

**MASTER 2 SANTÉ PUBLIQUE –
Promotion de la santé et Prévention**

2017-2018

**L'accès aux soins des migrants subsahariens au Maroc :
une analyse de situation dans le cadre de la mise en
œuvre du PSRSI de Casablanca-Settat.**



Adeline Boughnisa

Le 29 Août 2018

Sous la direction du Professeur Jean-Baptiste Combes

Remerciements

Cette année de Master 2 n'aurait pas été aussi complète et agréable sans l'aide et la présence de plusieurs personnes. Je voudrais leur témoigner toute ma reconnaissance.

Je souhaite d'abord adresser toute ma gratitude au directeur de ce mémoire, le Pr. COMBES Jean-Baptiste, pour sa disponibilité, sa bienveillance et ses éclairages qui m'ont guidée dans mon travail. J'adresse par la même occasion toute ma gratitude à l'équipe pédagogique du Master 2 Santé Publique – Promotion de la santé et prévention, pour la qualité indéniable de cette formation.

Je remercie aussi sincèrement mon maître de stage, le Dr. IDRISSE AZAMI Amina ainsi que toute son équipe du Service Santé Publique de la Direction Régionale de Santé de Casablanca, pour leur accueil chaleureux, leur expertise et leurs précieux conseils.

Je tiens à remercier spécialement KOMENAN Lydie, chargée de projet à destination de la population migrante subsaharienne à l'Association de Lutte Contre le Sida de Casablanca, pour m'avoir accepté lors de ces interventions sur le terrain, transmis son savoir-faire et sa motivation.

Je tiens également à remercier tous les migrant.e.s qui ont permis que cette enquête aboutisse et qui ont adorablement répondu à mes sollicitations, ainsi qu'aux acteurs associatifs et de la société civile permettant ces fabuleuses rencontres et faisant de ma mission de stage, une aventure humainement enrichissante.

Bien évidemment, je tiens à remercier mes parents, ma famille et amis, qui m'ont encouragé dans tous mes projets et m'ont permis d'arriver jusqu'au terme de mes études. Une pensée très particulière à la famille HAJIB et SABERE pour leur soutien, amitié et humour à toute épreuve.

Sommaire

Remerciements	2
Abréviations et acronymes.....	5
INTRODUCTION	6
PREMIERE PARTIE	17
L'accès aux soins des migrants subsahariens	17
1.1. Un manque d'orientation dans le système de santé marocain.....	17
1.1.1. L'offre de soins marocain.....	17
1.1.2. Une méconnaissance de l'organisation du système de santé	18
1.2. Obstacles financiers à l'accès aux structures secondaires et tertiaires de soins	20
1.2.1. Non intégration des migrants au système de couverture médicale RAMED.....	20
1.2.2. Des frais directs et indirects	22
1.2.3. Des prescriptions médicamenteuses payantes.....	24
1.2.4. Au CHU : refus de soins et rétention d'avis de naissance en cas d'impossibilité de paiements .	25
1.3. Contraintes administratives	29
1.3.1. Un contrat de bail pour l'accès aux soins de santé primaires	29
1.3.2. Une typologie de la population particulière compliquant le suivi des prestations de soins	31
1.3.3. Des exigences de carte séjour ou papiers d'identité dans les centres hospitaliers.....	32
DEUXIEME PARTIE.....	37
Les aspects sociaux nuisant à l'accès aux soins, la santé et le bien-être social des migrants subsahariens au Maroc	37
2.1. Les Déterminants sociaux de la santé des migrants subsahariens.....	37
2.1.1. Le Statut juridique des migrants	38
2.1.2. L'Emploi	41
2.1.3. Le logement	45
2.2. Les discriminations à l'encontre des migrants venant de pays d'Afrique subsaharienne	47
2.2.1. Discriminations dans le domaine de la santé	47
2.2.2. Traitement différencié par la société d'accueil.....	51
2.3. Barrières linguistiques.....	55

TROISIEME PARTIE	59
Les spécificités de mise en œuvre d'un PSRSI adapté aux besoins : entre obstacles et leviers.....	59
3.1. Les obstacles à l'application du PSRSI.....	59
3.1.1. Un manque de ressources humaines	59
3.1.2. Charge de travail	61
3.1.3. Un manque de motivation et un désengagement des professionnels de santé publique	63
3.1.4. Un personnel soignant non informé et non sensibilisé	63
3.2. Les « outils » indispensables pour une mise en œuvre efficace du PSRSI.....	65
3.2.1. Collaborations et partenariats avec les acteurs de la société civile et les ONG	65
3.2.2. La participation de la population cible	67
3.2.3. Une approche communautaire du PSRSI	68
3.3. Recommandations et pistes d'actions adaptées aux besoins identifiés à l'analyse de situation.....	69
3.3.1. Sensibilisation et séance d'information à destination des migrant.e.s subsaharien.ne.s	69
3.3.2. Une vision économique de l'accès aux soins.....	70
3.3.3. Un recensement pour l'accès aux soins primaires	72
3.3.4. Sensibilisation du personnel soignant et de la population marocaine.....	73
CONCLUSION	75
Bibliographie.....	78
Annexes	84

Abréviations et acronymes

ALCS	Association de Lutte contre le Sida
AMO	Assurance Maladie Obligatoire de base
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
ARCOM	Association des Réfugiés et des Communautés Congolaise au Maroc
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CASO	Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation
CDTMR	Centre de Diagnostic et de Traitement des Maladies Respiratoires
CNDH	Conseil National des Droits de l'Homme
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CRSR	Centre de Référence de la Santé Reproductive
CHP	Centres Hospitaliers Préfectoraux/Provinciaux
CHR	Centres Hospitaliers Régionaux
CHU	Centre Hospitalo-universitaire
CPE	Cellule de Protection Epidémiologique
DELM	Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies
DH	Dirhams
DRS	Direction Régionale de Santé
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
GADEM	Groupe Antiraciste et de Défense des Etrangers et Migrants
HCP	Haut Commissariat au Plan
ISS	Inégalités Sociales en Santé
LAT	Lutte Antituberculeuse
MDM	Médecins du Monde
MRE	Marocain.e Résident.e à l'Etranger
MREAM	Ministère chargé des Marocains Résidants à l'Etrangers et des Affaires de la Migration
ODD	Objectifs de Développement Durable
OFPPT	Office de la Formation Professionnelle et de la Promotion du Travail au Maroc
OIM	Organisation Internationale de la Migration
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
OSC	Organisation de la Société Civile
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSNSI	Pan Stratégique National Santé et Immigration
PSRSI	Plan Stratégique Régional Santé et Immigration
RAMED	Régime d'Assurance Maladie aux Economiquement Démunis
RESSP	Réseau des Etablissements des Soins de Santé Primaires
RH	Réseau Hospitalier
RISUM	Réseau Intégré des Soins des Urgences Médicales
SAM	Service d'Accueil des Migrants
SNIA	Stratégie Nationale d'Immigration et d'Asile
SSP	Service Santé Publique
UE	Union européenne
UNHCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

INTRODUCTION

La Mondialisation des flux humains est au cœur des transformations sociales. Les migrations peuvent être internationales, c'est-à-dire d'un pays à un autre, ou alors internes, au sein du même pays tels que les déplacements d'individus d'une région rurale vers une région urbaine. Aujourd'hui, les raisons de déplacements sont multiples (Laacher, 2007). La définition de l'Organisation Internationale de la Migration (OIM) reflète cette multiplicité. Au niveau international, il n'existe pas de définition universellement acceptée du terme « migrant » (OIM, 2015). Un « migrant » s'entend de toute personne qui, quittant son lieu de résidence habituelle, franchit ou a franchi une frontière internationale où se déplace ou s'est déplacée à l'intérieur d'un Etat, quels que soient : 1) le statut juridique de la personne ; 2) le caractère, volontaire ou involontaire du déplacement ; 3) les causes du déplacement ; ou 4) la durée du séjour (OIM, 2015). Ce terme s'applique donc aux personnes se déplaçant vers un autre pays ou une autre région afin d'améliorer leurs conditions matérielles et sociales, leurs perspectives d'avenir ou celles de leur famille. D'un point de vue grammatical, l'emploi habituel du terme « immigré¹ » fait référence à un processus migratoire ou action terminée. L'emploi du terme « immigrant² » a une connotation de processus qui est en cours. Cependant, la mobilité et les dynamiques propres aux comportements migratoires comportent parfois des limites entre les deux termes : un immigré installé sur un territoire peut devenir immigrant à un moment donné s'il décide de repartir (par exemple, afin de reprendre un projet migratoire) ou un immigrant peut décider d'arrêter son parcours et devenir immigré.

Les nouveaux enjeux migratoires dans le monde

Selon un rapport de l'Organisation des Nations Unies (ONU) en 2013, il y aurait 232 millions de migrants, c'est-à-dire de gens qui résident en dehors de leur pays natal (ONU, 2013). Cela équivaut à 3,2 % de la population mondiale, soit une augmentation de 60 millions par rapport à 2000, où seulement 175 millions d'individus étaient concernés (ONU, 2013). De plus, l'Europe reste la première destination des exilés avec 72 millions de migrants (Avrillon, 2013). Les flux migratoires internationaux ont gagné en importance et en complexité au cours des dernières décennies. Jamais auparavant la migration effective et potentielle à destination de l'Union européenne n'avait reçu autant d'attention dans les sphères politiques. La migration un sujet au cœur des discours politiques, médiatiques et publics, reflétant ainsi le caractère urgent de ce phénomène. Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) estime qu'il y aurait 740 millions de migrants internes dans le monde (PNUD, 2009). Une personne sur dix est un réfugié ou un demandeur d'asile et l'Asie est le continent d'où proviennent le plus grand nombre de migrants (106 millions), selon le rapport, et l'Inde en fournit à elle seule 17 millions (Le Nouvelliste, 2017). En somme, les populations concernées sont inégalement réparties avec 97 millions de migrations Sud-Nord, 74 millions de migrations Sud-Sud, 37 millions de migrations Nord-Nord, 40 millions de migrations Nord-Sud, « le reste étant constitué par des migrations Est-Ouest et, plus rarement, Ouest-Est » (Niandou, 2015). En outre, parmi les migrants internationaux, seul un tiers s'est déplacé d'un pays en développement

¹ Immigré : qui a quitté son pays d'origine pour s'installer dans un autre pays.

² Immigrant : qui immigre dans un pays étranger au sien.

vers un pays développé (PNUD, 2009). Contrairement à ce que les discours actuels portent à croire, la majorité des migrations ne s'effectuent pas du Sud vers le Nord. En réalité, seules 37 % des migrations dans le monde ont lieu d'un pays en développement vers un pays développé *Ibid.* Le lien entre migration et développement est reconnu et introduit à l'agenda politique international. En effet, l'ONU souligne que les migrations constituent un facteur dynamique de développement pour les pays du Sud (ONU, 2013). Les droits des migrants et le recours à des politiques migratoires adaptées sont évoqués dans les Objectifs de Développement Durable (ODD) adoptés à l'unanimité par les Nations unies en 2015 (ONU, 2015). Et pourtant, des approches polémiques persistent et se renforcent alors même que le rapport du PNUD de 2009 souligne le rôle central des mobilités humaines dans le développement humain (PNUD, 2009). Ainsi si le concept de « développement » renvoie souvent à celui de « croissance économique », il est désormais admis qu'il comprend également des variables plus transversales, notamment concernant la migration où des facteurs non économiques comme l'intégration, la santé, les respects des droits de l'homme, la cohésion sociale et le bien-être doivent particulièrement être pris en compte.

Afrique et migrations subsahariennes

En Afrique, les migrations provenant des pays subsahariens sont en premier lieu la conséquence d'une inégalité de développement. Il s'agit d'aller rechercher plus au nord les ressources que l'on ne trouve pas chez soi, viennent ensuite bien sûr, mais très nettement à distance, les guerres et les troubles politiques et enfin chez les plus jeunes le désir d'aventure, de connaître le monde, tendance que l'on retrouve aussi chez les jeunes Européens, mais qui ne se heurte pas aux mêmes obstacles et aux mêmes difficultés (Alioua, 2015). Pour Laacher, les personnes qui partent pour de multiples raisons et n'ont pas forcément un objectif clair et précis (Laacher, 2007). Leurs statuts, situations et modes de vie font qu'il leur est impossible de vivre. Cette impossibilité de vivre aux raisons multiples est suffisamment forte pour se lancer dans l'inconnu *Ibid.* Parfois, pendant les parcours migratoires les conditions de traversée font qu'ils doivent se résigner à rester sur place un temps donné. Les « transmigrants » réalisent la figure de l'étranger dont parlait Simmel au XIXe siècle définissant : celui dont les populations sédentaires ne savent pas s'ils prendront place parmi elles ou s'ils poursuivront plus avant leurs déplacements (Alioua, 2015). L'Afrique est traversée par une variété de dynamiques migratoires dont le point commun, bien qu'ils s'agissent de populations de différentes origines et perspectives d'avenir, est la mise en place de réseaux migratoires transnationaux diffus dans l'espace et le temps.

La majorité de ces migrants subsahariens finissent par passer en Europe, ils s'y installent ou poursuivent leur périple ; d'autres s'établissent dans les étapes africaines où ils sont (notamment au Maghreb) ; d'autres encore rentrent chez eux, ou bien, plus dramatiquement, sont expulsés ou meurent (Conseil National des Droits de l'Homme, 2013). L'instauration du système Schengen a eu un impact considérable sur les routes et les formes migratoires en Afrique méditerranéenne (Alioua, 2015). Depuis la généralisation du régime des visas et les restrictions auxquelles sont confrontés la plupart des Africains qui désirent migrer dans l'Union Européenne (UE), les migrants ont dû s'adapter en prospectant de nouvelles destinations, renforçant ainsi les migrations Sud-Sud, autant qu'en cherchant de nouvelles portes d'entrée *Ibid.* C'est alors que des pays à la base d'émigration, comme ceux du Maghreb, deviennent des pays d'installations plus ou moins longues *Ibid.*

Le Maroc : un pays de mobilités

Les migrations constituent aujourd'hui, un peu partout dans le monde, un sujet de préoccupation et de débat constants, voire de controverse, interpellant à la fois pouvoirs publics, sociétés civiles, chercheurs et mécanismes internationaux des droits de l'Homme (Niandou, 2015). Le Maroc n'échappe pas à la donne mondiale. Ce pays, depuis la première Guerre mondiale est une grande terre d'émigration (Hein de Haas, 2005). Depuis 1990, il fait face à des réalités migratoires qui évoluent et se complexifient (Khrouz et Lanza, 2015). C'est un pays, qui comme la Turquie et le Mexique est à la fois un pays de départ, d'arrivée et de transit (Wihtol de Wenden 2016). En raison de la densification des mouvements migratoires du et vers le Maroc, depuis une vingtaine d'années, le royaume est désormais reconnu comme pays d'immigration et d'émigration (Niandou, 2015). Le contexte migratoire évolutif et de sa position géostratégique, font que le pays est progressivement devenu à la fois un pays d'origine, de transit et de destination pour des migrants vulnérables issus d'Afrique, d'Asie et du Moyen-Orient (Niandou, 2015). La population de migrants vulnérables au Maroc se compose principalement de personnes en situation administrative irrégulière provenant d'Afrique de l'Ouest, soit personnes qui ont quitté leurs pays pour des raisons économiques ou bien qui ont été recrutées et exploitées par les réseaux de la traite des êtres humains ou encore en quête d'asile (OIM, 2015). Cette terre d'asile et d'installation durable de migrants, accueille également une immigration professionnelle régulière, une mobilité d'étudiants, un tourisme religieux, une migration en situation irrégulière et en transit et enfin des demandeurs d'asile et réfugiés. A cela, peut se rajouter les groupes installés tels que les Algériens, Syriens et diverses nationalités européennes ainsi qu'une circulation des élites professionnelles hautement qualifiées entre l'Europe et le Maroc ou les séjours prolongés de retraités européens, notamment français (CNDH, 2013). Selon le recensement de la population du Haut Commissariat au Plan (HCP) en 2014, le Maroc compte environ 84 001 étrangers vivant sur son territoire, soit 0,25 % de la population marocaine (HCP, 2014). Dans le monde, 3,2% des personnes résident en dehors de leur pays natal. Cette conjugaison de dynamiques migratoires diversifiées fait du Royaume un pays visiblement cosmopolite.

Par ailleurs, au sein du pays, l'enjeu migratoire pose question avec de plus en plus d'acuité. Le continent africain est confronté aux défis de développement et est secoué par de nombreuses crises politiques et conflits armés, ce qui fait que d'année en année, les routes migratoires peuvent se modifier. Le Maroc ne peut rester à l'écart face à cela. Chaque année, plusieurs dizaines de milliers de migrants tentent de rejoindre l'Espagne depuis le Maroc. Ils entrent au Maroc par la région de l'Oriental située à l'Est du pays en provenance de l'Algérie après avoir traversé le Sahara par voie terrestre en ayant transité au préalable par Agadez, véritable carrefour migratoire au Niger (OIM, 2016). Les deux enclaves espagnoles au Maroc : Ceuta et Melilla, sont une réelle opportunité pour les migrants qui n'hésitent pas à tenter plusieurs fois et durant plusieurs années, la traversée des hauts murs barbelés de 6 mètres. Les tentatives d'entrer à Ceuta et Melilla par voie terrestre ou de traverser la Méditerranée par voie maritime peuvent être très nombreuses et ils essayent souvent les deux voies (OIM, 2015). Ces 2 frontières européennes hors de l'Europe pourraient être une cause d'afflux importants de subsahariens sur le territoire. En effet, à Ceuta et Melilla, ce sont les personnes originaires d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale qui tentent majoritairement le passage en Espagne, avec en 2015 de nombreuses arrivées de syriens à Melilla (La Cimade, 2016). Une situation complexe constituant un défi et une richesse pour le Maroc mais souvent cachée par la figure réductrice ancrée du subsaharien vagabondant sur les routes, réduit à recourir à la charité publique ou s'attaquant en groupe aux frontières des deux enclaves espagnoles.

Face à ce contexte, les autorités marocaines ont toujours agi de manière idoine et en succinctes collaborations avec les autorités espagnoles. Cette question de la migration ou des migrants « de transit » a pris de l'importance dans les années 2000, rendue particulièrement visible à l'occasion d'événements comme le drame de Ceuta et Melilla en 2005 (Khrouz, 2015). Suite à cela, les conditions des migrants subsahariens ont été mises en lumière et dénoncées. Cette catégorie de migrants, rendue plus visible, est devenue une préoccupation affichée tant par des organisations de la société civile que par des institutions nationales et supranationales (Lanza et khrouz, 2015). Elle occupe depuis une place centrale dans les discours publics, médiatiques et politiques du Royaume. La situation à Melilla illustre les dysfonctionnements des politiques tentant de contenir les migrants en dehors des frontières européennes et les dérives de la coopération avec les Etats non membres de l'UE (La Cimade, 2016). La politique drastique de contrôle menée par l'Union Européenne (UE) concernant ses frontières extérieures joue probablement un rôle majeur dans l'attitude du Maroc vis-à-vis de cette migration.

Pressions européennes

La lutte contre l'immigration irrégulière, la coopération avec les pays voisins de l'UE, le renforcement des frontières extérieures sont au cœur des politiques migratoires européennes depuis les années 1990 (La Cimade, 2016). A cette époque déjà ces priorités étaient justifiées par une rhétorique affirmant que l'UE n'avait pas la capacité d'accueillir l'arrivée de migrants *Ibid*. Plus de vingt ans après, ces orientations sont réaffirmées et se durcissent. En dépit des événements humanitaires catastrophiques de 2015 (naufrages, exodes), les discours affichant la volonté des dirigeants européens d'accueillir les réfugiés ont vite laissé place à la priorité de la fermeture des frontières européennes *Ibid*. On peut alors interpréter les politiques migratoires mises en œuvre dans l'Union, au niveau national comme communautaire, et celles qu'elle tente d'imposer aux pays voisins, comme un moyen de se définir sur les plans politique, identitaire et territorial, notamment par une délimitation stricte du « dedans » et du « dehors » (Alioua, 2015). Face à l'augmentation d'arrivées de personnes cherchant refuge en Europe, la réaction de l'UE et de ces Etats membres est de s'emmurer et de militariser leurs frontières *Ibid*. Ainsi, avec la collaboration imposée en termes de contrôle et de répression des flux aux pays limitrophes, la migration participe à l'externalisation de la frontière européenne.

Ceuta et Melilla, seules frontières terrestres euro-africaines, sont des zones d'attention particulière quant aux politiques migratoires visant à freiner les mouvements de personnes vers l'UE. En effet, l'Espagne a progressivement élevé des barrières de plus en plus hautes et augmenté les moyens de contrôle, avec le soutien politique et financier de l'UE, qui témoigne un intérêt privilégié pour garder sa frontière Sud la plus hermétique possible, et notamment grâce à la collaboration du Maroc, gendarme des frontières extérieures de l'UE (La Cimade, 2016). Enfin, conforme à ses intérêts extérieurs, cette politique étrangère est aussi conforme à l'identité que le Maroc travaille depuis presque trois décennies à acquérir : celle d'un pays respectant les droits de l'homme et développant l'Etat de droit (Mourji, Ferrié, Radi, Alioua, 2016). Le traitement des migrants aux frontières et leurs conditions de vie représentent des épreuves d'adéquation à cette identité. Ainsi, la migration défie le Maroc dans sa capacité à s'adapter à ces nouvelles transformations sociales en cours et implique d'y intégrer des enjeux de coopérations internationales.

Politique Migratoire, Régularisations et Stratégies Nationales

Aujourd'hui la migration est encadrée par des traités et des conventions internationales que le Maroc a ratifiés, ainsi que par des dispositions juridiques nationales en la matière (Sidi Hida, 2015). Suite à l'engouement médiatique, un rapport exécutif ainsi que des recommandations du Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH) a été publié le Lundi 9 Septembre 2013. Celui-ci plaide pour « une politique d'asile et d'immigration radicalement nouvelle » (CNDH, 2013). En conséquence, le Maroc a décidé de lancer sa nouvelle politique migratoire marocaine qui s'appuie principalement sur la régularisation des étrangers « sans papiers » de différentes nationalités, constituant un tournant dans la posture du royaume comme pays d'immigration. Par ailleurs, ayant ratifié la Convention de Genève de 1951 relative au statut de réfugié et adopté un décret fixant les modalités de son application (1957) qui prévoit la mise en place d'un Bureau marocain des réfugiés et apatrides, le Maroc ne dispose pas, dans les faits, de procédure effective d'asile nationale ; c'est donc l'UNHCR (Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés) qui se charge de la détermination et de l'assistance aux réfugiés au Maroc (Sidi Hida, 2015).

A la suite de l'adoption de cette nouvelle mesure législative, 853 demandes de reconnaissance du statut de réfugié de l'UNHCR ont été examinées par une commission interministérielle (Sidi Hida, 2015). Depuis janvier 2015, la commission est en train de traiter 1100 demandes d'asile de syriens, dont 383 ont été déjà auditionnés. Pour ce qui est de l'opération dite exceptionnelle de régularisation de 2014, 27 332 demandes de régularisation ont été déposées, dont 17 916 ont été acceptées (Sidi Hida, 2015). Cette régularisation a touché 116 nationalités, avec 6600 Sénégalais, 5250 Syriens, 2380 Nigériens et 2281 Ivoiriens (Sidi Hida, 2015). En somme, le 15 décembre 2016, sur Hautes Instructions Royales, une seconde campagne de régularisation des migrants en situation irrégulière fut réalisée (OIM, 2016). Cette dernière a eu la particularité de modifier la durée de validité du titre de séjour d'un an à trois ans, ce qui marquerait l'engagement du Maroc à poursuivre sa politique d'ouverture et d'hospitalité.

Dans un contexte international où la problématique migratoire semble cristalliser un certain nombre de craintes, le Royaume a quant à lui choisit de parier sur une politique volontariste en s'impliquant dans le développement de stratégies inclusives à l'égard des migrants. La Stratégie Nationale d'Immigration et d'Asile (SNIA) 2017-2021, intègre un plan en collaboration avec la société civile visant à faciliter aux migrants l'accès aux services d'éducation, de santé, de logement et d'emploi au même titre que les citoyens marocains. Suite à l'entrée en vigueur de l'accord de siège au Maroc (membre de l'OIM depuis 1998), en juillet 2006, l'OIM a ouvert sa mission à Rabat en 2007. En accord avec les principes et dans la même dynamique que la SNIA, l'OIM soutient conjointement le Ministère chargé des Marocains Résidant à l'Etrangers et des Affaires de la Migration (MREAM), dans l'application de cette politique nationale, notamment dans les domaines de la santé et de l'insertion professionnelle des migrants au Maroc. S'ils bénéficient d'une amélioration du niveau de bien-être physique, mental et social, ils pourront contribuer sensiblement au développement social et économique de leurs communautés d'origine et de leurs sociétés d'accueil (OIM, 2016).

Le cadre politique qui en découle offre donc un levier majeur à l'intégration des migrants au sein des stratégies sectorielles. Les responsables de la politique migratoire semblent avoir bien saisis le caractère holistiques des valeurs et principes qu'ils défendent. Le Ministre chargé des MREAM, Anis Birou, déclare que cette politique est basée sur une approche cohérente, globale, humaniste et responsable (OIM, 2016). Cependant les dits subsahariens clandestins, et une grande partie des étrangers au Maroc – notamment en situation administrative irrégulière, ne semblent pas être visés

directement par les programmes prévus par cette nouvelle politique (Khrouz, 2015), laissant supposer que la mise en œuvre de ces politiques ne serait pas inclusive de tous les migrants.

Contexte sanitaire de la migration

La mobilité humaine influence non seulement la vulnérabilité physique mais aussi le bien être mental et social des personnes (OIM, 2016). La migration est un phénomène mondial qui peut être considéré comme un déterminant social de la santé. Les circonstances avant le départ, durant le voyage, à l'arrivée et éventuellement lors d'un retour au pays d'origine ont un impact sur la santé (OIM, OMS et Nations Unies, 2013). Le système de santé doit, face à cette réalité migratoire, s'adapter aux besoins de cette nouvelle population, ce qui représente un réel défi pour le Maroc. A l'image d'une migration qualifiée de « clandestine » et « de transit », il est important de ne pas oublier le caractère instable, vulnérable et transitoire de cette population.

Selon l'OIM, la migration est aujourd'hui l'un des principaux enjeux de santé à l'échelle mondiale. Les migrants comptent parmi ceux qui ont le plus de difficultés à accéder aux soins de santé. Le système de santé ne peut, à lui seul, faire disparaître les inégalités relatives à la santé et à l'accès aux soins de qualité. En effet, les déterminants sociaux de la santé interpellent plusieurs secteurs tels que l'emploi, le logement, le statut juridique, la sécurité sociale et l'éducation. Tous peuvent avoir un impact sur la santé des migrants. En 2008, l'Assemblée Mondiale de l'OMS a adopté la résolution 61.17 sur la santé des migrants et, en 2010, une consultation mondiale sur la santé des migrants a été organisée à Madrid ; quatre grandes priorités d'action dans ce domaine ont été définies (OMS, OIM, 2010) :

1. Surveillance de la santé des migrants.
2. Cadres politiques et juridiques, conformes aux lois et normes internationales et favorisant l'égalité d'accès des migrants aux services de santé et à la protection sociale.
3. Systèmes de santé attentifs aux besoins des migrants.
4. Partenariats, réseaux et cadres multinationaux.

Politiques publiques de santé

Depuis octobre 2015, dans l'élan de l'extension de la couverture médicale de base, une convention-cadre de partenariat a été signée par le ministère de l'intérieur, le ministère chargé des MREAM, le ministère de l'économie et des finances chargé du budget et le ministère de la santé afin de faire bénéficier aux immigrés régularisés et aux réfugiés d'un panier de soins assimilé au Régime d'Assurance Maladie aux Economiquement Démunis (RAMED) (Ministère de la Santé, 2017). Ce partenariat vise à renforcer la SNIA menée par le Maroc, notamment en matière d'accès aux soins médicaux. En effet, les migrants en situation administrative régulière et les réfugiés démunis, ainsi que leurs familles, bénéficieraient des services médicaux dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé, ainsi que les services sanitaires relevant de l'État, selon les lois et procédures en vigueur.

De plus, un atelier multisectoriel de réflexion a eu lieu le 21 Janvier 2016 à l'École Nationale de Santé Publique (ENSP), présidée par le secrétaire général du ministère de la Santé, le secrétaire général du ministère chargé des MREAM, l'OMS et l'OIM avec comme objectif général la proposition d'orientations stratégiques pour l'élaboration d'un plan national santé des migrants (Ministère de la Santé, 2016). Au sein du ministère de la santé, c'est la Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies (DELM) qui est chargée de conduire la réponse aux défis posés par l'assistance sanitaire

aux immigrés et de représenter le ministère dans le comité de pilotage pour la mise en œuvre de la SNIA. Le Mercredi 12 Octobre 2016, en collaboration du ministère chargé des MREAM et l'OIM, la DELM a élaboré son Plan Stratégique National Santé et Immigration (PSNSI) 2017-2021. Couvrant une période de cinq ans allant de 2017 à 2021, c'est le cadre de référence national en matière de santé des immigrés et constitue, de ce fait, le principal instrument de coordination de l'action des différents acteurs et partenaires concernés. Par ailleurs, il a été utilisé comme fil conducteur aux différents Plans Stratégiques Régionaux Santé et Immigration (PSRSI) 2018-2022.

Le PSRSI du Service Santé Publique de Casablanca : un défi régional

Le PSRSI de la région Casablanca-Settat est élaborée et régie par le Service Santé Publique (SSP) de la Direction Régionale de la Santé (DRS), localisée à Casablanca. Issu de la déclinaison du PSNSI, son objectif général est : « *d'améliorer l'accès des immigrés en situation de vulnérabilité à des services de prévention et promotion de la santé et à de soins médicaux, dans le respect des droits humains et dans des conditions d'égalité et d'équité* » (Ministère de la Santé, 2017). Pour cela, il se décline en 5 objectifs spécifiques :

- Disposer d'informations et données fondées sur les défis sanitaires liés aux flux migratoires pour assurer une réponse effective du système national de santé.
- Contribuer à la réduction de la prévalence des problèmes de santé chez les populations migrantes
- Assurer une prise en charge culturellement et linguistiquement adaptée dans tous les niveaux du système de soins et les services sociaux afférents
- Instaurer des procédures et mécanismes de gestion de la réponse nationale en matière de santé et migration à tous les niveaux.
- Renforcer les capacités requises pour la mise en œuvre du PSNSI à tous les niveaux du système national de santé.

En effet, l'augmentation des flux migratoires durant cette dernière décennie dans le monde fait de la santé des migrants un enjeu de santé publique (Brutel, 2015). Suite à ces enjeux et aux réalités migratoires en Afrique, le Maroc a adopté une politique d'immigration et d'asile visant à l'intégration sociale de la population migrante à tous les niveaux. Le Service de Santé Publique de Casablanca-Settat a pour rôle de répondre aux enjeux sanitaires territoriaux, via la mise en œuvre du PSRSI 2018-2022.

Problématisation

A la lumière des connaissances acquises sur la question migratoire au Maroc, les problématiques de recherche sont les suivantes :

1. Au sein du territoire régional, existe-il des obstacles d'accès aux soins et des besoins de santé pour les migrants subsahariens ?
2. Quels sont les déterminants sociaux de santé et comment influent-ils sur l'accès aux soins des migrants subsahariens ? De manière plus large, est ce que l'intégration sociale des migrants subsahariens est-elle satisfaisante ?

3. Comment le Service Santé Publique se saisit-il des problématiques locales afin de mettre en œuvre une politique territoriale de santé adaptée au terrain ? Quels sont les leviers et obstacles à cette mise en œuvre ?

Hypothèses de travail

Dans la continuité des questions de recherche, les hypothèses suivantes seront à vérifier au cours de cette étude :

Premièrement, nous essayerons de montrer que l'accès aux soins des populations migrantes subsahariennes témoigne d'une intégration de la migration dans le secteur de la santé opérante.

En deuxième lieu, nous tenterons de confirmer l'hypothèse suivante : les différents déterminants sociaux de santé des migrants subsahariens influent sur leur accès aux soins, santé et bien-être, et permettent de juger d'une intégration sociale satisfaisante.

Pour finir, après avoir examiné les leviers et freins à la mise en œuvre de la politique territoriale de santé, nous tenterons de vérifier qu'un diagnostic territorial des besoins permet bien de mettre en place des actions adaptées au contexte régional.

Justification de la méthodologie

S'appuyant sur une approche sociologique de la migration, ce mémoire a été réalisé à partir d'une démarche exploratoire qualitative basée sur de l'observation, une enquête de terrain lors du stage de fin d'étude au Service Santé Publique de la Région Casablanca-Settat (*cf. Annexe 1.1*), des entretiens semi-structurés, différentes journées de formation, séminaires et des informations issues d'articles de presse.

Les entretiens semi-directifs ont visé 2 Organisations Non Gouvernementales (ONG), 3 associations locales, 1 centre d'hébergement d'urgence, 2 centres de santé, 1 Hôpital préfectoral, 10 migrants du camp d'Ouled Ziane et 10 migrantes subsahariennes. Les enquêtes ont eu lieu de 10 mai au 06 juillet 2018. La majorité des personnes interrogées sont originaires de la région et certains sont de Rabat. Ces entretiens ont suivi la méthode « boules de neige », consistant à obtenir des contacts des premières personnes interrogées et des contacts de ces contacts. La méthode est efficace, dans la mesure où elle facilite les rencontres, les personnes sollicitées le sont grâce à l'introduction d'une de leurs connaissances. C'est par cette méthode que j'ai eu la chance de rencontrer le responsable du programme prévention sida destiné aux migrants. Via ce contact j'ai pu bénéficier d'un accès rapide à la population migrante, lors des différentes séances de dépistages VIH/Sida ayant eu lieu à l'Eglise Notre Dame de Lourdes de Casablanca. Les entretiens ont été préparés à l'aide d'un guide d'entretien de base, établissant des informations générales sur les structures interrogées telles que la description du poste occupé, la nature de leur action et leur méthode pour ensuite passer à des questions plus précises quant aux actions auprès des migrants, des difficultés et obstacles en termes d'accès aux soins. Pour finir, viennent les aspects de la coordination à savoir leurs relations avec les institutions publiques/ONG/associations locales ainsi que leur synergie quant au fait de vouloir subvenir aux besoins de santé des migrants.

En somme, la présente étude a été alimentée par un travail de recherche appuyé sur les textes législatifs nationaux et internationaux mais également sur une multitude de publications associatives d'ONG internationales sur la situation des migrants au Maroc. Le recours à ces documents s'est

imposé, d'une part, en raison de leur pertinence et d'autre part du fait d'un manque de littérature scientifique dans ces domaines.

Présentation du choix du terrain d'étude

La sélection des structures s'est faite dans un premier temps par un contact de terrain à Tanger que j'ai eu via mon tuteur de mémoire. Pour Casablanca, celui-ci m'a orienté vers quelques structures pertinentes et quartiers où les migrants sont majoritairement localisés. Par la suite, ces structures m'ont été confirmées par les différents discours rapportés au sein du stage. De plus, ce stage m'a permis de bénéficier de l'expertise de la structure d'accueil en matière de santé publique, des expériences des personnes qui la fréquentent et m'a facilité l'entrée dans les établissements de santé. Cet accès au terrain privilégié a influencé de façon déterminante ce mémoire, notamment en ce qui concerne les observations sur le terrain. Les échanges informels concernant les sujets importants pour ma recherche et les actions menées au Maroc sur la question migratoire ont éclairé les liens et les modes de fonctionnement entre les différents acteurs que je n'aurais pas pu saisir aussi facilement sans cet intermédiaire.

Au cours du temps, j'ai pu comprendre les enjeux entre les différents acteurs clés impliqués dans les processus d'élaboration ou d'intégration des migrants dans le système de santé. C'est à la suite de cela que j'ai pu solliciter certains d'entre eux pour des entretiens. Les ONG ont été choisies du fait de leur engagement spécifique auprès des migrants en termes de prise en charge globale, le choix des associations s'explique du fait de leurs actions de promotion de la santé et prévention des maladies à destination des populations migrantes. Les centres de santé Al Azhar et Gna Louz et l'Hôpital Préfectoral du quartier Hay Hassani de Casablanca (*cf. Annexe 1.2*) ont été ciblés comme ceux où une affluence importante de personnes migrantes a été identifiée par le SSP et quant à l'idée de rencontrer les personnes migrantes du camp d'Ouled Ziane, ce sont les actualités récentes de ce quartier, les discours rapportés et l'observation de personnes migrantes près de la gare routière d'Ouled Ziane qui m'ont motivé.

Difficultés rencontrées lors de la recherche

Comme toutes les méthodes, elle possède aussi des biais. Les informations récoltées sont en grande partie déclaratives et soumises à d'éventuels biais d'interprétation. Ainsi, il est impossible d'affirmer que les résultats sont représentatifs de l'ensemble de la population migrante. Pour autant, sur la base des informations recueillies, il est possible de faire un certain nombre de constats.

