internationaux à agir en commun pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique publique d'asile et d'immigration protectrice des droits humains, conformément aux dispositions constitutionnelles et aux engagements internationaux contractés par le pays en matière du droit des migrants, des réfugiés et des demandeurs d'asile.

C'est dans cette perspective que la préoccupation majeure du Ministère de la Santé depuis 2013 est de garantir l'accès aux soins et services de santé pour les populations migrantes et de concrétiser par conséquent le droit à la santé tel que stipulé dans la Constitution marocaine. Pour ce faire, un Plan Stratégique National « Santé et Immigration » a été élaboré en 2016, par le Ministère en collaboration avec ses partenaires, suivant une approche participative et inclusive.

## *Méthodes*

Le Ministère de la Santé a mené avec l'appui du Ministère Délégué Chargé des Marocains Résidents à l'Étranger et des Affaires de la Migration ainsi que de l'OIM, une analyse approfondie, des études réalisées sur la santé des migrants, des informations recueillies des entretiens avec les acteurs clés aux niveaux national et international des données et du matériel collectés des ateliers de planification (impliquant l'ensemble des acteurs gouvernementaux, non gouvernementaux, agences des nations unies, etc.) dans le domaine de la santé et la migration. Les domaines d'intervention prioritaires ont été définis et la nouvelle stratégie pour la promotion de la santé des migrants développée.

## **Résultats**

En 2013, et selon les résultats de l'étude bio comportementale réalisée par le Ministère de la Santé en collaboration avec l'ONU-SIDA et grâce à l'appui du Fond Mondial, le «profil type» du migrant au Maroc est celui d'un homme célibataire, âgé de 25 ans. Dans plus de 50 % des cas, les maladies présentées sont des troubles psychologiques, des troubles digestifs, et des maladies infectieuses (paludisme, tuberculose et infections sexuellement transmissibles). Les migrants ont accès aux services de santé dans environ 56 % des cas et ces services sont offerts par le service public dans 70 % des cas. Les obstacles aux services de santé étaient : le manque de connaissances sur le système de santé, la peur d'être signalé à la police, les difficultés linguistiques et culturelles et le manque de formation spécifique des professionnels de la santé sur certaines spécificités de prise en charge des migrants. Ces barrières ont suscité de nombreuses initiatives et stratégies d'intervention telles que la réflexion et la mise en place d'un régime d'Assurance Maladie pour les migrants réguliers et réfugiés, l'intégration des migrants dans les programmes de santé publique, l'introduction pour la promotion du bien-être psychosocial des migrants (avec l'appui de l'OIM de l'approche « éducation sanitaire par les pairs » par la formation d'un pool d'éducateurs pairs), le développement d'un module complet de formation pour les professionnels de santé, le développement d'un plan de renforcement des capacités, la mise en place d'un système de surveillance pour la santé des migrants et le développement de supports de sensibilisation et de communication pour les migrants.

## **Conclusions**

La réduction des barrières d'accès au système de santé nécessite des politiques et des interventions innovantes qui conformément aux engagements du pays instruments internationaux relatifs aux droits de l'Homme, garantissent l'accès aux soins pour les migrants et leur droit à la santé.

# Les services de santé au profit des Syriens dans le cadre de la loi relative à la protection subsidiaire

Muhammet Ceren

## *Les Syriens et les autres réfugiés en Turquie La situation actuelle*

Depuis sa proclamation, en 1922, et jusqu'en 2014, la République turque avait reçu 1.8 millions de réfugiés. Ce chiffre a été doublé depuis 2014 pour atteindre 3.1 – 3.2 millions de Syriens (données de juillet 2017) dont 2.783.617 personnes se trouvant sous le régime de la protection subsidiaire, ainsi que 340.000 réfugiés provenant d'autres pays tels que l'Iraq, la République Islamique d'Iran, le Pakistan et l'Afghanistan.

Ce flux s'explique par le fait que la Turquie a décidé de mener une politique de frontières ouvertes avec la République arabe syrienne.

92 % des réfugiés vivent dans différentes régions de la Turquie tandis qu'un million de ces réfugiés se sont déplacés vers l'Europe entre 2014 et 2015.

## *Droit International*

Ces dernières années, et comme conséquence du déplacement de 20 millions de personnes lors de la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale au niveau international, le droit d'asile s'est renforcé. C'est un héritage de la déclaration universelle des droits de l'homme – article 14 : « Devant la persécution, toute personne a le droit de chercher asile et de bénéficier de l'asile en d'autres pays. » .

## *La législation relative aux réfugiés en Turquie*

La Turquie a adopté une loi relative à la protection internationale des migrants, ainsi qu'une loi relative à la protection subsidiaire en 2013.

Une année plus tard, la Turquie a adopté le principe de la « clause d'exception géographique » qui consiste à considérer uniquement les personnes originaires des pays européens comme étant des réfugiés, et à considérer les personnes provenant d'autres régions comme des personnes placées sous le régime de la protection subsidiaire, ou en tant que « réfugiés conditionnels ». La Turquie a effectué divers amendements à son cadre législatif relatif aux droits des réfugiés afin d'homogénéiser sa législation avec celle de l'Union Européenne.