La migration étant un sujet « sensible » actuellement au Maroc, cet aspect essentiel peut influencer sur la récolte des informations de terrain dans la mesure où l'enquêté.e pourrait avoir des réticences à donner son propre avis et à décrire l'état actuel des choses. Cela a donc impliqué beaucoup d'ajustements centrés sur les personnes. De plus, la réalisation d'entretiens avec les marocains n'est pas aussi aisée que je l'aurais pensé. Le comportement méfiant et ambigu de certaines personnes aux questions posées, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins des personnes non régularisées, souligne le degré peu élevé de conscience sur les phénomènes de discriminations sociales et médicales et le caractère tabou du sujet, qui auront été des barrières dans mes entreprises de terrain.

Concernant la rencontre avec les migrants d'Ouled Ziane, la difficulté résidait dans le fait de ne pas connaître les codes sociaux et particularités du terrain pour aborder cette population. Il m'a donc

fallut demander l'avis d'un contact subsaharien interrogé, connaissant bien le sujet et menant des actions communautaires auprès de cette population sur Casablanca. Ainsi, du fait de certaines réticences et du manque de confiance, il était plus judicieux de les aborder en leur offrant un panier alimentaire et de petits soins primaires. Toutefois, me conseillant de ne pas y aller seule, cette personne m'a gentiment proposé de m'accompagner lors de cette rencontre. De plus, elle a également contacté un éducateur pair de l'association faisant figure masculine.

En outre, compte tenu des limites temporelles du mémoire qui ont été très restreintes, le nombre d'associations, de structures de santé et ONG rencontrées a été amenuisé malgré un terrain aussi propice à l'investigation.

Annonce du plan

Dans la première partie qui fait suite à cette introduction, il sera question d'identifier et de détailler les facteurs influant sur la santé des migrants subsahariens, relatés par les différents acteurs associatifs, la population migrante et ceux observés dans les différents établissements de santé. Nous expliquerons le manque d'information et d'orientation des migrants au sein du système de santé en 1.1, en 1.2 nous détaillerons les barrières financières et en 1.3 les différents obstacles administratifs que les migrants subsahariens rencontrent.

Dans une deuxième partie, il s'agira de juger l'intégration sociale des migrants et de comprendre comment les facteurs sociaux entravent l'accès aux soins, la santé et le bien-être social des migrants. Les déterminants sociaux de santé seront énumérés en 2.1. Nous analyserons par la suite en 2.2, les différentes formes de discriminations nuisant au bien-être social des migrants et en 2.3 nous traiterons la question des barrières linguistiques.

En dernier lieu, il s'agira de comprendre les spécificités d'application de la politique territoriale de santé au niveau de la région Casablanca-Settat. Nous expliciterons les obstacles de mise en œuvre inhérents au système de santé marocain en 3.1 et les leviers en 3.2. Pour finir, il s'agira de prendre en compte l'analyse de situation réalisée afin de proposer au service santé publique des préconisations et recommandations pour l'étape de mise en œuvre du PSRSI.

PREMIERE PARTIE

L'accès aux soins des migrants subsahariens

L'élaboration du PSRSI reposait sur une approche participative qui invitait les différentes régions à proposer une déclinaison du PSNSI afin que les plans régionaux répondent à un besoin local de santé. C'est dans cette perspective qu'une analyse de situation des besoins locaux a été menée. En effet, en comparaison avec la France où le profil, l'état de santé et l'accès aux services de soins des migrants récemment arrivés en France restent peu documentés (Guisao, Jangal, Quéré, Laporte, Riou, 2017), la région de Casablanca-Settat fait face à cette même problématique. Cette partie consiste à l'identification des problématiques actuelles d'accès aux soins dans les différents établissements de santé. Ces différents facteurs influant sur la santé et l'accès aux soins des migrant.e.s subsaharien.ne.s ont été relatés par les Organismes de la Société Civile (OSC), ONG internationales, associations marocaines, par la population migrante ainsi que ceux observés sur le terrain.

1.1. Un manque d'orientation dans le système de santé marocain

1.1.1. L'offre de soins marocain

Le Ministère de la Santé définit l'offre de soin au Maroc comme « *L'ensemble des infrastructures et installations de Santé (fixes et mobiles), relevant du secteur public et du secteur privé, des ressources humaines qui leurs sont affectées, ainsi que des moyens mis en œuvre pour produire des prestations de soins et des services afin de répondre de façon optimale aux besoins de Santé des individus et des collectivités* », (Ministère de la santé, 2011). L'offre de soins s'organise en programmes de santé³ appliqués au niveau des structures de santé organisées en 4 réseaux : Réseau des Etablissements des Soins de Santé Primaires (RESSP), Réseau Hospitalier (RH), Réseau Intégré des Soins des Urgences Médicales (RISUM) et le Réseau des Etablissements Médico-Sociaux (REMS). Un découpage sanitaire est également à respecter selon le lieu d'habitation du.de la patient.e :

- Une circonscription sanitaire (rurale: caïdat ou urbaine: arrondissement ou commune) composée de 2 ou plusieurs centres de santé (RESSP)
- Une préfecture ou une province sanitaire
- Une région sanitaire
- Un territoire interrégional

Le système de santé est également appuyé par différentes structures spécialisées : Centre de Référence de la Santé Reproductive (CRSR), un Centre de Diagnostic et de Traitement des Maladies Respiratoires (CDTMR) et des laboratoires de santé publique. 3 niveaux de soins ont été établit. Plus on augmente de niveau, plus la structure de santé qui y correspond offre d'avantage de prestations,

³ Prise en charge intégrée de l'enfant ; Planification familiale ; Programme national d'immunisation ; Lutte contre les maladies de carence ; Santé scolaire et universitaire ; Santé-Handicap ; Santé rurale (santé mobile) ; Espace santé jeunes ; Santé des migrants ; Unité intégrée de prise en charge des femmes et enfants victimes de violences (faisant partie de la santé Mère-Enfants) ; Lutte contre les IST-SIDA ; Lutte antituberculeuse et lutte contre les infections respiratoires aiguës ; Lutte contre les maladies épidémiques et surveillance épidémiologique ; Lutte contre les cancers ; Lutte contre les maladies mentales ; Lutte contre les maladies chroniques ; Santé bucco-dentaire ; Réhabilitation physique. (Liste non exhaustive)

des actes plus spécialisés et du matériel sophistiqué répondant aux besoins de santé du patient, suivant le diagnostic réalisé par le médecin du niveau inférieur.

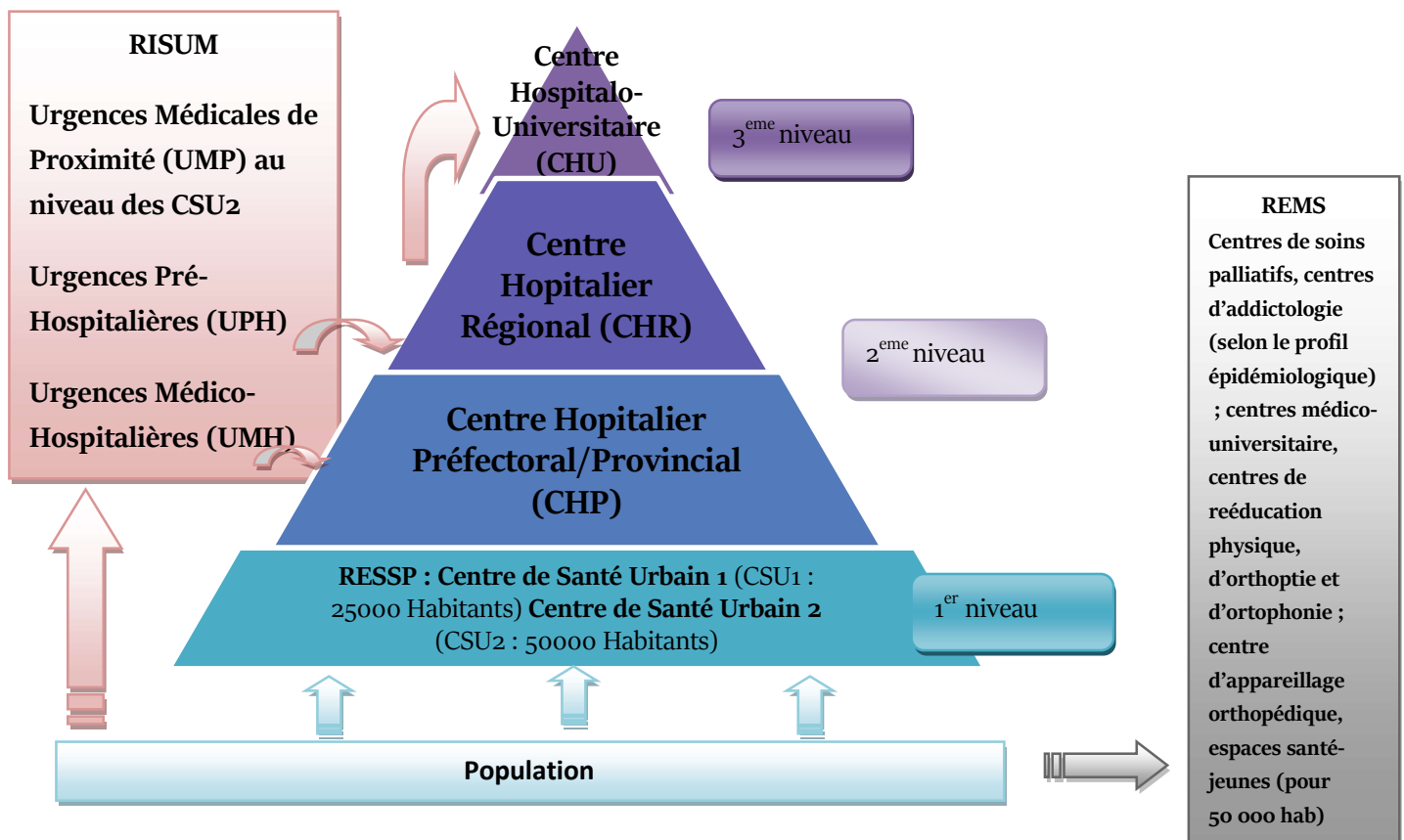


Fig.1. L'Offre de soins au Maroc

Selon les interlocuteurs, le circuit de santé stipule que tout patient doit se diriger en premier lieu vers un centre de santé de soins primaires, sauf cas d'urgence⁴ où il peut directement se présenter aux urgences hospitalières. Si le patient a une pathologie dont le centre de santé ne peut prendre en charge telle qu'une consultation spécialisée, chirurgie ou alors des examens complémentaires (radio, scanner, IRM) celui-ci doit être orienté vers un niveau supérieur de soin. A l'hôpital, si le patient est diagnostiqué comme ayant besoin de soins plus importants, celui-ci est référé grâce à une fiche de transfert au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de 3^{ème} niveau.

Malgré la pertinence de cette répartition et gradation des soins ainsi que de la mise en place de plusieurs structures spécialisées afin d'offrir des soins précis et adaptés, nous verrons tout de même qu'il s'agit d'un système complexe que les migrant.e.s ont du mal à retenir, respecter ou alors dont ils.elles ne sont pas informé.e.s.

1.1.2. Une méconnaissance de l'organisation du système de santé

Les prestations fournies par le système de santé sont très variables et dépendent du niveau de structures de santé auquel les migrant.e.s ont recours. Au centre de santé, les soins sont gratuits. Il peut s'agir de prestations préventives telles que la vaccination ou de consultations générales. Pour les bilans biologiques, examens complémentaires, de prises en charges aux urgences et d'hospitalisations, les patient.e.s sont référé.e.s aux Centres Hospitaliers Préfectoraux/Provinciaux

⁴ Accouchement précoce, accident, perte de conscience

(CHP), Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et CHU. Une fois dans ce système : « *pas de différences entre syriens, subsahariens, marocains, ils bénéficient des mêmes prestations* », Major service des médecines. En terme de droit à la santé, tous les professionnels interrogés confirment que lorsque les migrant.e.s entrent dans le circuit de soin : « *On fait tout, pour eux c'est comme tout le monde, on n'a pas de différence entre eux et les marocains [...] ils bénéficient de tout ça, alors quand ils veulent juste une consultation générale il n'y a pas de problème, ils ont accès, c'est un droit universel* », Major Infirmier.e du centre de santé n°1. En effet, le Règlement Intérieur des Hôpitaux de 2010 déclare dans son article 57 pour les ressortissants étrangers que les patients ou blessés non marocains sont admis, quels que soient leurs statuts, dans les mêmes conditions que les nationaux (Ministère de la Santé, 2010).

Toutefois, ceci exige à ce qu'en amont, les migrant.e.s soient informé.e.s des prestations dont ils.elles ont le droit, vers quelle structure se diriger et comment s'organise le système de santé marocain. Plusieurs acteurs d'ONG soulignent effectivement un manque d'orientation de la population migrante vers le système de soin public : « *les migrants ne sont pas informés, ils ne connaissent pas comme les marocains qu'il faut aller d'abord au centre de santé puis ensuite avec une feuille de transfert on va à l'hôpital ou au CHU* », Médecin à Caritas. Plaider qu'il y est « *aucune différence, ils ont la prestation qu'ils sont venu chercher* », Médecin Chef du centre de santé n°2, demande a priori à ce que les migrant.e.s, quel que soit le statut, soient correctement informé.e.s et orienté.e.s. Médecins du Monde (MDM) soulève également cette problématique : « *on leur explique cela [comment se diriger] et si si on oriente tout le temps, notre souhait c'est les intégrer dans le système de santé, si on travaille dans les centres de santé, dedans, c'est plus facile pour nous* », Coordinateur.ice général.e de Médecin du Monde Rabat. Le.La Responsable de la Cellule de Protection Epidémiologique (CPE) du quartier Hay Hassani exprime notamment la difficulté qu'a le système de santé pour approcher les migrant.e.s et les informer du parcours de santé à adopter : « *Mais une fois qu'ils viennent au système bien sûr ils sont pris en charge sans problème mais comment les approcher ? Comment leur faire comprendre qu'ils ont la gratuité [au niveau du centre de santé] ? Comment leur faire comprendre le circuit ?* », Responsable CPE. En effet, les conditions précaires et la mobilité des migrants rendent difficile l'accès et la rencontre avec ce public ainsi que son accompagnement dans le temps (OIM, 2015).

Durant mes investigations au sein des différents établissements de santé, j'ai pu remarquer à plusieurs reprises des patient.e.s migrant.e.s et marocain.e.s ne sachant pas où se diriger. Certains même me demandant le chemin ou de confirmer qu'il s'agissait bien de l'endroit recherché. De plus, durant un de mes entretiens au service des médecines de l'Hôpital, une patiente est entrée : «

Patiente : C'est ici ?

Major service des médecines : La maternité ? Tu as accouché ici ?

Patiente : Non j'ai accouché à Mirizghour [Ville de la région Casablanca-Settat] et ils m'ont dit qu'il faut que je me repose ici

Major service des médecines : Non regarde le service d'à côté, des enfants

Patiente : Où ca ?

Major service des médecines : Là, le service à côté ».

Une étude menée d'octobre 2015 à mars 2016 par l'ARS d'île de France en vue d'établir des bilans infirmiers sur les migrants primo-arrivants a démontré que les migrants ayant vécu dans la rue ou dans un campement avant d'avoir intégré des centres d'hébergement, avaient des besoins

d'orientation sanitaire (Guisao, Jangal, Quéré, Laporte, Riou, 2017). Pour 73% des personnes, les infirmier.e.s ont identifiés des besoins d'orientation sanitaire à la fin du bilan *Ibid*.

En outre, les responsables d'accueil et des admissions hospitalières procèdent aux règlements, à l'orientation puis à l'enregistrement des patients. Or, pendant les périodes d'encombrement, l'orientation se fait de manière relative et moins systématique. L'inexistence d'une unité spécialisée en accueil, le manque de la signalisation, ainsi que certaines barrières linguistiques, peuvent entraîner une perturbation du circuit de leur prise en charge (Said Drissi, Juillet 2012). En Ile-de-France, les différences d'orientation observées selon les centres semblent davantage liées à l'hétérogénéité des pratiques infirmiers et/ou à des inégalités d'offre de soins sur le territoire qu'à des différences de profil des personnes *Ibid*. La population migrante est une population nouvellement arrivée dans la société marocaine et peut ne pas avoir l'information correcte à sa bonne orientation au sein du système de santé.

Cependant, le système de santé n'est pas entièrement gratuit. En effet, les prestations de soins du niveau secondaire et tertiaire sont payantes à l'exception de l'accouchement. De ce fait, au delà des barrières liées au manque d'information, les migrant.e.s font face à des barrières financières.

1.2. Obstacles financiers à l'accès aux structures secondaires et tertiaires de soins

1.2.1. Non intégration des migrants au système de couverture médicale RAMED

En 2002, deux régimes de la couverture médicale de base ont été créés au Maroc (Ministère de l'Intérieur, 2012). Il s'agit de l'Assurance Maladie Obligatoire de base (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis (RAMED). Le premier est fondé sur les principes et les techniques de l'assurance sociale au profit des personnes exerçant une activité lucrative, des titulaires de pension, des anciens résistants et membres de l'armée de libération et des étudiants (Ministère de l'Intérieur, 2012). Le deuxième est fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit des démunis *Ibid*. Le RAMED a été mis en place afin de permettre aux marocain.e.s dont les ressources sont insuffisantes, de bénéficier des prestations de soins gratuitement au niveau de n'importe quelle structure : *« C'est pour la gratuité du panier de soins qui existe à l'hôpital, tout ce qui existe au niveau de l'hôpital est gratuit. Et quand ils sont dépassés au niveau de l'hôpital, ils l'envoient vers le CHU, le troisième niveau, et là aussi tout le panier de soins au niveau du centre universitaire est gratuit »*, Responsable CPE. L'accord d'une carte RAMED auprès du ministère de l'Intérieur repose selon des critères exigeants pour être ramedistes : *« Tu dois déclarer le montant que tu touches et ton niveau social comme ça tu peux bénéficier du Ramed. Il aide pour tous les examens para cliniques, les scanners, les échographies... tu les fais gratuitement au niveau d'un centre public, pas privé. »*, Médecin Interne, service maternité. En effet, les critères d'éligibilité sont exposés dans l'article 116, loi 65-00 du 26 septembre 2011 et exigent, pour une personne résidente en milieu urbain par exemple, de disposer d'un revenu annuel inférieur à 5 650 Dirhams (DH) par personne composant le ménage (Ministère de l'Intérieur, 2012). En France, l'aide médicale d'Etat pour les migrants nécessite de fournir la preuve du temps de séjour sur le territoire, ce qui est souvent impossible (Guisao, Jangal, Quéré, Laporte, Riou, 2017).

Le troisième bilan de la SNIA explicite l'application d'une convention établie en octobre 2015 sur l'extension du RAMED aux personnes étrangères régularisées et réfugiées (EL BERRI, 2018). Cependant, la mise en œuvre sur le terrain n'est pas opérante puisque : « *il y a un problème [...] pour ceux qui ne sont pas dans le système de Ramed ou la CNSS [Caisse Nationale de Sécurité Sociale], ils ont un problème d'accès. Les migrants [...] n'ont ni assurance, ni Ramed et ils trouvent des problèmes pour les tarifs* », Major infirmière, service maternité. En effet, loin des mesures officielles, c'est sur le terrain que la situation se complique puisque les migrants n'ont toujours pas accès à cette couverture médicale (PNPM, 2017). De plus, les prospectus en langue arabe littéraire, expliquant la démarche de demande du RAMED disposés en salles d'attente des centres de santé, portent effectivement à croire qu'il s'agit d'un régime encore pensé qu'aux marocain.e.s.

A cette question de couverture médicale, certains professionnels ou responsables de structures déclarent ne pas être informés en ce qui concerne les patient.e.s migrant.e.s :

« *Je ne sais pas s'ils ont la possibilité d'avoir le Ramed* », Médecin chef, centre de santé n°2 ;
« *Non je ne pense pas, c'est la question qu'on se posait, pas à ma connaissance* », Responsable CPE.

D'autres pensent que les personnes migrantes bénéficient déjà d'un accès effectif au RAMED (PNPM, 2017). En effet, certains interlocuteurs interrogés pensent que les personnes régulières détiennent leur carte RAMED suite aux discours politiques du pays suite à l'annonce de la convention : « *pauvres marocains ou [migrants] réguliers, ils ont le droit au ramed, pour les irréguliers il n'y a pas de ramed* », Coordinateur.ice social, SamuSocial International de Casablanca. Par ailleurs, au sein des établissements de santé, les migrant.e.s ne sont également pas informé.e.s de leur droit au RAMED : « *ils ne savent même pas l'existence du Ramed. C'est ici [à l'hôpital] qu'ils en prennent connaissance.* », Infirmière n°1 de bloc opératoire. Néanmoins, les annonces médiatiques d'un accès effectif des personnes régularisées au dispositif du RAMED ont conduit certaines personnes régularisées, souffrant de pathologies lourdes, à tenter de mener par elles-mêmes la démarche de demande d'adhésion au RAMED (PNPM, 2017). Mais face à l'absence de procédure d'application pour les étrangers, celles-ci ont du se rendre à l'évidence que cet accès n'était pas encore effectif. Le Responsable du programme de prévention sida à destination des migrant.e.s subsaharien.ne.s à l'Association de Lutte contre le Sida (ALCS) de Casablanca, déclare effectivement que les migrants réguliers installés au Maroc souffrent du manque d'application de la dite convention :

« *Maintenant c'est le côté ramed qui nous intéresse parce que là on voit des subsahariens qui travaillent dans des structures ici, qui ont le séjour [carte de séjour], ils ont pensé à assurer la famille, donc parvenir au ramed comme le marocain aussi [...] il peut avoir le ramed et bénéficier de certains droits [...] or actuellement les subsahariens n'ont pas la carte ramed* ».

En Ile-de-France, les bilans infirmiers sur les migrants primo-arrivants montrent que les problèmes de santé déclarés apparaissent fréquents dans la population jeune qui ne dispose pas de couverture maladie pour la plupart (Guisao, Jangal, Quéré, Laporte, Riou, 2017). De même, une étude réalisée de 2007 à 2016 sur la violence, vulnérabilité et troubles psychiques chez les migrants montre que 99% des exilés (21299 personnes) avaient des ressources inférieures au plafond d'obtention de la couverture médicale universelle complémentaire et 81% étaient dépourvus de protection maladie (Veisse, Wolmark, Revault, Giacobelli, Bamberger, 2017). Au Maroc, les migrant.e.s régulier.e.s et irrégulier.e.s, dont l'intégration à ce régime n'a pas encore été examinée, ne bénéficient pas de l'accès à la couverture médicale qui leur permettrait des prestations de soins de 2nd et 3^{ème} niveau, gratuits.

Les modalités pratiquent de mise en œuvre de la dite convention de 2015 visant à l'accès efficient de la couverture médicale aux migrant.e.s régulièr.es ne sont pas encore bien définies au sein des différents établissements de santé. Nous observons une certaine confusion et un manque de clarté dans l'application de cette politique. En conséquence, une limitation de l'accès qu'aux soins de santé primaires gratuits apparaît pour les migrant.e.s. Au delà, l'absence de couverture de santé est actuellement un des principaux blocages dans l'accès aux soins secondaires et tertiaires. Aux niveaux secondaires et tertiaires, les migrants rencontrent de nombreux paiements et frais supplémentaires.

1.2.2. Des frais directs et indirects

Dans les centres de santé, les prestations concernent les soins de santé primaires : consultations de médecine générale, soins infirmiers, suivi de la santé de la mère et de l'enfant, prestations d'urgences médicales de proximité (Mrabi, 2016) et l'accès aux programmes nationaux de tuberculose, paludisme et VIH/Sida (OIM, 2016). Les prestations du centre de santé sont gratuits, de même que l'accouchement à l'Hôpital :

« C'est le centre de santé de base, c'est gratuit. Nous au centre hospitalier, [seul] l'accouchement est gratuit », Major infirmière service maternité ;

« Soit une femme enceinte [...] en action d'urgence, car elle est couverte par l'hôpital, elle ne va rien payer », Infirmière n°1 de bloc opératoire.

Pour toutes les autres prestations, au delà du centre de santé et de l'accouchement dans les CHP et CHR, les patient.e.s migrant.e.s doivent payer leurs soins. Les paiements sont identifiés par les professionnels comme un des problèmes d'accès aux soins pour cette population vulnérable. En effet, le.la major du service des urgences de l'Hôpital explique que si les patient.e.s n'ont pas de couverture médicale, ces derniers.es sont obligés.es de tout payer : *« Plus la radio aussi ils payent, le laboratoire ils payent, sauf s'ils ont la carte ramed ils ne payent pas, mais le reste ils payent », Major infirmier.e, service des urgences.* Semblablement, une des sages-femmes du service maternité déclare que les frais directs de soins font aux obstacles au niveau des centres hospitaliers : *« Ils payent ! Bah c'est un grand problème parce que les migrants n'y sont pas inclus, c'est un grand problème pour eux », Sage-femme, service maternité.*

Deux voies d'entrée se présentent au niveau des CHP : les consultations spécialisées externes ou les urgences : *« il y a 2 voies, [pour] les immigrés la même chose [que les marocains] soit ils viennent par le biais des urgences, soit ils viennent par le biais de la consultation spécialisée externe », Directeur.ice d'Hôpital.* Au CHP du quartier Hay Hassani, le centre de consultations spécialisées externes⁵ exige de prendre un rendez-vous au préalable sur une application internet : *« l'application te donnes un rendez vous, tu imprimes le ticket puis tu te présentes au guichet [des consultations spécialisées externes] », Directeur.ice d'Hôpital.* Nous pouvons ainsi nous interroger sur la capacité des migrant.e.s à avoir accès à internet et à pouvoir notamment imprimer leur billet de consultation. Pour la plupart des migrant.e.s en situation d'extrême vulnérabilité, accéder à cette démarche peut s'avérer être une contrainte financière en plus. La consultation spécialisée externe quand à elle s'élève à 60 DH : *« [pour] les spécialistes [...] ils payent 60 dirhams la consultation », Major infirmier.e, service des urgences.* En outre, le centre de consultations spécialisées n'est pas sur le même lieu que l'hôpital : *« il est [à][...]peu près à 2 km », Directeur.ice d'Hôpital.* Cela nécessite dès lors des frais de transport en plus des consultations spécialisées. Une problématique également

⁵ Cardiologie, gynécologie, dermatologie

soulevé par l'ALCS de Casablanca :

*« le moyen de transport, ce sont des personnes vulnérables qui n'ont pas les moyens, quand tu lui demandes de venir jusqu'ici c'est un peu difficile pour eux, il y en a qui prennent 2 fois le taxi [...] mais ils trouvent que c'est un peu cher pour eux, et donc nous on va vers eux »,
Responsable du programme de prévention sida à destination des migrants subsahariens.*

Ainsi ces frais indirects peuvent être un obstacle au recourt au système de santé pour les migrant.e.s les plus vulnérables ne pouvant engager des frais en plus de leurs consultations.

A la consultation spécialisée, le spécialiste juge si le.la migrant.e doit se diriger vers l'hôpital pour des examens complémentaires, une chirurgie ou une hospitalisation. Aucun patient ne peut être hospitalisé dans le cadre de l'admission ordinaire sans l'établissement d'un billet d'entrée par le service d'accueil et d'admission (Ministère de la santé, 2010). De plus, les hospitalisations sont également payantes : *« L'hospitalisation tu payes », Major infirmière du service des urgences.* Si le patient n'est pas assujéti à un régime de couverture médicale et en l'absence d'affection justifiant son exonération conformément à la réglementation en vigueur, le patient ou en cas d'incapacité, sa famille, est informé de l'obligation du paiement direct de l'intégralité des frais d'hospitalisation suivant la rémunération en vigueur des services et prestations rendus par l'hôpital (Ministère de la santé, 2010). En outre, les patient.e.s doivent parfois attendre avant d'être pris en charge en hospitalisation en raison d'un manque de place. Le.la Directeur.ice de l'Hôpital explique en effet que : *« [le patient.e] vient au bureau d'entrée et [c'est] en fonction des lits, car il y a des gens avant vous qui ont le droit d'accéder à l'hôpital [...] il faut que les lits se libèrent. [Au bureau d'entrée], celui qui est chargé des rendez-vous te donne un rendez-vous, il te dit par exemple le 15 juillet tu reviens, [ensuite] le 15 tu reviens, tu te présentes au guichet des hospitalisations avec le numéro et tu commences l'hospitalisation », Directeur.ice d'Hôpital.* En effet, en cas d'indisponibilité de lits, l'hospitalisation peut être programmée avec un rendez-vous après avis du médecin ayant décidé l'hospitalisation (Ministère de la santé, 2010). Ainsi, en plus des frais d'hospitalisation, le.la migrant.e doit parfois revenir amenant d'autres frais de transports.

Concernant la voie d'entrée par les urgences, à l'identique des consultations spécialisées externes, celle-ci demeure payante sauf cas d'accouchement : *« moi je parle des urgences, la consultation est payante à 40 dirhams », Major infirmière du service des urgences.* Tout patient, blessé qui se présente en situation d'urgence doit être reçu, examiné et admis en hospitalisation, le cas échéant, si son état l'exige même en cas d'indisponibilité de lits (Ministère de la santé, 2010). La procédure de facturation n'est entamée qu'après engagement de la prise en charge médicale. Si l'état du patient n'est pas jugé médicalement urgent, il est référé vers la structure de soins appropriée ou pris directement en charge en cas de possibilité, sous réserve de s'acquitter préalablement des frais inhérents à cette prise en charge (Ministère de la santé, 2010). Ainsi suite à ces frais, les migrants peuvent ne plus avoir recourt aux soins hospitaliers. Lors d'un entretien avec Nathalie, jeune ivoirienne de 25 ans, j'ai pu remarquer qu'elle souffrait de douleurs au niveau du bas de son dos. L'interrogeant, elle m'explique qu'elle souffre de ce problème depuis 3 ans et qu'elle n'a pas pu le diagnostiquer puisque les examens complémentaires dont elle a besoin sont payants :

« de reins, je ne sais pas si c'est hernie discale parce que j'ai fais les examens de sang, radios mais c'est le scanner que je n'ai pas encore fait [...] mais c'est les moyens qui me manque pour l'instant, comme je ne travaille pas pour l'instant ».

Parce qu'impossible de payer ces frais, elle vit au quotidien avec ces douleurs. Pour les patient.e.s les plus vulnérables, l'incapacité à payer les prestations non prises en charge est une réelle barrière d'accès aux soins secondaires et tertiaires.

En ce qui concerne la facturation à l'hôpital, elle se fait toujours avant l'acte de soin aux services des admissions, sauf pour l'urgence où les soins prodigués en premier lieu. Soit les migrant.e.s payent au même titre que les marocains.nes : « *elles sont gratuites pour les prestations gratuites pour tout le monde et elles sont payantes pour les prestations payantes pour tout le monde* », Médecin Chef, centre de santé n°2, soit ils peuvent bénéficier d'une exonération en fonction de la politique de l'hôpital. Interrogeant le.la Directeur.ice de l'Hôpital, celui.lle-ci répond en effet : « *On les accueille gratuitement, d'ailleurs la plupart des prestations fournies à ces gens là sont des prestations d'accouchements* », Directeur.ice d'Hôpital. Néanmoins, l'observation de populations migrantes majoritairement au niveau des services gratuits de maternité pourrait sous entendre que les migrant.e.s ont moins recourt aux services payants. Au service des chirurgies on confirme que les migrant.e.s se font de plus en plus rares : « *Ici au bloc pas beaucoup, je crois à la maternité beaucoup [...] L'année dernière ils venaient mais plus ici, surtout à la maternité* », Infirmièr.e n°2 de bloc opératoire. Les migrants ont davantage recourt aux soins gratuits que payants. Ainsi, l'exonération de certains frais médicaux pourraient être plus ou moins accordée et ne pas être systématiquement garanti. Les associations et ONG locales ont signalé à diverses occasions la dégradation de l'accès aux soins secondaires et tertiaires pour les personnes étrangères depuis la généralisation du RAMED, étant donné qu'elles sont exclues. Les associations membres de la PNPM constatent que depuis 2013, les services sociaux ont vu se réduire année après année leur marges d'intervention pour permettre des exonérations ou réductions de factures dans le cas des patients non-ramedistes. A l'heure actuelle, il ne s'agit plus que de situations très exceptionnelles (PNPM, 2017).

A ces frais directs puis indirects, peuvent s'ajouter des prescriptions de médicaments sur ordonnances pour les migrants, qui compliquent d'avantage le recourt aux soins secondaires et tertiaires.

1.2.3. Des prescriptions médicamenteuses payantes

Interrogés en matière de médicaments, normalement gratuits au centre de santé, les migrants ont à plusieurs reprises mentionné devoir demander à l'ONG Caritas l'achat des traitements. En effet, celle-ci permet aux migrants les plus vulnérables de bénéficier d'un remboursement de médicaments à condition que l'ordonnance ait été prescrite au niveau du système de santé publique. Lors de ma visite au camp d'Ouled Ziane, j'ai pu interroger les migrants sur leurs moyens de se soigner en cas de maladies :

« Je vais à l'hôpital, ils me donnent l'ordonnance, je donne ça à Caritas », So, Guinée Conakry, 16 ans ;

« Je demande aux associations [...] Oui oui elles payent mais pas tout », Silla, Guinée Bissau, 27 ans.

De même pour Calou, jeune ivoirienne de 26 ans, qui m'explique qu'elle a recourt aux associations pour ces traitements : « *Il y a des associations, des ONG comme ça, c'est eux qui peuvent, quand tu accouches [...] quand tu es malades, que tu as mal, t'es blessés, tu peux les appeler ils t'aident à trouver les médicaments* », Calou, Cote d'Ivoire, 26 ans.

Malgré l'apport en médicaments gratuits pour les marocain.e.s, les migrant.e.s se retrouvent pour la plupart dans l'obligation de les acheter sur ordonnance tel que le confirme Jouma lors de la deuxième séance de dépistage VIH/Sida : « *Oui c'est moi qui payes les médicaments. C'est aujourd'hui le premier jour [où] je vais avoir les médicaments gratuits* », Jouma, Guinée Conakry, 25 ans. La dotation en médicaments se calcul en fonction du nombre d'habitant au niveau de la circonscription du centre de santé. Les migrant.e.s, sont pour la plupart non recensés et non comptabilisés parmi la

population, ce qui engendre une dotation en médicaments et vaccins destinée seulement aux marocain.e.s. En effet, la dotation des centres de santé semble être calculée en fonction de la population marocaine résidant dans le secteur, sans tenir compte des habitants étrangers (PNPM, 2017). La plupart des centres de santé dans les quartiers à forte concentration de patients étrangers sont sous approvisionnés par rapport au nombre de consultations effectuées, d'où un fort taux d'ordonnances qui restent à la charge des patients *Ibid.* Au niveau de l'Hôpital, il s'agit également de la même problématique puisque des ordonnances sont fournies : « *oui oui médicaments gratuits, gratuits [...] c'est Caritas ils payent [les médicaments prescrits par] l'hôpital* », Soufiane, *Camp d'Ouled Ziane à Casablanca*. Ceci peut donc se réaliser en dépit du règlement qui interdit aux médecins hospitaliers de délivrer des ordonnances prescrivant aux patients l'achat : de médicaments ou de dispositifs médicaux vitaux disponibles à l'hôpital, de spécialités pharmaceutiques dont les génériques sont disponibles à l'hôpital (Ministère de la santé, 2010).

De plus, les professionnels de santé laissent les associations travaillant auprès des migrant.e.s, se charger des médicaments : « *les migrants peut être il y a d'autres trucs qui permettent de prendre en charge. Il y a des associations qui s'occupent de ce genre de personnes. Ils interviennent dans la majorité des cas* », Major infirmière, *service des médecines*. En s'acquittant de cette responsabilité, cette pratique peut parfois amener à des négligences de prises en charge en plus de devoir payer son traitement : « *Il y a un migrant qui avait des tremblements forts dans tout son corps, qui s'est présenté à un hôpital, on lui a donné une ordonnance qui ne correspond pas aux symptômes et on lui a dit "va chez Caritas"* », Responsable du programme de prévention sida à destination des migrants subsahariens, *ALCS Casablanca*. Lors de mes entretiens pendant la séance de dépistage VIH/Sida, plusieurs migrants déclarent effectivement ressentir ce genre de négligences : «

Khadija : Des fois c'est, vraiment vraiment c'est du débarras [...] des fois ils ne s'occupent pas bien de toi, surtout ici il y a beaucoup de monde dans les hôpitaux publics, c'est juste ça, sans te toucher sans savoir ce que tu as on te fait une ordonnance

Interviewer : d'accord, ok, une ordonnance qui ne correspondait pas en fait à ton problème?

Khadija : Oui, juste pour vous renvoyer. »

Ainsi, en plus des frais de consultations, les patient.e.s migrant.e.s doivent notamment payer leurs traitements. De plus, certaines négligences de prise en charge peuvent être rencontrées dues aux renvois des migrant.e.s vers les associations pouvant être en mesure de rembourser les ordonnances. La dotation en médicaments doit donc être revue. Pour cela, les centres de santé et les centres hospitaliers doivent intégrer et comptabiliser la population migrante afin de prévoir un stock en médicaments et vaccins correspondants à la population réelle fréquentant ces structures. Au regard de ces problèmes de paiements, une autre problématique concerne le CHU où l'incapacité de payer les soins amène parfois à des refus de soins ou à des rétentions de documents pour la mère.

1.2.4. Au CHU : refus de soins et rétention d'avis de naissance en cas d'impossibilité de paiements

Le CHU est une structure faisant partie du système de santé publique. Or, celui-ci fonctionne de manière « autonome » puisque les chartes et règlement intérieur sont établis par son directeur.ice :

« *Parce que la gestion ne dépend pas du ministère, c'est local* », Médecin Chef, *centre de santé n°1* ;

« *Oui, c'est le directeur qui décide, il a un fonctionnement autonome* », Responsable CPE.

En effet, ce centre hospitalier est géré par un directeur qui détient tous les pouvoirs et attributions nécessaires à la gestion du centre (Ministère de la santé, 1983). Il s'agit d'un établissement dont les prestations, à part l'accouchement avec une fiche de transfert délivrée par le CHP ou CHR, sont payantes pour les migrants et marocains non ramedistes. Le CHU a pour objectif de rentabiliser ses soins : «

Responsable CPE : C'est les ressources qu'il [le CHU] va entrer dans l'année, c'est avec ça qu'il fonctionne. S'il commence à donner de la gratuité...

Médecin Chef centre de santé n°2 : Ca va le rendre déficitaire. »

Au CHU, structure beaucoup plus spécialisée, les migrant.e.s se confrontent à davantage de contraintes. Si les patient.e.s sont dans l'incapacité de payer leurs soins, ils sont susceptibles de ne pas être acceptés : « *c'est autonome, s'ils n'ont pas les papiers ou s'ils ne payent pas je ne pense pas qu'ils [professionnels du CHU] acceptent* », *Médecin Chef, centre de santé n°2.*

Le CHU rend l'accès au soin difficile également pour des soins à priori gratuits. En effet, l'accouchement reste gratuit à tous les niveaux de soins. Or, une femme enceinte mal informée sur le circuit de santé et qui se présente directement au CHU sans passer aux urgences du CHP ou CHR se voit dans l'obligation de payer l'accouchement :

« Si elle a été acheminée d'ici [CHP] au CHU, elle a une lettre de transfert donc elle ne paye pas. Si elle part au CHU d'elle-même, elle est obligée de payer », Major infirmière ;

« Si elle y va directement [au CHU] oui elle doit payer. Normalement elle doit passer à l'hôpital et ensuite elle part las bas [au CHU]. Si elle met au monde ici [CHP] c'est gratuit, si nous avons un cas [à haut risque ou césarienne] on l'envoie par fiche de transfert et elle ne paye pas », Sage-femme n°2.

Effectivement en temps normal, le circuit consiste à ce que la mère se dirige aux urgences de 2^{ème} niveau en premier lieu. Ensuite, si le diagnostic révèle des cas de : « *grossesses à haut risque, accouchement dystocique, d'absence de gynécologue, les cas où il faut de la réanimation [...] les prématurés* », *Major infirmière service maternité*, les mères sont transférées vers le CHU. A Rabat, c'est une tout autre problématique qui se pose : il n'y a pas de CHP ou CHR. Ainsi, les mères sont obligées de se diriger au CHU pour les accouchements et « *beaucoup de services sont payants, même les accouchements sont payants ici à Rabat oui, si la femme n'a pas mille dirhams ce n'est pas possible [...] c'est minimum 1000 à 2000 dirhams si tout se passe bien* », *Coordinateur.ice général.e, MDM à Rabat.* Ceci pour toutes les mères non ramedistes : « *c'est un problème de santé qui concerne toute la population* », *Coordinateur.ice général.e, MDM à Rabat.* Lors de ces paiements d'accouchement, les femmes ne bénéficient souvent pas d'exonérations de frais : « *Elle est considérée normalement, elle n'a pas d'opportunité ou de privilège en plus* », *Major infirmière, service maternité.* Ainsi, c'est dans une logique paradoxale que peuvent être constatés les contraintes complexes d'accès aux soins pour les migrant.e.s. Lorsqu'il s'agit de paiements : « *Elle [la femme migrante] est considérée comme la marocaine* », *Sage-femme n°2* et doit donc payer. Cependant, en termes d'attribution de couverture médicale RAMED, cette justice sociale peut ne plus être appliquée. Par ailleurs, afin que les sages-femmes procèdent à l'accouchement, une personne doit être en train de payer l'acte au même moment. A Rabat, la nouvelle procédure mise en place par le CHU concernant l'accès aux consultations implique que les factures soient réglées au niveau de la caisse avant même la consultation (PNPM, 2017). Si personne ne paye ou que la mère est dans l'incapacité de régler la prestation, le CHU a recouru à des refus de prestations :

« Beaucoup de femmes accouchent en pleine rue car on ne voulait pas d'elles au CHU », Responsable du programme de prévention sida à destination des migrants subsahariens, ALCS Casablanca.

Une revue systématique récente montre un risque accru de suivi prénatal sous-optimal pour les femmes migrantes par rapport aux femmes natives, lié à d'autres facteurs comme le manque de maîtrise de la langue d'accueil, le niveau d'éducation et le fait de ne pas avoir de couverture sociale (Heaman, Bayrampour, Kingston, Blondel, Gissler, Roth, 2013).

Des refus de soins ont été constatés pour les consultations au niveau du CHU si les frais d'hospitalisation antérieures n'avaient pas encore été réglés, y compris lorsqu'il y a un retard de paiement très court (une semaine) lié au fait que le patient est en attente d'une prise en charge par une association (PNPM, 2017). Ceci reflète une pratique contraire à la Constitution marocaine, qui reconnaît dans son article 154, que les services publics sont organisés sur la base de l'égal accès des citoyennes et citoyens, de la couverture équitable du territoire national et de la continuité des prestations (Conseil Economique, Social et Environnemental, 2013). En outre, le CHU peut accorder les soins mais dès lors retenir les documents d'identité et avis de naissance jusqu'à ce que la mère revienne pour le règlement. Plusieurs CHU (Rabat, Casablanca) ont pour méthode, afin d'obtenir le recouvrement des factures d'accouchement, de retenir l'avis de naissance (PNPM, 2017). De plus, des CHU pratiquent la rétention d'une pièce d'identité de la personne ou d'un membre de son entourage afin d'assurer le recouvrement des factures dans le cas des accouchements et hospitalisations *Ibid.* Lorsque la personne n'est pas solvable à l'issue des soins, la rétention de ces documents peut avoir des conséquences particulièrement graves pour les étrangers dans la mesure où en cas d'arrestation, ils ne peuvent justifier de leur séjour régulier au Maroc. Suite à cela, Médecins du Monde à Rabat prend en charge les factures : « *puisque une femme marocaine a le ramed et d'autres avantages bah nous on va le faire et assumer le même service* », *Coordinateur.ice général.e, MDM à Rabat.* Faisant part de cette pratique de confiscation des avis de naissances ou papiers d'identité aux professionnels de santé lors de mes entretiens, ces derniers répondent qu'en dépit de son appartenance à la santé publique, le CHU n'est pas considéré comme une structure publique : « *Oui, mais ce n'est pas notre système, cela [le CHU] ne fait pas partie de la santé publique* », *Responsable CPE.* A l'identique, questionnant ma responsable de stage, celle-ci confirme qu'au niveau du CHU une ambiguïté réside effectivement dans le statut que porte cette structure : « *Oui au CHU, ils confondent parfois autonomie et indépendance* », *Responsable du SSP, Casablanca.* En France, une étude montre que 9,2% des migrants s'est vu être refusé des soins (Tapié de Celeyran, Astre., Aras, Grassineau, Saint-Val, Vignier, 2017).

Par ailleurs, la mère a besoin d'avis de naissance délivré par le centre hospitalier afin de réaliser le suivi post natal et le vaccin du Bacille de Calmette et Guérin (BCG)⁶, au niveau du centre de santé. L'interne du service maternité de l'Hôpital Hay Hassani explique ceci : «

Interne : elle a un petit carnet du suivi de la femme enceinte du centre de santé où elle est inscrite. Donc elle vient [au CHP] avec son carnet où il y a toutes les analyses, les échographies, ensuite soit elle accouche ici [CHP] soit on l'envoie au CHU

Interviewer : après l'accouchement elle retourne ensuite au centre de santé?

Interne : oui avec l'avis de naissance pour les vaccins, le PNI [Programme National d'Immunisation] »

Sans avis de naissance, les mères ne peuvent vacciner le bébé du BCG : « *Les vaccins gratuits, si l'enfant a l'avis de naissance, car les centres de santé doivent mettre le cachet quelque part* », *Major infirmière service maternité.* En effet, l'accès à la vaccination gratuite dans les centres de santé, quelle que soit la situation administrative, est souvent acquise. Mais certaines structures de soins

⁶ Vaccin antituberculeux

primaires en charge de la vaccination des nouveau-nés se réfèrent à la consigne d'apposer le cachet du BCG sur l'avis de naissance en vue d'établir l'état civil, pour refuser de vacciner les enfants nés au Maroc qui en sont dépourvus (PNPM, 2017). De plus, sans registre de vaccination délivré par le centre de santé, les mères ne peuvent pas inscrire le bébé à l'Etat Civil : « *il ya besoin des pièces d'identité des parents, l'original de l'avis de naissance, du registre de vaccination avec le BCG* », *Coordinateur.ice social, Caritas à Casablanca*. Au Maroc, les familles ne peuvent déclarer une naissance à l'état civil (délai de 30 jours) s'ils ne fournissent pas un certificat de vaccination BCG (Le Matin, 2007). Si le dépassement du temps imparti a lieu : « *ça se passe à travers un jugement au tribunal de première instance, un dossier déposé chez le procureur pour demander un jugement de l'inscription de l'enfant à l'état civil* », *Chargé.e de programme protection juridique pour les étrangers, Groupe Antiraciste et de Défense des Etrangers et Migrants (GADEM) à Rabat*. Les associations travaillant auprès des migrant.e.s effectuent beaucoup de médiation auprès des responsables de CHU afin qu'ils soient plus conciliants et éviter une procédure judiciaire fastidieuse :

« C'est une situation un peu désastreuse [...] les femmes arrivent en urgence elles n'ont pas forcément fait de suivi avant d'accoucher, et comme elles ne bénéficient pas de ramed, d'une couverture médicale ou CNSS [Caisse Nationale de Sécurité Sociale], et qu'elles ne peuvent pas payer les frais d'accouchement qui s'élèvent à 1200 DH quand cela se passe bien et plus si cela ne se passe pas bien [...] donc pour avoir les frais d'accouchement ils retiennent les avis de naissance des mères, obligatoires pour aller l'inscrire à l'état civil. Gadem est sur cette problématique depuis 2 ans. », Chargé.e de programme protection juridique pour les étrangers, GADEM à Rabat.

Pourtant, ces efforts de médiation n'aboutissent pas toujours à une issue favorable : « *C'est plus ou moins constructif, parfois la situation est bloquée, nous en tant que société civile on peut y aller interpellé et parler au directeur [...] au niveau de gadem il y a eu des déplacements, interventions mais qui pour l'instant n'on servit à rien* », *Chargé.e de programme protection juridique pour les étrangers, GADEM à Rabat.*

Ainsi, faute de moyens et d'assurance maladie, les mères migrantes se retrouvent dans l'incapacité de payer les soins et ne reçoivent pas l'avis de naissance après les accouchements, ce qui les empêche par la suite d'entamer les démarches administratives en matière d'enregistrement de leur enfant à l'état civil. Au Maroc, l'accès aux soins influe effectivement sur la santé des migrants mais également sur leur statut administratif. A la lecture du manque de RAMED, de ces obstacles financiers directs et indirects explicités, se retrouvant au niveau des soins de santé secondaires et tertiaires, un constat sans équivoque s'expose : l'aspect économique est la principale barrière à l'accès aux soins secondaires et tertiaires pour les populations migrantes au Maroc. Cette question liée à l'impossibilité d'accès à une couverture médicale et l'obligation de payer les soins de santé au niveau des centres hospitaliers doit être prise en considération dans la stratégie locale de santé destinée aux migrant.e.s. De surcroit, d'autres barrières d'accès aux soins se sont présentées lors de cette étude, renvoyant aux statuts administratifs et au caractère vulnérable de cette population.

1.3. Contraintes administratives

1.3.1. Un contrat de bail pour l'accès aux soins de santé primaires

Au centre de santé, malgré des soins primaires gratuits, il est demandé aux migrant.e.s, un contrat de bail : « *dans les centres de santé c'est difficile, par exemple une femme qui a eu mal toute la nuit, qui a un mal de ventre et qui va dans un centre de santé on va lui demander le bail d'abord* », Responsable du programme prévention sida à destination des migrants subsahariens, ALCS à Casablanca. Aimée-Blanche explique également que : « *Dans un centre de santé, ils ne nous reçoivent pas parce qu'ils disent qu'il faut le contrat de bail* », Aimée-Blanche, Cameroun, 42 ans. Vérifiant auprès des professionnels de santé, ceux-ci me déclarent le même propos : « *le contrat de bail* », Major infirmier.e, centre de santé n°1.

Le contrat de bail est exigé dans l'objectif de vérifier que les patients résident au sein de la même circonscription que le centre de santé : « *Ils m'ont demandé juste mon adresse disons la facture de Lydec [Entreprise gérant l'eau et l'électricité] pour avoir l'adresse, confirmer là où j'habitais* », Rebecca, RDC, 37 ans. Interrogeant les professionnels sur la raison de cette demande particulière, ils m'expliquent :

« *En fait le bail c'est un papier qu'on est censé demander à toute la population car elle est obligée de faire parti de notre circonscription donc à partir du moment qu'on est plus ou moins sûres qu'ils font parti de notre circonscription géographique, on s'en tient à ça et on leur délivre la prestation qu'ils veulent* », Médecin Chef, centre de santé n°2.

De plus, une certaine confusion m'est apparue dans la mesure où des professionnels exigeraient notamment une preuve d'identité : « *une référence, le passeport ou bien la photocopie de la carte séjour* », Khadija, Guinée Conakry, 26 ans. De fait, les migrants n'ont pas tous les moyens de louer un appartement surtout s'ils ne travaillent pas ou étant irréguliers. A Hay Hassani, cette problématique s'explique par le fait qu'au sein de ce quartier de nombreux logements économiques sont loués à une seule personne qui par la suite accueille plusieurs autres personnes migrantes au sein du même logement :

« *c'est des irréguliers, il y a des appartements qui sont loués pour une seule personne mais il y a 4, 5 familles qui habitent avec elle, même quand ils demandent le contrat de bail c'est au nom de la personne qui loue, mais pas aux autres, il y a beaucoup de difficultés, les autres n'arrivent pas à trouver [de bail]* », Responsable CPE.

Les professionnels évoquent également cette difficulté : « *On n'a pas de difficultés avec eux c'est juste l'histoire des adresses qu'ils doivent nous remettre* », Major Infirmier.e, centre de santé n°2. De ce fait, de nombreux migrant.e.s n'ont pas de contrat de bail à leur nom et ne peuvent pas prouver qu'ils résident bien dans la zone de soin attribuée au centre de santé. Dans les villes du nord du pays, par exemple, les migrants irréguliers occupent abusivement ou ils louent des chambres et des appartements à des marocains où ils dorment par dizaines pour réduire au maximum les coûts de location par personne ou bien ils trouvent dans la ville des abris de fortune dépourvus d'eau potable et de toutes mesures d'hygiène (dans la rue, dans les cimetières, sur les dalles des maisons, derrière les mosquées) ou encore dans les forêts (OIM, 2015).

Néanmoins, une tendance m'a été faite part concernant l'accès aux soins malgré l'absence du contrat de bail. Certains professionnels peuvent être plus tolérants et compréhensifs : « *Pour le bail, il y a des professionnels qui sont conciliants, qui acceptent quand même, même s'ils n'ont pas de papiers, il y en a qui sont tolérants mais il y en a d'autres non* », Rebecca, RDC, 37 ans. D'autres

acceptent de soigner à la première consultation en inscrivant « passager » sur l'acte de soin. Cependant, pour la suite de la prise en charge le.la migrant.e devra à la seconde consultation présenter ces documents : « *la [première] consultation on met "passager" et on leur explique que pour la prochaine fois il faut l'adresse et ensuite il ramène l'adresse* », Médecin suivi de la grossesse, centre de santé n°1. A contrario, certains professionnels peuvent être plus stricts en refusant catégoriquement de soigner : « *"non j'habite ici mais le bail on ne veut pas me donner le bail je vous en prie soulagez moi" on lui dit "non va chercher un bail" »*, Responsable du programme de prévention sida à destination des migrants subsahariens, ALCS à Casablanca. Ainsi, sans contrat de bail, les patient.e.s migrant.e.s souhaitant accéder aux soins de santé primaires gratuits, ont parfois la possibilité d'accéder qu'à une seule consultation. De plus, à Rabat, si certains centres de santé acceptent de recevoir les patients étrangers sur simple déclaration de l'adresse, d'autres exigent régulièrement un justificatif de domicile (PNPM, 2017).

Pour le programme de vaccination, on déclare que même si le.la patient.e ne détient pas de bail, les professionnels vaccinent en premier lieu : « *Par exemple nous la vaccination on la fait, mais si elle n'a pas de papiers, on lui dit va jusqu'à ce que tu ramènes les papiers mais l'acte on lui fait, et lorsqu'elle ramènera les papiers on lui remplira son carnet de vaccination [...] on vaccine et pour le deuxième vaccin il doit ramener le contrat de bail, comme ça l'enregistrement reste correct* », Major infirmier.e, centre de santé n°1. Une initiative à encourager notamment pour le cas de la mère devant vacciner son bébé dans un délai de 30 jours après sa naissance. Toutefois, à la place du contrat de bail, l'avis de naissance est obligatoirement demandé : « *on vaccine oui, mais il faut l'avis* », Major infirmier.e, centre de santé n°1. En effet à Casablanca, le personnel d'un centre de santé à forte concentration de population migrante confirme la nécessité d'avoir l'avis de naissance pour le vaccin (PNPM, 2017).

Pour palier ces problèmes de baux, des associations interviennent. Au centre de santé n°2, le Médecin pour le suivi de la grossesse explique que les associations locales peuvent agir en tant que médiateurs : «

Médecin : Il y a des ONG, elles viennent parfois s'il y a des problèmes à régler et c'est tout

Interviewer : Donc il y a encore des problèmes de contrat de bail qui subsistent ?

Médecin : Non c'était au début, là pour l'instant ça va. »

De plus, lorsque les personnes sont dans l'impossibilité de présenter des justificatifs (ce qui est fréquent car les propriétaires refusent généralement de transmettre un justificatif ou car les personnes sont seulement de passage dans la ville), les professionnels de santé les orientent vers les acteurs associatifs qui délivrent un carnet d'usage, sur lequel l'adresse de la personne est indiquée (PNPM, 2017). Cette pratique pourrait véhiculer des messages encourageant un accès des populations migrantes au système de santé publique que par le biais d'un intermédiaire. Une des autres solutions qui se présente aux migrants serait de payer une personne afin qu'elle atteste d'une location : « *[une personne migrante] est obligée encore de chercher de l'argent, aller voir quelqu'un pour qu'il lui fasse un papier qui dit qu'il habite chez lui parce qu'il n'a pas de bail* », Responsable du programme de prévention sida à destination des migrants subsahariens, ALCS à Casablanca. De plus, une autre alternative consisterait à payer une consultation à l'hôpital. Aimée-Blanche explique que lorsqu'elle n'a pas de contrat de bail : « *Je suis obligé d'aller dépenser dans les hôpitaux comme à Hay Hassani, on dépense de l'argent* ». En effet avec 60 DH la consultation, les patient.e.s migrant.e.s souhaitant initialement accéder à la gratuité du centre de santé, finissent par se diriger vers des structures payantes.

Au sein du système de santé marocain, les migrant.e.s devraient bénéficier des prestations gratuites mais la gratuité n'est possible qu'au prix d'avoir les documents administratifs nécessaires. Sans contrat de bail, les ONG peuvent intervenir en tant que médiateur et pallier les insuffisances du système. Si ce n'est pas le cas, une alternative est alors de payer la prestation à l'hôpital, lorsqu'il s'agit d'un hôpital ne demandant pas de documents administratifs. D'autre part, le contrat de bail révèle un autre aspect des difficultés d'accès aux soins pour la population migrante. Celui-ci serait également exigé par les professionnels afin de s'assurer que le suivi des prestations pourra correctement s'effectuer.

1.3.2. Une typologie de la population particulière compliquant le suivi des prestations de soins

L'obstacle du bail soulève un autre aspect des contraintes d'accès aux soins pour les migrant.e.s. Chez les professionnels, de nombreux discours renvoient à des problèmes de suivi notamment pour les programmes de vaccination, du suivi de la femme enceinte et des maladies chroniques :

« C'est un grand problème, même pour les maladies chroniques c'est la même chose, ils se déplacent », Médecin Chef, centre de santé n°1 ;

« C'est vrai, elles se déplacent beaucoup, elles changent souvent d'adresse », Médecin Chef, centre de santé n°2.

Les problèmes de logements influent sur la manière dont les migrant.e.s auront accès aux soins : *« Oui [...] il y a un déplacement, même au niveau du logement, ils changent. Ce que j'ai constaté c'est qu'ils partent toujours vers la périphérie, chaque fois qu'il y a un nouveau quartier [...] ils se déplacent », Médecin Chef, centre de santé n°2.* Il se peut aussi qu'ils fassent des allers-retours entre la ville à la forêt du Nord du Maroc : avec l'argent économisé en ville, ils s'achètent de la nourriture pour passer des périodes dans la forêt et répéter les « tentements » de franchissement des barrages (OIM, 2015). La mobilité de cette population et leurs besoins matériels urgents font qu'il n'est pas possible de garantir une véritable prise en charge *Ibid.* De nombreuses études, principalement nord-américaines, canadiennes notamment, ont montré que parmi les nouveaux facteurs de suivi prénatal inadéquat, les facteurs liés à l'immigration font partie des plus souvent rapportés (Sauvegrain, Stewart, Gonthier, Saurel-Cubizolles, Saucedo, Deneux-Tharaux, Azria, 2017). Les professionnels rapportent effectivement que les traitements ne sont pas renouvelés puisque les migrant.e.s interrompent le suivi au sein du centre de santé. Ainsi des conséquences sur l'état de santé du/de la migrant.e peuvent être constatées. Le médecin Chef du centre de santé n°1 explique que pour son programme des maladies chroniques, des patients font des complications graves dues à une perte de vue dans le système de soin : *« J'ai vu un diabétique, un ivoirien, [...] il a fait un coma acidocétose, il fut hospitalisé [...] je l'ai vu la première fois, la deuxième fois c'était après 8 ou 7 mois », Médecin Chef, centre de santé n°1.* De même pour les pathologies infectieuses, des multi-résistances sont constatées :

« Si le patient vient c'est bon, le suivi peut être bien fait, s'il ne vient pas tu restes frustrée avec cette personne qui n'est pas venue pourquoi elle n'est pas venue ? Le problème c'est quand il ne vient pas surtout pour la LAT [Lutte Antituberculeuse] de la tuberculose, c'est là le problème, tu ne veux pas qu'il fasse de la résistance ou tu ne veux pas qu'il coupe ses traitements car s'il le fait, il va faire une résistance, il y a des cas de résistants, une qui vient du Sénégal », Major infirmier.e, centre de santé n°1.

Effectivement, les migrants en situation de grande précarité comme ceux rencontrés dans les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO), présentent souvent des problèmes de santé difficiles à diagnostiquer, faute de suivi et des infections favorisées par leur situation de vulnérabilité (Huaume, Kellou, Tomasino, Chappuis, Letrilliart, 2017).

Pour les professionnels, faire accéder un.e migrant.e dans leur centre de santé nécessite plus d'effort de médiation. Ils sont conscients que l'accompagnement et le suivi seront difficiles : « *La seule difficulté c'est qu'ils vont à tort et à travers, c'est cette histoire de bail avec laquelle on a des difficultés, il nous faut les coordonnées comme quoi il habite ici, ils ne suivent plus les programmes avec nous, ils viennent ne te l'apporte pas, il repartent et ne suivent plus avec toi, ou bien ils traînent ils viennent un peu avec toi puis partent ailleurs, c'est ça la difficultés que l'on a avec eux* » Major Infirmière, centre de santé n°1. Ceci pourrait expliquer certaines réticences des professionnels à accepter des migrant.e.s sans contrat de bail. Les difficultés sociales et administratives des migrant.e.s justifieraient la nécessité pour certains centres d'avoir le contrat de bail, afin d'attester d'une situation plus ou moins stable pour le suivi des soins. Toutefois, les raisons exactes de l'exigence de contrat de bail peuvent être multiples. A Tanger, certains centres de santé en centre ville, demandent parfois un justificatif d'adresse pour limiter leur fréquentation, notamment lorsqu'ils sont sollicités par des personnes qui dépendent des centres de santé situés dans des quartiers très peuplés, eux-mêmes sur-fréquentés (PNPM, 2017).

Les migrant.e.s ont parfois d'autres priorités d'ordre sociales, tels que la recherche de logement ou subvenir à leurs besoins, faisant un moindre intérêt pour leur santé : « *ils ont d'autres choses importantes à s'occuper* », Responsable CPE. En effet, il est reconnu que les conditions de vie précaires constituent un obstacle important à l'accès à la prévention pour ces population, qui ont bien d'autres priorités (trouver un logement, de quoi se nourrir, un emploi) (Burns, Imrie, Nazroo, Johnson, Fenton, 2007 ; Pauti, Tomasino, Mari, Mathieu, Kartner, Idrissu, 2016). La précarité des conditions de vie des migrants et les difficultés d'accès aux soins dans le pays d'accueil les rendent particulièrement vulnérables sur le plan sanitaire (Huaume, Kellou, Tomasino, Chappuis, Letrilliart, 2017). Ces difficultés sociales et leur forte mobilité laissent des programmes de soins souvent incomplets. Dans le système de santé, cette vulnérabilité sociale des migrant.e.s est parfois non prise en considération dans l'accès aux structures. Une plus grande flexibilité devrait être observée par les prestataires de soins, en prenant compte la réalité de leur mobilité ne justifiant pas toujours d'un domicile fixe. Comparativement aux structures de soins primaires, des demandes particulières en documents administratifs sont également identifiées pour les établissements de soins secondaires et tertiaires.

1.3.3. Des exigences de carte séjour ou papiers d'identité dans les centres hospitaliers

Comme évoqué plus haut, les prestations gratuites au centre de santé ont pour obstacle la présentation de documents administratifs liés au logement. Se pose un deuxième problème au niveau de l'accès aux soins pour les personnes dépourvues de carte d'identité, de carte séjour ou de passeport puisqu'en dehors de centre de santé, les hospitalisations sont conditionnées à la présentation et au dépôt de l'une de ces pièces. Aux consultations hospitalières payantes, les documents administratifs sont également exigés : « *non aussi [pour la consultation] on te demande les papiers* », Khadija, Guinée Conakry, 26 ans. Pour l'accouchement gratuit : « *elles doivent d'abord*

passer par le centre de santé ou les urgences après elles présentent leur passeport ou carte nationale et elles sont accueillies comme n'importe quel citoyen, il n'y a pas de différence de papier ou n'importe. Après elles sont référées et traitées normalement », Interne, service maternité. Lors de mes entretiens à l'Hôpital, les mères me confirment effectivement qu'elles ont du présenter leur document d'identité :

« Non [pas le bail] le passeport seulement qu'on demande », Calou, Côte d'Ivoire, 26 ans;
« Photocopie du passeport », Silla, Guinée Bissau, 27 ans.

Cependant, Aimée-Blanche déclare que pour les consultations à l'Hôpital de Hay Hassani : « on ne demande pas de papiers [...] à l'Hôpital Hay hassani », Aimée-Blanche, Cameroun, 42 ans. Ainsi une ambiguïté du système de santé se présente vis-à-vis des migrants puisque parfois on ne demande pas de documents administratifs pour les consultations mais on les exige pour des prestations gratuites telles que l'accouchement. En dépit d'une prestation gratuite dans les CHP et CHR, de nombreuses mères sans carte séjour ou papier d'identité se voient dans l'obligation d'accoucher à domicile ou au CHU si elles en ont les moyens : « Une femme qui veut accoucher on va lui demander ses papiers, c'est gratuit mais on lui demande ses papiers [...] si elle n'a pas de papier on l'envoie dans une clinique, elle cherche de l'argent pour aller dans une clinique », Responsable du programme prévention sida à destination des migrants subsahariens, ALCS à Casablanca. Le CHU ne demande pas de papiers mais un paiement de : « minimum 1000 à 2000 dirhams au CHU si tout se passe bien », Coordinateur.ice général.e, MDM à Rabat. Ainsi, les mères sans documents administratifs se retrouvent en difficulté dans les CHP et essayent d'aller au CHU même si c'est payant. Parfois des conséquences dramatiques peuvent avoir lieu dans le cas de refus par les CHU : « les mères sont parfois renvoyées vers le privé où il faut au moins 12000 à 15000 dirhams dans une clinique, comment elle fait ? [...] on va lui dire tu es partie dans une clinique va accoucher dans une clinique, elle va et vient, va et vient, jusqu'à souvent elle perd l'enfant dans ces va et vient, on l'emmène au CHU mais c'est déjà trop tard », Responsable du programme de prévention sida à destination des migrants subsahariens, ALCS à Casablanca. En effet, l'association entre un suivi réduit et le risque périnatal et maternel s'observe principalement chez les femmes les vulnérables socialement (Partridge, Balayla, Holcroft, Abenheim, 2012). Les femmes immigrées font partie de ces populations vulnérables et un suivi prénatal plus souvent inadéquat pourrait être de nature à augmenter le risque maternel (Sauvegrain, Stewart, Gonthier, Saurel-Cubizolles, Saucedo, Deneux-Tharoux, Azria, 2017).

Ainsi nous pouvons tout de même nous interroger sur la manière dont les professionnels réagissent face à l'absence de papier d'identité des mères ? Certains sont conciliants et tolérants :

« Il n'y a pas de problème avec eux, ils entrent comme tout le monde, surtout l'urgence il faut qu'il entre. S'il est malade il entre pour voir le médecin et repartir. On ne peut pas l'empêcher de rentrer qu'il ait sa carte ou non. Nous ce qui nous concerne c'est la santé, il doit bénéficier des soins comme tout le monde qu'il soit africain, syrien, juif, n'importe, il doit être pris en charge », Major infirmier.e, service des urgences.

Mais parfois d'autres le sont moins : « Cela dépend de la personne, il y a des gens qui laissent passer et qui prennent en considération le côté humain, il doit être vu, il doit être traité. Et parfois les gens sont catégoriques, tu n'as pas de papiers, je ne peux pas t'aider, parce qu'après cela rentre dans le médico-légal, il n'y a pas de tracé après », Interne, service maternité. Ainsi, pour accepter un.e migrant.e sans papiers, cela engage la responsabilité du professionnel. En cas de complications ou de justification demandée par la délégation de santé publique qui lui est rattachée, le professionnel serait en faute. Cependant, face à l'urgence de la prestation, les professionnels de santé doivent

réaliser l'accouchement en premier lieu, viendra ensuite la demande de papiers ultérieurement (Ministère de la santé, 2010). Par ailleurs, certains professionnels de CHP et CHR réalisent effectivement l'accouchement en priorité mais demandent en contrepartie les papiers d'identité si les mères souhaitent l'avis de naissance :

« Nous, l'accouchement, on est obligés de le prendre en charge, on n'a pas de solution, jusqu'à ce qu'elle règle ses affaires au consulat et elle nous ramènera les justificatifs et on lui donnera ensuite l'avis de naissance, c'est tout », Major Infirmière, service maternité.

Ainsi, en comparaison avec le CHU où la mère n'obtient pas d'avis de naissance car n'a pas pu payer, à l'hôpital celle-ci est bloquée par le manque de papiers administratifs. La mère ne peut encore une fois inscrire son enfant à l'Etat Civil.

L'avis de naissance est rédigé par la maternité et délivré par le service des admissions. La sage-femme a besoin des papiers d'identité pour confirmer le nom et prénom des parents et les inscrire sur l'avis de naissance : *« L'identité de la mère, du père, l'heure et la date », Interne, service de santé.* D'autres professionnels déclarent que le nom du père n'est pas obligatoire : *« Oui le nom de la mère, pas le père », Major infirmière, service maternité.* Ainsi, certains professionnels pensent toujours qu'il est obligatoire d'inscrire le nom du père et d'autres non car conscients que les mères peuvent ne pas être mariées et ne pas détenir l'identité du père. La confusion sur l'inscription du père sur l'avis de naissance souligne un système non pensé aux caractéristiques de la population migrante. Le système de santé est élaboré pour les femmes marocaines qui généralement sont mariées. Ici, le problème se pose pour les mères célibataires : *« on demande aussi souvent si elles sont mariées, quand tu n'es pas mariée c'est un autre problème pour établir le certificat de naissance, il faut le mariage », Responsable du programme prévention sida à destination des migrants subsahariens, ALCS à Casablanca.* Ainsi dans l'éventualité où la sage-femme procure l'avis de naissance sans l'identité du père, la mère devra espérer que l'infirmière du centre de santé remplisse le registre de vaccination sans l'identité du père non plus. En effet, pour le registre de vaccination au centre de santé, il faut également l'identité du père. Lors de mon entretien au centre de santé n°1, une mère migrante subsaharienne qui venait d'accoucher à domicile s'est présentée auprès du/de la major infirmière afin de vacciner son bébé. La mère devait réaliser l'accouchement à l'hôpital, or celle-ci l'a finalement réalisé à domicile, malgré un suivi prénatal et référencement à l'hôpital Hay Hassani. La mère a pris des risques en réalisant l'accouchement à domicile : *« Et qui était avec elle qui lui a coupé le cordon ? "Non c'est moi". Je lui ai dit mais vous avez eu le temps de stériliser la pince ? Elle me dit "oui", non tu n'as pas stérilisé », Major infirmière du centre de santé n°1.* Cette mère a par la suite souhaité récupérer l'acte de naissance à l'hôpital le jour même après avoir mis au monde mais on ne le lui a pas accordé : *« Nan elle n'a pas d'avis de naissance, elle n'a pas d'avis de naissance [...] Parce qu'elle n'a pas accouché à l'hôpital, elle l'a fait exceptionnellement », Major Infirmière, centre de santé n°1.* Les raisons de l'accouchement à domicile ne sont pas connues mais ont pour conséquence l'impossibilité d'avoir l'avis de naissance par l'hôpital. Ainsi, les infirmières des centres de santé rencontrent une grande difficulté pour les registres de vaccination dans la mesure où ils/elles ont besoin d'avis de naissance et de l'identité du père :

« Moi je me base sur l'avis de naissance, si je trouve le nom sur l'avis de naissance je le note, si je le trouve pas je ne note pas. Eux ils n'ont pas de problème avec le mariage, de mettre au monde un enfant sans père elles n'ont pas de problème il faut juste qu'elle le connaisse, elle te dit c'est son père, elle n'a pas d'acte de mariage juste elle veut faire un enfant avec lui car il lui a plu, ce n'est pas comme nous, nous c'est le mariage », Major infirmière, centre de santé n°1.

« C'est plus un souci administratif parfois pénal [...] accoucher à la maison sans aucun papier, elle vient et elle te dit c'est la fille de monsieur tel, cela se passe même pour les marocains, si on n'a pas la preuve que c'est son papa on ne peut pas donner un nom de famille, c'est surtout pour le nom de famille [...] C'est une responsabilité pénale quand tu donnes un nom de famille à un bébé et après le mois prochain le papa peut venir t'engueuler », Responsable CPE.