L'article 1 des dispositions provisoires du règlement relatif à la protection subsidiaire adoptée de façon spécifique pour les Syriens, stipule que :

A partir du 28 Avril 2011, tous les Syriens ayant franchi les frontières turques individuellement ou en groupe à cause des évènements ayant lieu à la République Arabe Syrienne sont considérés comme des personnes sous le régime de la protection subsidiaire peu importe s'ils ont demandé la protection internationale ou pas.

Ainsi, les demandes de protection internationale ne seront pas examinées si la personne est déjà sous le régime de la protection subsidiaire.

En Turquie, les services de santé sont accessibles pour les réfugiés dans le cadre de la convention entre le Ministère de la santé, la Présidence de la gestion des catastrophes et des urgences auprès du Premier Ministère, la Sécurité Sociale et la Direction générale de la gestion de la migration.

### ***Assistance médicale des personnes sous le régime de la protection subsidiaire***

Les personnes titulaires la pièce d'identité 99 sous le régime de la protection subsidiaire, peuvent accéder aux soins dans leurs lieux de résidence.

Pour les personnes qui ne possèdent ni la pièce d'identité 99, ni un domicile fixe : Ils ne peuvent accéder qu'aux soins d'urgence et aux services des maladies contagieuses.

### ***Les services de santé disponibles pour les Syriens en Turquie sont***

- Services d'urgence ;
- Services de la santé de base et de prévention : dans les centres d'hébergement temporaires, les centres sanitaires destinés aux migrants, les centres de la santé de la famille ;
- Les services de santé des hôpitaux étatiques ;
- Les services de santé des cliniques privées et des hôpitaux universitaires ;
- Les services de santé assurés par les organisations de la société civile.

### ***Les services de santé de base et les services de la santé préventive disponibles sont***

- Les services de consultation dans les cabinets externes ;
- Les services de vaccination ;
- Les services de lutte contre les maladies contagieuses et les épidémies ;
- Les services de lutte contre la tuberculose ;
- Les services de santé environnementale ;
- Les services de la santé sexuelle et reproductive ;
- Les services de soins néonataux, de pédiatrie et pour les adolescents ;
- Les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.

### ***Les centres de la santé pour les migrants***

Actuellement, il existe 99 centres de santé pour les migrants dans 31 gouvernorats, et 187 unités de santé spécifiques.

Dans le cadre de la convention entre l'Union Européenne et la Turquie, il est prévu de généraliser ces centres sur 41 Gouvernorats pour atteindre le nombre de 188 centres et 800 unités.

Ces centres seront équipés de matériels pour la médecine dentaire, la radiologie, la gynécologie et la pédiatrie.

### ***Recrutement des Syriens travaillant dans le secteur de la santé***

Il est désormais possible aux Syriens désirant d'exercer leurs métiers dans le secteur de la santé de s'adresser au Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale afin de recevoir une autorisation de travail.

De plus, la Turquie a exonéré les Syriens travaillant dans le secteur de la santé de passer par le processus de l'équivalence des diplômes : ils doivent juste suivre une procédure administrative.

### ***Les services sanitaires gratuits***

Il est possible d'accéder gratuitement aux services de santé délivrés par des organisations de la société civile collaborant avec des médecins turcs de haute compétence.

Actuellement, 14 services sanitaires gratuits sont accessibles aux réfugiés.

Ces centres travaillent notamment dans deux disciplines médicales qui sont la santé mentale et la kinésithérapie.

# L'expérience espagnole en matière d'accès des migrants à la santé

Enric Grau

## *Croissance démographique et immigration*

Entre le 1er janvier 2000 et le 1er janvier 2008, l'Espagne a enregistré une croissance record de sa population avec 5,6 millions d'habitants supplémentaires, soit une augmentation de 40 à 46 millions d'habitants suite à l'occurrence d'un phénomène migratoire intense. Le rythme de croissance migratoire qui était resté stable entre 1991 et 1997, avec près de 100 000 migrants par an, a grimpé les années suivantes jusqu'à atteindre 742 000 migrants en 2002 pour un pic de 777 000 immigrants en 2007. La forte croissance migratoire a conduit à une part considérable de personnes étrangères résidant en Espagne, soit une augmentation de 1,9 % de la population totale du pays en 1999 à 12 % en 2011, pour atteindre des niveaux similaires à ceux d'autres pays européens ayant une longue tradition migratoire.

## *L'immigration irrégulière*

En ce qui concerne l'immigration irrégulière en Espagne, il est difficile de fournir des chiffres précis ; les estimations de l'OCDE étaient de quelque 300 000 immigrants irréguliers en 2008. En 2005, le processus de régularisation des migrants irréguliers a reçu 691 000 demandes dont 578 000 d'entre elles ont été approuvées (cinq pays dont l'Équateur, la Roumanie, le Maroc, la Colombie et l'Etat Plurinational de Bolivie ont totalisé 65 % des demandes). En 2016, la majorité des migrants en situation irrégulière identifiés par les autorités étaient originaires du Maroc et, dans une moindre mesure, de l'Algérie, de la Guinée, de la Côte d'Ivoire et de la Colombie.<sup>26</sup>

Les arrivées irrégulières de migrants en Espagne en provenance du sud, ont lieu principalement à travers le Maroc, par la mer vers les Iles Canaries et l'Andalousie, et par la terre vers les villes de Ceuta et Melilla. Les accords de contrôle des frontières entre l'Espagne et le Maroc ont facilité une forte surveillance des entrées irrégulières en Espagne depuis 2005, bien qu'au cours des trois dernières années, il existe une résurgence des arrivées irrégulières dans tous les points d'entrée en Espagne, notamment à travers Melilla à cause principalement de l'afflux de réfugiés syriens.

<sup>26</sup>[https://elpais.com/internacional/2017/05/29/actualidad/1496052784\\_493244.html](https://elpais.com/internacional/2017/05/29/actualidad/1496052784_493244.html)

## ***Les centres de placement des migrants en situation irrégulière et la prise en charge médico-sociale***

Les CETI des villes de Ceuta (512 places) et Melilla (480 places) sont des établissements relevant de l'administration publique conçus pour être des dispositifs d'accueil provisoire dans ces premiers points d'entrée en Espagne et destinés à fournir des services sociaux de base aux immigrants et réfugiés. Les procédures d'identification et de contrôle médical sont effectuées avant toute décision sur leur situation administrative. Les CETI offrent des services d'assistance sociale, de soins psychologiques, de soins de santé, de conseil légal, de formation et d'activités de loisir.

Les CIE relèvent du Ministère de l'Intérieur et sont destinés à des étrangers en situation irrégulière n'appartenant pas à l'Union européenne et pour lesquels un ordre d'expulsion ou une procédure de retour a été émis. Les conditions de séjour dans les CIE prévoient le respect de l'unité familiale (avec les membres de la famille présents sur le territoire), la prestation de soins de santé d'urgence et la prise en charge de certaines maladies en tenant compte des besoins particuliers des personnes vulnérables.

En ce qui concerne le placement des enfants et des familles, les enfants migrants non accompagnés et les familles avec enfants ne sont placés dans les CIE qu'en cas de dernier recours. Les familles bénéficient d'un logement séparé qui garantit un degré d'intimité adéquat. Les enfants ont accès au système éducatif ainsi que la possibilité de participer à des activités de loisir. Les enfants migrants non accompagnés sont placés, dans la mesure du possible, dans des établissements dotés de personnel et d'installations qui tiennent compte des besoins spécifiques de leur âge.

## ***L'accès aux soins de santé de la population migrante en Espagne avant 2012***

La Constitution espagnole établit que les étrangers jouissent des libertés publiques en Espagne (y compris l'accès aux services de santé) dans les termes émis par les traités internationaux et la loi. Il s'agit d'un droit constitutionnel dont la titularité est commune entre citoyens nationaux et étrangers, bien que l'exercice de ces droits soit délimité par les traités et les lois. La reconnaissance explicite de cette situation d'égalité entre nationaux et étrangers trouve une justification constitutionnelle dans le lien que ce précepte (égalité) a avec le précepte constitutionnel de dignité de la personne (en tant que condition indispensable pour la reconnaissance du droit à la vie et à l'intégrité physique et morale). Les normes de protection des droits de l'homme au niveau international et communautaire (Déclaration universelle des droits de l'homme) et la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme l'ont clairement précisé. Il s'agit d'une projection du droit à la vie sur le droit à la protection de la santé et aux prestations de soins relevant de l'Etat. C'est une jurisprudence

qui confirme la configuration universelle d'un droit pour tous, indépendamment de la nationalité ou du statut administratif de la personne.<sup>27</sup>

La première réglementation sur le droit à la santé des étrangers faite en 2000<sup>28</sup> a généralisé le droit aux soins de santé (universalité de l'accès à la santé). Plusieurs modifications légales ultérieures réaffirment l'universalité des prestations de soins dans le système de santé publique pour les étrangers en Espagne, suppriment l'exigence de résidence légale et exigent uniquement la condition de registre dans le « padron » (registre d'habitants municipal), sans distinction du statut administratif (et de la même manière qu'il est exigé aux nationaux).

### ***L'accès aux soins de santé de la population migrante en Espagne à partir de 2012***

L'universalité de l'accès à la santé (en condition d'égalité entre nationaux et étrangers - sans distinction de leur situation administrative -) a été modifiée radicalement avec l'approbation du décret-loi 16/2012 de « mesures urgentes pour garantir la durabilité du système national de santé et améliorer la qualité et la sécurité de leur prestations ». Ce décret-loi reconfigure le droit à la santé des étrangers et exige la résidence légale délivrée par les autorités espagnoles compétentes. Les principaux arguments utilisés par le gouvernement à l'époque ont été la nécessité de réduire l'énorme déficit financier du système de santé, de rationaliser les dépenses afin de contribuer à la durabilité, et de contrôler l'utilisation inappropriée des services de santé (ex : sur-utilisation des services). A ce jour, aucune analyse ou évaluation rigoureuse des données et arguments présentés pour justifier la réforme n'a été effectuée. La limitation de l'accès aux soins de santé pour les immigrants sans résidence légale a entraîné la suppression de la « carte sanitaire » (indispensable pour accéder au système de santé publique) pour des centaines de milliers d'immigrants ainsi que restreint l'accès à plusieurs soins de base (urgences, soins prénataux, accouchement et soins postnataux, enfants et jeunes, victimes de la traite et demandeurs d'asile). La réforme de la réglementation a provoqué la réaction des collectifs professionnels du secteur de la santé et des actions judiciaires ont été entamées. Le Tribunal constitutionnel a validé l'adéquation du décret-loi 16/2012 avec les principes et garanties constitutionnels. Cependant, les rapports du HCDH, en 2016 et du Conseil de l'Europe – Commissaire aux Droits de l'Homme ont critiqué cette réforme légale de 2012 car elle a imposé des mesures régressives sur le droit à la santé et ils ont demandé au gouvernement espagnol de réinstaurer le principe de l'accès universel à la santé.