Les professionnels ont pour habitude d'avoir des avis de naissance et le nom du père car la majorité des marocaines accouchent à l'hôpital ou au CHU et sont mariées. Ici, les professionnels rencontrent des difficultés car ils doivent s'adapter aux migrant.e.s et à leurs aspects culturels différents. Les professionnels de santé doivent avoir un cadre législatif adapté dans la mesure où prendre des initiatives eux-mêmes leur ait encore difficile et dépend fortement de chaque professionnel. Ils ne peuvent pas s'engager à atténuer et éviter certains obstacles car cela engage une certaine responsabilité. Cependant, face à notre cas et pour tout de même faciliter les choses, l'infirmièr.e décide finalement de remplir le nom du père : *« d'après la déclaration sur l'honneur de la mère [...] la vaccination c'est moi qui l'ai fait mais le nom et prénom j'ai mis d'après la déclaration sur l'honneur et j'ai gardé une copie pour que le père remplisse ces responsabilités et que la mère déclare qu'elle a bien accouché à la maison », Major infirmièr.e, centre de santé n°1.* Ainsi, la déclaration sur l'honneur est une solution au manque de documents d'avis de naissance et d'identité du père et permet à la mère d'effectuer l'Etat civil de l'enfant. Par la même occasion cela dédouanerait de toute responsabilité les infirmières des centres de santé en attendant un cadre réglementaire adapté à la population migrante. Avec le registre de vaccination, la mère peut donc se diriger vers les administrations pour l'Etat Civil de l'enfant. Or, ici énième obstacle : l'Etat exige en plus du registre de vaccination, l'avis de naissance (Royaume du Maroc, 2017). Heureusement face à ce contexte, les administrations essayent également d'assouplir les angles : *« Nan la police lui a dit de faire la vaccination et de revenir vers eux pour qu'il lui fasse l'état civil, c'est eux qui s'en occupent », Major infirmier.e, centre de santé n°1.*

Au regard de ce qui a été explicité sur les contraintes administratives, le contrat de bail figure parmi l'un des premiers obstacles à l'accès aux soins primaires gratuits. Cette exigence repose en particulier sur la vérification du statut du migrant.e.s afin de juger du suivi des prestations et des programmes de santé. Par ailleurs, au niveau des structures de soins secondaires et tertiaires, les documents d'identité, de carte séjour ou de passeport sont essentiels pour les consultations et soins payants. De plus, ils le sont notamment pour l'accouchement gratuit, l'avis de naissance et le registre de vaccination. Les barrières à l'accès primaire aux soins et des soins sous-optimaux figurent parmi les raisons avancées pour expliquer la mortalité maternelle et morbidité maternelle sévère des migrants par rapport à la population native (Sauvegrain, Stewart, Gonthier, Saurel-Cubizolles, Saucedo, Deneux-Tharaux, Azria, 2017). Elles reflètent peut-être l'incapacité des systèmes de santé à fournir des soins prénatals identiques aux femmes non-migrantes, mais aussi peut-être à les adapter spécifiquement aux besoins de certaines populations immigrées *ibid.* Au Maroc, il semble que le système de soin marocain ne soit pas assez souple pour répondre aux besoins divers de la population et produit en lui-même des obstacles qui réduisent l'accès aux soins prénatals. Ces analyses de données qualitatives et observations devraient s'attacher à mieux comprendre les raisons d'un accès insuffisant aux soins primaires, secondaires et tertiaires afin d'aider le service santé publique dans ces actions.

Les études réalisées dans d'autres pays européens montrent que la majorité des migrants récemment arrivés ont rencontré des difficultés d'accès aux soins et que celui-ci est insuffisant (Chauvin, Vuillermoz, Simonnot, Vanbiervliet, Vicart, Macherey, 2015 ; Baltus, 2017). Un quart des migrants interrogés par Epicentre signalaient ne pas avoir pu accéder à des soins au cours de leur migration ou en France (Guisao, Jangal, Quéré, Laporte, Riou, 2017). Semblablement, au Maroc, le système de santé n'est pas disposé à répondre convenablement aux besoins d'accès aux soins des migrants tant qu'il ne considérera pas leurs vulnérabilités économiques, sociales et administratives. D'autre part, et dans un cercle vicieux, nous avons pu constater que cet accès influe également sur les enjeux administratifs des migrants tels que l'inscription de l'enfant à l'Etat civil. L'absence de charte ou de lois pour les migrants au sein du système de santé reflète toute l'ambiguïté que les professionnels de santé portent vis-à-vis de cette nouvelle population encore peu comprise. La construction de l'Etat, le cadre législatif et le système administratif ne sont pas pensés et adaptés à la population migrante dont ces aspects, à la fois économiques, sociaux et culturels différents de ceux des marocains, doivent être pris en compte pour une bonne intégration.

Au vue de l'hypothèse formulée, l'accès aux soins des populations migrantes subsahariennes au Maroc ne témoigne pas d'une intégration opérante de la migration dans le secteur de la santé. Les différents obstacles d'accès aux soins précédemment explicités amènent à nous interroger sur les causes exactes de ces problématiques. Ainsi, dans une deuxième partie il s'agira, conjointement aux besoins d'accès aux soins, de l'identification des déterminants sociaux de la santé et des barrières sociales nuisant à l'intégration des migrants subsahariens au sein de la société marocaine.

DEUXIEME PARTIE

Les aspects sociaux nuisant à l'accès aux soins, la santé et le bien-être social des migrants subsahariens au Maroc

Si ce dossier se veut en premier lieu un outil d'information sur l'accessibilité des soins pour les migrants subsahariens, il se propose dans un deuxième temps comme une étape supplémentaire dans la reconnaissance des questions liées à l'intégration sociale des migrants subsahariens au Maroc. En effet cette intégration sociale permet de comprendre plus en détails les différents obstacles inhérents à l'accès aux services publics.

Aujourd'hui, face à l'arrivée de populations subsahariennes dites de « transit » sur le territoire marocain, la question d'égalité se soulève. Dès lors qu'il est question d'un traitement inégal en santé, ce sont les principes et les valeurs de justice sociale qui sont visés. Les Inégalités Sociales en Santé (ISS) sont d'évitables injustices en matière de santé relevées au sein d'un même pays ou entre différents pays (OMS, 2011). Ce sont les différences en ce qui concerne l'état de santé ou la répartition des ressources entre différents groupes de population qui découlent des conditions sociales dans lesquels les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent *Ibid.* L'organisation de la société aux niveaux national et local donne naissance à des statuts sociaux et à une hiérarchie, en vertu desquels les populations s'organisent selon leur niveau de revenu et d'instruction, l'emploi qu'ils occupent, leur sexe, leur origine ethnique et d'autres facteurs (OMS, 2005). Pour qualifier les ISS, un lien doit être établi entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale (Mackenbach, 2002). Ainsi, la place des migrants subsahariens dans l'échelle sociale influe sur leur accès aux différents services publics et leur vulnérabilité face à la maladie. Au regard de l'analyse faite concernant l'accès aux soins, les aspects sociaux permettent également de juger de l'accès à la santé et du bien être social des migrants. Ainsi, il s'agira de mettre en exergue les déterminants sociaux de la santé, les discriminations sociales ainsi que les barrières linguistiques, nuisant à l'accès aux soins et de manière plus large à l'intégration des migrants subsahariens au Maroc.

2.1. Les Déterminants sociaux de la santé des migrants subsahariens

La Santé est conditionnée par différents facteurs qui peuvent être extérieurs au système médical. Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces: l'économie, les politiques sociales et la politique (OMS, 2011). En effet, un ensemble de « déterminants de la santé » agissent et interagissent au point d'influencer l'état de santé d'une population (Lalonde, 1974). Ainsi, tous les aspects de la politique gouvernementale migratoire, à savoir les questions de l'économie, l'éducation, le logement, l'emploi et les transports, peuvent influencer sur la santé et l'équité sanitaire. Si la santé n'est pas l'axe principal des politiques dans ces secteurs, celles-ci ont toutefois une forte incidence sur l'accès aux soins des migrants subsahariens. Ici, il s'agira donc d'analyser et d'identifier les déterminants sociaux de santé des migrants subsahariens au Maroc afin de comprendre plus en détail les facteurs sociaux qui entravent l'accès aux soins.

2.1.1. Le Statut juridique des migrants

Comme nous avons pu le constater précédemment, les documents administratifs des migrants subsahariens déterminent en premier lieu l'accès aux soins au niveau des différentes structures de santé. Au sein de mes 20 entretiens avec les migrants lors des séances de dépistage VIH/Sida à l'occasion du repas organisé le 4 et 5 Juillet 2018 par le Père George et le collectif Casa Lumière, j'ai pu explorer les attentes et les besoins des migrants permettant leur bien-être au Maroc. Parmi ces besoins, la carte séjour a été à maintes reprises déclarée. Des négligences de prise en charge par les services administratifs et des demandes non abouties ont eu lieu :

« [les autorités] nous ont donné une fiche, donc on doit aller au commissariat, après arrivé las bas, ils nous ont donné quelques temps pour après avoir la carte de séjour, on est retourné chez nous pour [être ensuite] rappelés, ils nous ont jeté quoi [jamais rappelé] », Moussa, Mali, 19 ans.

« Avant la j'ai déposé [une demande] mais jusqu'à présent j'ai laissé quoi, même pas de réponse, une fois j'ai déposé à la préfecture d'El Fida après 3 mois 4 mois jusqu'à présent [pas de réponse], vraiment j'ai laissé quoi [abandonné] », Omar, Sénégal, 20 ans.

Ces négligences administratives ont plus souvent concerné les hommes très vulnérables résidents au camp de migrants et réfugiés d'Ouled Ziane. Les nouveaux arrivants du camp espèrent particulièrement la carte de séjour afin de bénéficier d'un logement plus décent. Moussa, jeune malien de 19 ans l'explique : *« Ce qu'il me manque au Maroc ici, donc vraiment une carte de séjour. Donc moi aussi si j'ai une carte de séjour je vais commencer à chercher un appartement »*. Nouvellement arrivé, il souhaite une carte séjour pour pouvoir notamment s'installer au Maroc : *« je suis venu ici pour pouvoir passer en Europe mais maintenant quand je vois Maroc vraiment maintenant ca me plait, c'est comme si c'est mon pays quoi »*.

Après un premier échec, la majorité des migrants exprimaient à nouveau leur ambition initiale de partir en Europe. En effet, la carte de séjour n'était plus leur priorité :

« Ce que j'ai besoin actuellement, c'est entrer en Europe », Général de Gaulle, Côte d'Ivoire, 19 ans ;

« Non moi je veux partir quoi, c'est mon but. Je suis seulement passager, je vais vouloir partir », Omar, Sénégal, 20 ans ;

« Ce que j'ai besoin moi ? C'est de sortir du Maroc. », Oussman, Cameroun, 21 ans

La première demande de carte de séjour non aboutie développe certaines réticences et un manque de confiance vis-à-vis des services administratifs. La plupart des migrants ayant demandé une première fois ne souhaitent plus réaliser une deuxième démarche : «

Interviewer : Tu souhaites redemander au commissariat ?

Moussa : Non merci » ; «

Interviewer : Ok, et tu ne veux pas retenter ?

Omar : Je ne sais pas »

Le rejet de la demande d'asile, qui représente pour certains exilés un déni de reconnaissance des violences subies (Nguyen, 2014) provoque la peur d'être reconduit dans le pays d'origine et entraîne le plus souvent une précarisation des conditions de vie (perte d'hébergement, absence de ressources, impossibilité d'exercer un emploi) (Veisse, Wolmark, Revault, Giacobelli, Bamberger, 2017). A cela, s'ajoute les conditions de vie difficiles dans lesquelles les migrants n'envisagent plus de rester et ainsi ne voient plus l'utilité de demander la carte de séjour : *« Non non, parce que rester au Maroc ce n'est pas facile, je vois ca, ce n'est pas facile », Mamadou, Sénégal, 30 ans.*

En termes de régularisation, Médecins du Monde explique qu'il s'agit de : « *conditions difficiles à remplir et de procédures longues et fastidieuses* », *Coordinateur.ice général.e, MDM à Rabat*. La loi mentionne deux titres de séjour au Maroc : le certificat d'immatriculation (étudiants, visiteurs, migrants travailleurs), et le certificat de résidence qui est octroyé à l'étranger qui peut justifier une résidence non interrompue d'au moins de 4 années (Ministères des affaires étrangère et de la coopération, 2003). De manière générale, les articles 3 et 4 de la loi 02-03 relative à l'entrée et au séjour des étrangers au royaume, à l'émigration et l'immigration irrégulières soumettent les étrangers traversant les frontières marocaines à un contrôle exercé par les autorités. L'article 3 porte sur le contrôle de validité du passeport et du visa et l'article 4 prévoit un contrôle dont la nécessité, et dans une certaine mesure, les contenus sont laissés à l'appréciation des autorités (Eba Nguema, 2015). Ce contrôle concerne la vérification des ressources financières des immigrés, leurs motifs d'entrée et les garanties de leur retour au pays *Ibid*. En effet, la loi exige la production d'un passeport ou un titre de voyage et précise les modalités du contrôle aux frontières et les conditions de refus d'entrée (Lakhal, 2017). Le migrant doit être muni d'un titre de voyage valable, justifier son déplacement et des moyens suffisants d'existence *Ibid*. De plus, l'entrée peut être refusée à tout individu qui pourrait constituer « une menace à l'ordre public » (Ministères des affaires étrangères et de la coopération, 2003).

Le La coordinateur.ice général.e de Médecins du Monde explique qu'il faut en effet attester d'une période de 4 ans sur le territoire. De plus elle émet des réserves quand à cette exigence puisqu'un.e migrant.e nouvellement arrivé.e pourrait également souhaiter l'installation au Maroc : « *4 ans mais pour ceux qui viennent de venir non, alors qu'ils seraient aussi prêts à s'insérer* ». Cette dernière souligne également le manque d'assiduité de certaines administrations dans la transmission des informations aux migrant.e.s : « *parfois les informations ne sont pas bien communiquées [aux migrants], beaucoup d'efforts à faire dans ces démarches* ». Shakou, jeune ivoirien de 24 ans, explique effectivement qu'il détient une carte séjour puisqu'il a vécu au Maroc plus de 5 ans. De plus, il déclare qu'un grand nombre de personnes ne sont pas régularisées pour causes de contraintes administratives et de renvois systématiques :

« *Je l'ai déjà [carte séjour] ici parce que moi j'ai vécu ici. Mais ici il y a des gens [...] jusqu'à maintenant ils n'ont pas de carte de séjour parce que quand tu pars là bas [dans les administrations], on te renvoi, il y a beaucoup de dingues à Rabat, ils vont te dire passe, passez ici, passez ici, passez ici. Franchement ici on nous a beaucoup manqué de respect franchement.* »

A Nador, les associations de la PNPM ont constaté que le bureau se chargeant des demandes de régularisations existe physiquement, mais qu'il n'est que rarement ouvert (PNPM, 2017). La population migrante désireuse d'entamer des procédures de régularisation dans cette ville rencontrent donc un obstacle.

Un autre problème réside dans le fait que pour la communication des réponses aux demandes de carte séjour, celle-ci se fait uniquement par courrier postal. Or, les migrants, particulièrement ceux du camp d'Ouled Ziane, n'ont pas d'adresses postales et se déplacent régulièrement. De plus, pour la récupération des cartes de séjour aux guichets des administrations publiques, il est nécessaire d'avoir son passeport. Ce qui pose une nouvelle fois problème pour ceux l'ayant perdu lors de leur parcours migratoire : « *Pour la récupération on te demande ton passeport, or beaucoup ne l'ont pas ou n'ont pas les moyens d'en refaire un, la communauté congolaise c'est hyper cher pour refaire un autre, ça coûte 2000 dirhams* », *Coordinateur.ice général.e, MDM à Rabat*. En effet, au-delà du temps perdu inutilement entre les traitements des demandes de régularisation, en raison du changement de domicile des personnes ou de numéro de téléphone, ou encore la perte du reçu de dépôt de

dossier de demande (et la crainte de se présenter aux bureaux sans reçu) cela a pénalisé de nombreux demandeurs de carte séjour (PNPM, 2017).

Lors du repas organisé pour les migrant.e.s, les femmes étaient conviées le 05 Juillet 2018. La plupart des femmes interrogées lors de la séance de dépistage VIH/Sida, ne résidaient pas au camp d'Ouled Ziane. Certaines avaient une carte de séjour et d'autres non puisque nouvellement arrivées. Comme Shakou, celles ayant vécu au Maroc depuis longtemps ont déclaré avoir une carte de séjour dont les procédures et modalités d'attentes ont été rapides : «

Rebecca : J'ai la carte séjour

Interviewer : Cela s'est bien passé pour la demande, ça n'a pas pris trop de temps ?

Rebecca : Non non, j'ai pris ça lors de la première grâce, depuis ce temps là quand je pars renouveler il n'y a pas de soucis. Maintenant j'ai une carte de séjour de 3 ans j'attends

Interviewer : D'accord, quand tu renouvelles, c'est 3 ans à chaque fois ?

Rebecca : la première fois c'était qu'une année et la deuxième fois c'est 3 ans », Rebecca, RDC, 36 ans.

Toutefois, concernant le renouvellement des titres de séjour, il a été constaté que l'accomplissement de cette démarche est également aléatoire (en fonction des villes et des bureaux) et semée d'obstacles : nombreuses sont les personnes qui, en 2015-2016, n'ont pu renouveler leur titre de séjour, et ont donc basculé à nouveau dans une situation administrative irrégulière (PNPM, 2017). S'il semble que la directive centrale suggère de faciliter le renouvellement « automatique » des titres des personnes régularisées en 2014, nombreux sont les étrangers qui se sont vus exiger de fournir un contrat de bail, une attestation de travail ou encore une pièce d'identité en vigueur (alors que les documents n'étaient pas exigés dans la demande initiale) *Ibid.*

Contrairement aux hommes, les femmes interviewées ont plus recouru aux services de santé. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité ont des enfants en bas âge, ont accouché au Maroc et sont donc d'avantage en contact avec le système de santé : « *Je suis partis dans un centre de santé pour mes enfants, une fièvre, une grippe ou vaccin », Rebecca, RDC, 36 ans.* En effet, les femmes réfugiées et migrantes sont souvent confrontées à des difficultés spécifiques, liées notamment à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, à la santé sexuelle et génésique, et à la violence (OMS, 2011). Pour les nouvelles arrivantes, celles-ci déclarent ne pas avoir de carte de séjour puisque soit, elles ne sont pas informées comme Nina : « *Je ne sais pas comment faire pour avoir la carte de séjour »,* soit elles priorisent de trouver un emploi non formel, comme Claire : « *Bon bah je compte voir ça après le travail mais pour le moment je n'ai pas ça [de carte de séjour]* ». Par conséquent, pour Nina et Claire, des refus d'accès aux soins et des négligences de prise en charge ont lieu : «

Claire : avec ma sœur oui, on était là bas [à l'hôpital] une fois, ils ont refusé de nous prendre. Ils ont refusé de l'accepter, ils nous ont fait tourner en rond, pour finir il fallait qu'on fasse la procédure [d'inscription au sein de la circonscription de l'hôpital]. C'est là où on nous a reçu.

Interviewer : D'accord, il a fallu que vous insistiez ?

Claire : Qu'on insiste, oui oui

Interviewer : C'était dans un hôpital ou dans un centre de santé ?

Clair : C'était à l'hôpital

Interviewer : D'accord, et tu avais présenté quoi, un bail ou une carte d'identité ?

Claire : Bon, bail »

Ainsi, sans carte de séjour ou papier d'identité, Claire et sa sœur ont dû présenter un contrat de bail au niveau de l'hôpital qui faisait partie de leur circonscription, à défaut de quoi, elles n'auraient pas

été acceptées. A contrario, pour Rebecca, de fait de sa régularisation et de son logement, elle n'exprimait pas de problème au niveau des structures de santé : « *Ils m'ont pris en charge, il n'y a pas eu de soucis* ». En effet, l'absence de carte de séjour et de pièce d'identité a pour conséquence un non accès aux soins : « *Oui c'est un problème qui se pose, ils doivent faire un programme pour les accueillir, leur donner des pièces d'identité car tu ne peux pas vivre, tu ne peux pas exister ici sans pièce d'identité. Ils doivent être pris en charge, leur donner un reçu ou n'importe, comme pièce d'identité comme ça ils pourront avoir accès aux choses les plus basiques comme les urgences, exemple un accidenté au moins il rentre avec une pièce d'identité quand même* », Interne, service maternité.

Le système de régularisation est ouvert aux migrant.e.s subsaharien.ne.s résident.e.s depuis longtemps car d'avantage perçus comme désirant s'installer au Maroc. Malgré les annonces publiques faites au lancement de cette nouvelle opération prônant une interprétation souple des critères de traitement des dossiers, les premiers mois de l'opération font constat de blocages similaires à ceux de 2014 (PNPM, 2017). Ces multiples difficultés liées à l'attribution de carte séjour, questionnent l'avenir des politiques destinées aux migrant.e.s dans la mesure où celles-ci s'adressent principalement aux personnes détentrices d'un titre de séjour. Si le nombre de personnes en situation régulière diminue, il convient de s'interroger à qui se destineront les politiques publiques visant l'intégration des migrant.e.s au Maroc. Sans carte de séjour, les migrant.e.s subsaharien.ne.s rencontrent des problèmes d'accès aux droits sociaux tel que le logement. De plus, le statut irrégulier du.de la migrant.e est un obstacle qui les rend très vulnérables et accentue leur difficulté d'accès aux soins. Les psychothérapeutes travaillant dans le champ de la clinique de l'exil témoignent fréquemment de décompensations de syndromes psychotraumatiques et de dépressions lors de la détérioration de la situation socio-administrative des migrants (Veisse, Wolmark, Revault, Giacobelli, Bamberger, 2017). En 2013, une étude effectuée en Italie rapportait que les facteurs les plus associés au psychotraumatisme étaient l'isolement, le faible accès à un service médical d'urgence en particulier auprès des personnes sans droit au séjour (Aragona, Pucci, Mazzatti, Maisano, Geraci, 2013). En France, la méconnaissance de leurs droits et la complexité des dispositifs administratifs compliquent fortement l'accès aux droits et aux soins pour ces populations migrantes (Huaume, Kellou, Tomasino, Chappuis, Létrilliart, 2017). En regard de ces résultats, le statut juridique est l'un des déterminants importants de l'accès des migrants aux services de santé du pays.

2.1.2. L'Emploi

Comme nous avons pu le constater en première partie, les conditions socio-économiques dans lesquelles se trouvent les migrants subsahariens déterminent l'accès aux soins et aux mesures payantes à prendre pour prévenir ou traiter la maladie. Suite aux entretiens avec les migrants subsahariens, les hommes réguliers évoquent particulièrement le besoin de travailler et de s'insérer au marché de l'emploi formel, alors que les hommes irréguliers du camp d'Ouled Ziane déclarent d'avantage avoir besoin de rejoindre l'Europe. Shakou, malgré son statut de régulier, explique qu'il est difficile de trouver de l'emploi car il n'y a pas d'opportunités d'insertion :

« Tout le monde veut le travail mais il n'y en a pas. [...] Et c'est parce qu'il n'y a pas de travail, il n'y a pas d'emploi franchement, il n'y a pas de boulot. S'il y a du boulot ici ? S'il y a du boulot je te jure que nous on va travailler. » Shakou, Côte d'Ivoire, 24 ans.

Comme la majorité des hommes interrogés, il se voit obliger de recourir à de la mendicité : « *Moi franchement il y a des choses, parce que ça me fait mal, parce que chez moi je ne demandais pas de l'argent* ». En effet, pour survivre, un certain nombre de migrants a recours à la mendicité et,

notamment les femmes, à la prostitution et au sexe de survie (OIM, 2015). Un très faible pourcentage est maintenu par les familles qui envoient de l'argent du pays *Ibid*. Face à cette situation et à l'échec d'insertion professionnelle, Shakou n'ambitionne plus de rester au Maroc et envisage de partir pour l'Europe comme le reste des migrants interrogés :

« Mon ambition c'est d'aller en Europe et aller en Europe ce n'est pas parce que l'Europe est belle que j'ai envie de partir en Europe, non ce n'est pas ça. Je veux partir las bas, parce que non seulement il y a les droits de l'homme et de deux je veux avoir une vie meilleure comme les autres, tu vois, je ne veux pas être ici enfermé comme ça. Je veux avoir une vie meilleure comme les autres. [...] pour avoir des opportunités pour aider ma famille, ma mère, mon père, ma petite sœur, mon frère, tu vois, c'est un peu comme ça pour aller en Europe pour moi. Je ne vais pas en Europe parce que l'Europe est belle, d'aller pour prendre des photos pour publier, non, on n'est pas à ce niveau là. On est plus à ce niveau là ».

Le travail est un élément qui apparaît dans 9 de mes 20 entretiens, dont 8 énoncés par des femmes. En effet pour les femmes, il figurait d'avantage parmi les éléments qui permettraient l'atteinte de leur bien-être au Maroc et ceci quelque soit le statut de la migrante. Rebecca, cette maman installée depuis 13 ans, exerce un travail informel de couturière malgré sa carte séjour et ambitionne également un poste plus stable :

« Un travail fixe qui me rémunère chaque mois pour pouvoir subvenir à certains besoins de mes enfants, pour le moment c'est ce dont j'ai besoin. Un salaire fixe parce que j'ai des frais. J'ai une clientèle mais des fois tu peux avoir du travail à faire, des fois tu en as pas. Mais si j'arrive à avoir un travail stable dans une entreprise de couture ou de confection avec un salaire bien rémunéré c'est bien ».

C'est également le cas pour toutes les migrantes irrégulières telles que Claire et Maa :

« Si je peux le dire un bon travail », Claire, Côte d'Ivoire, 22 ans ;

« Il n'y a pas aussi du travail pour les femmes [...] j'ai besoin de travailler », Maa, Guinée Conakry, 19 ans.

Cette tendance pour les femmes pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des femmes interrogées ont des enfants ou sont en études, ce qui renforcerait l'envie de travailler, de subvenir aux besoins des enfants ou aux frais d'études. Elles seraient d'avantage dans une démarche de recherche d'emploi que les hommes. Marie-France de l'association Casa Lumière explique qu'au sein de leurs centaines de femmes référencées au sein du collectif, la grande majorité sont diplômées et souhaitent s'installer au Maroc pour travailler : *« la plupart ont des enfants et ne cherchent pas à traverser, contrairement aux hommes dont 700 étaient attendus [au repas du 5 juillet] or 400 ne sont pas venus car tous partis à la forêt pour tenter de traverser la mer car elle est calme en ce moment ».* Toutefois, si l'occasion se présente un jour, les femmes n'hésiteraient tout de même pas à rejoindre l'Europe, tout dépendrait du moyen de transport employé.

En somme, il convient de souligner que la plupart des migrant.e.s interrogé.e.s détiennent des diplômes et des qualifications professionnels : *« Au pays, ahh (rires) au pays franchement j'étais professeur, J'avais même une voiture, une voiture pour moi-même », Shakou, Côte d'Ivoire, 24 ans.* De même au sein des registres des migrantes du collectif Casa Lumière dont j'ai eu l'occasion de consulté grâce à Marie-France, la grande majorité des femmes avait toutes des qualifications et diplômes (BTS, formation coiffure, infirmière, aide soignante, licence, formation informatique, études de commerce). Ce qui accroît d'autant plus les frustrations liées à l'absence de travail. Lorsque les migrant.e.s subsaharien.ne.s trouvent un emploi, il s'agit généralement d'un travail et

d'un salaire ne correspondant pas au diplôme acquis. C'est ce qu'expliquent de nombreuses migrantes telles qu'Aimée-Blanche, kinésithérapeute et Nina jeune étudiante :

« Quand tu pars chercher le travail, tu ne parviens pas à te payer bien, on se dit qu'il n'y a que le roi qui est bon, mais le peuple... Il y a trop de maltraitances, surtout au niveau du travail, ce n'est pas tout le monde qui n'ont pas fait des études, ils n'en tiennent pas compte. [...] moi je suis kinésithérapeute j'ai mes diplômes, quand je pars travailler ils vont me payer 2000 dirhams⁷ [...] je vois c'est un peu minable pour moi car il va falloir payer la maison, nourrir les enfants, envoyer les enfants à l'école et la garderie [...] certaines personnes souffrent ici. Nous sommes bienvenus pour le roi mais pour les marocains qui nous prennent en charge... pour le travail vraiment, je suis désolée, les femmes ne sont pas à l'aise parce qu'il y a beaucoup de femmes, de filles qui souffrent, certaines rentrent avec des problèmes de courbatures, certaines rentrent comme la sœur nous expliquait, ils [employeurs] sont même partis avec son salaire, elle a fait une semaine et ils ne l'ont pas payé, il y a beaucoup de cas », Aimée-Blanche, Cameroun, 42 ans ;

« Au Maroc nous avons nos diplômes, nous sommes venus avec nos diplômes et on ne peut pas travailler. On est obligés de faire le ménage », Nina, Côte d'Ivoire, 23 ans.

Les femmes désireuses de s'installer et de travailler rencontrent une difficulté accrue dans leur démarche de recherche d'emploi, formel et informel, avec parfois des inégalités de salaires. De plus, les difficultés rencontrées pour accéder à l'emploi et aux services de base, mettent ces migrants irréguliers dans une condition de précarité qui peut parfois mener à l'exploitation et à la traite (OIM, 2015). D'après la loi 02-03, par exemple, ils ne peuvent ni louer un appartement ni travailler *ibid*. Ils s'offrent alors comme main d'œuvre ponctuelle et au noir aux employeurs marocains *ibid*. Au sein de certaines associations marocaines de prévention des maladies, des programmes sont dédiés aux migrants subsahariens et sont sous les responsabilités de bénévoles d'origine subsahariennes. Martin, éducateur pair ivoirien, raconte également qu'en dépit de ces nombreux diplômes, il n'arrive pas à s'en servir au Maroc et exerce donc au titre de bénévole : *« Tu sais les diplômes ça ne sert à rien si tu ne les utilises pas »*. Néanmoins, selon le rapport de mission du GADDEM, dans le sud du Maroc la situation est assez différente (OIM, 2015). La plupart des migrants mauritaniens et sénégalais, représentatifs de la population étrangère de Laâyoune, Dakhla et Boujdour, travaille et réside régulièrement dans la région depuis longtemps *ibid*. Le profil même de ces migrants met en évidence la disparité avec la réalité quotidienne vécue par ceux qui se trouvent près de la frontière dans le nord du pays ou dans d'autres villes du Maroc (*« Situation des migrants dans le Sud du Maroc »*, 2014).

Compte tenu de ces obstacles à l'emploi, certaines OSC et ONG locales tentent de faire bénéficier aux migrants subsahariens un travail fixe ou une formation qualifiante visant à l'insertion professionnelle au sein de la société marocaine. En général, ils font recours aux aides fournies par des associations (OIM, 2015). Le Père George engage des jeunes migrants à la rénovation (peintures, menuiseries, rangements) de l'Eglise Notre Dame de Lourdes à Casablanca et à l'organisation de brocantes dont les bénéfices sont utilisés pour les dons et repas annuels pour les migrants : *« bah oui sinon d'où vient cette argent pour eux ? »*, Père George. Interrogeant un migrant habillé en blouse blanche à la cour de l'Eglise, celui-ci répond en effet : *« oui il faut que je travaille c'est mieux que de mendier »*. Par ailleurs, lors de ma visite au camp d'Ouled Ziane, certains migrants m'ont attesté s'être inscrit à une formation professionnelle réalisée par l'ONG Caritas. En effet, celle-ci travaille

⁷ Equivalent à environ 200 Euros

également afin d'améliorer la situation socioprofessionnelle des migrants. Seulement, certaines formations demandent à ce que les migrants aient une carte de séjour ou un document d'identité : « *Oui oui, c'est long, je dois attendre novembre pour la formation, c'est dur car il faut des papiers* », Soufiane, camp d'Ouled Ziane. Ainsi, ceci risquerait une désinsertion professionnelle plus importante pour les migrants irréguliers. Médecins du Monde explique que certains organismes tels que l'Entraide Nationale (bureau technique du ministère, indépendant), ne demandent aucuns justificatifs ou titre de séjour. Certaines structures font la distinction entre les personnes en situation de migration irrégulière et les personnes régulières d'origines subsahariennes souhaitant s'installer au Maroc. Ces derniers bénéficieraient effectivement de plus de formations professionnelles :

« L'OFPPPT [Office de la Formation Professionnelle et de la Promotion du Travail au Maroc] propose des formations mais il faut être en situation régulière, ce sont des formations professionnelles, il y a beaucoup d'étudiants d'origine de l'Ouest d'Afrique et centrale au Maroc mais ce n'est pas les personnes en situation de migration, qui sont souvent en situation matérielle pas hyper rose », Coordinateur.ice général.e, MDM à Rabat.

Ainsi, les migrants irréguliers, en transit ou n'ayant pas de statut d'étudiant, sont plus à même de ne pas bénéficier de formations professionnelles et d'emploi formel. Le travail est à la base de l'intégration sociale des migrant.e.s. Sans cela, ils ne pourront correctement subvenir à leurs besoins de santé et ne pourront également pas envisager de rester au Maroc. En effet, le travail conditionne la volonté de rester sur le territoire marocain comme l'expliquent les migrant.e.s lors du grand repas du 4 et 5 Juillet 2017 :

« Moi si on me donne un travail, si on me donne une maison c'est bon je suis partie pour chercher ma vie. Mais ici on ne me donne pas les subsistances pour réussir. On nous abandonne à même le sol. On n'essaye pas de communiquer », migrant, camp d'Ouled Ziane ;
« Le travail, le travail, si j'ai le travail ici, si j'ai un bon travail pourquoi être de passage ? Je vais faire le Maroc comme mon deuxième pays », Aimée-Blanche, Cameroun, 42 ans.

Le rapport d'évaluation du programme de retour volontaire et réintégration de l'OIM Maroc (2013-2014) trouve une corrélation entre l'intention de quitter à nouveau le pays, la durée de la période passée au pays après le retour volontaire et le succès du projet de réintégration : les personnes rentrées depuis plus de six mois affirment pour la plupart vouloir essayer d'émigrer à nouveau mais dans des conditions plus sûres, d'autant plus que leurs projets économiques ne marchaient pas bien (OIM, 2015). Le manque d'opportunités lié à d'emploi a pour conséquences que certains migrants, quel que soit le statut et le genre, ambitionnent soit de rejoindre l'Europe, notamment pour les hommes, soit de retourner au pays d'origine, notamment pour les femmes.

Au Maroc, les migrant.e.s subsaharien.ne.s rencontrent d'importants problèmes d'insertion socio-professionnelle ayant pour conséquence une exclusion sociale perceptible, notamment pour les migrant.e.s irrégulier.e.s. L'isolement des migrants a également été retrouvé dans le champ des inégalités sociales liées à l'immigration (Berchet, Jusot, 2009). Cet isolement reflète particulièrement les conditions de vie et d'accueil dégradées de ces personnes qui n'ont le plus souvent pas obtenue la reconnaissance de leur histoire migratoire (Veisse, Wolmark, Revault, Giacobelli, Bamberger, 2017). La vulnérabilité économique et psychologique des femmes et des hommes migrants sert à nourrir les réseaux, soit des victimes (femmes), soit des trafiquants (hommes) (Ministère de la Justice et des Libertés et ONU Femmes, 2015).

Par ailleurs, en termes d'accès aux soins et aux examens payants, les migrants nécessitent des ressources financières assurées par un emploi stable. Les migrants subsahariens sont parfois donc contraints de vivre avec des pathologies non diagnostiquées ou non déclarées dans la mesure où ils ne sont pas en capacité de payer les soins. C'est notamment le cas de Nathalie, vivant depuis 3 ans avec un problème de santé non traité pour cause de moyens financiers insuffisants :

« C'est le scanner que je n'ai pas encore fait comme ici il y a un problème d'argent je ne me suis pas encore... c'est les moyens qui me manque pour l'instant comme je ne travaille pas ».

« Bah oui s'il travaille et qu'il est régularisé, il n'y a pas de problème », Responsable CPE, ce qui suggère ainsi que pour les autres migrant.e.s ne travaillant pas ou irrégulier.e, des problématiques dans le domaine de la santé existent. A l'intérieur des pays, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé : ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas (OMS, 2005). Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans les pays à revenu élevé *Ibid.* De plus, il convient également d'adapter des actions de prévention et de promotion de la santé pour toucher les plus précaires et les migrants, et d'agir sur les déterminants sous-jacents de la santé (accès au logement, aide financière, conditions de séjour...) (Chappuis, Thomas, Durand, Laurence, 2017). Relativement à ce qui a été exposé, l'emploi est un déterminant social de santé pour les migrants subsahariens qui grâce à lui, leur bénéficieraient d'un accès aux soins payants, améliorerait leur état de santé ainsi que leur bien-être social. En somme, il existe également une corrélation entre l'accès aux soins et le logement.