---

<sup>27</sup>ORTEGA GIMENEZ, A. et al. El acceso a la asistencia sanitaria de los extranjeros irregulares en España: ¿un mecanismo de exclusión legalizado?

<sup>28</sup>Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.



JNIS  
2017  
sie



# ANNEXE

## Glossaire de la terminologie de la migration et de la santé

Apatride	Individu sans nationalité, soit qu'il n'en ait jamais eu, soit qu'en ayant eu une, il l'ait perdue sans en acquérir une autre. L'état d'apatridie prive l'individu des droits – et supprime les devoirs – attachés à la nationalité à savoir, notamment, le droit à la protection diplomatique et le droit de revenir dans son pays d'origine. En droit international général, la Convention relative au statut des apatrides (1954) organise la condition juridique des apatrides et leur accorde un certain nombre de droits, notamment en matière économique et sociale.
Asile	Protection accordée à un étranger par un Etat sur son propre territoire contre l'exercice des compétences par l'Etat d'origine, basée sur le principe de non refoulement et se traduisant en la jouissance de certains droits internationalement reconnus.
Candidat débouté	Demandeur dont la requête a fait l'objet d'une décision de rejet définitive. Dans le contexte migratoire, personne dont la demande d'entrée, de séjour ou d'emploi a été rejetée par une décision devenue définitive.
Demandeur d'asile	Personne demandant à obtenir son admission sur le territoire d'un Etat en qualité de réfugié et attendant que les autorités compétentes statuent sur sa requête. En cas de décision de rejet, le demandeur débouté est susceptible de faire l'objet d'une mesure d'expulsion au même titre que tout étranger en situation irrégulière. Une autorisation de séjour peut lui être accordée pour des raisons humanitaires ou sur un autre fondement.

Diaspora	Etat de dispersion d'un peuple ou d'un groupe ethnique à travers le monde. La notion de diaspora est fréquemment utilisée dans le but de revendiquer une identité commune malgré la dispersion du groupe.
Emigration	Action de quitter son Etat de résidence pour s'installer dans un Etat étranger. Le droit international reconnaît à chacun le droit de quitter tout pays, y compris le sien, et n'admet sa restriction que dans des circonstances exceptionnelles. Ce droit au départ ne s'accompagne d'aucun droit d'entrer sur le territoire d'un Etat autre que l'Etat d'origine.
Enfant	« Etre humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable » (Convention relative aux droits de l'enfant, 1989, art. 1).
Enfant séparés	Par «enfant séparé», on entend un enfant, au sens de l'article premier de la Convention, qui a été séparé de ses deux parents ou des personnes qui en avaient la charge à titre principal auparavant en vertu de la loi ou de la coutume, mais pas nécessairement d'autres membres de sa famille. Un enfant séparé peut donc être accompagné par un autre membre adulte de sa famille. (Observation générale du Comité des droits de l'enfant No. 6 (2005)).
Enfant non accompagné	Enfants se trouvant en dehors du territoire du pays dont ils possèdent la nationalité sans être accompagnés par leur représentant légal, un membre de leur famille, ou tout autre adulte ayant, en vertu de la loi ou de la coutume, la responsabilité desdits mineurs (Observation générale du Comité des droits de l'enfant No. 6 (2005)).
Entrée	Arrivée d'un individu sur le territoire d'un pays quel qu'en soit le mode, régulier ou illégal, volontaire ou forcé.

Entrée illégale	Arrivée d'un individu sur le territoire d'un pays en dehors des conditions légales fixées par la réglementation nationale. Au sens de l'article 3 du Protocole contre le trafic illicite de migrants par terre, air et mer, additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée (2000), « l'expression "entrée illégale" désigne le franchissement de frontières alors que les conditions nécessaires à l'entrée légale dans l'Etat d'accueil ne sont pas satisfaites ».
Esclavage	« Etat ou condition d'un individu sur lequel s'exercent les attributs du droit de propriété ou certains d'entre eux » (Convention relative à l'esclavage, 1926, amendée en 1953, art. 1er). L'esclavage se caractérise par la possession ou le contrôle d'autrui, sa coercition, la restriction de sa liberté de mouvement et l'absence de liberté de quitter son employeur.
Expulsion	Décision par laquelle un Etat ordonne à une ou plusieurs personnes, étrangères ou apatrides, de quitter son territoire dans un délai déterminé.
Immigration	Action de se rendre dans un Etat dont on ne possède pas la nationalité.
Migrant	Un « migrant » s'entend de toute personne qui, quittant son lieu de résidence habituelle, franchit ou a franchi une frontière internationale ou migre ou a migré à l'intérieur d'un Etat, quels que soient : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Le statut juridique de la personne ;</li> <li>2) Le caractère volontaire ou involontaire du déplacement ;</li> <li>3) Les causes du déplacement ;</li> <li>4) La durée du séjour.</li> </ol>

Migrant en situation irrégulière	Migrant contrevenant à la réglementation du pays d'origine, de transit ou de destination, soit qu'il soit entré irrégulièrement sur le territoire d'un Etat, soit qu'il s'y soit maintenu au-delà de la durée de validité du titre de séjour, soit encore qu'il se soit soustrait à l'exécution d'une mesure d'éloignement.
Migrant en situation régulière	Migrant dont l'entrée et le séjour sur le territoire d'un Etat étranger sont conformes au droit applicable.
Migrant illégal	Terme parfois employé comme synonyme de migrant en situation irrégulière. L'expression « migrant illégal », qui présente un caractère stigmatisant et entre en contradiction avec l'esprit des instruments internationaux de protection des droits de l'homme, est à éviter. Conformément à la résolution n° 3449 de l'Assemblée générale des Nations Unies (9 décembre 1975), le terme « illégal » ne devrait pas être utilisé pour qualifier les migrants en situation irrégulière.
Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays	« Personnes ou [...] groupes de personnes qui ont été forcés ou contraints à fuir ou à quitter leur foyer ou leur lieu de résidence habituel, notamment en raison d'un conflit armé, de situations de violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme ou pour en éviter les effets, et qui n'ont pas franchi les frontières internationalement reconnues d'un Etat » (Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays, E/CN.4/1998/53/Add.2 et Convention de l'Union africaine sur la protection et l'assistance aux personnes déplacées en Afrique (PDI), connue sous le nom de Convention de Kampala).

Protocoles de  
Palerme

Protocoles additionnels à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée (2000), à savoir, Protocole visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (2000), Protocole contre le trafic illicite de migrants par terre, air et mer, (2000), Protocole contre la fabrication et le trafic illicites d'armes à feu, de leurs pièces, éléments et munitions (2001).

Réfugié

Un réfugié est une personne qui possède un critère d'éligibilité dans la définition du terme fourni par un organe régional ou international sous le mandat du HCR et/ou la législation nationale. (Master Glossary of Terms, UNHCR, June 2006).

Selon la Convention du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés « un réfugié est une personne qui par crainte d'être persécutée du fait de sa religion (1), de sa race (2), de sa nationalité (3), de ses opinions politiques (4) ou de son appartenance à un certain groupe social (5) se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et ne peut ou ne veut en réclamer la protection ou dans lequel elle a sa résidence habituelle et ne peut ou ne veut y retourner ». La Convention de l'Union africaine régissant les aspects propres aux problèmes des réfugiés en Afrique de 1969 développe cette définition. L'article 1 inclut la reconnaissance de la Convention de 1951 tandis que l'article 2 spécifie que : « Le terme «réfugié» s'applique également à toute personne qui, du fait d'une agression, d'une occupation extérieure, d'une domination étrangère ou d'événements troublant gravement l'ordre public dans une partie ou dans la totalité de son pays d'origine ou du pays dont elle a la nationalité, est obligée de quitter sa résidence habituelle pour chercher refuge dans un autre endroit à l'extérieur de son pays d'origine ou du pays dont elle a la nationalité. »

Retour volontaire assisté	Appui administratif, logistique et financier au retour et à la réinsertion dans le pays d'origine fondé sur une base volontaire, au profit de demandeurs d'asile déboutés, de migrants victimes de la traite des personnes, d'étudiants en situation de détresse, de nationaux qualifiés et autres migrants souhaitant rentrer dans leur pays d'origine.
Santé	Selon la définition générale contenue dans le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (1946), « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité».
Santé et migration	Elle se réfère au bien-être des migrants, de leur famille et des populations affectées par la migration. C'est une condition nécessaire pour la pleine réalisation des bienfaits de la migration à la fois pour ceux qui migrent et pour les pays/populations d'origine et de destination.
Trafic illicite de migrants	Terme désignant « le fait d'assurer, afin d'en tirer, directement ou indirectement, un avantage financier ou un autre avantage matériel, l'entrée illégale dans un État Partie d'une personne qui n'est ni un ressortissant ni un résident permanent de cet État » (Protocole contre le trafic illicite de migrants par terre, air et mer, additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale, 2000, art. 3 a). A la différence de la traite des personnes, la caractérisation de l'infraction de trafic illicite de migrants ne nécessite pas l'utilisation de moyens coercitifs, l'intention d'exploiter l'intéressé ou, plus généralement, une violation des droits de la personne.

Traite des personnes

Terme désignant « le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou à d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation » (Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants, 2000, art. 3 a). A la différence du trafic illicite de migrants qui présente par essence un caractère international (le franchissement d'une frontière internationale), la traite des personnes peut se dérouler à l'intérieur des frontières d'un seul Etat ou présenter un caractère transnational.

Travailleur migrant

De manière générale, personne qui effectue une migration internationale à court ou long terme afin d'exercer une activité professionnelle.