2.1.3. Le logement

La problématique en matière de logement est sans doute une question légitime permettant de juger de la bonne intégration sociale des migrants subsahariens au Maroc. En effet, le logement pose un réel problème pour les migrants souhaitant accéder aux structures de soins de santé primaires qui exigent un contrat de bail. Plusieurs des migrants interrogés soulignent particulièrement cet obstacle. Au sein des entretiens, celui-ci figure parmi les 3 éléments qui permettraient leur bien-être social au Maroc : *« Plus à l'aise, il me faudrait d'abord premièrement un logement stable. »*, Rebecca, RDC, 36 ans. Les migrant.e.s déclarent, comme nous avons pu le voir plus haut, que le logement est un objectif qui peut être atteint grâce à la détention de la carte de séjour. La carte de séjour pourrait donc influencer ou reconforter les bailleurs à accepter d'accueillir des migrant.e.s subsaharien.ne.s. Ainsi, certains bailleurs ne donnent pas leur accord qu'en présentation des papiers d'identité ou de carte de séjour. Ce fait reposerait dans la nécessité de louer un appartement à des personnes perçues comme stables au Maroc. Une personne considérée comme telle serait plus à même de payer ses frais de logement. Rebecca, ayant sa carte séjour, explique effectivement qu'elle a été expulsée en raison d'un retard de paiement : *« Pour le moment je suis dans une petite chambre, j'ai mon bailleur qui vient de me virer parce que j'ai eu un retard de paiement. Donc je suis dans une petite chambre avec mes 3 enfants et mon mari, à 5 dans une toute petite [pièce] comme ça »*. En effet, beaucoup de conflits existent actuellement avec les bailleurs : *« Les personnes qui ont des conflits avec leur bailleur viennent souvent nous solliciter et c'est une problématique énorme [...] le logement c'est un enjeu stratégique en même temps parce qu'il y a un grand besoin »*, Chargé.e du programme protection juridique pour les étrangers, GADEM à Rabat. Ainsi, par sécurité, les bailleurs privilégieraient les personnes en règle et qui ont un emploi. Cette impasse est également rencontrée avec des marocains qui présentent une situation précaire ou avec de faibles ressources économiques : *« ceci dit là encore je pense que beaucoup de marocains dans les quartiers en situation*

vulnérabilité, dans les quartiers populaires, sont aussi confrontés à des problématiques similaires mais du fait que ce [les migrants] soient des étrangers ont en parle un peu plus, mais peut être que c'est aussi plus récurrent, je pense que les différents avec les bailleurs il n'y en a pas que pour les étrangers », *Chargée du programme protection juridique pour les étrangers, GADEM à Rabat.* Cependant, cet obstacle lié à la situation précaire des demandeurs de loyer, pourrait être accentué par l'attribution systématique de l'image du « subsaharien pauvre » en dépit des différentes catégories sociales des personnes d'origine subsaharienne vivantes au Maroc. A cela, les médias doivent notamment véhiculer des messages plus positifs envers cette population afin de réduire certains clichés touchant les personnes subsahariennes. Cela permettrait de sensibiliser la société marocaine, atténuer certains préjugés et à ce que les bailleurs puissent accepter les migrants subsahariens :

« parler aux bailleurs pour qu'ils puissent donner des baux car c'est ce qui permet de se présenter dans un centre de santé [...] les médias doivent véhiculer des messages positifs », Responsable du programme de lutte contre le sida de l'ALCS à Casablanca.

Au Maroc, contrairement en France, il n'existe pas de centres d'hébergements spécifiques aux migrants. Il s'agit pour la plupart de centre d'hébergement d'urgence accueillant toutes les personnes démunies et sans domicile fixe. En effet, le coordinateur social de SamuSocial International de Casablanca, explique qu'ils rencontrent parfois des personnes migrantes ou réfugiés en situation d'urgence et peuvent les héberger le temps de les référer à des structures publiques ou associations spécifiques :

« Oui on est en partenariat avec Caritas, là on héberge 2 femmes enceintes migrantes et on prévient Caritas et on les dirige vers eux ».

A Rabat, un centre d'hébergement d'urgence pour toute la population existe exclusivement pour les femmes victimes de traite pouvant donc inclure des femmes migrantes subsahariennes. Or, ces hébergements d'urgence ne suffisent pas à répondre aux besoins de toute la population migrante :

« nous parmi toutes nos femmes combien ont été victimes de traite ? bah toutes, toutes ont été victimes de violences sexuelles à un moment donné de sa vie, pendant les parcours migratoires ou une fois ici, la plupart font la mendicité [...] parce qu'elles sont dans un réseau, mais ça ne suffit pas », Coordinateur.ice général.e, MDM à Rabat.

Les acteurs de la coopération internationale commencent à s'intéresser à cette question liée au logement et à la construction de centres d'accueil mixtes. Néanmoins, des discussions autour de la gestion et les conséquences in fine de ces centres se soulèvent. En effet, la question qui se pose est qui gèrera ces centres et quels en seront les conséquences ? :

« Est-ce qu'on va virer vers un modèle à la française des centres de rétention administratives, des centres d'expulsion [...] ? Ce serait des centres de tri entre des personnes régulières ou des personnes en situation irrégulière ? Il y a pleins de problématiques qui viennent avec cette question du logement surtout parce qu'en même temps il y a pleins d'acteurs associatifs qui disent bah nous on en a vraiment besoin, on a vraiment besoin de loger ces gens là [...] donc il y a une volonté, il y a tellement un besoin urgent, il y a le besoin qui presse donc du coup on peut pas forcément se permettre de mettre en question et de se poser la question qu'est ce que ça va entraîner ultérieurement ce modèle de centre, est ce que cela ne va pas empirer la situation et stigmatiser encore plus certains ? », Chargé.e du programme protection juridique pour les étrangers, GADEM à Rabat.

Comparativement, en France, l'étude réalisée de 2007 à 2016 sur la violence, vulnérabilité et troubles psychiques chez les migrants montre que 98% des migrants interrogés (21299 personnes), n'avaient pas de logement personnel (20% étaient dépourvus d'hébergement) (Veisse, Wolmark, Revault, Giacobelli, Bamberger, 2017). De même pour l'étude des profils de santé de 15608 consultations de migrants en situation de précarité dans les CASO en France de 2011 à 2012. Les migrants ne disposaient presque jamais de couverture santé, se trouvaient en grande précarité : 76% connaissaient d'importantes difficultés de logement (16,6% sans domicile fixe ou hébergement d'urgence, 45,2% vivaient dans un bidonville ou un squat et 12,8% avait un hébergement provisoire) (Huaume, Kellou, Tomasino, Chappuis, Letrilliart, 2017). Au regard avec ce qui a été identifié lors de l'accès aux soins, les professionnels de santé ont particulièrement souligné que la recherche de logement rend difficile le suivi des prestations de soins, de vaccination et la continuité des traitements. Cette problématique s'explique donc par une vulnérabilité importante des migrant.e.s à l'accès aux droits administratifs et sociaux (carte séjour et emploi) visant à ce que les bailleurs acceptent de louer leur appartement. A défaut de cela, les migrant.e.s mènent une vie instable et entrent souvent dans une démarche de recherche de loyer moins cher. Ainsi, le logement est un obstacle social important dans l'accès aux soins et aux suivis des traitements. Faute de trouver des logements décents, les migrant.e.s sont souvent marginalisé.e.s, en situation de grande précarité et contraints de vivre dans certains camps de migrants et réfugiés. De plus, certains préjugés à l'encontre des migrants pour l'accès au logement, nous pouvons nous interroger sur l'existence de formes de discriminations au sein de la société d'accueil pouvant influencer sur l'accès aux différents services publics et sur leur intégration sociale.

2.2. Les discriminations à l'encontre des migrants venant de pays d'Afrique subsaharienne

Le migrant discriminé, le migrant décrié, le migrant rejeté, le migrant bouc émissaire, ce n'est malheureusement que « chose courante » dans les pays dits d'accueil (Salama, 2010). En tout état de cause, se pose la question de la discrimination de certains groupes de personnes d'origines étrangères au Maroc. Loin de chercher à développer des généralités sur le phénomène du racisme au Maroc, nous essayerons plutôt d'éclairer les domaines sensibles aux traitements différenciés. C'est donc à ce titre que nous allons analyser de plus près les discriminations à l'encontre des populations d'origines subsahariennes pouvant nuire à l'accès aux soins et de manière plus large à l'intégration des migrants au sein de la société.

2.2.1. Discriminations dans le domaine de la santé

De nombreuses expériences de discriminations m'ont été déclarées par la population migrante subsaharienne. Les migrants interrogés déclarent de nombreux cas de négligences de prise en charge au sein des différents établissements de santé. En effet, 8 migrants sur 20 attestent avoir vécu de mauvaises expériences lors d'une consultation médicale ou de soins (cf. Annexe 2). Aimée-Blanche raconte notamment qu'après son passage en consultation à l'hôpital suite à des maux de tête et des nausées, l'infirmière lui a injecté une solution et le médecin lui a prescrit une ordonnance en omettant son nom et la date. Or, souhaitant remettre cette dite ordonnance à Caritas afin d'être remboursée, celle-ci n'a pas pu bénéficier du remboursement puisque l'ordonnance n'était pas nominative. De plus, les professionnels de santé n'ont pas voulu expliquer à la patiente la nature des soins, suggérant un non respect de la transmission d'informations et consentement préalables aux soins :

« Ils m'ont juste injecté, j'ai demandé à la dame, l'injection que tu m'injectes c'est du à quoi ? »

[C'est pour quoi ?] J'ai vu le docteur, normalement il devait me prescrire les médicaments de fer, ils ne l'ont pas fait, il a prescrit les médicaments pour le [...] et les anti-inflammatoires, c'est tout, et ils m'ont injecté. J'ai demandé à l'infirmière ce que vous m'avez injecté là c'est quoi ? Ils n'ont pas répondu, ils n'ont pas pu me répondre », Aimée-Blanche, Cameroun, 42 ans.

Lorsqu'Aimée-Blanche s'est rendu compte du problème, elle s'est tout de même orientée vers Caritas pour leur expliquer les faits. Or, l'ONG ne pouvait pas prendre en charge le remboursement. N'ayant pas de moyens pour repartir corriger cet oubli à l'hôpital, cette dernière a abandonné l'idée et a acheté les médicaments :

« Je suis quand même allé à Caritas pour leur expliquer comme ça et ils ne m'ont pas reçu, et je ne pouvais plus retourner à l'hôpital. C'est le transport, ce n'est pas à coté. Donc c'est pourquoi je dis que nous on souffre pour le problème de centre de santé ».

Sa problématique résulte du fait de ne pas avoir été acceptée au 1^{er} niveau de soins par l'absence de bail :

« J'ai été à l'hôpital, parce que dans un centre de santé ils ne nous reçoivent pas parce qu'ils disent qu'il faut le contrat de bail [...] Nous sommes sous locataires donc ça veut dire que ce n'est pas nous, la maison n'est pas à notre nom. Donc tout cela et quand nous partons et tu dépenses 40 dirhams et ils ne parviennent pas à... [Faire leur travail correctement] ».

Ainsi un non accès aux soins primaires suivi de négligences de prise en charge à l'hôpital amène à ce que les patient.e.s ne soient pas correctement diagnostiqué.e.s et qu'ils.elles aient à payer leurs médicaments.

Le.La responsable de programme de lutte contre le VIH/Sida, d'origine subsaharienne, me déclare également avoir été victime d'une incompétence médicale suite à un problème de santé. Après une hausse de tension, cette dernière se présente à un centre de santé, près du lieu où elle réside, donc acceptée au centre. Une infirmière mesure sa tension et lui annonce 9 comme résultat. Le.La responsable de programme demande à voir un « vrai médecin » puisqu'à son domicile, il.elle avait relevé 21 et non 9 comme résultat. Après quelques haussements de tons, le médecin est enfin arrivé, a relevé sa tension, elle était de 22. Une incompétence professionnelle ou une négligence de prise en charge qui pose problème dans la mesure où un traitement afin d'augmenter la tension artérielle aurait eu de graves conséquences pour le.la patient.e.

Mamadou, sénégalais de 30 ans, explique également avoir subi des négligences :

« Ils [les médecins] doivent nous donner du respect, si on a quelque chose qui nous fait mal, aller à l'hôpital et soulager notre situation. Mais non même s'ils considèrent, ils vont te retarder d'abord même si c'est un cas d'urgence ».

En outre, un.e jeune médecin de Caritas témoigne qu'il existe effectivement des discriminations dans le domaine de la santé : « Discriminations encore parfois, ils ne voulaient même pas les recevoir car dès qu'ils avaient une fièvre, ils [médecins] pensaient que c'était une infection ou quoi ». Cependant, ce médecin remarque une certaine évolution dans les mœurs médicaux en matière de prise en charge de personnes subsahariennes : « avant ils [médecins] avaient l'habitude de recevoir une certaine catégorie de personne mais maintenant ils savent et s'habituent à en recevoir ». Ce qui suggère qu'il existerait une gêne à soigner les personnes d'origine subsahariennes. Au sein des différentes structures de santé, des discriminations liées à la peur d'être infecté par des populations subsahariennes m'ont été rapporté par les professionnels de santé. Notamment dans un service maternité où les sages-femmes et major infirmière.e déclarent être réticent.e.s à prendre en charge

une mère subsaharienne de peur qu'elle soit atteinte de VIH : «

Interviewer : Est ce vous avez déjà accueilli des mères migrantes subsahariennes ?

Major Infirmière : Hein ? Olala il y en a (faisant le signe marocain du pousse sous le menton qui signifie énormément) Ecoute nous à Hay hassani, c'est une zone qui est rempli d'africains, beaucoup beaucoup... Ici parce qu'il y a le logement économique et beaucoup louent dedans, beaucoup. C'est une ville d'africains. Ils louent en groupe. Tous les jours on a une femme et 3, 4 par semaine. Beaucoup. La semaine dernière, on a eu 2 sida, 2 qui avaient le sida, africains. »

A la question : est ce que les accouchements furent difficiles ?, les sages-femmes et infirmières ressentent le besoin d'insister sur la maladie : « *Elles avaient le sida, le sida, tu vois le sida [...] Elles entrent en travail et elles viennent accoucher chez nous! Il ne faut pas qu'elles accouchent chez nous, c'est au CHU! On trouve avec eux beaucoup de problèmes, ils nous ont fatigué* », Major Infirmière, service maternité. Lorsque je demande si les contraintes concernent spécifiquement les mères atteintes de VIH on déclare : « *Pour tous, tous, tous, les femmes viennent on a peur d'elles, qu'elles ramènent des maladies ou quoi et eux ils ne sont pas suivi* », Major infirmière, service maternité. Certains professionnels, conscients des obstacles d'accès aux soins et de suivi de la femme enceinte au niveau des centres de santé, se méfient et pensent automatiquement que les mères sont malades et non déclarées. De même au niveau d'un service de chirurgie où les infirmier.es de bloc utiliseraient 2 paires de gants à la vue d'une personne d'origine subsaharienne : « *On prend des précautions, on double les gants. Pour nous qui les aides on double les gants* », infirmière n°2 de bloc opératoire, service de chirurgie. De plus, de nombreux préjugés ont été évoqués : « *Surtout tu as peurs des maladies liée à la zone d'où ils viennent. Par exemple se sont des maladies que l'on ne connait pas mais comme pour ces maladies là on prend nos précautions et c'est tout* », infirmière n°1 de bloc opératoire, service de chirurgie. Ainsi, les patient.e.s subsaharien.ne.s sont victimes d'une véritable barrière pouvant amener à une prise en charge partielle ou à des négligences de soins corrects. En 2017, une étude française a été réalisée sur l'accès aux soins prénatals et de santé maternelle des femmes immigrées. Elle révèle un taux de suivi prénatal inadéquat très élevé ainsi que certains soins différenciés pour les femmes nées en Afrique subsaharienne (Sauvegrain, Stewart, Gonthier, Saurel-Cubizolles, Saucedo, Deneux-Tharoux, Azria, 2017). Concernant l'approche qualitative des soins différenciés aux femmes étrangères dans le champ de la périnatalité, les études portant sur ce sujet sont encore peu nombreuses (Sauvegrain, 2012 ; Jonkers, Richters, Zwart, Ory, Roosmalen, 2011), mais cohérentes avec des récentes études françaises qui soulignent le rôle du système de soins dans la perpétuation des inégalités sociales de santé (Gelly, Giraud, Pitti, 2016 ; Ricco Berrocal, Le Mener, 2015). Les données françaises, convergentes avec les données de la littérature internationale, montrent l'existence d'inégalités sociales de santé maternelle entre femmes immigrées et femmes nées en France (Sauvegrain, Stewart, Gonthier, Saurel-Cubizolles, Saucedo, Deneux-Tharoux, Azria, 2017). De plus, certains pays redoutent que l'accueil de demandeurs d'asile séropositifs accroisse très fortement la demande de traitement, ou qu'un afflux de demandeurs d'asile ou réfugiés vivant avec le VIH constitue une menace importante pour la santé publique, (OMS, 2005). Or, ces craintes sont cependant en contradiction avec les données disponibles à cet égard, et ne reposent sur aucune base morale, juridique ou de santé publique. Dans les pays d'origine et de destination des réfugiés et des migrants, ce sont les facteurs sociaux, économiques et politiques qui influent sur les risques d'infection par les virus du VIH et de l'hépatite (OMS, 2005). Même si l'idée qu'il existe un lien entre les migrations et l'importation de maladies infectieuses est répandue, cette association n'est pas systématique *Ibid*. Les maladies transmissibles sont essentiellement liées à la pauvreté et l'expérience démontre que, si importation il y a, elle est le

fait de voyageurs, touristes ou travailleurs de la santé plutôt que de réfugiés ou de migrants *Ibid.* Ainsi, il existe dans le domaine de la santé des comportements discriminatoires qui reflètent les réticences des professionnels de santé à prendre en charge cette population très souvent jugée comme étant vecteur de maladies d'importation. L'étude des soins différenciés semble importante, notamment en termes de biais implicites des soignants (stéréotypes négatifs) et de leurs impacts dans la relation de soins. En effet, sans occulter les impacts des conditions de vie des femmes sur la dégradation de leur état de santé, il faut bien admettre que ce sont les inégalités produites ou perpétuées par le système de soins qui sont celles sur lesquelles les leviers de l'action publique pourront avoir le plus d'effet (Sauvegrain, Stewart, Gonthier, Saurel-Cubizolles, Saucedo, Deneux-Tharoux, Azria, 2017).

De plus, suite à ces épisodes de discriminations ou de non prise en charge, de nombreux migrant.e.s prennent leurs distances avec les services de santé. Ils deviennent réticents et ne veulent plus consulter dans les structures de santé. Lorsqu'ils ne se sentent pas bien, nombreux déclarent avoir recouru à de l'automédication (*cf. Annexe 3*). La plupart des migrant.e.s interrogé.e.s, notamment les hommes, déclarent payer leurs médicaments au niveau d'une pharmacie ou alors des médicaments africains sur le marché. Tous les migrant.e.s m'ayant fait part d'automédication et d'achat de médicaments à la pharmacie, ont déclaré ne pas avoir recouru au système de santé à cause des discriminations et des négligences de prise en charge. De nombreux migrant.e.s redoutent en effet les établissements de santé publique comme l'explique Chance, jeune infirmière : « *Oui beaucoup [redoutent]. Des fois entre nous, il y a des discussions et ils ne veulent pas se rendre aux centres par peur d'être pas bien pris en charge* », Chance, RDC, 26 ans. De même, en France, les femmes migrantes se disaient se rendre en pharmacie plutôt qu'aux urgences (Sauvegrain, Stewart, Gonthier, Saurel-Cubizolles, Saucedo, Deneux-Tharoux, Azria, 2017). De plus, la grande majorité de l'automédication a concerné des personnes irrégulières. Aussi, ces réticences vis-à-vis des structures de soins et le recouru à l'automédication pourraient également se justifier par une impossibilité d'accès aux soins primaires pour les personnes irrégulières.

Ainsi, l'accès aux services de soins peut être problématique et les prises en charge peuvent ne pas être déontologiques. De plus, pour d'autres, malgré la disponibilité généralisée des médicaments, vaccins et des soins primaires gratuits sous condition d'un bail, un grand nombre de migrants subsahariens décident de ne pas consulter ou se faire vacciner en raison de négligences de prises en charge, de préjugés et de discrimination. Chacune des personnes subsahariennes doit avoir pleinement accès à un environnement accueillant, à la prévention (comme la vaccination) ainsi qu'à des soins de santé de qualité, sans discrimination en raison de son sexe, de son âge, de sa religion, de sa nationalité, de sa race ou de son statut juridique. Les migrant.e.s subsaharien.ne.s ont en plus de barrières d'accès aux soins, des réticences vis-à-vis du système public de santé. Ces éléments accentuent l'exclusion de cette population et sa non intégration au sein de la société marocaine. Ceux-ci soulignent la nécessité de poursuivre les recherches concernant les barrières d'accès aux soins et aux soins de qualité des femmes migrantes subsahariennes enceintes, et en particulier les implications que peuvent avoir les représentations et les discriminations dans la genèse des inégalités de santé maternelle et périnatale. Par ailleurs, au vu de certaines discriminations et préjugés présents dans le secteur médical, d'autres formes de discriminations à l'encontre des personnes subsahariennes, pourraient être présentes de manière plus large, au sein de la société d'accueil.

2.2.2. Traitement différencié par la société d'accueil

En regard avec ce qui a été identifié dans le domaine de la santé, la question des discriminations envers les personnes d'origine subsahariennes se pose alors. Evoquant la relation avec la population marocaine, certains migrant.e.s subsaharien.ne.s témoignent de discriminations. Omar explique quand tant que migrant subsaharien, il n'a pas le droit d'accès aux différents services sociaux : « *Nous on est un peu discriminé quoi, il y a des choses en nous mais on n'est pas pareil, on n'a pas accès à beaucoup de choses par rapport aux gens qui sont ici, on est un peu discriminé quoi* », Omar, Sénégal, 30 ans. De même pour Oussman qui a déjà subi des discriminations et qu'il quantifie : « *Discriminations sa va de 50 à 80 %* », Oussman, Cameroun, 21 ans. De plus, à la gare, malgré un service public accessible à tous, Jouma raconte que certains marocains n'acceptent pas de les voir dans les cybers pour avoir accès à internet :

« Seulement le problème de la gare, pour entrer c'est leur entrée [aux marocains], c'est l'entrée public pour voyager, donc on était las bas à cyber et il va te toucher, il va te toucher parce que c'est leur entrée, c'est ça seulement », Jouma, Guinée Conakry, 25 ans.

En outre, une partie de la population d'origine marocaine n'est pas assez solidaire et tolérante quand à la situation des migrant.e.s subsaharien.ne.s. En effet, Shakou qui a vécu un moment en Algérie a entendu dire que « *les marocains sont bons, sont gentils* » et a donc voulu changer de pays. Or celui-ci a recouru à de la mendicité au Maroc et explique que la population devrait être plus respectueuse face à sa vulnérabilité :

« C'est vrai on est des passants, ce que vous comprenez c'est qu'on n'est pas venu pour rester ici, ça fait partie de chaque citoyen, il y a des gentils, il y a des mauvais. [...] c'est vrai que nous on n'a pas de travail ici on demande sur la route de l'argent pour nos besoins. Par contre il y a d'autre quand ils te donnent, ils te jettent l'argent ! Tu vois, il y a d'autres ils te jettent l'argent. [...] Moi franchement il y a des choses, parce que ça me fait mal, parce que chez moi je ne demandais pas de l'argent ».

De plus celui-ci témoigne d'une expérience de discrimination ethnique puisque dans son quotidien, certains marocains donnent de l'argent aux marocains et non aux subsahariens :

« Il y avait un marocain qui m'a fait quelque chose ça ma fait mal. Il y a son frère marocain qui est venu demander de l'argent, il lui a donné, et quand je suis venu il a monté sa vitre, cela m'a blessé ce jour là ».

A cela s'ajoute des propos racistes vis-à-vis de l'origine ethnique. Rebecca déclare subir des propos tels que « *Aziaa* » qui est synonyme de « *Noire* » en arabe : « *Il y en a partout [...] on m'appelle "Aziaa" mais je ne m'en occupe pas, je m'en fou pour éviter les problèmes, je laisse passer* ». De même pour Shakou qui entend des discours dans ce sens lorsqu'il mendie :

« "Foutez le camp les noirs" [...] mais on essaye d'oublier ça, ça fait mal ! Et même quand il te donne de l'argent tu attrapes, quand il va passer ça va te blessé, ça te fait mal, ça te démoralise la journée, tu es obligé de retourner la où tu es, à la gare, de te reposer. Tu ne peux pas continuer toujours à demander de l'argent quand on te parle mal tu vois ».

Aussi, il a été rapporté que des marocain.e.s des centres de santé n'acceptaient pas que certains médecins accordent la vaccination à des migrant.e.s malgré leur absence de bail. Les patient.e.s marocain.e.s ne comprenaient pas pourquoi ces derniers étaient plus avantagés ou privilégiés qu'eux :

« On a eu un problème que pour l'inscription pour la vaccination. Par exemple des migrants qui n'ont pas d'adresse exact ici, les marocains ils n'ont pas accepté : "pourquoi vous leur

faite bénéficier même s'ils n'habitent pas le quartier alors que nous non on exige les papiers pour nous ?" Cela pose un problème », Médecin Chef, centre de santé n°1.

Cela amène donc à penser qu'un effort de tolérance du côté des professionnels de santé provoquerait le sentiment « discriminé » des marocain.e.s : *« Ils [les marocains] se sont sentis discriminés eux même (rires) », Responsable CPE.* En conséquence et afin de résoudre ces problèmes de stigmatisation positive envers les migrant.e.s et les comportements discriminés/discriminatoires de la population marocaine, le centre a décidé, sur un principe « d'égalité » que : *« maintenant tout le monde est pareil, il faut l'adresse et que tu sois en règles », Médecin suivi de la grossesse, centre de santé n°1.* Or, il ne s'agit plus d'un protocole qui répond aux principes « d'équité » dans la mesure où les migrant.e.s, plus défavorisés, auront donc moins accès aux soins que les marocain.e.s. Au Maroc, les migrants déplorent l'existence de formes de discrimination sociale et de xénophobie parmi la population vis-à-vis des ressortissants subsahariens et affirment avoir été spectateurs ou victimes directes d'injures et d'agressions en particulier de la part des jeunes hommes marocains (OIM, 2015). De plus, ils ne demandent aucune protection judiciaire par manque de confiance dans les autorités marocaines, par crainte d'être refoulés ou parce qu'ils pensent que, à cause de leur situation administrative irrégulière, ils ne sont pas protégés par l'Etat ni les agresseurs persécutés *Ibid.* Sur le plan social, la société d'accueil se montre qu'en partie ouverte aux étrangers. Dans ce contexte de chômage élevé et d'inégalité sociale, les immigrés subsahariens sont considérés comme un problème (OIM, 2015). La plupart des marocains, considèrent que l'Etat s'est suffisamment investi vis-à-vis d'eux avec la régularisation de 2014 et affirment : *« Le Maroc n'arrive pas à répondre aux besoins de ses jeunes, comment peut-il répondre à ceux des immigrés ? » Ibid.*

Nous pouvons ainsi nous demander s'il s'agit d'une forme de discrimination spécifique aux subsaharien.ne.s ou existe-il d'autres étrangers discriminés ? Les réfugiés, quelque soit leur origine, sont pris en charge par le HCR et *« bénéficient de plus de choses », Coordinateur.ice sociale, Samusocial International à Casablanca.* Au sein des structures de santé, les syriens avaient également un statut privilégié :

« Je pense que les syriens le roi a dit qu'on les reçoit », Responsable de programme prévention sida à destination des migrants, ALCS à Casablanca ;

« Les réfugiés ils sont plus avantagés que les migrants subsahariens [...] Peut être qu'il y a des pays comme la Syrie premièrement, où on accepte plus de réfugiés parce que là les conditions sont claires », Responsable de CPE.

« Tout est payé, aides d'hébergement, les refugies [syriens] sont privilégiés par rapport aux migrants [subsahariens], la différence c'est que les syriens se mêlent à la population [...] ils vont habiter dans des quartiers qui ne sont pas des ghettos », Coordinateur.ice général.e, MDM à Rabat.

En effet, les réfugiés suivent un circuit établi par l'HCR et bénéficient d'une carte de réfugiés qui leur permettent l'accès gratuit aux services de soins. Les réfugiés peuvent être également d'origines subsahariennes. Or en dépit des avantages sociaux du à leur statut de réfugiés, les réfugiés subsahariens subissent néanmoins des discriminations sociales. Ceci peut s'expliquer du fait que les subsahariens sont plus perçus comme étant étrangers à la société marocaine car la différence est « visible ». A contrario, le migrant ou réfugié syrien, du fait qu'il ressemble d'avantage à un citoyen marocain, peut connaître moins de discriminations, pourtant étranger également mais moins « visible ». Ainsi, l'origine ethnique pourrait accroître le développement de comportements discriminatoires. Par ailleurs, comme l'explique MDM, au Maroc il existe des comportements racistes envers les subsaharien.ne.s mais également beaucoup de préjugés : *« préjugés au premier contact mais qui peuvent ensuite disparaître aussi rapidement », Coordinateur.ice général.e, MDM à Rabat.*

Ainsi, il est nécessaire de bien nuancer et saisir la nature exacte de ces comportements discriminatoires afin d'orienter au mieux les discours de sensibilisation, notamment prévus dans la lutte contre les discriminations au Maroc.

Néanmoins, GADEM déclare qu'une partie de la population désire que les migrant.e.s subsaharien.ne.s s'intègrent malgré l'existence de personnes qui refusent leur présence : « *les gens sont aussi perceptibles pour un discours plus inclusif [...] mais bon de l'autre côté mon collègue Bilal est chargé de communication, il travaille aussi sur un monitoring des réseaux sociaux et en terme de racisme c'est vrai que les réseaux sociaux ça se déchaîne quoi, après ça ce n'est peut être pas particulier du Maroc* ». Certain.e.s marocain.e.s sont plus tolérant.e.s et compréhensif.ve.s quand à leur vulnérabilité et fragilité au sein de la société. Ils.Elles tentent de les aider et d'être solidaires avec eux comme le témoigne l'existence de nombreuses associations de la société civile destinées aux migrant.e.s subsaharien.ne.s. Comme le déclare Omar : « *Non les gens sont bien, et il y a des gens qui sont méchants* », Omar, Sénégal, 20 ans, on ne peut généraliser ce phénomène discriminatoire à toute la société d'accueil, sans pour autant négliger qu'il existe parmi elle des comportements discriminatoires. Khadija, jeune guinéenne de 26 ans, explique les différences qu'elle a pu connaître en termes de comportements discriminatoires :

« Certains sont souples, certains sont très bien mais c'est en général dans tout le monde, il y a des gens qui sont biens, il y a des gens qui sont mauvais. Même dans les taxis il y a des problèmes, il y a la différence [discrimination]. Même entre nous amis par exemple moi je fréquente l'école, il y a la différence et il y a d'autres qui n'ont pas tout ça, ils te voient, vous vous embrassez, vous jouez, c'est comme si vous étiez dans la même famille. Il y a des marocaines qui sont très bien et il y a certaines même qui me prennent comme leur fille qui me prennent comme leur sœur, elles sont gentilles. Et par contre il y a certaines aussi qui ne veulent pas te voir, même par exemple le linge on ne pouvait pas étaler au même endroit, il y a la différence [...] Là où j'habite on n'a pas le droit de faire du bruit mais par contre eux [les voisins marocains] ils font du bruit, on ne peut pas leur dire, c'est comme ça ».

Mamadou explique effectivement qu'il ne peut, en dépit des discriminations qu'il a vécues, considérer tout marocain comme étant raciste. Pour lui, le domaine de la santé révélerait plus de discriminations que les services sociaux d'urgences qui peuvent être plus ouverts et avenants :

« Tu sais, je ne peux pas dire tous les marocains sont biens et je ne peux pas dire tous les marocains sont mauvais [...] Il y a des hommes qui sont bien envers nous, il y a des hommes qui sont mauvais envers nous. [...] Ce n'est pas une question de dire que les gens pas bien ou quoi, non. Le sapeur pompier je le respecte. N'importe quelle heure qu'on les appelle à la gare, ils vont venir, je les respecte. A l'hôpital tu vas même visite, "c'est quoi ton problème?" nous on connaît. Mais le sapeur pompier il est vraiment, ils sont comme ça envers nous, comme ça (geste de 2 points soudés, renvoie à l'idée de solidarité). N'importe quelle heure tu les appelles ils vont venir. Ils sont toujours là ».

En effet, le.la coordinateur.ice social.e du SamuSocial International à Casablanca déclare également :

« Nous on ne fait pas la distinction entre marocains, migrants on s'occupe de toutes les personnes dans la rue ».

En regard avec les discriminations de santé, cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les professionnels de santé auraient plus de réticences envers les migrant.e.s du à la peur du « subsaharien porteur de maladies » régnant dans certains services de santé.

Par ailleurs, lors d'une séance de dépistage à la journée du grand repas solidaire pour les migrants.e.s, j'ai eu une discussion avec une bénévole marocaine qui a anciennement travaillé pour Caritas. Celle-ci travaille actuellement pour une association d'aide aux femmes démunies marocaines. Ce jour là, j'ai pu comprendre et saisir le rôle des médias dans le développement des préjugés à l'encontre des personnes d'origines subsahariennes. Cette dame me relatait en effet certains clichés et préjugés : «

Dame : Des fois quand j'accueillais des femmes ici elles avaient peur, voyaient tous ces migrants ça faisait peur [...] surtout les africains, ils ont beaucoup de maladies, ils le montrent à la télé, à média 5 [chaîne de télévision marocaine], ohlalala les pauvres il y avait un hôpital je te dis pas, tu ne peux même pas voir ça

Interviewer : Ahh bon, certains migrants développent ici des maladies, à cause des conditions de vie et tout, en plus regardez 0 tests positifs aujourd'hui

Dame : oui mais les pauvres, souvent ils ont des maladies chez eux ».

En effet, la méfiance et la peur sont dues notamment à la perception d'un afflux « massif » d'« africains » et à la formation de « clans » : « *Les Africains sont là depuis longtemps, ils ont augmenté depuis que le roi leur a dit qu'ils pouvaient venir* », responsable programme population à besoins spécifiques du SSP Casablanca ; « *Ils sont entre eux, ils s'organisent entre eux* », Médecin SOS Tuberculose et maladies infectieuses ; « *Ils ne sont plus une minorité* », Major service des médecines. Les marocains appréhendent la présence des migrants (OIM, 2015) ce qui fait que malgré des arguments scientifiques afin d'atténuer certaines idées reçues, les préjugés persistent. Bien que les personnes issues de la migration subsaharienne ne soient pas le groupe d'étrangers le plus nombreux, elles se trouvent au cœur du traitement médiatique, souvent à travers une image stigmatisant le migrant en situation de précarité (Fischer, 2017). Stéréotypes et généralisations y sont omniprésents *Ibid.*

Si on observe aujourd'hui une tendance forte à définir les ISS par le statut socio-économique, il n'en demeure pas moins important de considérer la complexité des mécanismes à l'œuvre, dont la primauté des rapports de pouvoirs qui sous-tendent ces inégalités et qui prennent tout leur sens quand on parle par exemple d'inégalités de genre ou de celles liées à l'origine ethnique (Morrison, 2017). Comme toute société qui accueille une nouvelle société « étrangère », des disparités de tolérance existent. Les discriminations sont le produit de multiples causes dont certaines sont plus ou moins importantes selon le lieu (travail, habitat, loisirs, etc.) où travaillent et vivent les migrants, le contexte économique (persistance du chômage, difficultés économiques, campements), le statut (« sans-papiers », « avec papiers », ancienneté du séjour dans le pays d'accueil), l'importance des mesures répressives, des discours « nationalistes » et de la mise en œuvre des politiques de lutte contre les discriminations (Fischer, 2017). De plus, la discrimination cible souvent des personnes perçues comme étrangères à la société du fait de leur couleur ethnique différente de celle des marocains. Le racisme quotidien constitue un grand défi au sein de la nouvelle stratégie nationale d'intégration. Il est dénombré parmi les principaux obstacles à l'intégration, un racisme élémentaire des « blancs » du Maghreb, arabes et berbères confondus, à l'égard des noirs, appelés « Africains » (OIM, 2015). Il convient de mentionner également que ces comportements discriminatoires peuvent également s'adresser aux populations noires marocaines, supposés descendants d'esclaves appelés « Haratines » ou encore aux habitants du Sahara Occidental, appelés « Saharaoui » (Fischer, 2017). Toutefois nous veillerons à ne pas oublier, que de tels agissements ne sont attribuables à l'ensemble des marocains.

Les comportements discriminatoires ne font que renforcer l'exclusion sociale des migrant.e.s subsaharien.ne.s et leur accès aux droits sociaux et de santé. La société marocaine doit être d'avantage sensibilisée sur la vulnérabilité de ces populations d'origines subsahariennes et non la stigmatiser comme étrangère car une partie d'entre elle est de « transit ». En effet, beaucoup souhaitent s'installer au Maroc afin de travailler ou pour réaliser des études. Par ailleurs, afin de respecter et appliquer les discours politiques sur la migration et l'intégration, le Maroc devrait notamment fournir un effort d'ouverture à l'autre et d'adaptions des services publiques à ces populations. Par des actions communautaires et des discours du bien vivre ensemble, certains acteurs locaux arrivent à faire changer les mentalités et diminuer certains comportements discriminatoires qui reposent sur la peur de « l'autre », « l'étranger » et « l'inconnu ». Ce n'est qu'en cassant cette barrière de préjugés, véhiculer notamment par certains médias, que la société marocaine s'ouvrira aux subsaharien.ne.s. Un travail doit particulièrement être fait dans le domaine de l'éducation et des médias afin de sensibiliser les marocains et véhiculer des messages de tolérance et d'hospitalité. Ce n'est que par la compréhension de l'autre et un changement social solidaire que l'intégration des migrant.e.s subsaharien.ne.s pourra se faire visant, in fine, à un accès aux droits sociaux et services de soins respectueux.

Ainsi, une partie importante de la population migrante ne se sent pas inscrite dans un processus d'inclusion et ressent parfois les rejets dont elle est l'objet, au sein de la société et dans les différents services publics. Ce besoin d'établir des connexions entre des mondes qui ne sont pourtant pas étrangers l'un à l'autre réaffirme la légitimité à travailler sur les questions de l'accès aux soins, de l'intégration, et de la lutte contre les discriminations dans une période où la problématique migratoire prend de l'importance au Maroc. A cela s'ajoute d'autres contraintes à l'intégration des migrants au Maroc telles que certaines barrières linguistiques.

2.3. Barrières linguistiques

Au Maroc, 2 langues sont pratiquées par la population native, l'arabe et le français. L'arabe est employé selon deux versions, le dialectal ou le familier, « Darija », une langue orale qui dépend des pays et des régions où elle est pratiquée et le littéraire, « Foussha », une langue écrite officielle que l'on apprend à l'école. Le protectorat français (1912-1956) a donné lieu à une sorte d'officialisation du français (L.Ouasmi, 2011). Après l'indépendance, plusieurs efforts ont été menés pour mettre en place d'autres méthodes et structures extraites du patrimoine culturel et linguistique marocain *Ibid*. La langue française a néanmoins gardé son statut de langue de communication dans certains secteurs notamment professionnels, administratifs, éducatifs et médiatiques *Ibid*. Elle est complémentaire de la langue maternelle (arabe familier ou berbère) et de l'arabe littéraire. Apprise à l'école comme première langue vivante, elle est devenue une langue valorisante.

Le Maroc constitué de ces 84 000 étrangers (HCP, 2017) est considéré comme un pays cosmopolite. 40% des étrangers sont des européens, 41,6% des africains, dont 64,5% sont issus de pays subsahariens et 31,9% du Maghreb *Ibid*. Le reste est constitué de pays d'Asie (15,2%) et de pays d'Amérique (3,2%) *Ibid*. Une nette domination concerne la communauté française (25,4%) suivie de celle sénégalaise (7,2%), algérienne (6,8%) et 6,2% des syriens *Ibid*. En effet, l'arrivée de populations aux multiples origines modifie sensiblement la physionomie de la société. A cela, s'ajoute la diversité linguistique que la société d'accueil rencontre au quotidien.

De nombreuses populations migrantes subsahariennes emploient le français ce qui sous entendrait qu'elles aient plus de facilités à communiquer avec la population marocaine. D'autres nationalités utilisent l'anglais, tel que le Nigeria, ou le dialecte du pays d'origine. Ainsi, se pose donc une difficulté pour les migrant.e.s non francophones à l'accès aux différents services sociaux et de santé. Lors des assises marocaines des Organisations de la Société Civile actives en soutien aux personnes migrantes, le lundi 25 juin 2018 à Rabat, les associations ont défendu le besoin de l'apprentissage de la langue arabe aux migrant.e.s subsaharien.ne.s notamment pour les mineurs ayant besoin d'être scolarisés. Ces derniers rencontrent une difficulté avec l'arabe littéraire : « *La différence c'est que les syriens se mêlent à la population, je pense que c'est la langue qui joue, pour les scolariser, pour s'intégrer c'est quand même mieux que les subsahariens* », *Coordinateur.ice général.e, MDM à Rabat*. Ainsi, la langue constitue une barrière d'intégration dans le domaine de l'éducation.

Au niveau du droit et de la justice, GADEM explique également que la langue joue un rôle primordial dans la compréhension des différents éléments à charge lors des procès : « *La justice c'est un des endroits où c'est le pire car c'est important de comprendre chaque mot qu'il y a dans une décision de justice et tous les mots qui sont prononcés dans une audience. Sauf que par exemple une personne que l'on a accompagné [...] lors de son audience n'a rien compris et normalement il y a une obligation de faire notifier, d'avoir des traducteurs, parfois certains avocats traduisent aussi en français mais comme tout le système de la justice au Maroc est en arabe [littéraire], en plus ce ne sont pas forcément des gens qui sont le plus à l'aise [...] il y a énormément de problème de communication* ». Les migrant.e.s subsaharien.ne.s rencontrent également une barrière liée à la langue dans le domaine de la justice et défense de leurs droits, qui peut être crucial notamment lors d'un jugement.

Dans le domaine médical, les professionnels de santé ne mettent pas l'accent sur cette contrainte puisque la plupart déclarent ne pas avoir de difficultés avec le français. Toutefois concernant les migrant.e.s anglophones cela peut effectivement être problématique : « *on essaye de se faire comprendre comme on peut (rires)* », *Responsable CPE*. La présence d'un accompagnateur lors des consultations médicales met en évidence la difficulté qu'ont les migrant.e.s à se faire comprendre par les professionnels de santé. De plus, en dépit d'être originaire de pays subsahariens francophones, certain.e.s migrant.e.s peuvent ne pas maîtriser la langue française. Lors de la séance de dépistage VIH/Sida, j'ai rencontré quelques difficultés avec Babacar, jeune sénégalais de 20 ans : «

Interviewer : D'accord pas hôpital, et pourquoi pas, tu ne vas pas à l'hôpital ?

Babacar : Moi après dormir hier, pareil

Interviewer : Est ce que tu parles Anglais ?

Babacar : Non non pas anglais, je parle français un peu, oui

Interviewer : D'accord, tu ne vas pas à l'hôpital parce que ?

Babacar : non depuis 5 mois maintenant, je ne vais pas à l'hôpital

Interviewer : D'accord très bien, est ce que tu as déjà ressentis de la discrimination avec les marocains ?

Comment ça se passe avec les marocains ?

Babacar : Comme ?

Interviewer : Comment avec les marocains ?

Babacar : Les marocains

Interviewer : Oui, ils sont gentils ?

Babacar : (rires) j'ai pas compris

Interviewer : Non, hum le marocain

Babacar : Oui

Interviewer : Toi avec le marocain (geste démonstratif de lui puis de la dame marocaine près de moi avec pousse vers le haut)

Babacar : Moi avec le marocain

Interviewer : C'est bien ?

Babacar : les marocains, un peu

Interviewer : un peu

Babacar : Oui »

En effet au Maroc, certains migrants ne parlent ni l'arabe ni le français (OIM, 2015). A Paris, seules 12% des personnes migrantes de centres d'hébergement maîtrisaient le français pour une consultation dans cette langue, (Guisao, Jangal, Quéré, Laporte, Riou, 2017). En 2016, l'étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant les permanences d'accès aux soins de santé en France montre également qu'une traduction a été nécessaire pour 29,8% des consultants (830 répondants) (Tapié de Celeyran, Astre, Aras, Grassineau, Saint-Val, Vignier, 2017). Au regard de ces résultats, au Maroc des incompréhensions dans le domaine de la santé entre migrant.e.s et professionnels de santé peuvent également se rencontrer pouvant nuire à la bonne communication et compréhension des symptômes des patient.e.s migrant.e.s.

Au Maroc, les questions des barrières linguistiques viennent notamment se mêler à celles liées aux discriminations dans la mesure où une incompréhension peut être perçue comme un comportement discriminatoire. En effet, certains acteurs soulignent que les incompréhensions peuvent provoquer des tensions entre les deux interlocuteurs et développer par la suite des comportements discriminants. A la question des barrières linguistiques, GADEM mentionne tout de même qu'il convient de nuancer les réelles incompréhensions culturelles aux comportements discriminatoires :

« Parfois ça peut être sur de la discrimination mais parfois c'est aussi des incompréhensions et là il s'agit vraiment de différencier et de voir vraiment qu'est ce qui s'est réellement passé mais c'est un travail de médiation énorme, heureusement qu'au sein de l'équipe on est multilingues, entre francophone et arabophone, on essaye de toucher un peu ça ».

En effet, étant un jour dans un taxi, une personne originaire d'Afrique subsaharienne se présente à la fenêtre : *« Personne subsaharienne : Boulevard de Bordeaux*

Chauffeur de taxi : quoi ?

Personne subsaharienne : Boulevard de Bordeaux

Chauffeur de taxi : Non, non »

Pensant que le chauffeur n'allait effectivement pas dans cette direction, je me rends compte que ce dernier n'avait en fait pas saisi et compris l'adresse : *« BaabaabaaBoubaba, on comprend rien avec leur langue ! »*. Au quotidien, le racisme entre particuliers se traduit par des actes discriminatoires, que ce soit dans des relations professionnelles ou des scènes quotidiennes dans la rue (notamment prendre un taxi ou le tram) (Fischer, 2017). Certains comportements peuvent effectivement résulter de réelles incompréhensions linguistiques mais d'autres en l'occurrence peuvent être issue d'un manque d'effort vers l'autre et d'effort de compréhension. Ce qui dès lors se caractérise plutôt comme un comportement discriminant. Ainsi, au sein de la société, cet obstacle inhérent à la langue est construit de manière complexe pouvant s'inscrire comme une incompréhension légitime ou comme une cause de discrimination sociale.

L'arrivée d'une nouvelle population demande à la société d'accueil de s'adapter à ses besoins et de s'ouvrir à ces caractéristiques sociales et culturelles. Cet accueil conditionne notamment comment les migrant.e.s seront admis.es au sein des différents services publics tels que les structures publiques de santé. L'étude de 2016 sur les caractéristiques des personnes migrantes constate également dans sa population étudiée (848 immigrées), des hommes jeunes, demandeurs d'asile ou sans droit au séjour vivant souvent dans des conditions de grande précarité, en situation d'isolement social où la barrière de la langue était fréquente (Tapié de Celeyran, Astre, Aras,

Grassineau, Saint-Val, Vignier, 2017). Les difficultés de communication, liées à la langue mais peut-être plus encore à la distance sociale entre médecins et patientes, pourraient représenter un élément important parmi les freins à l'accès aux soins (Sauvegrain, Stewart, Gonthier, Saurel-Cubizolles, Saucedo, Deneux-Tharoux, Azria, 2017). Ainsi, la langue fait partie des facteurs sociaux influant sur l'accès aux services publics ainsi que sur la compréhension et à la bonne communication au sein du système de soins et plus largement au sein de la société marocaine.

Les migrants font souvent face, à leur arrivée, à des situations de précarité sociale et sanitaire complexes et multidimensionnelles (Tapié de Celeyran, Astre., Aras, Grassineau, Saint-Val, Vignier, 2017). En lien avec ce qui a été démontré précédemment, les obstacles à l'accès aux soins de santé résultent de contraintes socio-économiques, de préjugés et de différentes formes de discriminations ainsi qu'à des incompréhensions linguistiques. Les déterminants sociaux de la santé tels que l'éducation, l'emploi, la sécurité sociale et le logement ont tous un impact considérable sur la santé des migrant.e.s (Mikkonen J., Raphael D., 2010). La plupart des auteurs expliquent les différences d'état de santé et de recours aux soins observées en défaveur des migrants récemment arrivés en France par leur précarité financière, la perte de repères et de lien social ou encore les barrières linguistiques et culturelles, ainsi que par la complexité des démarches administratives à effectuer et la méconnaissance des droits de cette population par les intéressés mais aussi par les professionnels de santé (Guisao, Jangal, Quéré, Laporte, Riou, 2017). De plus, une attention insuffisante est accordée aux inégalités structurelles, à la compétence linguistique, aux antécédents migratoires ou à la discrimination ; des circonstances matérielles contraignantes limitent l'accès aux services de santé (Sauvegrain, Stewart, Gonthier, Saurel-Cubizolles, Saucedo, Deneux-Tharoux, Azria, 2017).

Il est reconnu que les conditions d'accueil, la précarité des conditions de vie et les difficultés d'accès aux droits et aux soins des migrants ont des conséquences négatives sur leur état de santé (Gosselin, Desgrées du Lou, Lert, Dray-Spira, Lydié, 2016 ; Hamel, Moisy, 2012). A la lecture des limites des processus d'adaptation du système de santé aux migrant.e.s et du nonaccès aux droits sociaux, les migrant.e.s subsaharien.ne.s peinent encore à bénéficier de réponses concrètes visant l'amélioration de leur santé et leur intégrité. Les discriminations peuvent être combattues que par des politiques économiques, sociales et culturelles visant à un égal accès aux droits pour tous, quelle que soit leur origine, par le dialogue interculturel et par la participation des immigrés à la vie de la cité (Salama, 2010). Toutefois, le système de santé ne peut, à lui seul, assurer un accès aux soins et une prise en charge de haute qualité aux groupes de réfugiés et de migrants. Les réponses et actions, pourtant clairement définies au sein du PSRSI, peinent à être effectives dans la mesure où cela demande une coordination pleine avec les différents départements gouvernementaux. La mise en œuvre du PSRSI doit prendre en compte une approche plus globale de la santé des migrant.e.s. Sans cela, le Service Santé Publique de Casablanca ne pourra résoudre les problématiques territoriales. Ce recueil et cette analyse des aspects sociaux de la migration ont ainsi eu pour objectif de mieux connaître et comprendre les situations et les besoins locaux afin d'adapter les réponses sociales et sanitaires. Toutefois, pour ce faire, il convient au préalable de s'assurer que le SSP ait identifié les obstacles et les ressources clés à la mise en œuvre de ces réponses sociales et sanitaires, en vue d'établir un plan d'actions pertinent et efficace.

TROISIEME PARTIE

Les spécificités de mise en œuvre d'un PSRSI adapté aux besoins : entre obstacles et leviers.

Il convient désormais de réfléchir sur les buts et les apports de la démarche d'analyse de situation de l'accès aux soins des migrant.e.s subsaharien.ne.s à Casablanca. Comme nous avons pu le constater, l'accès aux soins n'est pas effectif et est influencé notamment par le statut administratif, socio-économique, certaines discriminations et barrières linguistiques. Ces résultats de terrain doivent être pris en compte pour l'élaboration d'un plan d'actions adapté au contexte régional. Ce diagnostic de terrain a en effet pour ambition de réajuster et d'adapter les actions décrites dans le PSRSI aux problématiques locales. Tenant compte du temps imparti pour la mission, cette étude vise seulement l'étape d'analyse de situation, primordiale afin de légitimer la réalisation d'un PSRSI adapté. Pour autant, une analyse des obstacles ainsi que des préconisations et recommandations en matière de mise en œuvre pourront être discutés afin de transmettre au Service Santé Publique des outils concrets à la prochaine étape de la planification du PSRSI 2018-2022. Dans un premier temps, nous proposons d'explicitier les limites et obstacles de la mise en œuvre du PSRSI inhérents au système publique marocain. Ensuite, nous aborderons les aspects de collaborations incluant la participation des acteurs associatifs et de la population cible comme étant des leviers à la mise en œuvre. Il me semble, pour finir, nécessaire de proposer des pistes d'actions et des recommandations concernant la mise en œuvre du PSRSI.

3.1. Les obstacles à l'application du PSRSI

La mission de stage s'est construite dans un premier temps afin de comprendre les problématiques d'accès aux soins des migrant.e.s subsaharien.ne.s pour pouvoir proposer des actions efficaces. Cette enquête vise également à mettre en évidence un élément qui, dans le cadre de ma mission, semble peu traité mais pertinent à soulever. Il s'agit de la question des obstacles à la mise en œuvre d'un programme de santé. Ainsi, dans un deuxième temps, il a été question d'identifier les différents obstacles de la mise en œuvre du PSRSI, inhérents au système de santé marocain.

3.1.1. Un manque de ressources humaines

Parmi les problématiques inhérentes de la santé publique au Maroc, le manque de personnel arrive en première position dans les déclarations des différents interlocuteurs interrogés. Les professionnels de santé publique connaissent une pénurie accrue de personnel : «

Interviewer : Donc vous vous occupez d'envoyer les rapports de ces programmes, vous ou avec plusieurs personnes ?

Responsable CPE : Bah il n'y a pas plusieurs personnes (rires)

Major infirmier.e : Ah ça non (rires)

Responsable CPE : Elle est devant vous la "plusieurs personnes" (rires) »

En effet, pour certains centres de santé dont le nombre de patients est conséquent, les médecins expriment la difficulté de réaliser une prise en charge convenable :

« Ça reste encore assez difficile vu que 2 personnes pour 30 000 habitants c'est énorme. On

est presque 4 ou 5 fois [en dessus de] la moyenne nationale mais bon on essaye en attendant que le renfort arrive », Médecin Chef, centre de santé n°2.

Pour les différents programmes du ministère de la santé, tel que la vaccination, le suivi de la grossesse et les maladies chroniques, les professionnels des centres de santé essaient de s'organiser au mieux et de se répartir les tâches : « *On est deux médecins et on essaye de s'organiser tant bien que mal (rires) problème de personnel [...] parce que les gens qui partent ne sont pas remplacés », Médecin suivi de la grossesse du centre de santé n°1.* Les professionnels partent en retraite et ne sont pas remplacés par un nouveau personnel : « *Les gens partent à la retraite ou départ ou changement de poste et jamais ils sont remplacés. Jamais du personnel vient. La dernière fois qu'il y a eu du personnel c'est il y a 4 ou 5 ans. Et [...] par exemple il y a en a un qui se rajoute, tu trouves 10 qui sont partis », infirmière de bloc 1.* En effet, beaucoup de professionnels du secteur public partent et ceci pour diverses raisons : « *depuis des années et des années on a un manque des ressources humaines, ils partent en retraite, la retraite anticipée, ils tombent malades, ils démissionnent, ils changent de carrière », Responsable CPE.*

De plus, les horaires de travail s'accumulent afin de combler l'absence des collègues : «

Sage femme 1: Tu trouves des services pédiatrie sans infirmières [...]

Sage-femme 2: Ce qui nous est arrivé maintenant, le manque de personnel. En quelle année ça a commencé ? Cela fait des années

Major Infirmière service maternité: Elle est sortie Haja Aicha et elle n'a pas été remplacée, Chayma est sortie elle n'est pas remplacée, personne n'est remplacé !

Sage-femme 1 : 2 gynécologues sont sortis et personne n'est venu à leur place

Major Infirmière service maternité : Cela va en chute libre

Sage-femme 2 : Le nombre de personnel est en chute, on travaille la nuit »

Au service santé publique de la DRS on déclare également que le manque de personnel est une problématique importante de la santé publique au Maroc : « *il y a un ras le bol, une surcharge, une hémorragie des ressources humaines », Responsable du programme sécurité routière.* Cette absence de recrutement est une problématique qui émane du Ministère de la santé. Celui-ci dont les restrictions budgétaires sont conséquentes, ne peut ouvrir plus de poste d'emploi :

« Cela vient du central, le recrutement et l'application du personnel, ce n'est pas nous qui se chargeons de ça, même pas la région, c'est le ministère et le ministère se base sur des hausses budgétaires, le budget de l'année pour le ministère ne dépasse pas 6%, cela ne dépasse pas les 6% et de ces 6% il doit faire ressortir un budget pour les ressources humaines », Responsable CPE.

Contrairement au système de santé publique, le secteur privé est un système productif et qui investit dans son matériel et ses ressources humaines, offrant ainsi une meilleure qualité de soins :

« Le privé marche à merveille, ils ont les moyens, ils ont de l'argent, ils investissent dans les équipements, les ressources humaines dans la technologie. Même le malade il voit la différence. Le public c'est un secteur qui n'est pas productif parce que toutes les prestations sont gratuites avec le ramed donc l'Etat n'investit pas dans un secteur qui n'est pas productif comme la santé, éducation... Si tu veux une bonne prestation tu n'as qu'à aller chez le privé et tu vas voir la différence », Directeur.ice d'hôpital.

Dans les théories économiques standard, les dépenses publiques sont perçues comme des nuisances ; là où les dépenses privés sont sources de croissance (Mills et Quinet 1992). Le secteur privé possède une évaluation directe de son effort par le prix que paie le patient. Ce n'est pas le cas

du public ainsi l'Etat ne dépense pas pour la santé de la population, car cela est perçu comme un coût net. Cependant, les dépenses publiques peuvent aussi être facteur de croissance (Mills et Quinet 1992). Ainsi pour le secteur privé une dépense est un investissement qui va créer de la valeur, alors que pour le secteur public une dépense sera considérée comme un coût. Ce qui pourrait expliquer que le Ministère de la santé investit moins dans le secteur public.

Cette absence de recrutement et de remplacement des professionnels de santé « *commence à user [...] ils [les médecins] subissent* », Responsable CPE et est un frein important de la mise en œuvre du PSRSI au sein des différents établissements de santé publique. De plus, le manque de personnel soignant au regard des sollicitations auxquelles ils doivent répondre pose tant pour les marocains que pour les étrangers, un problème d'accès d'une part – il est fréquent que des patients n'obtiennent finalement pas de consultation après un long temps d'attente – et de qualité de soins d'autre part (PNPM, 2017). Certaines structures et administrations publiques n'ont pas les moyens nécessaires au bon fonctionnement des services fournis. Le désengagement de l'Etat vis-à-vis du secteur de la santé publique ainsi que la pénurie de ressources humaines ne fait que renforcer la non application du PSRSI. Dès lors, le renforcement de l'effectif est le premier pilier à une mise en œuvre correcte des différentes stratégies locales de santé.

3.1.2. Charge de travail

Dans les différentes déclarations, la charge de travail revient expressément comme une contrainte au bon fonctionnement du système de santé publique. Une contrainte qui découle du manque de personnel et qui rendrait la mise en pratique d'une nouvelle stratégie limitée. Au sein des centres de santé, les professionnels s'organisent et se répartissent les tâches hebdomadairement : « *Ils [les 2 médecins du centre] essayent de s'entraider* », Responsable CPE. A l'Hôpital, en conséquence du manque de pédiatre, l'interne du service maternité se voit charger du travail : « *Parfois il y a le manque de personnel qui fait qu'on a un problème, comme maintenant les pédiatres ne sont pas là, tu dois faire leur travail* ». Le manque de personnel et les horaires de travail intenses amènent à ce que certains professionnels souffrent psychologiquement. En effet, dans le service maternité, il a été rapporté que certaines sages-femmes accumulent le travail de nuit jusqu'à tomber malade : «

Major Infirmière service maternité : Elle est sage-femme elle fait 11 à 12 accouchements par jour, elle ne se zinzin pas [tombe pas psychologiquement malade] ? Elle s'est zinzin [atteinte psychologiquement], il y eu un manque de personnel

Sage-femme 2 : Oui dépression

Major Infirmière service maternité : Ecoute, elle a même pris des traitements de la dépression [...] Là on en a 3 qui ont pris ce traitement, je te jure elles étaient toutes en dépression

Sage-femme 2 : Nous on est en dépression, pourquoi ? Manque de personnel, la charge énorme, des dossiers énormes

Sage-femme 4 : Car le travail est énorme, l'activité est trop et sans médecin et tout je ne suis capable de plus rien. [...] Je ne suis capable de plus rien faire et mes méninges... j'ai été chez le psychiatre, j'ai été sous traitement. Je ne peux plus travailler. [...] Regarde dans quel état je suis, je suis tombé en dépression [...] beaucoup de travail et sans médecin le soir, l'activité était trop. Et le risque, jusqu'à 5h du matin, je me mettais à crier la nuit, j'ai demandé un certificat du psychiatre. Je suis sous traitement, j'essaye de le réduire mais quand je réduis ma tête veut exploser et si je veux faire un accouchement je n'y arrive pas. Je ne peux entrer à l'accouchement, parfois je contrôle mes gestes, parfois non »

Au service des urgences, on relate également un manque d'infirmière qui engendre une surcharge de travail : « *Major service des urgences : Oui on a une seule infirmière dans l'équipe*

Interviewer : Est ce que vous avez des difficultés dans votre travail ?

Major service des urgences : Oui oui bien sûr, charge de travail surtout, oui »

De plus, les professionnels du système de santé expliquent qu'il est très difficile de s'occuper d'un nouveau programme en plus tel que le PSRSI. Les différents programmes de santé déjà déployés dans les structures publiques rencontrent déjà des difficultés de mise en œuvre :

« Il faut déjà s'occuper des programmes que personne ne s'occupe, de la paperasse que personne ne travaille et s'occupe. Les programmes sont posés sans rien sans traçabilité ni rien rien rien ! On fait des programmes puis au revoir et ensuite tu veux rajouter un autre ? Il faut être raisonnable... Le centre de santé est rempli de programmes, et tu veux en rajouter un ? », Major infirmière du service de maternité ;

« Il y a une incapacité à couvrir ces prestations qui sont déjà présentes ici. Tous les programmes se portent difficilement, leur réalisation n'atteint même pas à mon avis 50%. Il y a un problème avec le matériel, il y a un problème avec le personnel, pénurie de personnel donc il [Ministère de la santé] ne peut pas ajouter un autre programme avec les moyens que l'on dispose actuellement, c'est impossible. Tu vas commencer un programme et il va aller à la même allure que les autres, c'est à dire en difficulté. Donc, il ne faut pas s'attendre à des résultats. Le manque de personnel c'est ça qui laisse les programmes délaissés », Infirmière de bloc n°1.

Certains acteurs au niveau du service santé publique soulignent que les professionnels ne sont pas enclins à recevoir plus de travail que ce qu'il leur ait déjà demandé (rapports mensuels/trimestriels/bilans). Un médecin en visite au service santé publique déclare : « *non mais je cours à droite et à gauche, je n'ai pas le temps* », soulignant l'incapacité à respecter les délais des rapports d'activités en raison de l'accumulation de travail. Effectivement, le manque de personnel a pour conséquence un retard dans l'application des différents programmes de santé.

En outre, des problèmes de récolte de données existent également : « *Et le problème de la récolte des données c'est la catastrophe, même s'il y a un programme, avec quoi tu vas récolter tes données ? Il n'y a pas de traçabilité* », *Infirmière n°1 de bloc opératoire*. Ainsi qu'une lourdeur du système de récolte de données qui leur est assez contraignant : « *le problème de lourdeur de ce système* », *Responsable CPE*.

Ainsi, au regard de ces résultats concernant la surcharge de travail, le recrutement du personnel est primordial à la réussite des différents programmes de santé et des nouveaux. De plus, cela permettrait aux professionnels de santé de bénéficier de conditions de travail plus souples et d'améliorer leur bien-être quotidien. Au vu du PSRSI, il conviendra donc de proposer des actions consensuelles adaptées au cadre d'application afin qu'un travail non excessif soit à la charge des professionnels de santé.

3.1.3. Un manque de motivation et un désengagement des professionnels de santé publique

S'ajoute aux problématiques de mise en œuvre, un manque de motivation accrue des professionnels de santé. De nombreux professionnels du système public souhaitent s'orienter vers le secteur privé car ils y sont mieux rémunérés. Le salaire peu valorisant des professionnels publics a pour conséquence une baisse de motivation importante. Le.la Directeur.ice d'hôpital m'explique notamment cette problématique :

« Il y a aussi un autre problème c'est le fonctionnaire de l'état, le fonctionnaire qui ne contribue pas, démotivé. Tous les fonctionnaires du secteur public, il n'y a pas de motivation. Les salaires sont médiocres », Directeur.ice d'hôpital.

Pendant ma visite à l'hôpital, faite par le.la Directeur.ice, les infirmier.e.s de bloc opératoire ont profité de l'occasion pour lui faire part de certaines difficultés quotidiennes qu'ils.elles rencontraient, notamment : *« le point des indemnités », Infirmier.e n°2 de bloc opératoire.* Pour les recommandations exprimées par les professionnels lors de mes entretiens, ils.elles souhaitaient diminuer les horaires de travail mais également augmenter le salaire afin de rétablir des conditions suffisantes à leur bien-être.

De plus, les responsables de programmes du SSP expliquent que les professionnels de santé ne sont pas motivés quand aux différents programmes et leur application. Ils peinent à motiver certains médecins à la récolte de données et des rapports qui doivent être réalisés : *« Pour les programmes, ils [médecins] ne sont pas motivés », Responsable du programme sécurité routière.* De même pour le.la responsable du programme cancer qui explique qu'en général : *« les spécialistes n'adhèrent pas aux programmes, tout ce qu'est statistiques... ça ne les intéresse pas ».* De plus, le.la Directeur.ice souligne que certains professionnels de santé ne souhaitent changer leurs habitudes de travail et adhérer à de nouveaux plans d'actions : *« Nous on a un problème avec les mentalités, ce n'est pas sur les structures ou les moyens, c'est la mentalité des gens ».*

Ainsi au sein du système de santé marocain, le manque de motivation, résultant de rémunérations ne répondant pas aux attentes, et le désintérêt des professionnels de santé publique, sont des barrières à la bonne mise en œuvre du PSRSI.

3.1.4. Un personnel soignant non informé et non sensibilisé

En effet, la mise en œuvre du PSRSI nécessite que le système de santé marocain ait toutes les ressources et moyens suffisants à cette application. En outre, cela demande à ce que les professionnels soient au préalable informés et sensibilisés à ce plan d'action. Interrogeant les professionnels sur le PSRSI, j'ai pu constater que de nombreuses personnes n'étaient tout simplement pas informées de cette stratégie visant à l'amélioration de la santé des migrant.e.s :

« Non, je ne savais qu'il y avait une stratégie visée aux immigrants », Interne, service maternité ;

« Qu'il y a une stratégie non », infirmier.e n°1 de bloc opératoire ;

« Non, je n'étais pas au courant », Major infirmier.e, service des urgences.

De plus, mentionnant le terme « migrant.e.s », la majorité des professionnels ont fait plutôt références aux immigrés marocains :

« Interviewer : Pourquoi selon toi, il y a eu une stratégie qui a été rédigée par le ministère de la santé ?
 Interne : Je ne sais pas mais dernièrement les immigrés marocains ou autres visent beaucoup plus de revenir ici, de s'installer et d'avoir une vie ici » ; «
 Sage-femme 1 : Non, le système MRE [Marocains Résidents à l'Étrangers], ils ne payent pas
 Major Infirmière.e: Non, on ne parle pas de ceux qui partent là bas
 Sage-femme 1 : Ah vous parlez des africains et tout ça
 Major Infirmière.e: Nous on parle des africains que l'on a, on parle d'ici
 Sage-femme 1 : Ah ils payent oui
 Sage-femme n°2 : Elle parlait de ceux qui venaient ici pour le tourisme
 Interviewer : En fait, je parle surtout des migrants subsahariens, syriens, algériens par exemple. »

Ainsi, il s'agissait pour moi dans un premier temps de définir ce que l'on entendait par migrant.e. En effet, la quasi-totalité des termes utilisés (migrants, immigrants, immigrés) cristallisaient à eux seuls de nombreux débats et représentations sociales collectives complexes. Ce n'est qu'en explicitant des exemples de personnes migrantes, notamment subsahariennes, que les professionnels ont saisi à quelle population cible cette étude renvoyait.

Aussi, les professionnels de santé ne connaissaient pas les directives précises quand à l'accès aux soins des personnes migrantes. Plusieurs ambiguïtés quand aux modalités d'accès m'ont été effectivement rapportées reflétant l'absence de consignes et d'instructions lors des admissions des populations migrantes. Faute d'information suffisante des professionnels de santé, particulièrement dans certaines régions où la société civile est moins présente dans l'assistance aux migrants, des associations constatent que l'accès effectif des patients étrangers aux structures sanitaires continue à être conditionné, au moins au départ, par l'intervention d'un tiers facilitateur, à défaut d'être automatiquement garanti (PNPM, 2017). De plus, certains médiateurs d'associations interviennent plusieurs fois afin qu'un document de bail, de passeport ou carte consulaire soit accepté. Les migrants souffrent encore du refus de certains membres du personnel médical de leur administrer les soins dont ils ont besoin, du manque d'information et du refus de la prise en charge des maladies lourdes sans parler du manque de médicaments (Bentaleb, 2018). Ainsi, le besoin d'information et de sensibilisation des professionnels aux questions liées à l'accès aux soins des migrants est clairement exposé par les différents acteurs. Des règlements et chartres explicatives quand à la prise en charge des migrant.e.s doivent être diffusées au sein des structures de santé afin de garantir un accès aux soins respectueux et homogène. De plus, la thématique « santé et migration » devrait être intégrée dans le développement des compétences des professionnels de santé.

Le Ministère de la santé doit mettre en place les ressources et moyens à l'effectivité des plans stratégiques de santé. Ce pré-requis est indispensable à la réussite du PSRSI comme l'explique le Major du service des médecines :

« Oui, il [le Ministère de la santé] est capable d'appliquer le PSRSI mais avec des conditions : des ressources humaines, des outils de travail c'est à dire du matériel et des structures. Sinon on ne peut pas accomplir ce plan d'action. Ce que je vois c'est que s'il n'y a pas de moyens on ne peut pas être amené à l'appliquer correctement. A votre avis comment on est amené à établir ce plan sans ressources humaines ? C'est impossible. Par exemple je veux construire un mur, il me faut un cadre c'est à dire des briques, du ciment et (insistant) la personne qui va accomplir ce travail. S'il n'y a pas ces 3 éléments, pouvez vous le construire ? Les gens présentent des plans sans les moyens ».

Les problématiques liées au système de santé et aux professionnels soulignent l'absence d'un cadre d'application convenable et efficient au PSRSI. Avant de procéder à une mise en œuvre adéquate et respectueuse des engagements pris, les problèmes inhérents au système de santé doivent être solutionnés. Au vu de ces résultats, l'information et la sensibilisation du personnel de santé est le point de départ d'une bonne mise en œuvre de la stratégie locale visant à l'accès aux soins des migrants subsahariens. De plus, le recrutement et la valorisation des professionnels de santé est nécessaire. Le Ministère de la santé doit également garantir un apport de ressources humaines suffisant et approprié à la bonne application des différents programmes de santé. L'effectivité du PSRSI visant à l'amélioration de l'accès aux soins et la santé des migrants pourrait faire entrer le Maroc dans une phase historique, stimulant les débats juridiques, médicaux, publics et médiatiques. Ce qui changerait notamment les points de vue sur la question des réfugiés, des migrants et de la migration en général. Au regard de ces obstacles identifiés, il convient également d'analyser les outils et leviers à la mise en œuvre du PSRSI.

3.2. Les « outils » indispensables pour une mise en œuvre efficace du PSRSI.

Suite à l'identification des problématiques d'application du PSRSI au sein du système de santé marocain, il a été question d'analyser les ressources territoriales permettant la réussite de cette stratégie locale de santé.

3.2.1. Collaborations et partenariats avec les acteurs de la société civile et les ONG

Durant mon stage, la collaboration avec les associations locales a été formulée lors de mes entretiens exploratoires au SSP. Pour la mise en œuvre de certains programmes de santé, tel que celui du cancer du sein, de la tuberculose et maladies respiratoires, le partenariat avec des associations locales permet de pallier les difficultés du système de santé. Concernant le PSRSI, de nombreux collègues déclarent effectivement que sans les associations et ONG travaillant auprès des migrant.e.s, il est difficile de les approcher. Ainsi, une logique partenariale est primordiale pour la réussite d'un projet tel que le PSRSI. Si elle est acceptée par les professionnels, elle devient légitime et peut être portée par le SSP dans le cadre de la mise en œuvre de ces actions. De plus, cette question de partenariat était très présente lors de l'enquête de terrain. Les différents interlocuteurs s'accordent à dire qu'il est indispensable qu'une coordination des acteurs locaux soit efficiente afin de répondre aux besoins de cette population. Cependant, Médecins du Monde déclare que certaines structures de santé ont parfois du mal à collaborer : *« nous on se bat pour collaborer, c'est la santé publique qui a du mal à collaborer avec les associations à chaque fois, il [Système de santé] a son rythme, sa manière de faire et nous on a les nôtres, on essaye de se baser sur les besoins mais eux [Ministère de la santé] ont leur stratégie plus structurée, c'est un peu difficile »*, *Coordinateur.ice général.e, MDM à Rabat*. En effet, entre les besoins du terrain, défendus par de nombreuses associations, et les différents objectifs du PSRSI, portés par le service de santé publique, des écarts peuvent être observés. Ainsi, une médiation et une collaboration entre les deux acteurs sont importantes afin de se coordonner et de proposer des actions efficaces.