Au sens de la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (1990), « l'expression "travailleurs migrants" désigne les personnes qui vont exercer, exercent ou ont exercé une activité rémunérée dans un Etat dont elles ne sont pas ressortissantes » (art. 2 § 1).

La Convention couvre des groupes spécifiques de travailleurs migrants (temporaires) internationaux tels que les travailleurs saisonniers/ les travailleurs employés au titre de projet. (Art. 2)

« L'expression «gens de mer», qui comprend les pêcheurs, désigne les travailleurs migrants employés à bord d'un navire immatriculé dans un Etat dont ils ne sont pas ressortissantes. »

« L'expression «travailleurs frontaliers» désigne les travailleurs migrants qui maintiennent leur résidence habituelle dans un Etat voisin auquel ils reviennent en principe chaque jour ou au moins une fois par semaine. »

« L'expression «travailleurs itinérants» désigne les travailleurs migrants qui, ayant leur résidence habituelle dans un Etat, doivent, de par la nature de leur activité, se rendre dans d'autres Etats pour de courtes périodes. »

# Les éducateurs pairs « Santé et Migration » racontent leur expérience

S’inscrivant en ligne avec l’Objectif de Développement Durable (ODD) numéro 3, à savoir : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », le Projet régional « Promotion de la Santé et du Bien-être parmi les Migrants », exécuté par l’OIM et financé par le Ministère des Affaires Etrangères de la Finlande a soutenu la mise en place d’un réseau de 35 jeunes éducateurs pairs « Santé et Migration » opérant sur le Grand Tunis, à Sfax et dans le Sud tunisien. Parmi ces jeunes, se trouvent des Tunisiens et Tunisiennes, mais aussi des migrants de différentes nationalités, actifs au sein des organisations de la société civile.

L’éducation à la santé est un puissant déterminant qui permet à terme de lutter effectivement et durablement contre les inégalités et les risques sanitaires tant dans les pays hôtes que les pays de transit et d’origine des migrants. Partant de leur propre expérience en Tunisie, le groupe des 35 jeunes éducateurs pairs « Santé et Migration » a eu pour mission de sensibiliser et de former les migrants comme agents de prévention, renforçant ainsi la durabilité et multipliant l’impact positif de cette stratégie. Grâce à ce réseau, l’OIM a pu contribuer à la sensibilisation et au renforcement des capacités des partenaires nationaux, ainsi que ceux des migrants les plus vulnérables, sur le droit des migrants à la santé en tant que droit humain fondamental dans ses dimensions physiques, mentales et sociales.

C’est dans ce contexte que nous avons interviewé ces jeunes éducateurs pairs pour mieux comprendre qui ils sont, quelles activités ont pu être mises en place à travers le réseau auprès des migrants vulnérables, mais aussi quels sont les défis qu’ils ont rencontrés sur le terrain et les opportunités découlant de leur participation dans le réseau des éducateurs pairs « Santé et Migration ».

***Hanene, en tant qu’Assistante du Projet régional « Promotion de la Santé et du Bien-être parmi les Migrants » en Tunisie, pourrais-tu nous présenter le réseau d’éducateurs pairs « Santé et Migration »?***

Les éducateurs pairs « Santé et Migration » sont des jeunes Tunisiens et des migrants provenant de l’Afrique subsaharienne, d’Afrique du Nord et de l’Europe. Ces jeunes sont impliqués dans le domaine associatif et communautaire sur le Grand Tunis, à Sfax et dans le Sud tunisien (gouvernorats de Médenine et Tataouine), là où la présence des migrants étrangers en Tunisie est la plus importante.

Au moment de la mise en place du réseau en 2015, et lors du premier cycle de formation que l'OIM a organisé au profit des éducateurs pairs, ils étaient au nombre de 20. Progressivement, grâce au succès de ce réseau, le nombre de jeunes impliqués dans le réseau a augmenté et il est passé à 35.

Actuellement, le groupe est composé d'un bouquet bien assorti de jeunes hommes et femmes, engagés dans différentes associations de la société civile telles que : AESAT, Association Artaki, Afrique Intelligence, ATL-MST/SIDA, ATUDE, Caritas, CRT, Islamic Relief, ATP+, Maison des droits et des migrations et Médecins du Monde.

### ***Peux-tu expliquer en quoi consiste « l'éducation par les pairs » ?***

Par « éducation par les pairs », on entend l'éducation/la sensibilisation des enfants, des jeunes ou des adultes par d'autres personnes du même âge, partageant la même histoire, la même culture, ou ayant le même statut social. Cette approche part de l'hypothèse que les personnes, en particulier les jeunes, sont plus susceptibles d'écouter et de réagir positivement à la sensibilisation, si celle-ci est menée par leurs pairs. La « paire éducation » vise à terme, à mieux informer, sensibiliser et renforcer les capacités des bénéficiaires finaux (ici les migrants vulnérables) à devenir des acteurs à part entière du changement, et à faire partie des solutions de développement communautaire, plutôt que d'être passifs dans la position du « receveur ».