L'Etude de cas réalisée au sein du quartier Hay Hassani s'est entreprise du fait de l'identification d'une affluence importante de personnes migrantes au sein des différentes structures de santé du quartier. A l'occasion de mes entretiens avec les professionnels de 2 centres de santé, j'ai pu soulever et faire part de la problématique du contrat de bail exprimée par les migrants et les acteurs associatifs. Les professionnels de santé ainsi que le.la responsable CPE présente lors des entretiens, ont pris connaissance de ces difficultés d'accès aux centres de santé. Suite à ce constat, le.la responsable CPE a pris des dispositions afin de sensibiliser les professionnels de santé des centres de

santé de Hay Hassani à accepter tout.e patient.e en premier lieu pour l'administration des soins, le contrat de bail à demander ultérieurement. De plus, étant donné que cet obstacle de bail s'avère être lié aux problèmes d'orientation des migrant.e.s vers les centres appartenant à leur circonscription sanitaire, un besoin de sensibiliser et d'informer les migrants au parcours de soins est également apparu comme pertinent. Ainsi, du fait de certaines réticences de cette population, la collaboration avec les associations locales fut légitime. C'est dans cette approche qu'au quartier Hay Hassani, les actions de collaboration et de partenariat avec l'ONG Caritas ont été menées afin de solutionner les problèmes d'accès aux soins de la population migrante subsaharienne. Une séance d'information sur le circuit de santé a été réfléchi avec la Responsable de CPE de la délégation de Hay Hassani dans un objectif de réduction des problèmes d'accès aux soins primaires. Cette réunion a été organisée avec le.la coordinateur.ice social.e de Caritas le vendredi 6 Juillet 2018 au centre de santé Al Azhar. En effet, Caritas a été identifié comme un acteur pertinent puisqu'un bureau local siège au sein du quartier Hay Hassani. Il serait donc plus en mesure de sensibiliser et de rassembler la population migrante subsaharienne de la circonscription d'Al Azhar à venir à cette séance. Par ailleurs, il a également été prévu que le.la coordinateur.ice social.e de Caritas discute et informe les migrant.e.s sur les démarches d'inscription des nouveau-nés à l'Etat civil. A Paris, les résultats montrent qu'un grand nombre de migrants ont également dû être orientés vers des structures de soins (Guisao, Jangal, Quéré, Laporte, Riou, 2017). Cela démontre la nécessité de continuer à renforcer les partenariats entre ces structures de santé et les associations, ainsi que l'accompagnement des migrants dans leurs démarches de soins et d'accès à une couverture sociale maladie *Ibid*. La société civile marocaine contribue depuis de nombreuses années à assister de manière directe les migrants au Maroc et également à rendre cette thématique visible à travers des rapports d'étude de terrain et des actions de plaidoyer (OIM, 2015).

Néanmoins, une des limites liée à la collaboration avec les associations et ONG locales consiste au fait que certains responsables d'établissement de santé ne sont pas ouverts à ce partenariat ou enclins à travailler sur ce thème de la migration. Médecins du Monde explique que dans certaines villes du Maroc, où les mentalités peinent à changer, les migrant.e.s ne sont pas encore acceptés.ées au sein de la société :

« Nador c'est compliqué, aucun accès à rien [...] c'est comme à Oujda, Tanger et Rabat 10 ans auparavant, où à l'époque tu [fais référence au migrant] ne travaillais pas en ville, tu sortais, tu allais dans la forêt, tu ne pouvais pas imaginer les gens vivant dans les quartiers [...] ils n'ont jamais accepté la présence de migrants dans la ville ».

En somme, les structures de santé seraient défavorables aux collaborations dans le but d'aider les migrant.e.s : *« ils ne veulent pas que les ONG travaillent dedans [établissements de santé] »,* *Coordinateur.ice général.e, MDM à Rabat.* Ainsi, la réussite des partenariats avec la société civile et ONG locales dépend fortement de chaque responsable d'établissement. Le partenariat avec les ONG/OSC figure parmi les actions du PSRSI. Le service santé publique de Casablanca doit ainsi sensibiliser les responsables de structures à l'ouverture de partenariats visant à l'identification des besoins et la mise en place d'actions effectives sur le terrain. A Calais, l'accès aux soins a été assuré par les structures hospitalières et les ONG, complété par les actions de maraude et de prévention des ONG présentes sur le terrain (Chaud, Haeghebaert, Leduc, Merlin, Janssens, Denoual, Pascal, Simon, El Mouden, Battist, Raekkelboom, Souyris, Wyndels, 2017). Les soins aux migrants primo-arrivants en Europe sont souvent effectués par des bénévoles et des ONG (Tapié de Celeyran, Astre., Aras, Grassineau, Saint-Val, Vignier, 2017). Ainsi, une bonne coordination entre les services de santé et OSC/ONG est un des leviers nécessaires à la prise en charge d'une population vulnérable telle que les migrants.

3.2.2. La participation de la population cible

L'analyse de situation menée sur l'accès aux soins et les aspects sociaux correspondants, n'aurait pas été correctement aboutie sans la participation de la population cible. La participation permet aux migrants d'avoir un rôle plus actif dans l'élaboration du PSRSI et permet de comprendre concrètement leurs besoins. La participation en promotion de la santé est un processus politique de mise en tension du pouvoir des acteurs du champ de la santé publique dans une perspective de démocratie et de justice sociale (Breton, Jabot, Pommier, Sherlaw, 2017). Par la participation, le but a été d'intégrer l'ensemble des personnes d'une communauté à l'élaboration d'actions visant à une perspective égalitaire du PSRSI. C'est dans cette approche que la réunion du 6 Juillet 2018 a été mise en œuvre. Une légitimation des résultats a été permise grâce à la participation des migrant.e.s lors de cette séance. En effet, au delà d'informer les migrant.e.s sur le circuit de santé à adopter, cette réunion a également été instaurée afin de renforcer la participation de la population cible aux questions sanitaires. Les mères migrantes présentes à cette séance ont fait part de leurs obstacles d'accès aux centres de santé ainsi qu'à certaines discriminations lors de leurs accouchements à l'Hôpital. Dès lors, des solutions concrètes ont pu être apportées par le.la responsable de CPE qui animait cette séance.

Problématique exprimée lors de cette séance :

Une mère migrante a accouché d'un petit garçon à l'Hôpital Hay Hassani le 11 Juin 2018. Cette mère déclare ne pas avoir été acceptée pour la vaccination du bébé au centre de santé d'Al Farah en raison d'une adresse qui ne figurait pas parmi la circonscription du centre. La mère a ainsi abandonné l'idée de vacciner son enfant. Le problème qui se présente, hormis le risque de contraction de maladies pour l'enfant, est celui du dépassement du délai d'inscription à l'Etat civil. Une inscription dans le premier mois de l'enfant, soit avant le 11 Juillet 2018.

Action :

Le.la responsable de CPE a immédiatement contacté l'infirmièr.e du centre en question afin de prendre connaissance du problème soulevé. L'infirmièr.e a été informée puis sensibilisée au fait que de soigner en premier lieu : « *non on soigne d'abord, tu fais d'abord le vaccin car elle doit enregistrer son bébé, et ensuite tu verras le bail* », Responsable de CPE. Un rendez-vous a été donné à la mère pour Mardi 10 Juillet au centre d'Al Farah pour le vaccin, lui laissant un jour pour l'enregistrement à l'Etat Civil. Après l'obtention du registre de vaccination, le.la coordinateur.ice social.e de Caritas aidera la mère pour les autres documents nécessaires à l'enregistrement à l'Etat civil et l'accompagnera vers l'administration publique correspondante à son lieu d'habitation.

Fig.2. Exemple d'obstacle d'accès aux soins solutionné.

Au cours de cette réunion la participation des migrant.e.s a été un élément primordial à la compréhension des besoins locaux et figure comme outil de légitimation des initiatives. De plus, la participation est importante pour la pérennité des actions au long terme. Il s'agit d'une composante

particulièrement incontournable des programmes de santé. Le SSP devrait intégrer la population migrante à l'identification des problématiques territoriales de santé visant à une mise en place d'actions efficaces.

3.2.3. Une approche communautaire du PSRSI

Les pratiques d'action communautaire sont nées largement d'un sentiment d'indignation face à différentes formes d'injustice sociale (Lavoie et Panet-Raymond, 2014). L'action communautaire en promotion de la santé désigne toute initiative de personnes, d'organismes communautaires, de communautés visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun contribuant à exercer un plus grand contrôle sur les déterminants de la santé, à améliorer la santé et à réduire les inégalités sociales de santé (Breton, Jabot, Pommier, Sherlaw, 2017). Elle s'inscrit dans une visée de changement social en s'attaquant aux causes des problèmes sociaux et repose sur des valeurs de justice sociale, démocratie, d'autonomie et de respect *ibid.* Avec un idéal de justice sociale et visant à l'équité, l'action communautaire se présente ainsi comme pertinente dans ce contexte où les inégalités sociales de santé sont croissantes. Lors de cette étude, l'intervention communautaire a été employée afin de solutionner les problèmes sociaux, en mobilisant les migrants et les acteurs concernés dans un esprit de solidarité.

Lors de mon enquête j'ai pu saisir l'importance de l'approche communautaire pour accéder et gagner la confiance des migrant.e.s subsaharien.ne.s. En effet, j'ai fait le choix pour cette analyse de situation de passer par le tissu associatif ou des professionnels de santé du quartier Hay Hassani pour avoir accès aux migrant.e.s et in fine à leurs besoins. Ce travail de terrain et l'analyse de situation visant à la compréhension des obstacles d'accès aux soins et des aspects sociaux n'ont pu être réalisés que grâce au soutien des éducateurs pairs subsahariens m'aidant à rencontrer cette population. En effet, sans cet appui, je n'aurais pas pu accéder aux milieux de vie des migrant.e.s subsaharien.ne.s aussi facilement. Ce n'est que par ce travail en partenariat avec les acteurs de quartiers, que l'étude a pu être accomplie. De nombreuses actions inscrites dans le PSRSI ont pour objectif de favoriser la remontée, à la région, des reporting des ONG/OSC sur les visites à domicile auprès des immigrés qui ne sont pas couverts par le système de santé. Or ceci ne peut se réaliser que par l'action de personne ayant un rapport de confiance avec les migrant.e.s subsaharien.ne.s, tels que les éducateurs pairs intervenants sur le terrain. C'est ainsi que l'approche communautaire est pertinente pour les actions du PSRSI.

Le service santé publique de Casablanca est également dans la capacité de recourir à de l'approche communautaire et de former des éducateurs pairs, identiquement aux associations et ONG. L'intervention communautaire et la formation d'éducateurs pairs contribueraient à une meilleure approche et connaissance de la population migrante. La collaboration avec les associations travaillant sur le thème de la migration et la participation active des migrants sont primordiales à la compréhension des besoins de cette population ainsi qu'à l'exécution des différentes actions présentes au sein du PSRSI. Ce travail de médiation important entre institutions publiques et société civile est la clé de la réussite du PSRSI. Le service santé publique doit miser et s'appuyer sur une approche collaborative et participative, incluant la présence de médiateurs associatifs et des migrant.e.s subsaharien.ne.s. La participation et l'empowerment de la communauté doivent être poursuivis tout au long du processus de planification. Ces éléments ont pu initier des dynamiques locales reposant sur des aspects de développement locale de services, action sociale, plaidoyer et participation citoyenne. L'intervention communautaire a su interpeller de multiples et divers acteurs

de la société pour faire cause commune à l'amélioration de l'accès aux soins et l'intégration sociale des migrants.

L'identification des obstacles et leviers du PSRSI consiste à déterminer les opportunités à l'impulsion de nouvelles dynamiques territoriales et à favoriser le changement social. Il s'agit de mettre en avant les potentiels du terrain et de s'appuyer sur les forces existantes pour renforcer les actions du PSRSI. Ainsi, suite au diagnostic de terrain réalisé, il sera question d'émettre au SSP des pistes d'actions adaptées aux besoins identifiés.

3.3. Recommandations et pistes d'actions adaptées aux besoins identifiés à l'analyse de situation.

Les inégalités sociales et économiques à l'origine des inégalités sociales de santé n'ont jamais été aussi marquées partout dans le monde et elles ne sont pas uniquement le lot des pays dits en émergence ou en développement (OECD, 2015 ; Oxfam, 2014 ; Piketty, 2013). La lutte contre les inégalités sociales de santé s'inscrit dans une recherche des conditions et situations qui limitent les migrants subsahariens dans leur capacité à exercer leurs droits et libertés dans un contexte d'accès aux soins restreint mais bien dans des conditions rendant possible la mobilisation des ressources. Cette étude a été menée afin d'accompagner le service santé publique dans la mise en place du PSRSI 2018-2022. En regard des obstacles d'accès aux soins et aux droits sociaux des migrants subsahariens ainsi qu'aux discriminations sociales qui leur sont portés, un besoin certain d'adaptation de la stratégie régionale doit s'effectuer. En effet, l'analyse de situation et le travail de terrain révèle des besoins spécifiques locaux dont le PSRSI tient peu compte. Le cadre réglementaire doit s'adapter à ces obstacles. Pour cela, il s'agit pour le service santé publique de cibler des actions pertinentes du PSRSI permettant l'amélioration de l'accès aux soins.

3.3.1. Sensibilisation et séance d'information à destination des migrant.e.s subsaharien.ne.s

En raison d'un manque d'information et d'orientation de la population migrante au sein du système de santé, le PSRSI doit prévoir des actions pour faciliter la diffusion d'informations de façon adéquate et culturellement adaptée, via notamment une collaboration avec tous les acteurs étatiques et non-étatiques œuvrant pour les migrant.e.s. Au Maroc, une série d'organisations, formelles et informelles, d'intervenant auprès des migrants vulnérables peuvent être recensées (OIM, 2015). La collaboration et le partenariat étant des leviers identifiés à la mise en œuvre du PSRSI, il s'agira ici de travailler avec les OSC/ONG afin de sensibiliser les migrant.e.s au parcours de soin à respecter. Cela permettra par ailleurs d'éviter des passages directs au CHU sans fiche de transferts et des accouchements payants. Une orientation efficace vers la bonne ressource sanitaire est cruciale. Les circuits de prise en charge doivent donc être bien connus des migrant.e.s, particulièrement ceux.celles en situation de vulnérabilité extrême. Ces séances d'information permettront notamment la prise de connaissance des différentes circonscriptions sanitaires afin de pallier les problèmes d'accès aux soins liés à l'adresse. Le service santé publique est capable d'orchestrer ce travail de promotion de la santé et de sensibilisation comme réalisé au sein du quartier Hay Hassani avec l'ONG Caritas, le rendre efficace, péren et uniforme sur son territoire. De plus, par le travail psychosocial et de promotion de la santé, on entend une action qui considère en même temps les effets sociaux de la migration sur la personne et vise au renforcement des capacités d'adaptation et d'intégration, à l'état de bien-être du migrant au sens large.

Par ailleurs, le service santé publique doit promouvoir l'emploi d'agents communautaires et éducateurs pairs issus de la communauté et œuvrant pour les OSC/ONG afin de diffuser plus largement les messages d'éducation en santé. Ce travail collaboratif implique davantage les migrant.e.s eux-mêmes et les rend plus à même d'être responsables de leur santé. Le service santé publique doit également s'impliquer envers les migrant.e.s par sa participation à des événements communautaires et culturels afin de diffuser des messages de prévention et promotion de la santé.

En lien avec les besoins d'orientation et d'information sur l'accès aux soins identifiés, les actions du PSRSI ciblées en priorité sont :

Objectif 3 - Mesure 9 - Action n°1 : Identifier et impliquer activement les associations d'immigrés pour jouer un rôle relais entre les établissements, professionnels de la santé et les immigrés, dans un cadre institutionnel, légal, technique et déontologique défini (Ministère de la Santé, 2017).

Objectif 2 - Mesure 6 - Action n°5 : Inclure des agents communautaires et des éducateurs pairs issus de la communauté migrante (ex: étudiants en médecine étrangers, membre d'associations de migrants, etc.) mais aussi des associations travaillant déjà avec cette population qui mèneront des activités de prévention et de promotion de l'utilisation des services de santé (Ministère de la Santé, 2017).

Objectif 2 - Mesure 7 – Action n°1 : Informer et sensibiliser tous les acteurs impliqués (OSC, ONG, prestataires de soins publics) sur le circuit de prise en charge des immigrés en extrême vulnérabilité (Ministère de la Santé, 2017).

3.3.2. Une vision économique de l'accès aux soins

Des efforts importants ont été faits permettant un meilleur accès des migrants, notamment subsahariens, aux établissements des soins de santé primaires, aux services des urgences et d'assistance aux femmes enceintes (Ministère de la Santé, 2017). Cependant, l'accès aux prestations de niveau secondaire et tertiaire demeure difficile pour beaucoup d'entre eux du fait du manque de ressources pour l'achat des médicaments, le paiement de factures pour les examens biologiques ou radiologiques et d'hospitalisation, de barrières culturelles et linguistiques et de la complexité des procédures et démarches administratives. A ce jour, les migrant.e.s et les réfugié.e.s ne bénéficient que de l'accès aux établissements de premiers soins et des services d'urgence, sous condition de bail. Au regard des obstacles d'accès aux soins, l'absence de couverture médicale RAMED fait parti des obstacles importants aux examens de santé et de soins secondaires et tertiaires. En raison des paiements, beaucoup de migrant.e.s n'ont recouru aux soins de santé secondaires et tertiaires et emploient de l'automédication.

La question des barrières économiques de l'accès aux soins est peu abordée au sein du PSRSI constituant une certaine difficulté à la mise en œuvre de réponse effective. En matière de couverture médicale, les réponses significatives et concrètes ne peuvent être décidées qu'au niveau du Ministère de la santé. Ainsi, l'étude des obstacles financiers a également été menée afin d'appuyer le service santé publique à l'élaboration d'un plan d'action adapté, proposant une inclusion des migrant.e.s au système RAMED. Ce ne sera que par la validation du Ministère de la santé sur la réflexion de l'intégration des migrant.e.s au RAMED que cette problématique d'accès sera résolue. Une autre approche défendue par certaines associations et ONG locales de la région consisterait à octroyer la gratuité des soins aux migrant.e.s via la rédaction de chartres allant en ce sens par le service santé publique. Cependant, la responsable du service santé publique déclare ne pas pouvoir recourir à cette initiative sans l'accord officielle du Ministère de la santé. Par ailleurs, celui-ci serait en pleine réflexion sur une perspective d'élaboration d'une couverture médicale spécifique aux migrant.e.s : « *je ne peux pas faire ça mais là on réfléchit avec Rabat [Ministère de la santé à Rabat] sur la création d'un régime de couverture médicale dédiée aux migrants* », Responsable du service santé publique de Casablanca. Le 22 février 2018, une conférence sur le thème «migration et santé»

a en effet été organisée à Rabat, par l'ENSP avec l'appui de l'OIM en ce qui concerne la couverture des soins hospitaliers (El Aissi, 2018). Suite à la signature en octobre 2015 d'une convention cadre de partenariat portant sur le régime de couverture médicale de base en faveur des immigrés réguliers et des réfugiés résidents au Maroc, une deuxième a été signée en mars 2017 avec l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) pour la production des cartes (El Aissi, 2018). Il s'agira d'un régime qui couvre les mêmes prestations que celles incluses dans le panier de soins du régime RAMED et qui permettrait 40.000 bénéficiaires *Ibid*.

En marge des travaux de cette conférence et en attendant la mise en œuvre concrète des objectifs énoncés ci-dessus, une solution peut être apportée concernant les questions de paiements des accouchements. Une bonne information du circuit de soin au niveau du centre de santé primaire par les professionnels responsables du programme du suivi de la grossesse pourra diminuer le nombre de femmes enceintes qui se dirigent directement au CHU sans passer par le CHP. Cela permettrait en l'occurrence l'attribution de fiche de transfert permettant la gratuité de l'accouchement au CHU et dans cette logique éviter la rétention des avis de naissance. A cela, une des actions du PSRSI souligne la nécessité de garantir et faciliter l'octroi des certificats de naissance aux enfants d'immigrés nés dans la région sans conditions financières ou administratives (Ministère de la Santé, 2017). En effet, certains CHU pratiquent la rétention des pièces d'identité des malades ou des membres de leur entourage à titre de garantie du règlement futur des factures, notamment dans le cas des accouchements et des hospitalisations. L'application uniforme de la politique marocaine d'accès des migrants aux soins de santé est un défi en soi, autant pour les services devant être gratuits pour les migrants régularisés, que pour les soins de bases pour les migrants non-régularisés (Ministère de la Santé, 2017). La non-délivrance du certificat de naissance pour l'inscription à l'état civil est l'une des principales plaintes émises par les associations de migrants et les OSC assistants les migrants. De fait, il convient que le service santé publique garantisse et facilite l'octroi du certificat de naissance sous aucune condition. Ainsi, le service santé publique doit donc interdire au sein de ces structures de santé, les procédures illégales de dépôt et rétention de documents d'état civil, de séjour ou d'identité sous conditions de paiements. Une solution pérenne serait principalement d'assurer un circuit public de gratuité des accouchements sur l'ensemble des structures de santé. En ce sens, l'attribution des avis de naissance serait effective pour les démarches de vaccination des nouveau-nés aux centres de santé. Cependant, le service santé publique doit assurer que certaines exigences administratives, à savoir présenter l'avis de naissance pour la vaccination, ne prime pas sur les droits de l'enfant aux soins. Le service santé publique doit ainsi soumettre une vaccination systématique des nouveau-nés dans les centres de santé, dans le cas échant, une déclaration sur l'honneur de l'identité des parents pour les registres de vaccination.

Ainsi, en lien avec les problématiques économiques d'accès aux soins identifiées, les actions du PSRSI ciblées en priorité sont :

Objectif 3 - Mesure 11 - Action n°1 : Garantir et faciliter l'octroi des certificats de naissance aux enfants d'immigrés nés dans la région sans conditions financières ou administratives (Ministère de la Santé, 2017).

3.3.3. Un recensement pour l'accès aux soins primaires

Le principal obstacle de l'accès aux soins primaires est celui de l'exigence du contrat de bail. Cette nécessité résulte de la vérification de l'appartenance du/de la patient.e à la circonscription sanitaire et la garantie de suivi des programmes de santé. En effet, le contrat de bail exigé au niveau du centre de santé s'explique par le fait que le centre de santé n'admet que la population recensée de sa circonscription, à savoir la population marocaine et étrangère régulière. Pour les autres populations, notamment les migrant.e.s irrégulier.e.s, elles ne sont estimées. A l'accès de personnes n'appartenant à la circonscription, le centre de santé risquerait de tomber en déficit de vaccins et de médicaments pour la population qui lui ait déjà dédiée. Ainsi, le recensement de la population migrante, quel que soit son statut, est indispensable afin que les centres de santé de soins primaires puissent les accueillir sans contraintes.

Dans un premier temps, si certains centres de santé acceptent de recevoir les patients étrangers sur simple déclaration d'adresse, d'autres exigent régulièrement un justificatif de domicile (BENTALEB, 2018). En effet, certains professionnels déclaraient effectivement pouvoir permettre l'accès à la première séance de vaccination par simple déclaration d'adresse mais par la suite exigent le contrat de bail afin de procéder à l'inscription définitive et conforme du/de la migrant.e au centre de santé. Ainsi, la sensibilisation des professionnels des centres de santé à l'accès aux soins primaires en dépit du manque de contrat de bail est sans doute importante. De plus, des déclarations sur l'honneur de l'adresse du/de la migrant.e à la première séance de consultation devraient être une solution pour les migrant.e.s les plus vulnérables n'ayant pas de contrat de bail mais résidents tout de même au sein de la circonscription sanitaire. Un meilleur accès aux droits et aux soins primaires pourrait améliorer la continuité des soins des migrants en situation de précarité (Huaume, Kellou, Tomasino, Chappuis, Letrilliart, 2017).

En second lieu, le recensement des populations migrantes est nécessaire pour une dotation régulière de médicaments. Le recensement permettra au service santé publique de comptabiliser la population migrante parmi celle déjà inscrite au niveau de chaque centre de santé. Des réajustements en approvisionnement de médicaments et vaccins pourront par la suite être réalisés. En tenant compte de certaines réticences exprimées par cette population vis-à-vis des institutions publiques, il serait judicieux d'établir des partenariats et actions communautaires avec les acteurs associatifs locaux intervenant auprès des migrant.e.s. En effet, pour l'enquêtrice que je suis, le terrain ne m'a été accessible que parce que j'ai été en collaboration avec une association de terrain, l'ALCS. Grâce à l'ALCS, qui est partenaire du Ministère de la santé et de la PNPM, le service santé publique pourrait s'appuyer de ses ressources et du rapport de confiance qu'elle entretient avec les migrant.e.s subsaharien.ne.s afin de procéder au recensement de la population migrante.

Soulignons que ce dispositif devra tenir compte de la réalité des conditions de vie de la population migrante au Maroc. La population témoigne d'une grande mobilité et se déplace régulièrement en raison des difficultés sociales liés au logement. Le service santé publique devra procéder à une réévaluation régulière de la population migrante en partenariat avec les associations locales afin d'être à jour et d'éviter le déficit ou le surplus de médicaments et vaccins dans les centres de santé.

Ainsi, en lien avec les problématiques d'accès aux soins primaires identifiées, les actions du PSRSI ciblées en priorité sont :

Objectif 1 - Mesure 6 - Action 5 : Etablir en partenariat avec les ONG/OSC une cartographie des lieux d'habitations des immigrés et des centres de santé les plus fréquentés par les immigrés (Ministère de la Santé, 2017).

Objectif 1 - Mesure 2 - Action n°2 Favoriser la remontée, à la région, des reporting des ONG/OSC sur les visites à domicile auprès des immigrés qui ne sont pas couverts par le système de santé (Ministère de la Santé, 2017).

Objectif 4 - Mesure 16 - Action n°2 : Assurer une dotation régulière et continue en médicaments (notamment pour les maladies tropicales) et en vaccins dans la planification budgétaire annuelle, en tenant compte des variations de la demande liée à la population migrante (Ministère de la Santé, 2017).

3.3.4. Sensibilisation du personnel soignant et de la population marocaine

A l'égard de certains comportements discriminatoires au sein des structures de santé, de certaines confusions et lacunes du personnel soignant sur l'accès aux soins des migrant.e.s et de manière plus large sur l'élaboration du PSRSI, un besoin manifeste de sensibilisation à la thématique migration se présente. D'après les données collectées tout au long de ce travail d'enquête, la sensibilisation de la population locale marocaine ainsi que l'information et la formation du personnel chargé des questions migratoires au niveau médical, sanitaire, social, éducatif et psychologique et au niveau légal et sécuritaire reste au Maroc un point majeur à la mise en place de réponses à l'accès aux soins. Le service santé publique devrait convier les différents responsables d'établissements de santé publique à une réunion visant à prendre connaissance de cette nouvelle stratégie régionale destinée aux migrant.e.s. De plus, des séances de sensibilisation à la thématique de la migration et de l'accès aux soins devraient être organisées au service santé publique permettant notamment la diffusion des directives et procédures d'application concernant l'accès aux soins. Par ailleurs, ce besoin de sensibilisation et de formation pour améliorer les compétences des professionnels, s'inscrit dans le développement d'une approche de soins culturellement adaptée aux migrants et qui soit dénuée de toute discrimination et de stigmatisation.

La collaboration entre les associations locales et les services publics s'avère souvent complexe, négative et même parfois inefficace à cause de la faible sensibilisation et des connaissances insuffisantes sur la problématique migratoire. En effet, « la société marocaine n'est pas formée aux questions migratoires et l'interaction avec certains acteurs résulte complexe. Dans le cursus universitaire de psychologie, médecine, droit, science de l'éducation etc... les thématiques migratoires et d'interculturalité devaient trouver leur place afin que la société dans son ensemble soit en mesure de faire face à la situation » (psychologue Caritas) ; « Il y a un besoin de formation sur les questions migratoires à tous les niveaux. Ce besoin est d'autant plus urgent pour les institutions qui rentrent en contact avec les migrants, les commissariats, les préfectures, les tribunaux, les hôpitaux, les écoles... » (psychologue MdM Oujda) (OIM, 2015). Le service santé publique devrait ainsi sensibiliser les facultés de médecine et les écoles paramédicales aux thèmes de la migration dans le cursus des étudiants. De plus, celui-ci pourrait prendre contact avec l'association des étudiants en médecine de Casablanca afin d'organiser des séances de sensibilisation des étudiants aux caractéristiques socio-économiques et à l'accès aux soins des personnes migrantes. L'allocation de ces séances permettrait une sensibilisation à la connaissance des besoins particuliers des migrant.e.s et des différentes façons d'y répondre de manière culturellement adaptée.

En outre, les migrant.e.s de la région de Casablanca-Settat proviennent d'une grande variété de pays, de cultures et de langues, à l'instar des autres régions présentant un nombre de migrant.e.s significatif (Ministère de la Santé, 2017). L'accès aux soins peut donc, au vu de l'analyse des barrières linguistiques, comporter facilement des incompréhensions et des problèmes de communication, autant pour les migrant.e.s que pour les prestataires. Les difficultés de communication, d'origine linguistique et culturelle, peuvent être un obstacle à une consultation approfondie, prenant en compte les besoins de santé au-delà des demandes les plus urgentes (Pascal, Abbey-Huguenin, Lombraïl, 2006). Le service santé publique doit assurer une prise en charge correcte et comprise des

migrant.e.s. La mise en place d'interlocuteurs subsahariens et de médiateurs relais au sein de chaque quartier permettrait de solutionner les barrières linguistiques qui pourraient se présenter lors de l'accès aux soins. Entre octobre 2015 et mars 2016, les bilans infirmiers d'orientation auprès des migrants et réfugiés en Ile-de-France par l'ARS régionale ont montré que l'interprétariat en arabe, pachtoun, dari et anglais, ainsi qu'un soutien en langue plus rares, ont permis d'entrer en contact avec les migrants (Guisao, Jangal, Quéré, Laporte, Riou, 2017). Les structures de droit commun accueillant les populations en situation précaire devraient être renforcées, avec un recours facilité à l'interprétariat professionnel (Huaume, Kellou, Tomasino, Chappuis, Letrilliart, 2017). Le service santé publique pensera également à définir le cadre de cet accompagnement linguistique afin de respecter le.la patient.e migrant.e, sa confidentialité médicale et ces aspects légaux.

Ainsi, en lien avec le manque d'information et le besoin de sensibilisation des professionnels de santé, les actions du PSRSI ciblées en priorité sont :

Objectif 5 - Mesure 17 – Action n°5 : Dispenser des formations sur la santé des migrants pour le personnel de santé et des laboratoires de santé publique et de maladies tropicales; Formation sur la prise en charge psychosociale pour les intervenants psychosociaux (Ministère de la Santé, 2017).

Objectif 5 - Mesure 17 – Action n°4 : Dispenser des formations sur l'accueil des immigrés et leurs interactions avec le système de santé, incluant les différentes barrières d'accès (culturelles et autres) (Ministère de la Santé, 2017).

Néanmoins, pour la réalisation de ces actions, et de manière plus large du PSRSI, il est nécessaire de prendre en considération les leviers mais également les obstacles dans la planification et la mise en œuvre des actions. Une mise à disposition adéquate des moyens humains et matériels est essentielle pour l'atteinte des objectifs engagés. Le service santé publique considérera avec attention le recrutement de personnel, de médiateurs et d'éducateurs pairs permettant une disposition suffisante des ressources locales.

La redirection de politiques publiques de santé ou la mise en place de nouvelles initiatives fut en grande partie conditionnée par les réalités du terrain. Ce sont les conclusions tirées de l'analyse de situation et particulièrement de la parole des migrants, qui ont été la raison d'impulser une action auprès du service de santé publique. Travailler sur les ISS demande la mise en place de stratégies à différents niveaux politique nationale, régionale, locale, action de terrain et une approche intersectorielle (Breton, Jabot, Pommier, Sherlaw, 2017). L'adaptabilité des stratégies nationales sur les réels problèmes d'accès aux soins des migrant.e.s reflète parfois des politiques publiques n'ayant pas connaissance de cette population et de leurs besoins spécifiques. Ce plan d'action s'établira ainsi selon les besoins réels du terrain afin que des solutions pertinentes et pérennes soient apportées. Cette étude a en l'occurrence été menée afin qu'une approche plus globale de la santé soit promue au sein des pratiques professionnelles, considérant d'avantage les vulnérabilités socio-économiques de la population migrante subsaharienne.

CONCLUSION

La contribution des migrants au développement inclusif et durable est désormais reconnue au niveau global, et se retrouve dans les nouveaux Objectifs du Développement Durable (ODD) pour 2030 ainsi que dans le Programme d'Action d'Addis-Abeba (ONU, 2015). La migration internationale est une réalité multidimensionnelle qui revête une importance majeure pour le développement des pays de transit et de destination, et qui exige des réponses cohérentes et complètes (ONU, 2015). A Casablanca, et plus largement au Maroc, les migrants esquissent des réponses, partielles mais intéressantes, à la conception de développement. En effet, ils sont acteurs de la transformation sociale dans le pays d'accueil et dans le pays d'origine (Massiah, 2005). De l'élaboration de politiques publiques de santé aux initiatives locales, un changement social s'opère au royaume marocain. L'actualité et les dynamiques internes liées aux questions migratoires témoignent d'une migration au cœur des discours politiques, médiatiques et sociaux. Durant cette étude, il m'a clairement été exposé que les migrants sont porteurs d'une valeur nouvelle, la solidarité entre les sociétés. Ils sont un vecteur stratégique et privilégié de la sensibilisation de la société marocaine à la solidarité. L'arrivée de cette nouvelle population et les politiques publiques établies, font penser que le Maroc repense son système étatique à leur accueil, du moins pour ceux qu'il considère vouloir s'installer sur le territoire. En effet, au regard des résultats obtenus, les migrants ayant un statut irrégulier témoignent encore d'une grande vulnérabilité dans la mesure où l'accès aux droits sociaux et de santé reste encore très difficile.

En 2011, le Maroc a adopté une nouvelle Constitution qui reconnaît l'accès aux soins de santé comme droit humain fondamental (Royaume du Maroc, 2015). Ce droit d'accès aux soins de santé, entériné par l'esprit de loi-cadre: la solidarité, l'égalité d'accès aux soins et services de santé, l'équité dans la répartition spatiale des ressources sanitaires et la complémentarité intersectorielle (OIM, Ministère de la santé, 2016). Il s'agit d'une opportunité unique de présenter un ensemble de réformes afin d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle et dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à la santé *ibid*. Ces aspirations mettent le système national de santé marocain face au défi de répondre aux besoins exprimés par les populations migrantes tout statut confondu. La soixante et unième Assemblée mondiale de la Santé qui s'est tenue du 19 au 24 mai 2008 à Genève, a en effet appelé les pays, à travers sa résolution 61.17, à promouvoir des politiques de santé et des pratiques tenant compte des besoins de migrants (OMS, 2008). L'enjeu est de promouvoir le droit des migrant.e.s à la santé sans aucune discrimination et de s'assurer que les services de santé sont disponibles, accessibles et de bonne qualité. Le service santé publique se doit d'assurer des actions de « promotion et prévention des maladies par des interventions en milieu communautaire, y compris une action pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et aux inégalités en matière de santé » (OIM, Ministère de la santé, 2016) ainsi qu'« améliorer l'accès des immigrés en situation de vulnérabilité à des services de prévention et promotion de la santé et à de soins médicaux, dans le respect des droits humains et dans des conditions d'égalité et d'équité » (Ministère de la santé, 2017).

C'est dans cette approche que j'ai été missionnée par le service santé publique afin de réaliser l'analyse de situation des besoins visant à orienter la stratégie territoriale de santé à destination des migrant.e.s. En effet, le PSRSI résulte de la déclinaison du PSNSI établissant un ensemble d'actions à l'échelle nationale. Un besoin a donc été d'identifier les actions et les réponses effectives aux besoins

locaux. La réalisation d'un diagnostic territorial migratoire a été utile et a permis de mieux comprendre les réalités de la région.

Au regard des résultats qui émanent du terrain, un besoin important s'est exprimé en terme d'accès aux soins par un manque d'information et d'orientation des migrant.e.s au sein du système de santé, des barrières financières, administratives ainsi que certaines discriminations et barrières linguistiques. L'accès aux soins peine à être effectif et respecté. De plus, les aspects socio-économiques (statut administratif, l'emploi, logement, conditions de vie) influent sur la manière dont les migrant.e.s auront accès aux soins ainsi que sur leur santé et bien être social. Malgré le peu d'études épidémiologiques réalisées auprès des populations migrantes en situation de précarité, certains travaux montrent que la population immigrée présente, en général, un état de santé et un recours aux soins différents de ceux de la population autochtone en raison de plusieurs phénomènes (barrière linguistique, culturelle, conditions de vie dans le pays d'accueil...) (Berchet, Jusot, 2012). Cumulant précarité sociale et vulnérabilité liée à la migration ou à l'exil, ces migrants apparaissent particulièrement fragiles (Stanojevich, Veisse, 2007). Les déterminants sociaux de santé permettent notamment l'appréciation d'une intégration des migrant.e.s au sein de la société encore non satisfaite. Le PSRSI est un outil stratégique à l'intégration des migrant.e.s dans le système de santé. Néanmoins, les résultats montrent que pour ce faire, une approche intersectorielle est nécessaire. Les différents problèmes d'accès aux soins sont issus de la nature variée et complexe du phénomène migratoire faisant de la migration une question transversale qui impacte tous les aspects de la gouvernance.