### ***Pourquoi créer un réseau d'éducateurs pairs en matière de Santé et Migration ? Quelles sont ses objectifs ?***

L'éducation par les pairs consiste à engager et mieux équiper les communautés migrantes et la société civile en Tunisie, plus précisément sur le Grand Tunis, à Sfax et dans le Sud tunisien, afin qu'ils puissent jouer un rôle actif dans la promotion des droits des migrants, dans l'amélioration de l'accès aux services existants notamment aux soins de santé de base, dans l'orientation, le conseil et la sensibilisation sur les risques et les bonnes pratiques à suivre, pour un meilleur état de santé et de bien-être des migrants, ainsi que des communautés hôtes et des communautés d'origine.

En effet, partant du principe que les représentants des communautés migrantes et les membres de la société civile travaillant avec les migrants ont le dynamisme et la créativité pour aborder ces sujets auprès des migrants vulnérables, et qu'ils sont capables de bâtir des rapports de confiance durables et forts avec leurs semblables, la création d'un réseau d'éducateurs pairs en matière de Santé et Migration au sein de ces organisations apparaît comme une stratégie adaptée en vue de réduire la vulnérabilité des migrants en Tunisie et assurer la promotion de leurs droits fondamentaux tels que le droit à la santé.

***Une dernière question pour compléter l'identité des éducateurs pairs « Santé et Migration » : peux-tu expliquer comment l'OIM s'assure que les éducateurs pairs diffusent des informations fiables et claires sur les risques mais aussi sur les bonnes pratiques qui permettent de prévenir les problématiques de santé en rapport avec la migration ?***

Le groupe des jeunes éducateurs pairs « Santé et Migration » a bénéficié d'une série des formations délivrées par l'OIM et ses partenaires notamment le Ministère de la Santé, l'ONFP et le Ministère des Affaires Sociales, sur différentes thématiques telles que: le droit des migrants, l'assistance humanitaire et sociale, l'identification des vulnérabilités et des besoins sanitaires et sociaux des migrants, la santé sexuelle et reproductive, la santé mentale, l'éducation à l'hygiène, etc. Les formations se sont déroulées aussi en partenariat avec d'autres agences onusiennes telles que par exemple l'OMS, l'UNHCR ou l'UNFPA : cette dernière a par exemple renforcé les connaissances du réseau des éducateurs pairs sur les questions de genre dans la migration et sur comment prévenir efficacement les violences faites aux femmes et aux filles. C'est un sujet qui concerne tout particulièrement les communautés migrantes en Tunisie et sur lequel il reste encore beaucoup de chemin à parcourir.

Hanene Ben Belgacem  
OIM

***Fanevamampandra, tu fais partie du réseau des jeunes éducateurs pairs « Santé et Migration », et tu es toi-même une migrante. Peux-tu nous dire en deux mots, en quoi consiste ta mission?***

Selon moi, le rôle et la mission de l'éducateur pair « Santé et Migration » consistent à sensibiliser et transmettre un message simple à nos populations cibles, les migrants. Sachant que le terme « éducation » renvoie souvent à une idée très scolaire et rigide type « tableau plus chaises », en tant qu'éducateurs pairs, nous devons rompre avec ce paradigme et proposer une forme d'éducation plutôt informelle et ludique, car elle a un meilleur impact sur les migrants que nous voulons sensibiliser.

Fanevamampandra Herinirina  
Afrique Intelligence

***Mahmoud, peux-tu nous donner des exemples d'éducation informelle ?***

A Sfax, pour que les migrants puissent découvrir la ville et ses habitants, on a organisé une chasse aux trésors dans la Médina de Sfax. Toujours pour favoriser les rencontres entre migrants et communautés hôtes, nous avons mobilisé tous les talents de la ville de Sfax pour une soirée spectacle. Des tournois de football et des séances de sport ont également été organisées à cette occasion. De cette façon, nous sommes parvenus à toucher notre public cible et à passer nos messages de façon ludique et positive. A ceci, il faut rajouter la mise en place de formations et d'ateliers de renforcement de capacités au profit de la société civile et des migrants à Sfax.

Mahmoud Kaba  
Maison des droits et des migrations

***Fanta, à ton avis, pourquoi parmi les taches d'un éducateur pair « Santé et Migration » celle de favoriser l'accès à l'information pour les migrants est-elle si importante ?***

Je suis originaire de la Côte d'Ivoire et je vis en Tunisie depuis 3 ans. Avant de rencontrer l'OIM je n'avais pas beaucoup d'informations sur les migrations en Tunisie. Surtout j'ignorais que nous, les migrants, nous avons des droits ; et puisque je ne connaissais pas mes droits, je n'ai pas pu les exercer et j'ai beaucoup souffert. Par exemple, dans la communauté subsaharienne, circulait la croyance qu'en allant à l'hôpital public, si un migrant était atteint de certaines maladies, comme les maladies infectieuses, la police pouvait nous obliger à quitter le territoire tunisien. Par conséquent, les migrants comme moi, quand ils tombaient malade, ne se rendaient pas à l'hôpital par peur d'être expulsés de la Tunisie.

Maintenant je connais mieux les droits des migrants en Tunisie. En tant qu'éducatrice paire, j'ai bénéficié d'une série de formations très utiles et pratiques, ce qui m'a permis de passer un message clair et serein au sein de ma communauté. C'est notre tâche d'informer nos compatriotes sur les structures et les associations qui sont là pour les aider, mais aussi qui peuvent les sensibiliser sur les risques sanitaires auxquels ils peuvent faire face s'ils ne se protègent pas.