Bien que les politiques de santé publiques soient formulées et mises en œuvre pour maintenir ou améliorer la santé des populations, bon nombre de politiques en dehors du secteur de santé (par exemple éducation, logement) influent sur la santé des populations (Breton, Jabot, Pommier, Sherlaw, 2017). Une action sur l'ensemble des déterminants de la santé nécessite, dès lors une responsabilité partagée des décideurs politiques envers la santé des populations, ainsi que des mesures qui ne peuvent être mises en place uniquement par le secteur de la santé (OMS, 2010). Dans cette perspective, nous pouvons nous questionner sur la capacité du service santé publique à se coordonner avec les différents services sociaux et administratifs de la région Casablanca-Settat. En effet, l'opérationnalisme de cette approche peut s'avérer ardue en pratique (Ollila, 2011). L'action intersectorielle se déroule effectivement mieux au niveau politique (Breton, Jabot, Pommier, Sherlaw, 2017).

Ainsi, il a été question de privilégier et de promouvoir la coordination avec les acteurs associatifs travaillant auprès des migrant.e.s. Le travail en partenariat avec l'ALCS au sein des quartiers et lors des différentes actions de dépistages VIH/Sida fut un réel atout et clé de réussite à la réalisation de cette étude. De plus, la collaboration avec l'ONG Caritas a été une initiative efficace et opérante dans la compréhension des besoins, la résolution des problématiques d'accès aux soins ainsi qu'à la sensibilisation et l'orientation des migrant.e.s dans le système de soins. La population migrante est une population fragile et vulnérable qui rencontre de nombreuses difficultés sociales et qui peut développer des réticences vis-à-vis du système de santé et de manière plus large envers les institutions publiques de l'Etat marocain. Les migrant.e.s ont d'avantage confiance aux associations locales qui travaillent spécifiquement pour eux.elles. En tenant compte de cela, le service santé publique de Casablanca peut maximiser ces forces et pallier ces difficultés en collaborant avec les acteurs locaux de la société civile.

Bien que n'ayant pas pu comparer différents territoires, certains acteurs ont mis en avance des spécificités territoriales en comparant la situation à Casablanca avec la situation de Rabat, Tanger ou

Nador. D'autre part, faute de temps, au sein même du territoire, l'étude aurait pu être menée afin d'observer les spécificités entre quartier. Le PSRSI n'est pas finalisé et n'a pas encore été soumis au Ministère de la Santé pour sa validation officielle. J'ai grand espoir que le service santé publique puisse profiter de cette étude des problématiques d'accès aux soins afin de réajuster sa stratégie régionale et proposer des actions pertinentes au Ministère de la Santé. Soulignons qu'en dépit des difficultés qui se présentent dans la pratique, dues à certaines problématiques de mise en œuvre au sein du système de santé marocain, une réelle volonté s'affirme par le service santé publique à appliquer sa stratégie régionale destinée aux migrant.e.s.

En capitalisant sur les besoins et les savoirs faire locaux en matière de migration, mon objectif durant ce stage a été d'accompagner la structure de stage dans le processus d'intégration des acteurs locaux et des migrants dans la planification locale. Les initiatives territoriales de santé, via notamment la collaboration entre les institutions publiques et les acteurs associatifs et la participation de la population cible, constituent de fait une réelle opportunité pour intégrer la migration de manière transversale dans la planification locale. Plus amplement, cela permet notamment d'optimiser l'impact de la migration sur le développement local de la région. Mon but a également consisté à ce que les personnes puissent comprendre que la migration au Maroc se présente comme une opportunité de développement local notamment via le changement social, l'élaboration de politiques de santé, le développement des ressources et des capacités des systèmes publics ainsi qu'à l'ouverture et la compréhension de l'autre. J'encourage ainsi le service santé publique de Casablanca à poursuivre et à renforcer la dynamique initiée ainsi que valoriser le travail commun et solidaire débuté entre les professionnels de santé et les acteurs de la société civile.

Bien que dans cette étude je me suis positionnée en tant qu'enquêtrice pour le service santé publique, la réalité des rapports entre les acteurs institutionnels et associatifs ont parfois demandé à ce que je me positionne en tant que médiatrice. En effet, si certains professionnels de santé et acteurs associatifs sont ouverts à l'idée d'une collaboration, certains pouvaient avoir plus de réserves ou d'hésitations. Durant cette étude, il a ainsi été question d'amorcer les prochaines étapes de la planification du PSRSI en « renouant » et en améliorant l'entente de deux familles, structures étatiques et associations, au bien des migrants.

De plus, malgré la connaissance que je croyais avoir de cette population, je ne pensais pas que les matériaux récoltés, sur un panel et un temps aussi restreints, seraient aussi enrichissants, diversifiés et source de tant de questionnements. Ces rencontres et ce stage ont su me révéler une partie de la complexité de l'intégration d'une nouvelle population « étrangère » au sein d'une société d'accueil. Ce stage fut une réelle expérience humaine où j'ai à la fois pu apprécier les interactions sociales, culturelles et les subtilités liées à la langue, tout d'abord entre marocains et subsahariens puis ensuite entre marocains et moi-même et français et moi-même. En tant que fille d'immigrés de parents marocains et née en France, certains aspects liés à la figure « étrangère » que tout immigré peut parfois rencontrer dans son quotidien, fait comprendre que l'on vit encore dans un monde où appartenir à un premier pays sera plus ou moins accepté par le deuxième. S'adapter ici, c'est nécessairement se désadapter là ; s'intégrer ici, c'est nécessairement se désintégrer ailleurs ou quelque part en soi, comme si la société nouvelle n'avait pas ses « pieds » trempés dans l'ancienne (Sayad, 2006). Ainsi vont au fil du temps et au fil des générations tous les problèmes relatifs à l'inépuisable débat sur le changement social (Sayad, 2006).

Bibliographie

Ouvrage :

Avrillon S., *Santé mentale des exilés dans le Nord Pas-de-Calais : entre nécessités et difficultés de prise en charge (Mémoire de maîtrise inédit)*, Institut d'Etudes Politiques de Grenoble, 2013, 44 p.

Bredeloup S., Pliez O., *Migrations entre les deux rives du Sahara*, Editions Armand Colin, Paris, 2005, 199 p.

Breton E., Jabot F., Pommier J., Sherlaw W., *La Promotion de la santé, comprendre pour agir dans le monde francophone*, Presses de l'EHESP, France, 2017, 537 p.7

CNDH, *Etrangers et Droits et l'Homme au Maroc, une politique d'asile et d'immigration radicalement nouvelle*, Rabat, Maroc, Septembre 2013, 9 p.

CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL, *La Gouvernance des Services publics*, Auto-Saisine n°11, Maroc, 2013, 102 p.

CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL, *Les soins de santé de base : vers un accès équitable et généralisé*, Maroc, 26 Septembre 2013, 111 p.

EL BERRI H., MINISTERE DE LA SANTE, *Journée Mondiale de la santé : Couverture sanitaire des Migrants au Maroc*, Rabat, Maroc, 9 Avril 2018, 38 p.

Fischer P., *Exploration des marges d'intervention des associations : une étude des acteurs migratoires et contre les discriminations au Maroc*, Montpellier, 2017, 131 p.

HCP, *Les résidents étrangers au Maroc*, Maroc, 2014, 20 p.

Khrouz N., Lanza N., *Migrants au Maroc Cosmopolitisme, présence d'étrangers et transformations sociales*, Centre Jacques-Berque, Rabat, 2015, 184 p.

LA CIMADE, *Frontières européennes : défense d'entrer ?*, Rapport d'Observation, Paris, 2016, 67 p.

LALONDE, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Un document de travail, Ottawa, Avril 1974, 82 p.

Lavoie J., Panet-Raymond J., *La pratique de l'action communautaire*, Presses de l'Université du Québec, Québec, 2014.

Mikkonen, J., Raphael, D. *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*, Toronto, York University School of Health Policy and Management, 2010, 63 p.

Mills P., Quinet A., *Dépenses publiques et croissance*, Revue française d'économie, volume 7, n°3, 1992, 60 p.

Ministère de la santé, *PROMULGATION DE LA LOI N° 37. 80 RELATIVE AUX CENTRES HOSPITALIERS*, Marrakech, 15 Janvier 1983, 165 p.

Morrison V., *Inégalités de santé et intersectionnalité*, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques de la santé, Montréal, 2014

Mourji F., Ferrié J. N., Radi S., & Alioua M., *LES MIGRANTS SUBSAHARIENS AU MAROC : ENJEUX D'UNE MIGRATION DE RÉSIDENCE*, Konrad Adenauer Stiftung, Rabat, Maroc, 2016, 180 p.

- OECD, *In it together : why less inequality benefits all*, OECD Publishing, 2015.
- OIM. *Assistance psychosocial aux migrants vulnérables et en détresse dans le contexte marocain*, Rapport de consultation, Rabat, Maroc, 2015, 39 p.
- OIM. *Glossaire de la Migration, Droit international de la migration n°9*, Suisse, 2007, 98 p.
- OIM, Ministère de la santé, *Évaluation des fonctions essentielles de santé publique*, Rapport de Santé publique, Maroc, Janvier 2016, 70 p.
- OIM, *Promotion de la santé et du bien-être parmi les migrants en Égypte, Libye, Maroc, Tunisie et Yémen*, Rabat, Maroc, Octobre 2017, 2 p.
- OIM MAROC. *Bilan 2016*, Edition n°31, Rabat, Maroc, 2016.
- OMS, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Texte intégral, Genève, 1986, 2 p.
- OMS, *Comblant le fossé en une génération, Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, 2015, 243 p.
- OMS, *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être*, Adélaïde, 2010, 4 p.
- OMS, *World Conference on Social Determinants of Health*, Rio de Janeiro, Brazil, 19-21 October 2011, 8 p.
- OIM, OMS. *Health of Migrants – the way forward*, Rapport de consultation globale: ISBN 978 92 4 159950 4). Madrid, Spain, 3-5 MAI 2010, 112 p.
- OIM, OMS, Nations Unies, *migration internationale, santé et droits de l'homme*, Genève, 2013, 65 p.
- ONU, *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030*, New York, 25 Septembre 2015, 38 p.
- Piketty T., *Le capital au XXIe siècle*, Seuil, Paris, 2013
- PNPM, *Etat des lieux de l'accès aux services pour les personnes migrantes au Maroc*, Rabat, Maroc, 30 Mars 2017, 37 p.
- PNUD. *Lever les barrières : Mobilité et développement humain*. New York, USA, 2009, 237 p.
- Royaume du Maroc, *La Constitution 2011*, Tétouan, 25 septembre 2015, 62 p.
- Said Drissi D., *Facteurs influençant le processus de prise en charge des patients au niveau d'un service des urgences : cas de l'hôpital Mohamed V de Casablanca*, Rabat, Maroc, Juillet 2012, 33 p.
- Salama P., *Migrants et lutte contre les discriminations en Europe*, Editions du Conseil de l'Europe, Juillet 2010, 102 p.
- Sayad A., *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*, Editions Raisons d'Agir, Paris, Septembre 2006, 205 p.

Ouvrages collectifs :

- Alioua M., « Un monde en mouvement, du transit à la transmigration » dans Khrouz N., et Lanza N. (dir.), *Migrants au Maroc Cosmopolitisme, présence d'étrangers et transformations sociales*, Rabat, 2015, 15-19 p.
- Khrouz N., « De la respécification de la notion de transit » dans Khrouz N., et Lanza N. (dir.), *Migrants au Maroc Cosmopolitisme, présence d'étrangers et transformations sociales*, Rabat, 2015, 83-88 p.

Laacher S., « Le peuple des clandestins » dans Hily M. (dir.), *Critique internationale*, Paris, 2007, 181-185 p.

Nguema E., « Loi sur l'entrée et le séjour des étrangers au Maroc : les conditions pour résider régulièrement au Maroc » dans Khrouz N., et Lanza N. (dir.), *Migrants au Maroc Cosmopolitisme, présence d'étrangers et transformations sociales*, Rabat, 2015, 78-82 p.

Niandou T., « Les étudiants subsahariens, nouveaux portraits de la présence étrangère au Maroc : l'exemple des Maliens de Fès » dans Khrouz N., et Lanza N. (dir.), *Migrants au Maroc Cosmopolitisme, présence d'étrangers et transformations sociales*, Rabat, 2015, 102-106 p.

Nzamba L., « Immigration estudiantine subsaharienne : quel enjeu pour le Maroc ? » dans Khrouz N., et Lanza N. (dir.), *Migrants au Maroc Cosmopolitisme, présence d'étrangers et transformations sociales*, Rabat, 2015, 67-71 p.

Ouasmi L., « Le français au Maroc : usages et attitudes » dans Centre d'études et de recherches sur le Proche-Orient (dir.), *Les Cahiers de l'Orient - Vous avez dit francophonie ?*, 2011, p 23-27.

Sidi Hida B., « Migration au Maroc et faits du « printemps arabe » : cas des Syriens » dans Khrouz N., et Lanza N. (dir.), *Migrants au Maroc Cosmopolitisme, présence d'étrangers et transformations sociales*, Rabat, 2015, 89-94 p.

Articles :

Aragona M., Pucci D., Mazzatti M., Maisano B., Geraci S., « Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants, a primary care study », *Ann Ist Super Sanita*, 2013, 169-175 p.

Baltus A., « Barbed wire fences and other border measures are a threat to health and humanity. Invisible emergencies ? How legal entitlements to health and practice diverge for migrants in transit in Belgium, *Medecins du Monde Belgium* », 2017, 62 p.

Berchet C., Jusot F., « Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de littérature », *Bull Epidémiol Hebd*, 2012, 17-21 p.

Berchet C., Jusot F., « Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social en décomposition », *Economie Publique*, 2009, 73-100 p.

Brutel C., « L'analyse des flux migratoires entre la France et l'étranger entre 2006 et 2013, un accroissement des mobilités », *Insee Analyses*, 2015, 1-4 p.

Burns FM., Imrie JY., Nazroo J., Johnson AM., Fenton KA., « Why they wait ? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care service by African migrants in Britain », *AIDS Care*, 2007, 102-108 p.

Chappuis M., Thomas E., Durand E., Laurence S., « Alimentation et risques pour la santé des personnes migrantes en situation de précarité : une enquête multicentrique dans sept Centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde France, 2014 », *Bull Epidémiol Hebd*, 2017, 415-422 p.

Chaud P., Haeghebaert S., Leduc G., Merlin B., Janssens M., Denoual A., et al., « Surveillance des maladies infectieuses dans les populations migrantes accueillies à Calais et à Grande-Synthe », *Bull Epidémiol Hebd*, 2017, 374-381 p.

Chauvin P., Vuillermoz C., Simonnot N., Vanbiervliet F., Vicart M., Macherey AL., et al., « L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité. Obstacles à l'accès aux

soins des enfants et des femmes enceintes en Europe », Réseau international de Médecins du Monde, 2015, 1-48 p.

Gelly M., Giraud B., Pitti L., « Quand la santé décuple les inégalités », Marseilles Editions Agone, 2016, 208 p.

Gosselin A., Desgrées du Lou A., Lelièvre E., Lert F., Dray-Spira R., Lydié N., « Migrants subsahariens : combien de temps leur faut-il pour s'installer en France ? », *Population et Sociétés*, 2016, 1-4 p.

Guisao A., Jangal C., Quéré M., Laporte A., Riou F., « La santé des migrants primo-arrivants : résultats des bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens », *Bull Epidémiol Hebd*, 382-388 p.

Hamel C., Moisy M., « Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008 », *Bull Epidémiol Hebd*, 2012, 21-24 p.

Heaman M., Bayrampour H., Kingston D., Blondel B., Gissler M., Roth C., et al., « Migrant women's utilization of prenatal care : A systematic review », *Matern Child Health J.*, 2013, 816-836 p.

Huame H., Kellou N., Tomasino A., Chappuis M., Letrilliart L., « Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012 », *Bull Epidémiol Hebd*, 2017, 430-436 p.

Jonkers M., Richters A., Zwart J., Ory F., Van Roosmalen J., « Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherland : Patients perspectives », *Reprod Health Matters*, 2011, 144-153 p.

Kentikelenis A., Karanikolos M., Williams G., Mladovsky P., King L., Pharris A., et al., « How do economic crises affect migrants risk of infectious disease ? A systematic-narrative review », *Eur J Public Health*, 2015, 937-944 p.

Mackenbach J.P., « Income inequality and population health », *British Medical Journal*, 2002, 324-327 p.

Nguyen A., « L'agonie administrative des exilés, une clinique de l'asile », *L'Autre*, 2014, 197-206 p.

Ollila E., « Health in all policies : from rhetoric to action », *Scandinavian Journal of Public Health*, 2011, 11-18 p.

Partridge S., Balayla J., Holcroft CA., Abenheim HA., « Inadequate prenatal care utilization and risks of infant mortality and poor birth outcome », *Am J Perinatol*, 2012, 787-793 p.

Pascal J., Abbey-Huguenin H., Lombrail P., « Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? », *Lien Soc Polit.*, 2006, 115-124 p.

Pauti MD., Tomasino A., Mari C., Mathieu C., Kartner A., Idrissu C., et al., « Limiter les opportunités manquées de dépistage des hépatites B et C chez les migrants en situation de précarité : le programme de Médecins du Monde en France », *Bull Epidémiol Hebd*, 2016, 230-236 p.

Ricco Berrocal R., Le Mener E., « La grossesse et ses malentendus », *Observatoire du Samusocial de Paris*, 2015, 118 p.

Sauvegrain P., « La santé maternelle des « Africaines » en île-de-France : racisme des patientes et trajectoires des soins », *Rev Migr Int.*, 2012, 81-100 p.

Sauvegrain P., Stewart Z., Gonthier C., Saurel-Cubizolles MJ., Saucedo M., Deneux-Tharoux C., et al. « Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées », Bull Epidémiol Hebd, 2017, 389-395 p.

Stanojevich A., Veisse A., « Repères sur la santé des migrants », La Santé de l'Homme, 2007, 21-24 p.

Tapié de Celeyran F., Astre H., Aras N., Grassineau D., Saint-Val T., Vignier N., et al., « Etude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016 », Bull Epidémiol Hebd, 2017, 396-405 p.

Veisse A., Wolmark L., Revault P., Giacomelli M., Bamberger M., Zlatanova Z., « Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés », Bull Epidémiol Hebd, 2017, 405-414 p.

Références internet :

Alternatives, Massiah, (2005), « Migrations et mondialisation », <<http://www.alterinter.org/spip.php?article15>>

Haut commissariat au plan, (2017), « Note d'information du HCP à l'occasion de la journée internationale des migrants 18 décembre 2017 », <https://www.hcp.ma/Note-d-information-du-Haut-Commissariat-au-Plan-a-l-occasion-de-la-journee-internationale-des-migrants-18-decembre-2017_a2067.html>

Hein de Haas-Migration policy institute, (2015), « Maroc: De pays d'émigration vers passage migratoire africain vers l'Europe », <<https://www.migrationpolicy.org/article/maroc-de-pays-demigration-vers-passage-migratoire-africain-vers-leurope>>

Lakhal M., (2017), « La loi 02-03 ou l'approche sécuritaire qui régit les migrations », <<http://migration.ma/loi-02-03-laproche-securitaire-regit-migrations/>>

L'Economiste, El Aissi, (2018), « Un Ramed spécial immigrés pour bientôt », <<https://leconomiste.com/article/1024479-un-ramed-special-immigres-pour-bientot>>

L'Economiste, Mohamed Ali Mrabi, (12.2016), « Migrants: Pour les soins de santé, un peu plus compliqué... », <<https://www.leconomiste.com/article/1006318-migrants-pour-les-soins-de-sante-un-peu-plus-complique>>

Le Matin, Hajar El Haïti, (10.2017), « La problématique de la santé des migrants demeure un réel défi », <<https://lematin.ma/journal/2017/la-problematique-de-la-sante-des-migrants-demeure-un-reel-defi/279625.html>>

Le Matin, (2007), « Vaccination : Les bactéries qui sauvent la vie », <<http://www.santemaghreb.com/maroc/actus.asp?id=3833>>

Le Nouvelliste, (2017), « Immigration: le monde compte 258 millions de migrants, soit 3,4% de la population mondiale », <<https://www.lenouvelliste.ch/articles/monde/immigration-le-monde-compte-258millions-de-migrants-soit-34-de-la-population-mondiale-723864>>, 19.12.2017

Libération, Bentaleb H., (2018), « Migrants et Ramed un projet qui cale », <https://www.libe.ma/Migrants-et-Ramed-un-projet-qui-cale_a100488.html>

Ministère des affaires étrangères, (2003), « Bulletin Officiel n° 5162 du Jeudi 20 Novembre 200 », <http://www.consulat.ma/admin_files/Loi_02_031.pdf>

Ministère de la Santé, (2016), « Plan de Santé des Migrants : Atelier multisectoriel de réflexion », <<http://www.sante.gov.ma/Pages/actualites.aspx?IDActu=184>>, 21.01.2016

Ministère de l'Intérieur, (2012), « Le régime d'assistance médicale », <<https://www.ramed.ma/>>

Nations unies, (2013), « Les migrations constituent un facteur dynamique de développement pour les pays du Sud, souligne l'ONU », <<https://www.un.org/press/fr/2013/POP1011.doc.htm>>

OIM, (2016), « Atelier de finalisation du Plan Stratégique National Santé et Immigration (2017-2021) », <<https://morocco.iom.int/news/atelier-de-finalisation-du-plan-strategique-national-sante-et-immigration-2017-2021>>

OIM, « Le contexte migratoire marocain », <<https://morocco.iom.int/oim-maroc-0>>

OIM, (2017), « Forum Inter-régional sur la Santé et la Migration », <<https://morocco.iom.int/news/forum-inter-régional-sur-la-santé-et-la-migration>>

OMS, journal n°6, (24.04.2008), « Application du Règlement sanitaire international », <http://apps.who.int/gb/f/f_wha61.html>

OMS, « Migration et santé : les principaux enjeux », <<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>>

OMS, (2005), « Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé », <http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/>

Oxfam, (2014), « A l'égalité ! Il est temps de mettre fin aux inégalités extrêmes », <www.oxfam.org>

Royaume du Maroc, (2017), « Etat civil », <http://www.servicepublic.ma/web/guest/home?p_p_id=mmspservicepublicdiffusion_WAR_mmspservicepublicdiffusionportlet&_mmspservicepublicdiffusion_WAR_mmspservicepublicdiffusionportlet__spage=/portlet_action/procedure/rubrique/view?rubriqueSelected.idRubrique=11934&_mmspservicepublicdiffusion_WAR_mmspservicepublicdiffusionportlet_rubriqueSelected.idRubrique=11934>

Photographie en page de couverture :

Photographie prise le 21 novembre 2015 par le journaliste Jesus Blasco de Avellaneda, journal Reuters. Des migrants subsahariens tentent de franchir la clôture qui sépare le Maroc de l'enclave espagnol de Melilla en Afrique du Nord.

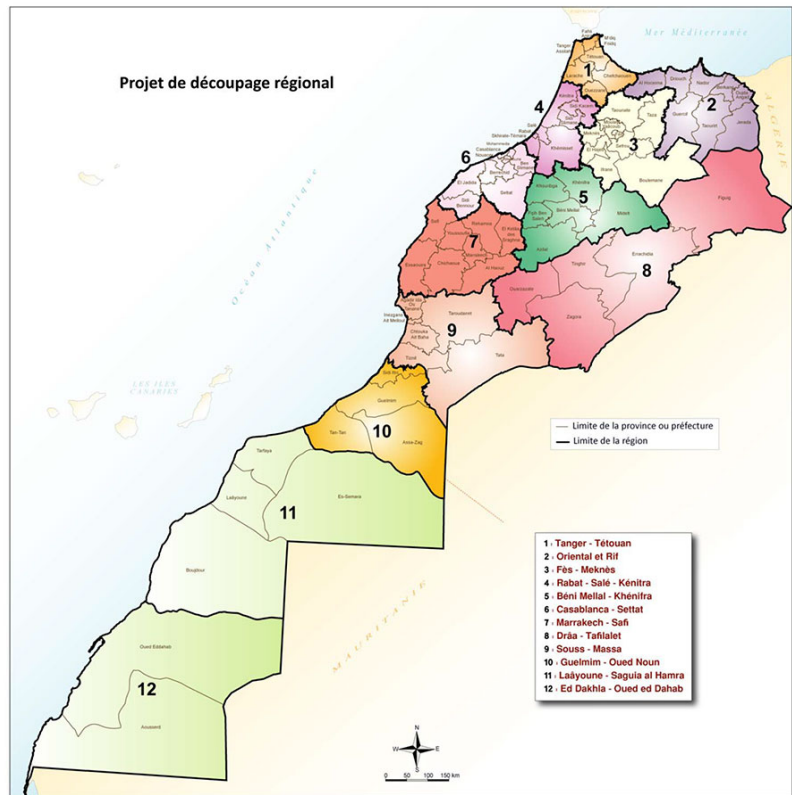
Annexes

ANNEXE 1.1

Cartographie des différentes régions au sein du territoire marocain.

Maroc

34 996 167 habitants en 2017⁸



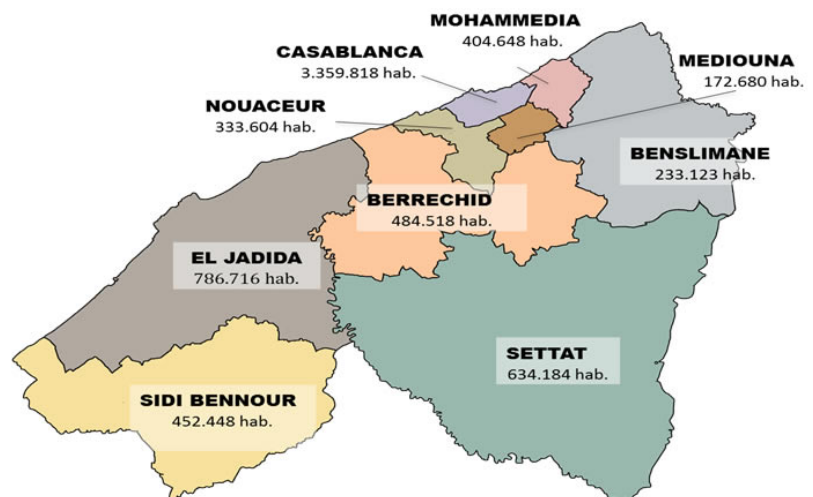
Cartographie de la Région de Casablanca-Settat

Région Casablanca-Settat

Démographie⁹

Pop : 6 861 739 hab.

Pop urbaine : 5 050 749 hab.

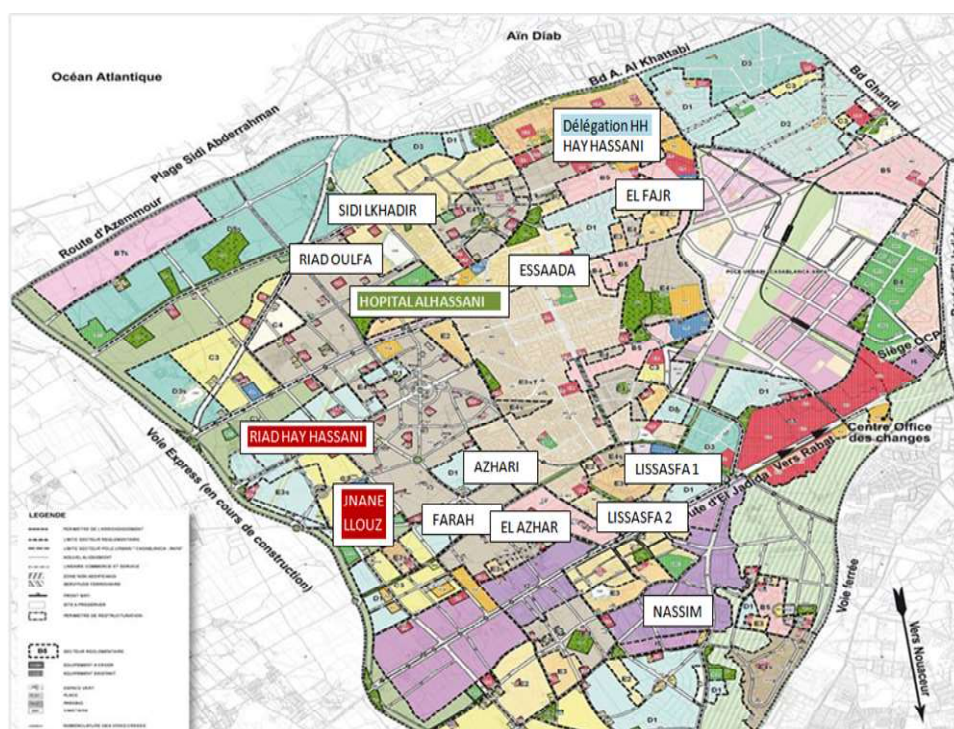


⁸ <https://www.populationdata.net/pays/maroc/>

⁹ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Casablanca-Settat>

ANNEXE 1.2

Carte Géographique Hay Hassani avec distribution des ESSP et CHP



ANNEXE 2

Déclarations de mauvaises expériences lors de consultation médicale et négligences de prises en charge, relatés par les migrant.e.s subsaharien.ne.s lors des différentes séances de dépistages VIH/Sida à l'Église Notre Dame de Lourde de Casablanca les 4 et 5 Juillet 2018.

« Parce qu'on ne me considère pas comme un homme. Parce que quand je me suis blessé comme ça, c'était grave, on ne m'a pas considéré [...] Le médecin il va me dire quoi, il me dit toujours après, après, après, je suis resté après jusqu'à que les douleurs ont cessé. Comme j'ai dit je me blesse beaucoup de fois mais je ne vais pas au médecin », Générale de Gaulle, Côte d'Ivoire, 19 ans

« Même à l'hôpital nous les blacks on nous considère pas las bas quoi, donc c'est à cause de ça moi, même si je tombe malade je ne peux pas aller là, parce que quand quelqu'un te considère pas ce n'est pas la peine de fréquenter quoi. Parce que moi toujours je vois [...] J'ai quitté la forêt une seule fois, j'ai été à l'hôpital pour faire des visites parce que j'avais maux de ventre. Lorsque je suis arrivé, tellement qu'ils ne se sont pas occupé de moi rapide quoi, je suis rentré, j'ai laissé las bas, j'ai pas été à l'hôpital », Mamadou.B, Sénégal, 30 ans

« 3 points de sutures [...] (me montre ces blessures et cicatrices à la main) traitement 0 [...] Traitement, ils utilisent le même gant pour plusieurs personnes », Oussman.K, Cameroun, 21 ans

« Je leur ai demandé, je leur ai montré ma blessure et ils ont traité, ils ont traité, ils ont emballé aussi, je suis venu [...] Parce qu'ils n'ont pas lavé, ils ont fait fffffff (me montre comment) d'une manière pour laisser. Et moi même ce jour ça ma choqué, bon je n'ai pas voulu aller à l'hôpital encore », Shakou.B, Côte d'Ivoire, 24 ans

« Bon moi non mais ma sœur oui, elle était las bas une fois, ils ont refusé de nous prendre. Ils ont refusé de l'accepter, ils nous ont fait tourner en rond, pour finir il fallait qu'on fasse la procédure. C'est là où on nous a reçu. [...] Je ne sais pas, parce qu'on est parti, on a vu celui qui était à la caisse, il a vu ces papiers et il a dit que non ce n'était pas ici. On nous a montré un autre hôpital, arrivé las bas on nous dit non que c'est las bas, on va dans un autre arrivé las bas on nous c'est pas las bas, puis on est retourné encore dans le même coin [...] c'est là où on a appelé l'hôpital "vous nous avez dit que c'est pas ici, on va par la , par ici" [...] Bon pour finir on nous a montré le coin [...] on était assis et ils n'ont pas prise en charge », Claire, Côte d'Ivoire, 22 ans

« Humm, on me regarde d'une autre manière », Chance, RDC, 26 ans

« Ah non ce n'est pas bien ! Parce que la dernière fois je suis partis las bas à Hay Hassani, ils n'ont pas écrit la date et de 2, ils n'ont pas écrit mon nom. Je suis parti, ils m'ont consulté et ils n'ont pas mis la date sur le papier, ils m'ont consulté car j'avais des troubles de digestions. Je suis partis las bas et normalement quand on vous donne l'ordonnance, parce que je voulais amener l'ordonnance à Caritas, il fallait mon nom! », Aimée-Blanche, Cameroun, 42 ans

« Des fois c'est, vraiment, vraiment c'est du débarras des fois [...] oui des fois ils ne s'occupent pas bien de toi, surtout ici il y a beaucoup de monde dans les hôpitaux publics, c'est juste ça, sans te toucher sans savoir ce que tu as on te fait une ordonnance [...] juste pour vous renvoyer », Khadija, Guinée-Conakry, 26 ans

ANNEXE 3

Les recours à l'automédication déclarés par les migrant.e.s subsaharien.ne.s lors des différentes séances de dépistages VIH/Sida à l'Eglise Notre Dame de Lourde de Casablanca, les 4 et 5 Juillet 2018.

« *Oui c'est moi qui payes les médicaments. C'est aujourd'hui le premier jour que je vais avoir les médicaments gratuits* », *Jouma, Guinée-Conakry, 25 ans*

« *Parce que nous tous on a une clinique derrière juste devant de notre camp et souvent las bas ils ne nous donnent pas d'ordonnance, et nous on doit avoir une ordonnance. Si tu es malade grave ce qui fait que tu vas te fatiguer, ce qui fait que si tu as un boulot tu as un peu d'argent, parfois tu achètes tes médicaments. Avec la grâce du bon Dieu, je gagne un peu d'argent moi même pour payer moi même. Quand je rentre à la pharmacie, je lui demande les médicaments que je veux, si j'ai les moyens de payer je paye, si je n'ai pas les moyens, il y a les médicaments africains que je veux* », *Générale de Gaulle, Côte d'Ivoire, 19 ans*

« *Des fois je pars dormir, je prends aspro [aspirine], des fois je ne pars pas* », *Omar.G, Sénégal, 20 ans*

« *Moi même je gagne mon argent, je prends mon argent je vais aller acheter les médicaments [...] j'ai laissé las bas, je n'ai pas été à l'hôpital, j'ai dis pharmacie, elle n'a qu'à me donner doliprane, c'est ce que j'ai pris comme ça jusqu'a que ça s'est arrêté [la douleur]* », *Mamadou.B, Sénégal, 30 ans*

« *Malade, oui maladie, malade mais pas hôpital [...] Moi après dormir hier, pareil* », *Babacar, Sénégal, 20 ans*

« *J'achète les médicaments [...] Non, je vais à la pharmacie* », *Oussman.K, Cameroun, 21 ans*

« *Je vais à la pharmacie* », *Mori, Côte d'Ivoire, 26 ans*

« *Non j'achète aspro, si j'ai des maux de têtes j'achète aspro [...] Je mélange avec tonic [boisson gazeuse] et je bois et je dors, d'ici au matin je vais bien* », *Shakou.B, Côte d'Ivoire, 24 ans*

« *Bon moi j'ai mes comprimés, je les prends quand je ne me porte pas bien, j'ai les maux de tête parce que je souffre* », *Nathalie, Côte d'Ivoire, 25 ans*

« *Oui je vais à la pharmacie souvent, je m'achète des antalgiques, tout ça* », *Nina, Côte d'Ivoire, 23 ans*

« *Des fois on peut que rester à la maison, essayer de faire soi-même, naturellement, avec des remèdes* », *Chance, RDC, 26 ans*

BOUGHNISA	Adeline	29/08/2018
-----------	---------	------------

Master 2 Santé Publique : Promotion de la santé et Prévention
L'accès aux soins des migrants subsahariens au Maroc : une analyse de situation dans le cadre de la mise en œuvre du PSRSI de Casablanca-Settat.
Promotion 2017-2018
<p>Dans le cadre de mon stage de master 2 au sein du service santé publique de Casablanca, j'ai été missionnée à la mise en place de la politique locale de santé à destination des migrants. Pour cela une enquête qualitative sur les besoins locaux de santé des migrants à été pertinente afin de légitimer une action publique efficace. A cela, s'est ajoutée une appréciation des freins et leviers à la mise en œuvre de cette politique afin d'amorcer une certaine réflexion quand aux ressources disponibles à la mise en œuvre. La mobilité internationale est un sujet d'étude riche et complexe dont les décideurs doivent mieux saisir les caractéristiques et problématiques locales afin que leurs politiques publiques de santé aient l'effet escompté. J'ai grand espoir que le service de santé publique profitera de la dynamique initiée afin de proposer un plan d'actions adapté et impulser de nouvelles initiatives locales.</p>
<p>Mots-Clés : Mobilité internationale ; Santé dans toutes les politiques ; Diagnostic de terrain ; Accès aux soins ; Changement social ; Partenariat ; Participation</p>
<p><i>L'Ecole des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>