Fanta Cherif  
ATP+

***Mariam, peux-tu nous parler des résultats des actions auxquelles tu as contribué auprès des migrants sur le terrain?***

Pour commencer, je voudrais partager un chiffre : sur le Grand Tunis le réseau d'éducateurs pairs a permis à 510 migrants d'être sensibilisés aux bonnes pratiques en matière de santé de base, d'hygiène et de santé sexuelle et reproductive. C'est un excellent résultat! En second lieu, nous avons pu diffuser auprès des migrants une meilleure connaissance du tissu associatif pouvant leur porter assistance et instaurer une relation de confiance avec eux. Finalement, cette initiative inédite a renforcé considérablement la mise en réseau des acteurs œuvrant dans le domaine de la migration.

Mariam Mzoughi  
Médecins du Monde

***Mahmoud, quels atouts as-tu pu acquérir grâce au réseau d'éducateurs pairs ?***

Grace à cette initiative, j'ai pu acquérir les compétences scientifiques et techniques de base pour transmettre aux migrants des messages clés adaptés à leur contexte de vulnérabilité. Mais le véritable trésor des connaissances, je l'ai acquis pendant les rencontres avec les migrants sur le terrain. Un jour, nous sommes allés dans un quartier à haute densité de migrants dans le but d'organiser une journée de sensibilisation ludique. Nous avons invité les migrants

à « voyager » pour découvrir les différentes villes de la Tunisie et leur patrimoine historique et culturel, car nous sommes convaincus que cette démarche impacte positivement sur le bien-être des migrants. Au début, notre public a éclaté de rire et on ne comprenait pourquoi ils avaient cette réaction... jusqu'à qu'ils ont nous expliqué, en rigolant, que le mot « voyager », dans le jargon du quartier, avait une autre signification... à connotation sexuelle ! C'est grâce à ces rencontres qu'on a réussi à mieux connaître le langage et cerner les spécificités des personnes que nous, en tant qu'éducateurs pairs, sommes appelés à soutenir.

Mahmoud Kaba  
Maison des droits et des migrations

***Mariam, Fanevamampandra et Mahmoud, vous avez participé à la Troisième Edition de l'Ecole d'Été sur la Migration et la Santé, c'est le moment de faire un bilan: qu'est-ce-que vous a apporté la participation à l'Ecole d'Été sur la Migration et la Santé ?***

Participer à l'Ecole d'Été sur la Migration et la Santé a été pour moi l'opportunité de rencontrer des gens appartenant à des domaines différents, qui s'occupent de la migration. De plus, la formation m'a permis d'enrichir mes connaissances dans le domaine de la migration et de la santé.

Mariam Mzoughi  
Médecins du Monde

L'Ecole d'Été sur la Migration et la Santé était une expérience très riche. La qualité des intervenants et des participants apporteront sans doute une touche exceptionnelle dans mon travail au quotidien avec la communauté migrante. Merci aux organisateurs et surtout aux jeunes militants qui aspirent à une meilleure protection et assistance aux internationaux en Tunisie.

Mahmoud Kaba  
Maison des droits et des migrations

En étant éducateur pair « Santé et Migration » depuis 2016, la participation à l'Ecole d'Été m'a beaucoup aidé pour enrichir mes compétences en matière de santé et migration.

Durant les 6 jours de formation, j'ai aussi fait de très belles rencontres enrichissantes avec les autres activistes en matière de santé et migration.

«La solidarité dans l'adversité est clé du succès.»

Fanevamampandra Herinirina  
Afrique Intelligence

***Pour conclure une question pour vous tous les membres du groupe des éducateurs : qu'est-ce-que la santé pour vous?***

La santé pour nous, on peut l'associer aux mots-clés suivants :

Bien-être

Intégration sociale

Amitié, rencontres, fraternité

Découverte, voyage

Paix

Bienveillance, douceur, sérénité

Sport

Connaissance de ses droits

Equilibre

Apprentissage, créativité

Ouverture d'esprit

Liberté

# La foire aux initiatives sur la migration et la santé

Huit organisations nationales, internationales, gouvernementales et non gouvernementales, opérant en Tunisie dans le domaine de la migration et/ou de la santé ont accueilli les participants pour une séance d'échange et de découverte ponctuée de quiz et de récompenses, des brochures et de vidéos.



Les règles de la foire aux initiatives sont simples: 30 minutes pour pouvoir interagir avec les participants, avant de céder la place au groupe suivant, un quiz comme condition pour conquérir le laissez- passer pour visiter un autre stand. Très appréciée par les participants, la foire aux initiatives de cette édition de l'Ecole d'Eté est confirmée comme une nouvelle occasion de networking et d'apprentissage ludique.









**Organisation internationale pour les migrations OIM**

6, Passage du Lac le Bourget-BP77-Les Berges du Lac, 1053-Tunis

Tel : (+216)71.860 312 /(+216)71.960 313/(+216) 71.861 097

Fax : (+216)71.962 385

E-mail : [IOMTunis@iom.int](mailto:IOMTunis@iom.int) Internet : <http://tunisia.iom.int>